

EINFLUSS PSYCHOTHERAPEUTISCHER AUSBILDUNGSERFAHRUNG AUF BEHANDLUNGSERFOLG UND -DAUER

BEHIYE SAKALLI¹, UTA LÖFFLER¹, MALTE STOPSACK², JOHANNES MANDER¹,
HINRICH BENTS¹ & SVEN BARNOW²

¹ Zentrum für Psychologische Psychotherapie ZPP, Universität Heidelberg

² Psychologisches Institut, Arbeitseinheit Klinische Psychologie
und Psychotherapie, Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: FRAGESTELLUNG: Inhalt der Studie ist der Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung und Behandlungseffektivität/-effizienz. METHODIK: Im naturalistischen Setting einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz wurden 599 Behandlungen von 66 Ausbildungstherapeuten hinsichtlich erfahrungsabhängiger Effektivität (Symptomreduktion BDI-II und BSI) und Effizienz (Behandlungsdauer) kovarianzanalytisch evaluiert. Jeder Therapeut wurde nach der Anzahl behandelter Patienten in drei Erfahrungsstufen erfasst (unerfahren: 1-4 Patienten; fortgeschritten: 5-8, erfahren: 9-12). ERGEBNISSE: Die Behandlungen zeigen mittlere bis hohe Effekte ($0.60 \leq 1.00$). Fortgeschrittene erzielten die größte Symptomreduktion ($F_{(2, 595)} = 3.75$, $p = .024$, $\eta^2 = .012$), Erfahrene die vergleichsweise kürzeste Behandlungsdauer ($F_{(2, 595)} = 6.43$, $p = .002$, $\eta^2 = .021$). SCHLUSSFOLGERUNGEN: Ausbildungserfahrung scheint zunächst zur Effektivität und dann zur Effizienz von Behandlungen beizutragen. Implikationen der Ergebnisse für zukünftige Outcomestudien und für die Optimierung der Psychotherapeutenausbildung werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Ausbildungserfahrung, Psychotherapieoutcome, Psychotherapeutenausbildung, ambulante KVT, naturalistisches Setting

IMPACT OF PSYCHOTHERAPISTS' TRAINING EXPERIENCE ON TREATMENT OUTCOME AND DURATION

ABSTRACT: AIM: The current study addresses the impact of training experience on clinical outcome and treatment duration. METHOD: Data of 599 outpatients treated by 66 therapists in training (university based cognitive behavioral therapy training) were collected addressing experience-depending effectivity (symptom reduction, BDI-II and BSI) and effectiveness (treatment duration). Each therapist was considered threefold depending on level of experience (novice: 1-4 patients, advanced: 5-8, experienced: 9-12) using analysis of covariance. RESULTS: Therapeutic treatment showed medium to high effects ($0.60 \leq 1.00$). Advanced therapists showed the highest levels of symptom reduction ($F_{(2, 595)} = 3.75$, $p = .024$, $\eta^2 = .012$), experienced ones yielded

shortest treatment duration ($F_{(2, 596)} = 6.43, p = .002, \eta^2 = .021$). CONCLUSIONS: Training experience seems to contribute to treatment effectiveness before accounting for treatment efficiency. Implications for future outcome research and evidence-based psychotherapist training are discussed.

KEYWORDS: psychotherapists' training experience, psychotherapy outcome, psychotherapist training, outpatient CBT, naturalistic setting

1 EINFÜHRUNG

Der Einfluss von Therapeuteneffekten auf das Therapieoutcome wurde in der Psychotherapieforschung vielfach untersucht und gilt inzwischen als gesichert (Baldwin & Imel, 2013; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007). Der Varianzaufklärungsanteil des Therapeuten am Therapieoutcome beträgt durchschnittlich etwa 7% in naturalistischen Untersuchungen respektive etwa 3% in randomisiert-kontrollierten (RCT) Studien mit vergleichsweise höherer Standardisierung (Baldwin & Imel, 2013). Vergleicht man diese Werte mit denjenigen, die auf die Behandlungsmethode (1%-2%) oder die therapeutische Beziehung (5%) zurückzuführen sind, wird der zentrale Stellenwert der Therapeuteneffekte für das Therapieoutcome deutlich (Wampold & Bolt, 2006). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche spezifischen Therapeutenmerkmale für die beobachteten Effekte verantwortlich sind. Unter den häufig untersuchten demografischen, ausbildungsbezogenen und Persönlichkeitsvariablen des Behandlers hat sich die therapeutische Erfahrung als einer der stabileren Prädiktoren für das Therapieoutcome erwiesen (Beutler et al., 2004; Stein & Lambert, 1995). Metaanalysen deuten darauf hin, dass diese Variable eine moderate jedoch konsistente Einflussgröße auf diverse Outcomemaße darstellt ($r = -.19 - .48$) (Beutler et al., 2004; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997; Wam-

pold & Brown, 2005). Allerdings variiert die Stärke dieses Zusammenhangs stark über verschiedene Studien hinweg (Hill & Knox, 2013). Einige Befunde belegen, dass erfahrenere Behandler verglichen mit ihren weniger erfahrenen Kollegen eine stärkere Symptomreduktion in ihren Therapien erreichen (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Leon, Martinovich, Lutz & Lyons, 2005; Propst, Paris & Rosberger, 1994; Stein & Lambert, 1995), kürzere Therapien durchführen (Buckley, Newman, Kellett & Beail, 2006) und weniger Stress durch die Therapien empfinden (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Darüber hinaus liefern einige Untersuchungen Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen therapeutischer Erfahrung und unterschiedlichen therapeutischen Kompetenzmaßen (z.B. Diagnosestellung, Fallkonzeptualisierung, theoretisches Wissen) (Dudley, Ingham, Sowerby & Freeston, 2015; Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas, 2005; Wittman & van den Bercken, 2007). In einer aktuelleren Metaanalyse wird ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen therapeutischer Kompetenz und Therapieoutcome berichtet, der sich jedoch ausschließlich in Behandlungen depressiver Störungen ($r = .28$) zeigte (Webb, Derubeis & Barber, 2010).

Demgegenüber stehen Befunde, die keine Erfahrungs- oder Kompetenzeffekte auf therapeutische Prozess- und Outcomevariablen wie die Symptomreduktion

oder die therapeutische Beziehung finden (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy & Riggs, 2003; Hersoug, Høglend, Monsen & Havik, 2001; Webb et al., 2010). Im Rahmen umfangreicher Versorgungsstudien wurden bedeutsame interindividuelle Effektivitäts- und Effizienzunterschiede zwischen Behandlern ermittelt, welche jedoch nicht auf die therapeutische Erfahrung zurückgeführt werden konnten (Goldberg et al., 2016; Okiishi et al., 2006). Darüber hinaus existieren bislang nur wenige Studien, die sich der Bedeutung der Erfahrungsvariablen für das Therapieoutcome im Ausbildungskontext widmen. Hier weisen naturalistische Studien aus dem englischsprachigen Raum auf einen positiven Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung und dem Ausmaß des Therapieerfolgs hin (Driscoll et al., 2003; Powell, Hunter, Beasley & Vernberg, 2010).

Als Ursachen für die starke Heterogenität der Befunde werden in der Literatur primär methodische Unterschiede in den Studien angeführt. Beispielsweise stellt die meist vage, rein zeitliche Definition der therapeutischen Erfahrung anhand der Anzahl an Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit ein wesentliches methodisches Problem dar (Beutler et al., 2004). Des Weiteren erschwert die Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit weiteren Therapeutenmerkmalen sowie unterschiedlichen Aspekten der therapeutischen Ausbildung die interne Validität von Forschungsarbeiten (Laireiter & Botermans, 2005).

Neben der inkonsistenten Befundlage internationaler Studien existieren bisher keine analogen Forschungsbemühungen für den deutschsprachigen Ausbildungskontext. Dabei ist es fraglich, ob und inwieweit die Ergebnisse internationaler Untersuchungen aufgrund der Heterogenität der länderspezifischen Ausbildungsrichtlinien länderübergreifend genera-

lisierbar sind (Domma, 2007; Strauß & Kohl, 2009).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf Prozess- und Outcomevariablen von Psychotherapien bis heute ungeklärt ist. So sind die Fragen nach dem Einfluss des Wirkfaktors Ausbildungserfahrung auf das Therapieoutcome sowie nach einer möglichen Qualitätssteigerung innerhalb der Ausbildung bislang unbeantwortet.

1.1

FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Studie besteht darin, erstmals im deutschen Ausbildungskontext den Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung in der ambulanten Patientenbehandlung und Psychotherapieerfolg im naturalistischen Setting einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz zu untersuchen.

Es wird die Hypothese untersucht, ob erfahrungsbedingte Unterschiede in der Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien bestehen. Dabei wird angenommen, dass erfahrene und fortgeschrittene Therapeuten eine stärkere Symptomreduktion erreichen und kürzere Therapiedauern benötigen als unerfahrene Behandler.

2

METHODIK

2.1

SETTING

Die verwendeten Daten wurden in den Lehrambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der

Universität Heidelberg erhoben. Alle Therapien wurden von Diplom-Psychologen in Ausbildung durchgeführt. Die Zuweisung von Patienten zu Therapeuten erfolgte zufällig. Alle in die Studie aufgenommenen Patienten erteilten eine schriftliche Einverständniserklärung zur Verwendung ihrer anonymisierten therapiebezogenen Daten.

2.3 STUDIENDESIGN

Die Messungen fanden zu Beginn der Probatorik (prä) sowie zum Therapieende (post) statt. Im Fall von abgebrochenen Therapien wurde die jeweils zuletzt erhobene Verlaufsmessung als Abschlussmessung verwendet (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF).

2.4 MESSINSTRUMENTE

Das *Therapieoutcome* wurde anhand des Summenscores der revidierten Auflage des Becks Depressions-Inventars (BDI-II) (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) sowie der deutschen Version des Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke & Derogatis, 2000) erfasst. Für den BDI-II-Fragebogen werden eine interne Konsistenz von $\alpha = .93$ und eine Retestreliaibilität von $r_{tt} = .78$ berichtet (Hautzinger et al., 2006).

Das BSI ist eine Kurzform des Selbstbeurteilungsinstruments Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke & Derogatis, 2002), das körperliche und psychische Symptome der letzten Woche erfragt. Der Fragebogen beinhaltet neun Subskalen sowie drei globale Kennwerte, von denen der Global Severity Index (GSI) den Mittelwert aller BSI-Items darstellt. Dieser wurde als maßgeblicher Kennwert der psychischen Belastung herangezogen. Er

verfügt über eine interne Konsistenz von $\alpha = .92$ und eine Retestreliaibilität von $r_{tt} = .90$ (Franke & Derogatis, 2000).

Als *Kontrollvariablen* wurden in der Patientenstichprobe soziodemografische (Alter, Geschlecht) sowie klinische Parameter (Anzahl Diagnosen, initiale Symptomschwere im BDI-II und GSI) erfasst. Für die Therapeutenstichprobe wurden vor Ausbildungsbeginn gesammelte Erfahrungen sowohl in Form von psychologischer Berufserfahrung als auch therapeutischer Tätigkeit (bspw. Ausbildung in anderen Therapieschulen, sozialtherapeutische Tätigkeit) berücksichtigt.

Die *Effizienz*, d.h. die Dauer der Behandlungen wurde als die Anzahl der durchgeführten Therapiesitzungen operationalisiert.

Zur präziseren Definition der *therapeutischen Erfahrung* wurde die Anzahl der behandelten Patienten verwendet (Beutler, 1997; Franklin et al., 2003). Als *unerfahren* im Sinne ambulanter Psychotherapie wurde ein Ausbildungstherapeut definiert, wenn er noch keine regulär beendete ambulante Therapie vorzuweisen hatte. Dieses Kriterium traf laut einer explorativen Analyse der Ambulanzdaten auf 75% der Ausbildungstherapeuten im Laufe der Behandlungen ihrer ersten vier Patienten zu, so dass die Therapeuten in diesem Ausbildungsstadium der Kategorie der unerfahrenen Therapeuten zugewiesen wurden. Des Weiteren zeigten die Datenanalysen, dass im Durchschnitt 12 Patienten im Ausbildungsverlauf behandelt werden. Daher wurden die Therapeuten bei der Behandlung ihres 9. bis 12. Patienten als *erfahrene* Ausbildungstherapeuten definiert. Im Ausbildungsabschnitt zwischen den beiden Erfahrungsstufen, d.h. bei der Behandlung des 5. bis 8. Patienten wurden die Therapeuten als *fortgeschritten* kategorisiert.

2.6

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Zur Ermittlung systematischer Unterschiede zwischen den jeweiligen Teilstichproben (ITT vs. Gesamtstichprobe; Completer vs. Non-Completer; erfahrungsbezogene Teilstichproben) zu Therapiebeginn (prä) wurden univariate Varianzanalysen bzw. Chi-Quadrat-Tests hinsichtlich soziodemografischer sowie klinischer Variablen (Alter, Geschlecht, Anzahl Diagnosen, initiale Symptom schwere, Anzahl von Abbrüchen) durchgeführt. Dabei zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den erfahrungsbezogenen Patientenstichproben bezogen auf die Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 596)} = 3.62$; $p = .027$, $\eta^2 = .012$). Es lagen keine weiteren signifikanten Unterschiede vor. Entsprechend wurde die Anzahl der Diagnosen als Kovariate in die nachfolgenden Analysen einbezogen. Zur Untersuchung des Therapieerfolges sowie erfahrungsbezogener Unterschiede im Therapieoutcome wurden Prä-Post-Vergleiche jeweils des BDI-II- und GSI anhand messwiederholter 2x3-Kovarianzanalysen (ANCOVAs) mit der Anzahl der Diagnosen als Kovariate durchgeführt. Der Einfluss der psychotherapeutischen Erfahrung auf die Therapiedauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) wurde mittels univariater ANCOVA ermittelt. Als unabhängige Variablen (UV) wurden die psychotherapeutische Erfahrung (Zwischengruppen-UV) mit den Kategorien unerfahren, fortgeschritten und erfahren sowie der Zeitfaktor (Messwiederholungsfaktor prä-post) in die Analysen aufgenommen. Als abhängige Variablen (AV) wurden

- 1) die Prä-Post-Symptomreduktion im BDI-II,
- 2) die Prä-Post-Symptomreduktion im GSI sowie
- 3) die Therapiedauer erfasst.

Zur Lokalisation von Unterschieden zwischen den einzelnen Erfahrungsgruppen wurden Sidak-Kontraste als Post-hoc-Tests verwendet. Die Berechnung der Prä-Post-Effektstärken erfolgte nach Cohens d (Cohen, 1988). Das Signifikanzniveau wurde bei $p < .05$ festgelegt.

3

ERGEBNISSE

3.1

STICHPROBEN

3.1.1

PATIENTEN

Es wurden alle am ZPP im Zeitraum von 2003 bis 2012 begonnenen Therapien berücksichtigt ($N = 1.840$). Durch Ausschluss nicht-qualitätsrelevanter Abbrüche ($N = 88$; 4,8%), Behandlungen mit weniger als 5 Sitzungen ($N = 42$; 2,3%), noch laufender Therapien ($N = 489$; 26,6%), unvollständiger Datensätze ($N = 364$; 29,7%), Fälle, deren Therapeuten nicht in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten waren ($N = 263$; 30,5%) wurde die Intention-To-Treat-(ITT)-Stichprobe ($N = 599$) gebildet (Tabelle 1). Diese enthielt $N = 534$ regulär abgeschlossene Behandlungen (Completer) und $N = 65$ Behandlungen mit qualitätsrelevanten Abbrüchen (Non-Completer). Zwischen den Substichproben der einzelnen Erfahrungsgruppen lagen außer bezüglich der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 596)} = 3.62$; $p = .027$, $\eta^2 = .012$) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der in Tabelle 1 dargestellten Stichprobenmerkmale vor. Die Patienten der unerfahrenen Therapeutenstichprobe wiesen eine höhere Anzahl an Diagnosen auf ($p = .009$).

Tabelle 1:
Beschreibung der ITT-Stichprobe sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben

Merkmal	Unerfahren (1.-4. Pat.)	Fortgeschritten (5.-8. Pat.)	Erfahren (9.-12. Pat.)	Zwischengruppen- unterschiede Baseline	
	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>F, χ^2</i>	<i>p</i>
Anzahl der Patienten	N = 214	N = 222	N = 163		
Alter bei Therapiebeginn (Jahre)	M = 36.28 (SD = 11.55)	M = 36.46 (SD = 12.86)	M = 36.00 (SD = 13.08)	$F_{(2, 596)} = 0.07$	.937
Geschlecht (weiblich)	N = 135 (63,1%)	N = 146 (65,8%)	N = 97 (59,5%)	$\chi^2_{(2, 597)} = 1.58$	.454
BDI (prä)	17.99 (10,38)	18.67 (11,05)	17.11 (10,54)	$F_{(2, 596)} = 1.00$	.369
GSI (prä)	0.95 (.63)	0.99 (.66)	0.91 (.63)	$F_{(2, 596)} = 0.61$	.545
Anzahl Diagnosen	M = 1.88 (SD = 1.11)	M = 1.72 (SD = .94)	M = 1.61 (SD = .88)	$F_{(2, 596)} = 3.62^*$	.027
Keine komorbide Störung	N = 89 (41,6%)	N = 111 (50,0%)	N = 89 (54,6%)		
1-2 komorbide Störungen	N = 105 (49,1%)	N = 97 (43,7%)	N = 66 (40,5%)		
3-4 komorbide Störungen	N = 20 (9,3%)	N = 14 (6,3%)	N = 8 (4,9%)		
Art der Primär Diagnosen					
Störungen durch psycho- trophe Substanzen (F1)	N = 2 (0,9%)	N = 3 (1,4%)	N = 1 (0,6%)		
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	N = 9 (4,2%)	N = 10 (4,5%)	N = 7 (4,3%)		
Affektive Störungen (F3)	N = 80 (37,4%)	N = 80 (36,0%)	N = 68 (41,7%)		
Angststörungen (F40, F41)	N = 51 (23,8%)	N = 38 (17,1%)	N = 32 (19,6%)		
Zwangsstörungen (F42)	N = 8 (3,7%)	N = 10 (4,5%)	N = 5 (3,1%)		
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	N = 5 (2,3%)	N = 3 (1,4%)	N = 10 (6,1%)		
Somatoforme Störungen (F45)	N = 14 (6,5%)	N = 15 (6,8%)	N = 3 (1,8%)		
Essstörungen (F50)	N = 12 (5,6%)	N = 19 (8,6%)	N = 12 (7,4%)		
Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)	N = 18 (8,4%)	N = 22 (9,9%)	N = 6 (3,7%)		
Sonstige	N = 19 (8,9%)	N = 27 (12,2%)	N = 23 (14,1%)		

Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *N* = Häufigkeit; *F* = Testwert der Kovarianzanalyse; χ^2 = Testwert der Häufigkeitsverteilungen; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

3.1.2
THERAPEUTEN

Die ITT-Stichprobe wurde von insgesamt 66 Ausbildungstherapeuten behandelt, von denen 80,3% weiblich waren. Das Durchschnittsalter der Therapeutenstichprobe betrug $M = 32.3$ Jahre ($SD = 5.36$).

Um eine Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit anderen interindividuellen Unterschieden zwischen den Therapeuten zu kontrollieren, wurden die Therapeuten längsschnittlich untersucht.

Das heißt die gleichen Therapeuten waren in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten. Unerfahrene Therapeuten waren im Durchschnitt 31.4 Jahre ($SD = 5.22$), fortgeschrittene 32.2 Jahre ($SD = 5.23$) und erfahrene 33.7 Jahre ($SD = 5.42$) alt. Die Gesamtstichprobe wies eine Vorerfahrung von durchschnittlich 1.17 Jahren ($SD = 2.32$) in einem psychologischen Berufsfeld auf. Zudem verfügten 30 Therapeuten (45,5%) über Vorerfahrungen in psychotherapeutischer Tätigkeit.

Tabelle 2: Beschreibung des Therapieoutcomes und der Therapiedauer der ITT- und Completer-Stichproben sowie der erfahrungsabhängigen Substichproben

ITT-Stichprobe	Unerfahren	Fortgeschritten	Erfahren	Gesamt
BDI-II				
M (SD) Prä	17.99 (10.38)	18.67 (11.05)	17.11 (10.54)	18.00 (10.68)
M (SD) Post	10.28 (9.87)	8.79 (8.46)	9.37 (10.02)	9.48 (9.42)
Δ BDI-II	7.71 (9.57)	9.88 (10.05)	7.74 (9.62)	8.52 (9.81)
d	.76	1.00	.75	.85
GSI				
M (SD) Prä	.95 (.63)	.99 (.66)	.91 (.63)	.95 (.64)
M (SD) Post	.59 (.58)	.54 (.49)	.56 (.60)	.56 (.55)
Δ GSI	.36 (.55)	.45 (.57)	.36 (.55)	.39 (.56)
d	.60	.77	.60	.65
Therapiedauer				
M (SD)	40.65 (16.60)	37.18 (15.52)	34.33 (14.00)	37.64 (15.70)
Completer-Stichprobe				
BDI-II				
M (SD) Prä	17.57 (10.28)	18.88 (11.09)	17.01 (10.46)	17.90 (10.65)
M (SD) Post	8.93 (9.05)	8.34 (8.06)	8.86 (9.65)	8.69 (8.86)
Δ BDI-II	8.64 (9.10)	10.54 (10.08)	8.15 (9.85)	9.21 (9.72)
d	.89	1.09	.81	.94
GSI				
M (SD) Prä	.92 (.62)	.99 (.67)	.92 (.63)	.95 (.64)
M (SD) Post	.52 (.52)	.52 (.49)	.54 (.61)	.52 (.53)
Δ GSI	.41 (.54)	.47 (.58)	.38 (.56)	.42 (.56)
d	.70	.80	.61	.73
Therapiedauer				
M (SD)	42.86 (16.07)	38.68 (15.32)	35.84 (13.59)	39.38 (15.38)

Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; M = Mittelwert; SD= Standardabweichung; Prä = Therapiebeginn; Post = Therapieende; Δ = Prä-Post-Differenzwert; d = Effektstärkemaß Cohens d

3.2 ERGEBNISSE DER KOVARIANZANALYSEN

Da sich sowohl für die ITT- als auch für die Completer-Stichprobe strukturell identische Ergebnisse zeigten, werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die Ergebnisse der ITT-Stichprobe berichtet.

Die deskriptiven Statistiken für die ITT- bzw. Completer-Stichprobe sind in Tabelle 2 dargestellt.

und der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 595)} = 11.40, p = .019, \eta^2 = .012$) waren ebenfalls statistisch bedeutsam. Die Ergebnisse der Post-hoc-Tests zeigten einen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen der unerfahrenen und fortgeschrittenen Therapeuten hinsichtlich ihrer erzielten Symptomreduktion im BDI-II ($p = .031$). Die ausführlichen Ergebnisse der Prä-Post-Analysen für die abhängigen Variablen BDI-II, GSI und Therapiedauer sind jeweils in Tabelle 3 dargestellt.

3.2.1 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE SYMPTOMREDUKTION IM BDI-II

Es wurde ein signifikanter Haupteffekt des messwiederholten Zeitfaktors ($F_{(1, 595)} = 57.76, p < .001, \eta^2 = .088$) sowie der Anzahl der Diagnosen ($F_{(1, 595)} = 35.41, p < .001, \eta^2 = .056$) ermittelt. Die Interaktionseffekte zwischen dem Zeitfaktor und der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 3.75, p = .024, \eta^2 = .012$) sowie dem Zeitfaktor

3.2.2 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE SYMPTOMREDUKTION IM GSI

Es zeigten sich signifikante Haupteffekte für den messwiederholten Zeitfaktor ($F_{(1, 595)} = 48.30, p < .001, \eta^2 = .075$) sowie die Anzahl der Diagnosen ($F_{(1, 595)} = 30.57, p < .001, \eta^2 = .049$). Dahingegen erreichten die untersuchten Interaktionseffekte zwischen dem Zeitfaktor und der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 1.82, p = .163$,

Tabelle 3: Ergebnisse der 2x3-ANCOVAs mit BDI-II, GSI und Therapiedauer als abhängige Variablen für die ITT-Gesamtstichprobe

ITT-Stichprobe	BDI		GSI	
	F	η^2	F	η^2
HE Zeit (prä-post)	$F_{(1, 595)} = 57.76$ *** $p < .001$	.088	$F_{(1, 595)} = 48.30$ *** $p < .001$	.075
HE Erfahrungsgruppe	$F_{(2, 595)} = .70$ $p = .933$	.000	$F_{(2, 595)} = .50$ $p = .952$	.000
IA Zeit x Erfahrungsgruppe	$F_{(2, 595)} = 3.75$ * $p = .024$	.012	$F_{(2, 595)} = 1.82$ $p = .163$	.006
HE Anzahl Diagnosen	$F_{(1, 595)} = 35.41$ $p < .001$	.056	$F_{(1, 595)} = 30.57$ *** $p < .001$	.049
IA Zeit x Anzahl Diagnosen	$F_{(1, 595)} = 11.40$ *** $p = .001$	.019	$F_{(1, 595)} = 2.98$ $p = .085$	.005

Anmerkungen: BDI-II = Beck Depressions-Inventar; GSI = General Severity Index des Brief Symptom Inventory; ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; HE = Haupteffekt; IA = Interaktionseffekt; F = Testwert der Kovarianzanalyse; η^2 = Effektstärkemaß partielles Eta-Quadrat; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. Alle Analysen wurden Bonferroni-korrigiert.

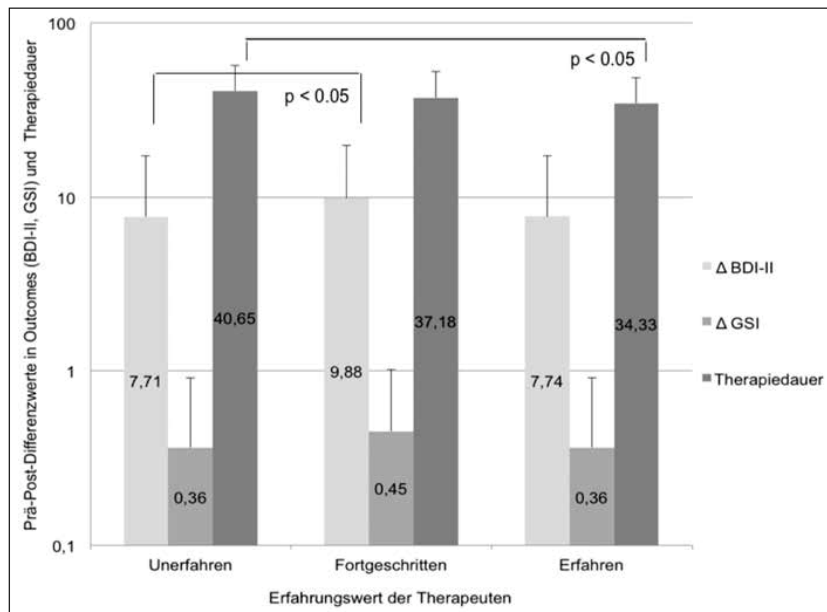


Abbildung 1: Logarithmierte Prä-Post-Differenzwerte der depressiven Symptomatik (BDI-II) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) sowie die durchschnittliche Therapiedauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) der erfahrungsabhängigen ITT-Substichproben
Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; Δ = Prä-Post-Differenzwert; p = Signifikanzniveau

$\eta^2 = .006$) sowie dem Zeitfaktor und der Anzahl der Diagnosen Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 2.98, p = .085, \eta^2 = .005$) keine statistische Signifikanz. Im Erfahrungsgruppenvergleich auf deskriptiver Ebene erzielten die fortgeschrittenen Therapeuten die höchste Symptomreduktion (vgl. Abbildung 1).

3.2.3 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE THERAPIEDAUER

Es lagen signifikante Haupteffekte der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 6.43, p = .002, \eta^2 = .021$) sowie der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 595)} = 12.17, p = .001, \eta^2 = .020$)

auf die Therapiedauer vor. Erfahrene Therapeuten wiesen eine signifikant kürzere Therapiedauer auf als unerfahrene Behandler ($p = .001$) (vgl. Abbildung 1).

4 DISKUSSION

In der vorliegenden naturalistischen Studie wurde der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf Therapieeffektivität und -effizienz untersucht. Es wurde erwartet, dass erfahrene und fortgeschrittene Ausbildungstherapeuten eine stärkere Symptomreduktion erzielen und weniger Behandlungssitzungen benötigen als unerfahrene Therapeuten.

Die Annahme eines Interaktionseffektes zwischen der Erfahrungsgruppe und dem Zeitfaktor (prä-post) konnte für die Veränderungswerte im BDI-II bestätigt werden. Hypothesenkonform erreichten fortgeschrittene Therapeuten unter Kontrolle der Anzahl der Diagnosen eine signifikant stärkere Abnahme der BDI-II-Werte in den Prä-Post-Analysen als die unerfahrenen Therapeuten ($d = 1.00$ vs. 0.76). Zudem erzielten fortgeschrittene Ausbildungstherapeuten die höchsten Effekte hinsichtlich der Symptomreduktion im Vergleich aller Erfahrungsgruppen. Entgegen der formulierten Erwartung unterschieden sich erfahrene und unerfahrene Therapeuten nicht signifikant voneinander hinsichtlich ihrer Effektivität. Für das Maß des GSI zeigten sich keine bedeutsamen Erfahrungseffekte.

Im Hinblick auf die Therapiedauer wurden signifikant niedrigere Sitzungszahlen bei erfahrenen Therapeuten im Vergleich zur Gruppe der unerfahrenen Ausbildungstherapeuten ermittelt. Des Weiteren wies die Gruppe der erfahrenen Ausbildungstherapeuten die kürzeste Therapiedauer im Vergleich über alle Erfahrungsgruppen hinweg auf.

Insgesamt liefern die Befunde Hinweise darauf, dass mit zunehmender Ausbildungserfahrung eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Therapien stattfindet.

Das ermittelte Muster der erfahrungsabhängigen Effektivitätsunterschiede bildet den typischen Verlauf einer Lernkurve mit einem anfänglich steilen Anstieg gefolgt von einer asymptotisch abflachenden Entwicklung ab (Anzanello & Fogliatto, 2011). Möglicherweise erfolgt der maximale Lernzuwachs in der ersten Hälfte der Praktischen Ausbildung, so dass sich die Effektivitätssteigerung vorrangig in der Gruppe der fortgeschrittenen Therapeuten zeigt. In der fehlenden weiteren Effektivitätssteigerung spiegelt

sich vermutlich das Erreichen eines Lernoptimums hinsichtlich der Aneignung von Basiskompetenzen am Ende des ersten Ausbildungsabschnitts wider. Die vergleichsweise niedrigen Sitzungszahlen bei den erfahrenen Therapeuten geben Hinweise darauf, dass nach einem Wendepunkt im Übergang vom ersten zum zweiten Ausbildungsabschnitt vermutlich ein Stadium der Konsolidierung sowie eine elaboriertere Qualität von Lernprozessen eingeleitet werden (Pusic, Bou-tis, Hatala & Cook, 2015). Es wäre bspw. vorstellbar, dass im ersten Abschnitt der Praktischen Ausbildung relevante Basiskompetenzen erworben werden, deren Einsatz im zweiten Ausbildungsabschnitt zunehmend flexibler und effizienter gestaltet werden kann.

Zur Interpretation der nicht signifikanten Effektivitätsunterschiede zwischen unerfahrenen und erfahrenen Therapeuten kann zudem angeführt werden, dass die vergleichsweise geringe ambulante Behandlungserfahrung der Anfängertherapeuten vermutlich durch engmaschige Supervision ausgeglichen wurde. Diese Annahme deckt sich mit Untersuchungsbefunden, die eine vergleichbare Effektivität unerfahrener Therapeuten und approbierter Behandler unter supervisorischer Begleitung belegen (Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Gleichzeitig benötigten erfahrene Therapeuten bedeutend weniger Sitzungen für eine vergleichbare Symptomreduktion als die unerfahrenen Behandler. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit aktuellen Studienergebnissen aus dem naturalistischen Behandlungskontext, die eine höhere Effizienz erfahrener Therapeuten nahelegen (z.B. Buckley et al., 2006). Ein Vergleich mit Befunden aus RCT-Studien kann in diesem Zusammenhang nicht vorgenommen werden, da RCT-Studienmanuale überwiegend verbindliche Sitzungszahlen vorgeben. Mögliche Ursachen könnten in einer in-

dividualisierteren Therapieplanung, einem routinierteren und stringenteren Einsatz therapeutischer Techniken sowie einer wiederholten Indikationsklärung im Therapieprozess liegen (Eells et al., 2005; Okiishi et al., 2006). Zukünftige Studien könnten diese Erklärungsmöglichkeiten unter Nutzung von Prozessdaten (wie bspw. Stundenbögen) weiterführend prüfen. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass sich in den beobachteten Effizienzunterschieden formale Aspekte der therapeutischen Ausbildung widerspiegeln. So erfolgt in diesem Ausbildungsabschnitt üblicherweise die Koordination der Behandlungen mit dem Ausbildungsabschluss, woraus sich bei erfahrenen Therapeuten in der Endphase der Ausbildung kürzere Therapiedauern ergeben haben könnten (Peikert, Baum, Barchmann, Schröder & Kropp, 2014).

4.1 LIMITATIONEN

In der angeführten naturalistischen Studie sind folgende Limitationen zu berücksichtigen:

Die indirekte Operationalisierung therapeutischer Expertise im Sinne von Ausbildungseffekten anhand der therapeutischen Ausbildungserfahrung ist als methodische Limitation zu sehen (Hill & Knox, 2013). Zukünftige Forschung sollte direkte Kompetenzeinschätzungen zur Überprüfung von Ausbildungs- und Erfahrungseffekten im naturalistischen Behandlungskontext heranziehen, zumal die dafür relevanten Instrumente zur Verfügung stehen (Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010; Weck, Hilling, Schermelleh-Engel, Rudari & Stangier, 2011).

Bei der Interpretation der Befunde ist zu beachten, dass das vieldeutige Ergebnismuster auch alternative Erklärungs-

möglichkeiten für die vermeintlichen Erfahrungseffekte plausibel erscheinen lässt. Eine mögliche Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit Aspekten der Ausbildung (bspw. Supervision, extracurriculäre Weiterbildung) sowie personenbezogenen Merkmalen (bspw. interaktionellen Fertigkeiten, Motivation) kann nicht ausgeschlossen werden (Franklin et al., 2003; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad, 2013). So ist es denkbar, dass den beobachteten Effekten unberücksichtigte Drittvariablen zugrunde liegen.

Aussagen über den individuellen Erfahrungszuwachs (z.B. Fallauslastung, Ausbildungsdauer), der zu einer Nivellierung der Erfahrungsunterschiede beigetragen haben könnte, können nicht getroffen werden (Beutler et al., 2004). In zukünftigen Untersuchungen sollten individuelle Ausbildungsverläufe von Therapeuten unter Kontrolle potenziell moderierender Variablen Berücksichtigung finden (Huppert et al., 2014).

Die Ergebnisse sind auf den Ausbildungsabschnitt der Praktischen Ausbildung beschränkt, wodurch die einzelnen Erfahrungsstufen sehr nah beieinanderliegend konzipiert sind. Potenzielle Erfahrungseffekte könnten dadurch minimiert worden sein. Um ein größeres Erfahrungsspektrum abbilden zu können, sollten Folgestudien auch die Behandlungen approbierter Therapeuten berücksichtigen. Darüber hinaus sollte die Bedeutung der stationären Behandlungserfahrung (z.B. psychiatrische Praktika) für den Behandlungserfolg adressiert werden.

Die aufgrund der Stichprobengröße von $N = 66$ Therapeuten limitierten statistischen Auswertungsoptionen stellen eine weitere Limitation dar; Multilevel-Analysen wären in diesem Zusammenhang wünschenswert (Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Wampold & Brown, 2005). Große Stichprobenumfän-

ge ließen sich durch multizentrische Studien realisieren.

Beachtet werden muss ferner die diagnostische Heterogenität der untersuchten Patientenstichprobe. Einige Studien liefern Hinweise auf erfahrungsbezogene Effektivitätsunterschiede je nach Art und Schweregrad der behandelten Störung (Mander et al., 2012; Mason, Grey & Veale, 2016; Tschuschke et al., 2015). Für ein tiefergehendes Verständnis dieser Wechselbeziehungen sind weitergehende Forschungsbemühungen dringend erforderlich. Zudem sollten in zukünftigen Forschungsarbeiten katamnestiche Daten in die Analysen einbezogen werden, die zusätzlich Aussagen über Langzeiteffekte der Behandlungen ermöglichen. Eine Aussage über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse kann wegen der limitierten Datenbasis nicht getroffen werden; die Replikation der Befunde an weiteren Stichproben unter Berücksichtigung oben genannter potentieller Kovariaten ist notwendig.

4.2

AUSBLICK

In der vorliegenden Studie wurden Ausbildungstherapeuten im Stadium ihrer Praktischen Ausbildung untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass sich die Ausbildungserfahrung vor allem im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium auf die Effektivität und im Endstadium auf die Effizienz der Therapien auszuwirken scheint. Zur Entwicklung einer empirisch validierten Ausbildung ist eine weiterführende Analyse spezifischer Wechselwirkungen zwischen Ausbildungselementen, Therapeuten- und Patientenmerkmalen sowie Prozess- und Outcomevariablen von Behandlungen erforderlich. Dadurch könnten Schlüsselkompetenzen identifiziert und die therapeutische Ausbildung weiter optimiert werden.

LITERATUR

- Anzanello, M. J. & Fogliatto, F. S. (2011). Learning curve models and applications: Literature review and research directions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41, 573-583.
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. XII, 851 S.). Hoboken, NJ: Wiley.
- 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, 44-52.
- 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* (pp. 227-306). New York, NY: Wiley & Sons.
- 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, 1276-1284.
- 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, 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

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Domma, J. (2007). *Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung*. (Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie). Gießen: Justus-Liebig-Universität.
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reitzel, L. R., Hernandez, A., Petty, S. C. & Joiner, J. T. E. (2003). The Effect of Trainee Experience in Psychotherapy on Client Treatment Outcome. *Behavior Therapy, 34*, 165.
- Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K. & Freeston, M. (2015). The utility of case formulation in treatment decision making; the effect of experience and expertise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 48*, 66-74.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C. & Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 579-589.
- Franke, G. & Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis: BSI; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. & Derogatis, L. R. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version*. 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*, 153-167.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 1-11.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar: BDI II. Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- 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*, 205-216.
- Hill, C. & Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 775-811). Hoboken, NJ: Wiley.
- 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.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, K. & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 52*, 26-34.
- Laireiter, A.-R. & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie – Entwicklungen und aktueller Stand. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W. & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*, 417-426.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, 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., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Mander, J., Wittorf, A., Teufel, M., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S. & Sammet, I. (2012). Patients with depression, somatoform disorders, and eating disorders on the stages of change: Validation of a short version of the URICA. *Psychotherapy*, 49, 519-527.
- Mason, L., Grey, N. & Veale, D. (2016). My therapist is a student? The impact of therapist experience and client severity on cognitive behavioural therapy outcomes for people with anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 193-202.
- 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, 483-495.
- 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, 1157-1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for super-shrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Öst, L.-G., Karlstedt, A. & Widén, S. (2012). The Effects of Cognitive Behavior Therapy Delivered by Students in a Psychologist Training Program: An Effectiveness Study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.
- Peikert, G., Baum, A., Barchmann, D., Schröder, D. & Kropp, P. (2014). Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. *Verhaltenstherapie*, 24, 272-279.
- Powell, J. L., Hunter, H. L., Beasley, L. O. & Vennberg, 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, 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, 168-176.
- Pusic, M. V., Boutis, K., Hatala, R. & Cook, D. A. (2015). Learning curves in health professions education. *Academic Medicine*, 90, 1034-1042.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. [Therapeutic work and professional development. Main findings and practical implications of an international longitudinal study]. *Psychotherapeut*, 51, 271-275.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. *Psychotherapeut*, 54, 457-463.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems:

- Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25, 420-434.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184-187. doi:10.1080/10503300500265181
- 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, 914-923. doi:10.1037/0022-006x.73.5.914
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen: Validierung einer deutschsprachigen Version der Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39, 244-250.
- Weck, F., Hilling, C., Schermelleh-Engel, K., Rudari, V. & Stangier, U. (2011). Reliability of adherence and competence assessment in cognitive behavioral therapy: Influence of clinical experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 276-279.
- Wittman, C. L. M. & van den Bercken, J. H. L. (2007). Intermediate effects in psychodiagnostic classification. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 56-61.



DIPL.-PSYCH. BEHIYE SAKALLI
 ZENTRUM FÜR PSYCHOLOGISCHE
 PSYCHOTHERAPIE ZPP
 UNIVERSITÄT HEIDELBERG
 BERGHEIMER STRASSE 58a
 D-69115 HEIDELBERG
 E-MAIL: behiye.sakalli@zpp.uni-hd.de

DR. DIPL.-PSYCH. UTA LÖFFLER
 E-MAIL: uta.loeffler@
 psychologie.uni-heidelberg.de

DR. DIPL.-PSYCH. MALTE STOPSACK
 E-MAIL: malte.stopsack@
 psychologie.uni-heidelberg.de

DR. DIPL.-PSYCH. JOHANNES MANDER
 E-MAIL: johannes.mander@
 zpp.uni-hd.de

DR. DIPL.-PSYCH. HINRICH BENTS
 E-MAIL: hinrich.bents@zpp.uni-hd.de

PROF. DR. SVEN BARNOW
 E-MAIL: sven.barnow@
 psychologie.uni-heidelberg.de

Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen: Eine naturalistische Studie an einer Ausbildungsambulanz

Uta Löffler^a Behiye Sakalli^a Malte Stopsack^b Johannes Mander^a Hinrich Bents^a
Sven Barnow^b

^aZentrum für Psychologische Psychotherapie ZPP, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland;

^bPsychologisches Institut, Arbeitsinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Schlüsselwörter

Ambulante Psychotherapie · Depressive Störungen · Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken · Therapieresponse · Remission · Naturalistisches Setting

Zusammenfassung

Hintergrund: Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Depressionen wird in vielen, meist randomisierten kontrollierten Studien adressiert. Allerdings existieren kaum Studien, die spezifische KVT-Techniken im Rahmen der psychotherapeutischen Routineversorgung differenziell betrachten. Ziel dieser naturalistischen Studie war es, die Zusammenhänge zwischen der durch den Therapeuten beurteilten Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken und dem Behandlungserfolg zu untersuchen. **Patienten und Methoden:** Depressionsspezifische KVT-Techniken an 109 ambulanten behandelten depressiven Patienten wurden am Behandlungsende retrospektiv durch Therapeuten erfasst und regressionsanalytisch im Zusammenhang mit der Therapieresponse und Remission untersucht. **Ergebnisse:** Die Therapieeffektivität konnte in verschiedenen Outcome-Maßen mit mittleren bis großen Effektstärken nachgewiesen werden ($0,50 \leq d \leq 1,2$). Für die Therapeuteneinschätzungen der meisten KVT-Techniken zeigten sich robuste Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg. Dabei war vor allem eine als hoch eingeschätzte Intensität kognitiver Techniken mit der Response und Remission verbunden. Die Anwendung verhaltensaktivierender Techniken schien vor allem für das Erreichen einer Therapieresponse bedeutsam zu sein, während die Therapeutenurteile über Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen überwiegend mit der Remission assoziiert waren. **Schlussfolgerung:** Unter naturalistischen Bedingungen lassen sich positive Zusammenhänge zwischen retrospektiven Therapeuteneinschätzungen zu depressionsspezifischen KVT-Techniken und klinisch relevanten Therapieergebnissen nachweisen. Für eine weitere Validierung der Ergebnisse sollten in Folgestudien retrospektive und prospektive Therapeutenangaben kombiniert werden.

© 2015 S. Karger GmbH, Freiburg

Keywords

Outpatient psychotherapy · Depressive disorders · Cognitive-behavioral techniques · Therapy response · Remission · Naturalistic setting

Summary

Subjective Therapist Ratings of Applied CBT Techniques Related to Response and Remission in Depressive Disorders: A Naturalistic Study in a Psychotherapy Training Department
Background: Cognitive-behavioral therapy (CBT) is addressed in various, mostly randomized-controlled trials. However, there is a lack of studies differentially investigating specific CBT techniques in the context of routine psychotherapeutic care. The aim of this naturalistic study was to investigate relation between the application intensity of depression-specific CBT techniques rated by therapists and the success of therapy. **Patients and Methods:** Depression-specific CBT techniques of 109 depressive outpatients were assessed retrospectively by therapist ratings at the end of treatment and examined by regression analysis in relation with treatment response and remission. **Results:** Treatment effectiveness was proven in different outcome instruments with medium to large effect sizes ($0.50 \leq d \leq 1.2$). We were able to point out solid relationships between therapist ratings of most CBT techniques and success of therapy. Thereby, cognitive techniques were linked in particular with response and remission when rated as highly intensive. Application of behavioral activation techniques seemed to be predominantly significant in maintaining treatment response, while therapist ratings of techniques promoting social and problem-solving skills were mainly associated with remission. **Conclusion:** Under naturalistic conditions, we were able to prove positive relationships between retrospective therapist ratings of depression-specific CBT techniques and clinically relevant therapy outcomes. For a further validation of these results, retrospective and prospective therapist ratings should be combined.

KARGER

Fax +49 761 4 52 07 14
Information@Karger.com
www.karger.com

© 2015 S. Karger GmbH, Freiburg
1016-6262/15/0253-0201\$39.50/0

Accessible online at
www.karger.com/rev

Dipl.-Psych. Uta Löffler
Zentrum für Psychologische Psychotherapie ZPP
Universität Heidelberg
Berghheimer Straße 58a, 69115 Heidelberg, Deutschland
uta.loeffler@zpp.uni-hd.de

Downloaded by
Universitätsbibliothek Heidelberg
149.126.70.11 - 5/21/2015 9:25:03 PM

Einleitung

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt eine Kombinationsbehandlung aus zahlreichen therapeutischen Techniken dar. Als zentrale depressionsspezifische Therapiemodule werden in gängigen Behandlungsmanualen der Aufbau positiver Aktivitäten, die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen sowie die Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen beschrieben [z.B. Hautzinger, 2013].

Der Aufbau positiver Aktivitäten kann in verschiedenen Formen (z.B. mit Tages- bzw. Wochenplänen oder Aktivitätsprotokollen) erfolgen, um eine erste Stimmungsstabilisierung zu erreichen [Hautzinger, 2013]. Mehrere Studien [Cuijpers et al., 2007; Dobson et al., 2008; Ekers et al., 2008; Mazzucchelli et al., 2009] konnten eine mit anderen Therapieformen (z.B. interpersonelle Therapie, kognitive Therapie) vergleichbare Effektivität verhaltensaktivierender Techniken nachweisen. Allerdings werden in den meisten Studien unter dem Oberbegriff «Verhaltensaktivierung» mehrere, oftmals verschiedene Techniken untersucht, sodass bislang weitgehend unklar ist, wie einzelne verhaltensaktivierende Interventionen 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]. Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass kognitive Therapien (KT) effektive Behandlungsverfahren darstellen [DeRubeis et al. 2005; Gloaguen et al., 1998; Hollon et al., 2002]. Allerdings bleibt auch hier in vielen Studien unklar, welche spezifischen kognitiven Techniken unter dem Sammelbegriff der KT evaluiert wurden [z.B. Wampold et al., 2002]. Zudem wird die Interpretation dieser Befunde dadurch erschwert, dass kognitive und verhaltensorientierte Techniken häufig vermischt und die Begriffe «KT» und «KVT» oftmals synonym verwendet werden.

Für die Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen (SK und PLK) werden Techniken wie Rollenspiele, Modelllernen sowie das Einüben einer strukturierten Problemlösungssequenz angewandt [Nezu, 1989; Segrin, 2008]. Mehrere Studien konnten belegen, dass SK-Techniken zu einem bedeutsamen Rückgang der depressiven Symptomatik führen [Baramkoohi, 2009; Cuijpers et al., 2008]. Allerdings werden meistens eigenständige Trainingsprogramme untersucht, sodass nur wenige Befunde über die Wirksamkeit einzelner SK-Techniken existieren. Bezüglich der Wirksamkeit von PLK-Techniken liegen sehr heterogene Befunde vor, sodass bislang nur davon auszugehen ist, dass es sich dabei um «möglicherweise» wirksame Interventionen handelt [DeRubeis und Crits-Christoph, 1998].

Aus der dargestellten Befundlage wird ersichtlich, dass nur wenige Studien existieren, die die beschriebenen Therapiemodule im Rahmen von KVT-Kombinationsbehandlungen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg differenziell betrachten und Analysen auf Interventionsebene durchführen. Darüber hinaus basieren die meisten Befunde auf randomisierten kontrollierten Studien. Führende Psychotherapieforscher fordern daher, zentrale psychotherapeutische Veränderungsprozesse vermehrt im natura-

listischen Setting zu untersuchen [Lambert, 2013; Lutz, 2003; Or-linsky, 2009]. Nach unserem Kenntnisstand liegt bislang keine naturalistische Studie vor, die den Einsatz spezifischer KVT-Techniken in der ambulanten Behandlung depressiver Störungen evaluiert. Daher ist das Anliegen dieser Studie, zentrale KVT-Techniken aus den Behandlungsmodulen «Aufbau positiver Aktivitäten», «Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen» und «Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen» im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg in der ambulanten Routineversorgung depressiver Patienten zu untersuchen. Dabei soll der Behandlungserfolg durch Response- und Remissionsanalysen beschrieben werden, da diese oftmals prägnantere und klinisch bedeutsamere Ergebnisse als Mittelwertanalysen ermöglichen [Hiller et al., 2011]. Zudem sollen die angewandten KVT-Techniken mittels retrospektiver Therapeuteneinschätzungen erfasst werden. In vorhergehenden Studien konnten bereits erste Hinweise auf die Validität retrospektiver Therapeutenurteile bezüglich angewandter therapeutischer (Trauma-)Interventionen [Kliem et al., 2012] sowie allgemeiner therapeutischer Kompetenzen gefunden werden, die signifikant mit dem Therapie-Outcome assoziiert waren [Nissen-Lie et al., 2013]. Allerdings besteht hier nach wie vor weiterer Forschungsbedarf. Vor diesem Hintergrund soll in dieser Studie überprüft werden, ob retrospektive Therapeutenurteile zur Anwendung von KVT-Techniken ein valides Maß zur Outcome-Prädiktion darstellen. Dabei wird angenommen, dass die subjektiven, retrospektiven Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Intensität angewandter KVT-Techniken positiv mit der Therapieresponse und Remission depressiver Störungen assoziiert sind.

Patienten und Methoden

Die verwendeten Daten stammen aus den Ausbildungsambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg. Alle durchgeführten Therapien fanden unter engmaschiger Supervision statt. Die Zuteilung der Patienten zum Therapeuten erfolgte zufällig. Von allen Patienten lag eine schriftliche Einverständniserklärung zur anonymisierten Verwendung und Auswertung therapiebezogener Daten vor.

Studiendesign

Die erste Messung fand zu Beginn der probatorischen Sitzungen statt (T1). Die zweite Messung erfolgte am Behandlungsende (T2). Als regulär beendet galt eine Therapie, wenn das beantragte Sitzungskontingent ausgeschöpft wurde oder wenn diese aufgrund eines vorzeitigen Therapieerfolgs früher beendet wurde. Alle anderen Abschlüsse wurden als Therapieabbrüche definiert. Es wurden qualitätsrelevante Abbrüche (z.B. durch Unzufriedenheit des Patienten) und nicht-qualitätsrelevante Abbrüche (z.B. durch Wohnortwechsel) unterschieden. Bei Therapieabbrüchen wurde die fehlende Abschlussdiagnostik durch die letzte vorhandene Verlaufsmessung ersetzt (Last-Observation-Carried-Forward-Methode; LOCF).

Messinstrumente

Es wurden Therapeuteneinschätzungen von 10 depressionsspezifischen KVT-Techniken aus den 3 Behandlungsmodulen «Aufbau positiver Aktivitäten», «Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen» und «Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen» retrospektiv am Behandlungsende (T2) erfasst (Tab. 1). Hierfür wurde die Basisdokumentation BaDo3 verwendet, die in Anlehnung an das Dokumentationssystem «PSYCHO-DOK» [Lairer et al., 1998] entwickelt wurde und in zahlreichen universitären Ausbildungsinstituten

Tab. 1. Auflistung der erfassten KVT-Techniken

Therapiemodul	Techniken
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 kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente
Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen	Rollenspiele (z.B. zur Förderung des Konfliktverhaltens) Modelllernen Problemlösetraining (mit Stufenplan)

PMR = Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson; AT = Autogenes Training.

Tab. 2. Beschreibung der Intention-to-Treat-Stichprobe

Merkmal	M/N/SD (%)
Alter bei Therapiebeginn, Jahre	M = 42,19; SD = 11,94
Geschlecht, weiblich	N = 70 (64,2)
Ambulante Vorbehandlungen	N = 67 (61,5)
Stationäre Vorbehandlungen	N = 47 (43,1)
Anzahl komorbider Störungen	M = 0,86; SD = 0,95
Keine komorbide Störung	N = 48 (44,0)
1-2 komorbide Störungen	N = 54 (49,6)
3-4 komorbide Störungen	N = 7 (6,4)
Art der komorbiden Störung	
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	N = 9 (8,3)
Dysthymie (F34.1)	N = 4 (3,7)
Angststörung (F40, F41)	N = 23 (21,1)
Zwangsstörung (F42)	N = 2 (1,8)
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	N = 6 (5,5)
Somatoforme Störung (F45)	N = 3 (2,8)
Essstörung (F50)	N = 10 (9,2)
Persönlichkeitsstörung (F60, F61)	N = 23 (21,1)
Sonstige	N = 8 (7,3)
Therapiedauer (Anzahl absolvierter Sitzungen)	M = 38,8; SD = 16,96

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

(Unith-Instituten) eingesetzt wird. Die Techniken wurden hinsichtlich der Intensität ihrer Anwendung auf einer dreistufigen Skala durch den behandelnden Therapeuten 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 Intensität der Anwendung (3) einen häufigen Einsatz mit großem Aufwand. Um eine einheitliche Handhabung der Skalierung zu gewährleisten, erfolgte eine ausführliche Einweisung und Schulung der behandelnden Therapeuten hinsichtlich der Beurteilung der angewandten Techniken anhand der BaDo3 im Rahmen eines institutsinternen Diagnostik-Seminars.

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 $>0,56$ wurden als psychisch belastet eingestuft [Hiller et al., 2011].

Als Kontrollvariablen wurden soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsabschluss), störungsrelevante Maße (Symptom-schwere zu Therapiebeginn im GSI), Anzahl komorbider Diagnosen, Komorbi-

dität 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 Vorbehandlungen signifikant mit Therapiereponse bzw. Remission assoziiert und wurden in den nachfolgenden Analysen kontrolliert (initiale Symptomschwere und Remission: $r = -0,313$, $p < 0,01$; Anzahl stationärer Vorbehandlungen und Response: $r = -0,233$, $p < 0,05$ bzw. Remission: $r = -0,260$, $p < 0,01$). Alle übrigen der genannten Variablen wiesen keine bedeutsamen Assoziationen mit dem Behandlungserfolg auf ($p > 0,05$) und wurden daher aus Gründen der Übersichtlichkeit in den nachfolgenden Analysen nicht weiter berücksichtigt.

Stichprobe

Die Stichprobe umfasste ausschließlich Patienten mit einer depressiven Episode (F32) oder 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], für die Kostenträger wurden die Diagnosen jedoch nach ICD-10 kodiert [Dilling et al., 2009]. Aus der Gesamtheit der zwischen 2005 und 2012 am

Tab. 3. Therapie-Outcome der Intention-to-Treat- (N = 109) und Completer-Stichproben (N = 89)

	M (SD) zu T1	M (SD) zu T2	t	df	KI	d
BDI-II						
ITT	26,42 (9,53)	15,71 (12,19)	10,45 ^{***}	108	8,68–12,74	0,98
Completer	25,68 (8,97)	13,74 (10,95)	10,82 ^{***}	88	9,75–14,13	1,20
GSI						
ITT	1,29 (0,71)	0,93 (0,74)	5,86 ^{***}	108	0,24–0,48	0,50
Completer	1,26 (0,67)	0,82 (0,68)	6,72 ^{***}	88	0,31–0,57	0,66

BDI-II = Beck Depressions-Inventar; GSI = Global Severity Index; ITT = Intention-to-Treat-Stichprobe; T1 = Therapiebeginn; T2 = Therapieende; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = Prüfgröße des t-Tests; p = Signifikanzwert; Signifikanzniveau: ^{***}p = 0,001 (im Vergleich zu p^{*} = 0,05; p^{**} = 0,01); df = Freiheitsgrade; KI = 95%-Konfidenzintervall der Prä-Post-Differenzen; d = Effektstärke nach Cohen [1988].

Tab. 4. Deskriptive Darstellung der Intensität der angewandten KVT-Techniken (geringe vs. mittlere vs. hohe Intensität)

Techniken	Gesamt, N	Gering, n (%)	Mittel, n (%)	Hoch, n (%)
Aufbau positiver 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)
Mehrspaltechnik	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)

ZPP behandelten depressiven Patienten (n_f = 502) wurden alle Fälle abgeschlossen, in denen die Therapie zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht abgeschlossen war (n = 172; 34,2%), deren Behandlung weniger als 5 Therapie-sitzungen 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 Intention-to-Treat (ITT)-Stichprobe umfasste N_f = 109 Patienten (Tab. 2), 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 > 0,05).

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. Chi²-Tests überprüft. Zur Ermittlung des Therapieoutcomes wurden t-Tests mit gepaarten Stichproben in den jeweiligen Gruppen durchgeführt. Prä-Post-Effektstärken wurden mithilfe Cohens d berechnet [Cohen, 1988], wobei Effektstärken (ES) $\geq 0,20$ als klein, $\geq 0,50$ als mittelgradig und $\geq 0,80$ als groß bewertet wurden. Response als das Ansprechen auf die Behandlung und Remission als erreichte Symptomfreiheit wurden störungsspezifisch anhand des BDI-II operationalisiert. Gemäß der Methode der prozentualen Besserung [Hiller und 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 bei < 14,29 und gleichzeitiger Response zu T2 vor [Jacobson et al., 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 Kovariate in den Regres-

sionsanalysen berücksichtigt. Die Anwendungsintensität der jeweiligen Techniken ging als kategorialer Prädiktor mit den oben beschriebenen Ausprägungen »gering« versus »mittel« versus »hoch« in die Analysen ein. Die erste Kategorie »geringe Intensität« wurde als Referenzkategorie festgelegt. Die Prädiktorens-ektion erfolgte rückwärtsbedingt auf Basis von Log-Likelihood-Tests. Die α -Fehlerwahrscheinlichkeit wurde konventionell auf einem 5%-Niveau festgelegt, alle Tests erfolgten zweiseitig.

Ergebnisse

Therapie-Outcome

In der ITT-Stichprobe zeigten sich in den Prä-Post-Vergleichen des BDI-II und GSI signifikante Unterschiede (p < 0,001) mit mittleren bis großen Effektstärken (Tab. 3). In der Completer-Stichprobe ergaben sich ebenfalls signifikante Symptomreduktionen (p < 0,001) mit erwartungsgemäß höheren Effektstärken. Die Therapie-response lag in der ITT-Stichprobe bei 53,2%, die Remissions-rate 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 4 enthält eine deskriptive Darstellung der

von den Therapeuten beurteilten Intensität der angewandten KVT-Techniken. Tabelle 5 gibt die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken wieder. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen sind in Tabelle 6 dargestellt.

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 ($p = 0,041$, Odds Ratio OR = 4,28,

Tab. 5. Korrelative Zusammenhänge zwischen den Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aufbau positiver Aktivitäten	-	0,16	0,47***	0,46***	0,33**	0,39***	0,25*	0,13	0,24*	0,24*
Entspannungsverfahren		-	0,02	0,19	0,20*	0,24*	0,19	0,07	0,02	0,01
Tagesstrukturierung			-	0,32**	0,26**	0,36***	0,19	0,13	0,26**	0,44***
Sokratischer Dialog				-	0,47***	0,60***	0,26**	0,26**	0,34***	0,26**
Entpathologisieren					-	0,29**	0,41***	0,17	0,37***	0,30**
Mehrspalantentechnik						-	0,24*	0,26**	0,43***	0,22*
Verhaltensexperimente							-	0,37***	0,35***	0,16
Rollenspiele								-	0,37***	0,13
Modelllernen									-	0,31**
Problemlösetraining										-

Korrelationskoeffizienten nach Spearman; Signifikanzniveau: * $p = 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p = 0,001$.

Tab. 6. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen der Intention-to-Treat-Stichprobe

Technik	AV	UV / KV	B (SE)	p	OR	KI
Aufbau positiver Aktivitäten	Response	GSI zu T1*	-0,42 (0,30)*	0,169*	0,66*	0,37-1,19*
		Stationäre Vorbehandlung	-0,22 (0,12)	0,070	0,80	0,63-1,02
		Mittlere Intensität	1,45 (0,71)	0,041	4,28	1,06-17,33
	Remission	Hohe Intensität	1,23 (0,64)	0,056	3,41	0,97-12,01
		GSI zu T1	-0,89 (0,35)	0,011	0,41	0,21-0,82
		Stationäre Vorbehandlung	-0,30 (0,16)	0,063	0,74	0,54-1,02
Entspannungsverfahren	Response	Mittlere Intensität*	1,37 (0,76)*	0,069*	3,94*	0,89-17,27*
		Hohe Intensität*	0,85 (0,67)*	0,208*	2,33*	0,62-8,74*
		GSI zu T1*	-0,36 (0,31)*	0,242*	0,69*	0,38-1,28*
	Remission	Stationäre Vorbehandlung	-0,25 (0,12)	0,032	0,78	0,62-0,98
		Mittlere Intensität	1,44 (0,66)	0,029	4,24	1,16-15,45
		Hohe Intensität	-0,23 (0,66)	0,726	0,79	0,22-2,89
Tagesstrukturierung	Response	GSI zu T1	-0,82 (0,37)	0,028	0,44	0,21-0,91
		Stationäre Vorbehandlung	-0,31 (0,15)	0,035	0,73	0,55-0,98
		Mittlere Intensität	1,83 (,74)	.013	6,22	1,47-26,42
	Remission	Hohe Intensität	-0,29 (0,71)	0,686	0,75	0,19-3,00
		GSI zu T1*	-0,34 (0,31)*	0,274*	0,71*	0,39-1,31*
		Stationäre Vorbehandlung	-0,23 (0,12)	0,054	0,79	0,63-1,00
Sokratischer Dialog	Response	Mittlere Intensität*	-0,49 (0,57)*	0,391*	0,62*	0,20-1,86*
		Hohe Intensität*	-0,19 (0,44)*	0,673*	0,83*	0,35-1,97*
		GSI zu T1	-0,84 (0,36)	0,019	0,43	0,21-0,87
	Remission	Stationäre Vorbehandlung	-0,30 (0,16)	0,061	0,74	0,54-1,01
		Mittlere Intensität*	-0,24 (0,59)*	0,690*	0,79*	0,25-2,51*
		Hohe Intensität*	-0,01 (0,46)*	0,985*	0,99*	0,40-2,46*
Sokratischer Dialog	Response	GSI zu T1*	-0,42 (0,30)*	0,169*	0,66*	0,37-1,19*
		Stationäre Vorbehandlung	-0,26 (0,12)	0,028	0,77	0,62-0,97
		Mittlere Intensität	0,27 (0,56)	0,629	1,31	0,44-3,92
	Remission	Hohe Intensität	1,50 (0,56)	0,007	4,46	1,50-13,28
		GSI zu T1	-0,97 (0,39)	0,012	0,38	0,18-0,81
		Statistische Vorbehandlung	-0,29 (0,15)	0,049	0,75	0,56-0,99
Sokratischer Dialog	Mittlere Intensität	0,01 (0,61)	0,991	1,01	0,30-3,35	
	Hohe Intensität	1,40 (0,60)	0,019	4,06	1,26-13,09	

Forsetzung nächste Seite

Tab. 6. Fortsetzung

Technik	AV	UV / KV	B (SE)	p	OR	KI
Entpathologisieren	Response	GSI zu T1*	-0,36 (0,31) [†]	0,252 [†]	0,70 [†]	0,38-1,29 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	-0,34 (0,13)	0,009	0,72	0,56-0,92
		Mittlere Intensität	0,61 (0,52)	0,243	1,84	0,66-5,15
		Hohe Intensität	1,79 (0,56)	0,001	6,00	1,98-18,13
	Remission	GSI zu T1	-1,09(0,39)	0,005	0,36	0,16-0,72
		Stationäre Vorbehandlung	-0,37 (0,16)	0,021	0,69	0,51-0,95
		Mittlere Intensität	0,38 (0,56)	0,498	1,46	0,49-4,35
		Hohe Intensität	1,70 (0,60)	0,004	5,48	1,71-17,60
Mehrspalteentechnik	Response	GSI zu T1*	-0,31 (0,31) [†]	0,329 [†]	0,74 [†]	0,39-1,36 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	0,24 (0,12)	0,039	0,78	0,62-0,99
		Mittlere Intensität	1,16 (0,54)	0,030	3,18	1,12-9,08
		Hohe Intensität	0,87 (0,48)	0,066	2,39	0,94-6,08
	Remission	GSI zu T1	-0,70 (0,38)	0,066	0,49	0,23-1,05
		Stationäre Vorbehandlung	-0,32 (0,16)	0,043	0,73	0,54-0,99
		Mittlere Intensität	0,96 (0,55)	0,082	2,59	0,89-7,62
		Hohe Intensität	1,05 (0,50)	0,036	2,86	1,07-7,62
Verhaltensexperimente	Response	GSI zu T1*	-0,37 (0,31) [†]	0,228 [†]	0,69 [†]	0,38-1,26 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	-0,25 (0,13)	0,051	0,78	0,61-1,00
		Mittlere Intensität*	0,39 (0,47) [†]	0,413 [†]	1,47 [†]	0,58-3,73 [†]
		Hohe Intensität*	1,07 (0,51) [†]	0,037 [†]	2,91 [†]	1,07-7,95 [†]
	Remission	GSI zu T1	-0,98 (0,38)	0,011	0,37	0,18-0,79
		Stationäre Vorbehandlung	-0,33 (0,17)	0,059	0,72	0,52-1,01
		Mittlere Intensität	0,22 (0,51)	0,663	1,25	0,46-3,39
		Hohe Intensität	1,36 (0,55)	0,013	3,91	1,34-11,43
Rollenspiele	Response	GSI zu T1*	-0,28 (0,31) [†]	0,369 [†]	0,75 [†]	0,41-1,39 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	-0,21 (0,13)	0,090	0,81	0,63-1,03
		Mittlere Intensität*	1,00 (0,49) [†]	0,040 [†]	2,73 [†]	1,05-7,11 [†]
		Hohe Intensität*	0,53 (0,50) [†]	0,292 [†]	1,69 [†]	0,64-4,49 [†]
	Remission	GSI zu T1	-0,93 (0,38)	0,014	0,39	0,18-0,83
		Stationäre Vorbehandlung	-0,28 (0,17)	0,101	0,76	0,55-1,06
		Mittlere Intensität	1,15 (0,53)	0,029	3,15	1,13-8,80
		Hohe Intensität	0,76 (0,52)	0,148	2,13	0,77-5,96
Modelllernen	Response	GSI zu T1*	-0,28 (0,31) [†]	0,369 [†]	0,75 [†]	0,41-1,39 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	-0,27 (0,12)	0,030	0,77	0,60-0,98
		Mittlere Intensität	1,17 (0,50)	0,018	3,24	1,23-8,54
		Hohe Intensität	1,57 (0,69)	0,024	4,82	1,24-18,76
	Remission	GSI zu T1	-0,93 (0,39)	0,017	0,39	0,18-0,85
		Stationäre Vorbehandlung	-0,34 (0,16)	0,041	0,72	0,52-0,99
		Mittlere Intensität	1,11 (0,51)	0,030	3,04	1,12-8,27
		Hohe Intensität	1,57 (0,70)	0,025	4,79	1,22-18,80
Problemlösestraining	Response	GSI zu T1*	-0,28 (0,31) [†]	0,371 [†]	0,76 [†]	0,41-1,39 [†]
		Stationäre Vorbehandlung	-0,23 (0,12)	0,054	0,79	0,63-1,00
		Mittlere Intensität*	1,07 (0,59) [†]	0,070 [†]	2,92 [†]	0,91-9,34 [†]
		Hohe Intensität*	0,28 (0,59) [†]	0,642 [†]	1,32 [†]	0,41-4,19 [†]
	Remission	GSI zu T1	-0,88 (0,39)	0,022	0,41	0,19-0,88
		Stationäre Vorbehandlung	-0,39 (0,18)	0,030	0,68	0,48-0,96
		Mittlere Intensität	1,34 (0,61)	0,028	3,82	1,15-12,67
		Hohe Intensität	0,38 (0,62)	0,544	1,46	0,43-4,94

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 (Global Severity Index (GSI) zu T1) und Anzahl stationärer Vorbehandlungen; B = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; p = Signifikanzniveau; OR = Odds Ratio = exponierter Beta-Koeffizient Exp(B); KI = 95%-Konfidenzintervall von Exp(B).

[†]Prädiktor war bei rückwärtsbedingter Regressionsmethode im endgültigen, reduzierten Modell nicht mehr enthalten.
Die Darstellung der entsprechenden Kennwerte erfolgt aus Gründen der Vollständigkeit.

Nagelkerkes $R^2 = 0,11$). Bei einer hoch eingeschätzten Anwendungsintensität dieser Technik konnte für die Response ein tendenzieller additiver Effekt ermittelt werden, der jedoch keine statistische Signifikanz erreichte ($p > 0,05$). Für die Remission stellte der Aufbau positiver Aktivitäten bei rückwärtsbedingter Variablen-selektion keinen bedeutsamen Prädiktor dar ($p > 0,05$, $R^2 = 0,19$).

Entspannungsverfahren waren bei mittlerer Anwendungsintensität im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität bedeutsam mit einer erhöhten Response- und Remissionsrate assoziiert (Response: $p = 0,029$, OR = 4,24, $R^2 = 0,13$; Remission: $p = 0,013$, OR = 6,22, $R^2 = 0,26$). Eine als hoch beurteilte Anwendungsintensität von Entspannungsverfahren stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit einer weiteren Verbesserung der Response- und Remissionsrate ($p > 0,05$).

Die retrospektive Einschätzung der Tages- und Wochenstrukturierung mit Verhaltensplänen stellte weder für Response noch für Remission einen signifikanten Prädiktor dar ($p > 0,05$, Response: $R^2 = 0,06$; Remission: $R^2 = 0,17$).

Behandlungsmodul «Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen»

Der sokratische Dialog und das Entpathologisieren von Befürchtungen waren erst bei einer als hoch eingeschätzten Anwendungsintensität mit einer erhöhten Response- und Remissionsrate bedeutsam assoziiert (sokratischer Dialog: Response: $p = 0,007$, OR = 4,46, $R^2 = 0,18$; Remission: $p = 0,019$, OR = 4,06, $R^2 = 0,29$; Entpathologisieren: Response: $p = 0,001$, OR = 6,00, $R^2 = 0,19$; Remission: $p = 0,004$, OR = 5,48, $R^2 = 0,29$). Bei mittlerer Anwendungsintensität standen beide Techniken dagegen in keinem signifikanten Zusammenhang mit einer erhöhten Response- und Remissionsrate ($p > 0,05$).

Bei der Mehrspalten-Technik zeigte sich bei mittlerer im Vergleich zu geringer Anwendungsintensität eine signifikante Erhöhung der Response ($p = 0,030$, OR = 3,18, $R^2 = 0,13$) sowie eine tendenzielle Zunahme der Remissionsrate ($p = 0,082$, $R^2 = 0,23$). Eine hohe Anwendungsintensität dieser Technik war hingegen signifikant mit einer tendenziell erhöhten Therapieresponse ($p = 0,066$) und einer erhöhten Remissionsrate ($p = 0,036$, OR = 2,86) assoziiert.

Die subjektiv eingeschätzte Anwendung von Verhaltensexperimenten stand lediglich mit der Remissionsrate in einem signifikanten Zusammenhang. Bei einer als hochintensiv beurteilten Anwendung dieser Technik zeigte sich eine signifikante Zunahme der Remissionsrate im Vergleich zur Referenzkategorie ($p = 0,013$, OR = 3,91, $R^2 = 0,25$).

Behandlungsmodul «Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen»

Die Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Durchführung von Rollenspielen und Problemlösetrainings waren lediglich mit dem Erreichen von Remission signifikant assoziiert. Bei mittlerer Anwendungsintensität dieser Techniken zeigte sich eine signifikant erhöhte Remissionsrate im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität (Rollenspiele: $p = 0,029$, OR = 3,15, $R^2 = 0,22$; Problemlösetraining: $p = 0,028$, OR = 3,82, $R^2 = 0,22$). Eine als hoch wahrgenommene Anwendungsintensität beider Techniken ergab hingegen keinen signifikanten, additiven Effekt ($p > 0,05$).

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: $p = 0,018$, OR = 3,24; hohe Intensität: $p = 0,024$, OR = 4,82, $R^2 = 0,17$; Remission: mittlere Intensität: $p = 0,030$, OR = 3,04; hohe Intensität: $p = 0,025$, OR = 4,79, $R^2 = 0,26$).

Als Zusatzanalyse wurden diejenigen KVT-Techniken, die sich in den Einzelregressionsanalysen als bedeutsame Prädiktoren gezeigt hatten, in ein kombiniertes 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: $p = 0,027$, OR = 5,65; hohe Intensität: $p = 0,445$, OR = 0,54; Entpathologisieren: mittlere Intensität: $p = 0,161$, OR = 2,18; hohe Intensität: $p = 0,002$, OR = 6,68, $R^2 = 0,27$). Alle übrigen Techniken waren bei rückwärtsbedingter 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: $p = 0,025$, OR = 7,92; hohe Intensität: $p = 0,761$, OR = 0,78; sokratischer Dialog: mittlere Intensität: $p = 0,537$, OR = 0,65; hohe Intensität: $p = 0,209$, OR = 2,47; Modelllernen: mittlere Intensität: $p = 0,040$, OR = 3,38; hohe Intensität: $p = 0,199$, OR = 2,90; Problemlösetrainings: mittlere Intensität: $p = 0,037$, OR = 4,80; hohe Intensität: $p = 0,562$, OR = 0,63, $R^2 = 0,45$).

Diskussion

Ziel der Studie war die Analyse des Zusammenhangs von subjektiven, retrospektiven Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Intensität von KVT-Techniken und des Therapieerfolgs bei depressiven Störungen. Es konnten positive Befunde zum Therapie-Outcome 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: $d = 0,98$; Completer: $d = 1,2$), die in einem für Hochschul- bzw. Ausbildungsambulanzen zufriedenstellenden Bereich lagen [vgl. Muszer und Bailer, 2011; Schindler und Hiller, 2010]. Die Effektstärken des weniger änderungssensitiven GSI fielen erwartungsgemäß geringer aus (ITT: $d = 0,50$; Completer: $d = 0,66$), sie blieben allerdings auch unter den in vergleichbaren Studien erzielten Effektstärken [Heinrichs et al., 2009; Muszer und Bailer, 2011; Schindler und Hiller, 2010]. Dies kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass die untersuchte Stichprobe auch Patienten mit einem subklinischen GSI-Prä-Wert ($< 0,56$) 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 und Schindler, 2011; Schindler und Hiller, 2010; Westbrook und Kirk, 2005].

Anwendung von KVT-Techniken im Zusammenhang mit Response und Remission

Für viele der subjektiv und retrospektiv eingeschätzten KVT-Techniken ergaben sich 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 als bei niedriger Anwendungsintensität; eine als hoch bewertete Intensität war hingegen nur mit einer tendenziellen bzw. mit keiner weiteren, deutlichen Verbesserung des Behandlungserfolgs verbunden. Als Erklärungsansatz wäre denkbar, dass bei der Anwendung dieser Techniken ein gewisses Optimum existiert, über dessen Bereich hinaus keine weitere, wesentliche Steigerung des Therapieerfolgs erreicht wird. Dies könnte darin begründet liegen, dass eine hochintensive Durchführung von verhaltensaktivierenden Techniken wie z.B. Entspannungsverfahren möglicherweise zu einem Zeitmangel für andere wichtige Themen und Verfahren im Rahmen der Therapie führt und sich daher kein deutlicher Zusammenhang zwischen der als hochintensiv 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 Remissionsraten teilweise sehr gering waren (vgl. z.B. für den Aufbau positiver Aktivitäten: Response: OR = 4,28, $p = 0,041$; Remission: OR = 3,94, $p = 0,069$). 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 Therapievorraussetzung bereits über ein Mindestmaß an Tagesstruktur verfügen und diese Technik im ambulanten Setting daher weniger fokussiert werden muss.

In der retrospektiven Einschätzung der kognitiven Techniken «sokratischer Dialog» und «Entpathologisieren von Befürchtungen» zeigten sich erst bei einer hochintensiven 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 zu sein. Die Therapeuteneinschätzungen von Verhaltensexperimenten waren als einzige der kognitiven Techniken nicht bedeutsam mit der Therapieresponse assoziiert. Dies könnte damit zusammenhängen, dass in Verhaltensexperimenten kognitive Veränderungsmecha-

nismen mit Verhaltensaspekten kombiniert [Bennett-Levy et al., 2004] und Verhaltensexperimente möglicherweise erst nach Ansprechen auf die Behandlung eingesetzt werden.

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 als höher eingeschätzte Anwendungsintensität von Rollenspielen und Problemlösetechniken mit keiner weiteren, deutlichen Verbesserung des Behandlungserfolgs assoziiert war. Auch dies könnte, analog zu den Befunden der verhaltensaktivierenden Techniken, damit in Verbindung gebracht werden, dass ein hochintensiver Einsatz dieser Methoden wenig Raum für die Bearbeitung alternativer Themen mit anderen Verfahren lassen könnte und sich daher kein starker Zusammenhang zwischen der als hochintensiv beurteilten Anwendung dieser Techniken und dem Therapieerfolg zeigt. Darüber hinaus könnten die Befunde als Hinweis dafür gewertet werden, dass SK- und PLK-Techniken für das Kriterium der Therapieresponse möglicherweise eine eher untergeordnete Rolle spielen. Dies könnte vermutlich damit zusammenhängen, dass diese Techniken meist in einer späteren Behandlungsphase [Hautzinger, 2008] eingesetzt werden, in der die Therapieresponse eventuell bereits eingetreten ist.

Limitationen

Diese naturalistische Studie weist mehrere methodische Einschränkungen auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse prinzipiell begrenzen. 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 potenzielle 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 Therapie-Outcome (gemessen anhand des globalen Funktionsniveaus GAF). Dies kann als Hinweis dafür betrachtet werden, dass die Technikanwendung weitgehend unabhängig vom Behandlungsergebnis erfolgte, das vom Therapeuten beurteilt wurde. Das unterstreicht die Validität der retrospektiv erhobenen Therapeutenurteile für die Outcome-Prädiktion. Dennoch könnte es in zukünftigen Forschungsarbeiten für eine weitere Validierung der Therapeutenurteile relevant sein, die Perspektive der Patienten oder unabhängiger Beobachter ergänzend miteinzubeziehen. Des Wei-

teren wurden in der vorliegenden Studie ausschließlich die Art und Intensität der angewandten Interventionen erfasst. In nachfolgenden Untersuchungen könnten auch weitere Facetten des Technikeinsatzes wie z.B. 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 Therapie-Outcome 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 Auswertungsstichprobe 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 potenziell eingeschränkt wird. Darüber hinaus wird die Generalisierung der Befunde durch den relativen hohen Anteil an unvollständigen Datensätzen zum Zeitpunkt der Post-Messung von 36,8% potenziell beeinflusst. Dieser Umstand unterstreicht dabei die generelle Schwierigkeit, umfangreiche Daten für Forschung und Qualitätssicherung in der psycho-

therapeutischen Routineversorgung unter naturalistischen Bedingungen zu gewinnen. In der Zukunft wird sich dies durch elektronische Erinnerungs- und Dateneingabesysteme jedoch stark verbessern lassen. Zudem muss limitierend erwähnt werden, dass sich aufgrund der Vielzahl der regressionsanalytischen Einzelvergleiche die Wahrscheinlichkeit einer α -Fehler-Kumulierung und damit die Wahrscheinlichkeit von falsch-signifikanten Ergebnissen potenziell 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.

Schlussfolgerung

Die vorliegende naturalistische Studie liefert erste Hinweise dafür, dass subjektive, retrospektive Therapeuteinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken bedeutsam mit dem Therapie-Outcome assoziiert sind. Dies kann als erstes Validitätsmerkmal betrachtet werden, und es erscheint vielversprechend, in zukünftigen Längsschnittstudien sowohl prospektive als auch retrospektive Therapeutenangaben in Zusammenhang zu bringen.

Disclosure Statement

Die Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literatur

- Baramkoochi AA: Training life skills for decreasing depression. *J Iran Psychol* 2009;5:297-306.
- Bennett-Levy J, Westbrook D, Fennell M, et al.: Behavioural experiments: historical and conceptual underpinnings; in Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackman A, Mueller M, Westbrook D (eds): *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Cognitive Behaviour Therapy: Science and Practice Series*. New York, Oxford University Press, 2004, pp 1-20.
- Cohen J: *Statistical power analysis for behavioural sciences*, ed 2. Hillsdale, Erlbaum, 1988.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al.: Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:909-922.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L: Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:318-326.
- DeRubeis RJ, Crits-Christoph P: Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:37-52.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, et al.: Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:409-416.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, ed 7. Bern, Huber, 2009.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, et al.: Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:468-477.
- Ekers D, Richards D, Gibbody S: A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med* 2008;38:611-623.
- Franke GH: *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis: BSI (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Göttingen, Beltz Test, 2000.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al.: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59-72.
- Hautzinger M: *Psychotherapie der Depression*. Bundesgesundheitsforsch Gesundheitschutz 2008; 51:422-429.
- Hautzinger M: *Kognitive Verhaltenstherapie bei affektiven Störungen*. PSYCH update 2009;3:9-20.
- Hautzinger M: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 2013.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C: *Beck Depressions-Inventar: BDI II. Revision*. Frankfurt/M., Harcourt Test Services, 2006.
- Heinrichs N, Nowak C, Oertel J, et al.: Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie der sozialen Angststörung in einer Universitären Ambulanz: Wird die Forschung in die Praxis transportiert? *Z Klin Psychol Psychother* 2009;38:181-193.
- Hiller W, Schindler A: Response und Remission in der Psychotherapieforschung. *Psychother Psych Med* 2011;61: 170-176.
- Hiller W, Schindler A, Andor T, et al.: Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanz im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:22-32.
- Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC: Treatment and prevention of depression. *Psychol Sci* 2002;3:39-77.
- Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D: Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 1984; 15:336-352.
- Kliem S, Kröger C, Bayat Sarmadi N, et al.: Wie werden Verbesserungen nach Typ-II-Traumata infolge unterschiedlicher traumabearbeitender Interventionen eingeschätzt? Eine Re-Analyse der Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten. *Z Klin Psychol Psychother* 2012;41:30-37.
- Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U: *PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie: Beschreibung und Funktionen im Rahmen des Qualitätsmanagements von Psychotherapie*; in Laireiter A-R, Vogel H (eds): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch. Tübingen, DGVT, 1998, pp 209-224.
- Lambert MJ: The efficacy and effectiveness of psychotherapy; in Lambert MJ (ed): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey, Wiley and Sons, 2013, pp 169-218.

- Lutz W: Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen, DGVT, 2003.
- Mazzucchelli T, Kane R, Rees C: Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clin Psychol* 2009;16:383-411.
- Muszer K, Bailer J: Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Verlauf und Ausgang von ambulanten Verhaltenstherapien. *Psychother Psych Med* 2011;61:303-310.
- Nezu AM, Nezu CM, Perri MG: Problem-solving Therapy for Depression: Theory, Research, and Clinical Guidelines. New York, Wiley, 1989.
- Nissen-Lie HA, Havik OE, Høglend PA, et al.: The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *J Couns Psychol* 2013;60:483-495.
- Orlinsky DE: The 'Generic Model of Psychotherapy' after 25 years: evolution of a research-based metatheory. *J Psychother Integr* 2009;19:319-339.
- Schindler A, Hiller W: Therapieeffekte und Responderaten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Z Klin Psychol Psychother* 2010;39:107-115.
- Segrin C: Social skills training; in O'Donohue WT, Fisher JE (eds): *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*, ed 2. Hoboken, Wiley and Sons, 2008, pp 502-509.
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW, et al.: A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002;68:159-165.
- Westbrook D, Kirk J: The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behav Res Ther* 2005;43:1243-1261.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T: *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (SKID I und SKID II)*. Göttingen, Hogrefe, 1997.

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER ALLIANZ AUS
PATIENTEN- UND KVT-TECHNIKEN AUS THERAPEUTENSICHT:
EINE NATURALISTISCHE STUDIE
AM BEISPIEL DEPRESSIVER STÖRUNGEN

UTA LÖFFLER¹, BEHIYE SAKALLI¹, MALTE STOPSACK²,
JOHANNES MANDER¹, HINRICH BENTS¹ & SVEN BARNOW²

¹ Zentrum für Psychologische Psychotherapie ZPP, Universität Heidelberg

² Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: Die therapeutische Allianz und störungsspezifische Techniken sind zwei vielfach diskutierte Prozessvariablen, deren Zusammenwirken jedoch nur in wenigen Studien adressiert wird.

Fragestellung: Ziel der naturalistischen Studie war, Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität von KVT-Techniken im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz und dem Therapieoutcome pfadanalytisch zu untersuchen.

Methodik: Die therapeutische Allianz wurde durch Urteile von 113 ambulanten, depressiven Patienten mithilfe des Working-Alliance-Inventory erfasst. Depressionsspezifische Techniken wurden retrospektiv durch Therapeutenurteile erhoben.

Ergebnisse: Die therapeutische Allianz wies direkte Effekte auf den Therapieoutcome auf, während die Therapeutenurteile zum Technikeinsatz nur indirekt, durch die Allianz vermittelt, mit dem Outcome verbunden waren.

Schlussfolgerungen: Die therapeutische Allianz könnte die zentrale Basis im Therapieprozess sein, durch die Techniken ihre Wirkung entfalten. Folgestudien sollten diesen Befund weiter überprüfen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Therapeutische Allianz, kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken, depressive Störung, ambulante Psychotherapie, naturalistisches Setting

RELATIONSHIPS BETWEEN PATIENTS' RATINGS OF ALLIANCE
AND THERAPISTS' RATINGS OF CBT TECHNIQUES:
A NATURALISTIC STUDY IN DEPRESSIVE DISORDERS

ABSTRACT: The therapeutic alliance and disorder specific techniques are two often debated process variables, whose relationships, however, are addressed only in a few studies.

Aims: The aim of this naturalistic study was to investigate therapist's ratings of the application intensity of CBT techniques in context with the alliance and therapy outcome by path analysis.

Method: The therapeutic alliance was assessed by ratings of 113 depressive outpatients on the basis of the working alliance inventory. Depression specific techniques were retrospectively recorded by therapists' ratings.

Results: The therapeutic alliance showed direct effects on therapy outcome, whereas the therapist's ratings of the applied techniques were linked only indirectly with outcome, mediated by the alliance.

Conclusions: The therapeutic alliance might be the vital basis in therapy process by which techniques unfold their effects. Further studies should verify these results.

KEYWORDS: therapeutic alliance, cognitive behavioral therapeutic techniques, depressive disorder, outpatient psychotherapy, naturalistic setting

1

EINFÜHRUNG

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei Depressionen konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (z.B. Cuijpers et al., 2013). Allerdings existiert bislang noch ein hohes Ausmaß an Unklarheit darüber, welche zugrunde liegende Prozesse auf welche Art und Weise zu therapeutisch bedingten Veränderungen depressiver Patienten beitragen (z.B. Lambert, 2013). Zwei zentrale und häufig diskutierte Prozessvariablen stellen die therapeutische Allianz sowie die Anwendung spezifischer therapeutischer Techniken dar, deren Zusammenwirken in der vorliegenden Studie adressiert werden soll.

THERAPEUTISCHE ALLIANZ

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. Das Konstrukt der

Allianz wurde in der Prozess-Outcome-Forschung am häufigsten untersucht (z.B. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) und eine Vielzahl an Studien und Metaanalysen belegen einen robusten, moderaten Zusammenhang mit dem Therapieoutcome mit Effektstärken im Bereich von $.14 \leq r \leq .27$ (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath, 2001; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Klein et al., 2003; Martin, Garske & Davis, 2000; Ryum, Stiles & Vogel, 2009; Zuroff & Blatt, 2006). Allerdings existieren auch Befunde, die keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome nachweisen konnten, wenn andere Variablen (wie bspw. frühe Symptomveränderungen im Therapieverlauf) kontrolliert wurden (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999; Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1991; Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010). Dennoch wurde öfters ein Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome festgestellt als keiner (Waddington, 2002).

THERAPEUTISCHE TECHNIKEN

Für die Behandlung depressiver Störungen existiert eine Vielzahl spezifischer

Techniken, die in gängigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen in drei zentrale Module gruppiert werden:

- 1) verhaltensaktivierende (VA-)Techniken zum Aufbau positiver Aktivitäten (wie z.B. die Liste angenehmer Aktivitäten oder Tages- bzw. Wochenpläne),
- 2) kognitive Techniken zur Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (wie z.B. sokratische Gesprächsführung oder Tagesprotokolle negativer Gedanken) sowie
- 3) Techniken zur Förderung sozialer (SK) und problemlösender Kompetenzen (PLK) (wie z.B. Rollenspiele oder das Einüben einer strukturierten Problemlösungssequenz) (z.B. Hautzinger, 2013).

Verschiedene Studien konnten die Wirksamkeit dieser Techniken für die Reduktion depressiver Symptome überzeugend nachweisen (z.B. Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Allerdings existieren nur wenige Prozess-Outcome-Studien, die zusätzlich zur Anwendung spezifischer therapeutischer Techniken auch den potentiellen Einfluss der therapeutischen Allianz berücksichtigten (z.B. Tschacher, Junghan & Pfammatter, 2014). Führende Forscher fordern daher, das Zusammenwirken beider Prozesskomponenten vermehrt zu untersuchen (z.B. Beutler et al., 2004; Pfammatter & Tschacher, 2012).

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ALLIANZ UND TECHNIK

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 unabhängig, additive Effekte auf den Therapieoutcome aufwei-

sen bzw. dass der Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome nicht durch spezifische Behandlungsmethoden moderiert wird (z.B. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; 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 Anwendung von Techniken zu unterstützen und umgekehrt auch der Einsatz von Techniken die Qualität der therapeutischen Allianz zu fördern (Horvath et al., 2011; Rector, Zuroff & Segal, 1999). 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 (z.B. Horvath & Bedi, 2002). Wieder andere Ergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass spezifische KVT-Interventionen den Outcome stärker voraussagen als die Allianz (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 & Gibbons, 2005). Zudem handelte es sich oftmals eher um grundlegende, allgemeine therapeutische Techniken (wie z.B. Gesprächsführungstechniken oder die Besprechung von Hausaufgaben) als um konkrete, störungsspezifische Techniken (wie bspw. Techniken zur Verhaltensaktivierung) (z.B. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Darüber hinaus basieren die meisten Befunde 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). So liegt nach unserem Kenntnisstand bisher keine naturalistische Studie vor, die den Einfluss zentraler KVT-Techniken auf den Therapieoutcome im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz im Rahmen der ambulanten Behandlung depressiver Störungen thematisiert. Somit ist das zentrale Anliegen dieser Studie, beide Prozesskomponenten im naturalistischen Setting zu untersuchen. Dabei soll 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). Die Beurteilung depressionsspezifischer Techniken soll durch den behandelnden Therapeuten erfolgen, da dieser als Experte in der Anwendung und Differenzierung therapeutischer Techniken gilt und mehrere Studien die Validität von Therapeuteinschätzungen bezüglich angewandter therapeutischer Interventionen sowie allgemeiner therapeutischer Kompetenzen unterstreichen (Chapman, McCart, Letourneau & Sheidow, 2013; Kliem, Kröger, Bayat Sarmadi & Kosfelder, 2012; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad, 2013).

FRAGESTELLUNG

Vor diesem Hintergrund sollen Zusammenhänge zwischen Therapeutenurteilen bezüglich der Anwendung depressionsspezifischer KVT-Techniken und Patientenurteilen bezüglich der Qualität der therapeutischen Allianz im Hinblick auf den Therapieoutcome untersucht werden. Um Aussagen über die Richtung der untersuchten Zusammenhänge treffen zu können, sollen Pfadanalysen durchgeführt werden.

2

METHODIK

2.1

SETTING UND STUDIENDESIGN

Die verwendeten Daten stammen aus den Ausbildungsambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg. Von allen Patienten lag eine schriftliche Einverständniserklärung zur anonymisierten Verwendung und Auswertung therapiebezogener Daten vor. Die Zuteilung der Patienten zum Therapeuten erfolgte zufällig. Die erste Messung fand zu Beginn der probatorischen Sitzungen statt (T1). Die zweite Messung erfolgte am Behandlungsende (T2). Als regulär beendet galt eine 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).

2.2

MESSINSTRUMENTE

Es wurden Therapeuteinschätzungen von elf depressionsspezifischen KVT-Techniken am Behandlungsende (T2) erfasst. Hierfür wurde die Basisdokumentation BaDo3 verwendet, welche in Anlehnung an das Dokumentationssystem „PSYCHO-DOK“ (Laireiter, Lettner & Baumann, 1998) entwickelt 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 (Hautzinger, 2013) zu den Kategorien

- 1) verhaltensaktivierende (VA-)Techniken,
- 2) kognitive Techniken sowie
- 3) Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen (SK- und PLK-Techniken) zusammengefasst.

Um eine einheitliche Handhabung der Skalierung zu gewährleisten, erfolgte eine ausführliche Einweisung und Schulung der behandelnden Therapeuten hinsichtlich der Beurteilung der angewandten Techniken anhand der BaDo3 im Rahmen eines institutsinternen Diagnostik-Seminars. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die erfassten Techniken der jeweiligen Module.

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. Der WAI ist eines der am häufigsten eingesetzten und etabliertes-

ten 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, Keller & Kühner, 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, Steer & Brown, 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 Alli-

Tabelle 1: Beschreibung der erfassten Technikmodule

Modul	Techniken
VA-Techniken	Aufbau positiver Aktivitäten (Verstärkerliste u.a.)
	Förderung von positivem Erleben (Genusstraining)
	Tages- oder Wochenstrukturierungen (Verhaltenspläne)
Kognitive Techniken	Sokratischer Dialog
	Entpathologisieren von Befürchtungen
	Mehr-Spalten-Technik nach Beck
	Kogn. Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente
SK- und PLK-Techniken	Selbstkontrolltechniken (z.B. Selbstbeobachtung)
	Rollenspiele (z.B. zur Förderung des Konfliktverhaltens)
	Modell-Lernen
	Problemlösetraining (mit Stufenplan)

anz signifikant mit dem Therapieoutcome bzw. der Allianz im Therapieverlauf assoziiert und wurden in den nachfolgenden Analysen kontrolliert (siehe Abschnitt 2.4 bzw. 3.2). 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.

2.3 STICHPROBE

Die Stichprobe umfasste ausschließlich Patienten mit einer depressiven Episode

(F32) bzw. rezidivierenden depressiven Störung (F33) als Primärdiagnose sowie einem pathologischen BDI-II-Prä-Wert > 14.29 (Hiller, Schindler, Andor & Rist, 2011). Die Diagnosestellung erfolgte durch den behandelnden Therapeuten mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID I und II) (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 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 ($N = 113$;

Tabelle 2: Beschreibung der ITT-Stichprobe ($N = 113$)

Merkmal	M/N (%)
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%)
PTBS (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	$M = 36,33$ ($SD = 15.41$)
<i>Anmerkungen:</i> M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Häufigkeit	

29.9%). Die daraus resultierende Intention-to-Treat-(ITT)-Stichprobe umfasste $N = 113$ Patienten (siehe Tabelle 2), mit $N = 96$ regulär abgeschlossenen Behandlungen (Completer) und $N = 17$ qualitätsrelevanten Abbrüchen (Non-Completer). Completer und Non-Completer waren hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale vergleichbar ($p > .05$).

Die ITT-Stichprobe wurde von $N = 50$ Therapeuten in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung (nach erfolgreicher Absolvierung der Zwischenprüfung) behandelt. Die Therapeutenstichprobe wies ein durchschnittliches Alter von $M = 33,0$ Jahren ($SD = 5.80$) auf, 88,0% ($N = 44$) waren weiblich.

2.4

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 Prädiktionen wurden durch die Anwendungsin-

tensität 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 (β) für direkte und indirekte (über eine Mediatorvariable vermittelte) Effekte angegeben. Für die Beurteilung der Anpassungsgüte der Modelle wurden verschiedene Indizes herangezogen: der χ^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).

3

ERGEBNISSE

3.1

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

Tabelle 3: Bivariate/partielle Korrelationen der Modellkomponenten

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Initiale Depressivität (T1)	-	r = -.25** p = .009	r = .07 p = .458	r = .04 p = .702	r = -.01 p = .971	r = -.02 p = .865	r = .07 p = .474	r = .25** p = .009
2. Initiale Allianz (T1)		-	r = .08 p = .405	r = .01 p = .913	r = .01 p = .936	r = -.08 p = .389	r = -.64*** p = .000	r = .04 p = .713
3. Therapiedauer			-	r = .20* p = .031	r = .24* p = .012	r = .20* p = .035	r = .15 p = .112	r = .20* p = .032
4. VA- Techniken				-	r = .58*** p = .000	r = .54*** p = .000	r = .15 p = .098	r = .04 p = .672
5. Kognitive Techniken				r = .58*** p = .000	-	r = .63*** p = .000	r = .33*** p = .000	r = .20* p = .037
6. SK- und PLK-Techniken				r = .51*** p = .000	r = .53*** p = .000	-	r = .25** p = .008	r = .07 p = .473
7. Allianz im Verlauf ($\Delta T2-T1$)				r = .23* p = .015	r = .33*** p = .000	r = .20* p = .036	-	r = .36*** p = .000
8. Therapieoutcome ($\Delta T1-T2$)				r = -.01 p = .901	r = .15 p = .123	r = .06 p = .529	r = .53*** p = .000	-

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 ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001; p = Signifikanzwerte.

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 $F(1) = 2.57$, $p = .112$).

3.2 KORRELATIONEN

Tabelle 3 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 war ($p > .05$), 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.

3.3 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 Tabelle 4 dargestellt.

3.3.1

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

Tabelle 4: Standardisierte direkte Effekte der Pfadmodelle für die einzelnen KVT-Behandlungsmodule (VA-Techniken, kognitive Techniken, SK- und PLK-Techniken)

Modellkomponenten		VA-Techniken		Kognitive Techniken		SK- und PLK-Techniken	
		β	SE	β	SE	β	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; β = 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- und PLK-Techniken: CMIN (df = 4) = 2.947, $p = .567$; CMIN/DF = .737; GFI = .991; NNFI = 1.032; RMSEA = .000 (KI: .000 –.124).

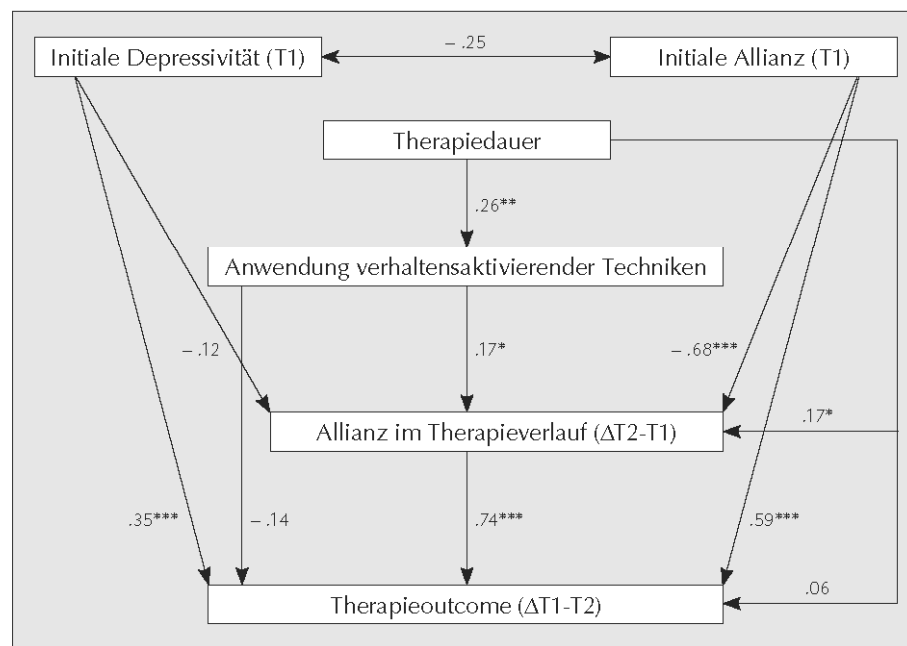


Abbildung 1: Pfadmodell für verhaltensaktivierende Techniken mit den standardisierten direkten Effekten

= .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 1 gibt, exemplarisch für die Modelle der anderen Technik-Module, eine grafische Veranschaulichung des überprüften Pfadmodells wieder.

3.3.2

PFADMODELL: KOGNITIVE TECHNIKEN

Für die Therapeuteneinschätzungen der kognitiven Techniken zeigte sich dasselbe Ergebnismuster wie für die VA-Techniken mit vergleichbaren direkten und indirekten Effekten (s. Tabelle 4). 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 ($\beta = .700$, $SE = 1.660$, $p < .001$).

3.3.3

PFADMODELL:

TECHNIKEN ZUR FÖRDERUNG SOZIALER UND PROBLEMLÖSENDE KOMPETENZEN

Das für SK- und PLK-Techniken ermittelte Modell wies ebenfalls vergleichbare Effekte wie die Modelle der anderen Technik-Module auf (s. Tabelle 4). 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 ($\beta = .105$, $SE = .054$, $p = .032$).

4

DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Studie war, Zusammenhänge zwischen retrospektiven The-

rapeuteneinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken, Patientenurteilen bezüglich der therapeutischen Allianz sowie dem Therapieoutcome bei der Behandlung depressiver Störungen im naturalistischen Setting zu untersuchen. 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. Dabei zeigten sich deutliche direkte Effekte der aus der Patientenperspektive erfassten 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 Zusammenhang 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 Therapeuteneinschätzungen 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 präzidieren, zeigte sich hingegen nicht. Damit schließen sich die Ergebnisse den Befunden an, die von einer Interaktion zwischen Allianz und Technik ausgehen und darauf hindeuten, dass der Einfluss der Allianz auf den Outcome den Einfluss spezifischer Techniken eventuell überwiegt (vgl. z.B. Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Horvath & Bedi 2002).

4.1 LIMITATIONEN

Allerdings weist diese Studie 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 müssen die Befunde zum Therapieoutcome aufgrund einer fehlenden Wartelisten-Kontrollgruppe lediglich als Bruttoeffekte betrachtet 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). Des Weiteren muss limitierend erwähnt werden, dass aufgrund einer zu geringen statistischen Power keine detaillierten Subgruppenanalysen (bspw. hinsichtlich des Schweregrades der depressiven Störung oder vorhandener komorbider Störungen) durchgeführt werden konnten. In zukünftigen Studien mit größerer statistischer Power könnte es jedoch interessant sein, spezifischer zu überprüfen, bei wel-

chen Subgruppen depressiver Patienten sich besonders deutliche Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Allianz und der Anwendung von KVT-Techniken zeigen bzw. ob in verschiedenen Subgruppen unterschiedliche KVT-Techniken mit der therapeutischen Allianz assoziiert sind. Schließlich fand die vorliegende Studie im spezifischen Kontext einer Ausbildungsambulanz statt, so dass keine Generalisierung der Ergebnisse auf die Therapien approbierter Therapeuten erfolgen kann.

4.2 FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Befunde dieser naturalistischen Studie weisen darauf hin, 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. Somit liefern unsere Daten erste Hinweise für die Empfehlung an klinische Praktiker, die interaktionellen Aspekte der therapeutischen Allianz während der Anwendung störungsspezifischer Techniken vermehrt zu fokussieren.

LITERATUR

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- 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* (pp. 227-306). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.
- 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*, 441-449.
- 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*, 510-514.
- 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*, 271-279.
- 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*, 674-680.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie, 58*, 376-385.
- 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*, 909-922.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Ar-

- gument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- DeRubeis, R. J. & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- 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, 578-582.
- 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, 10-17.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D. & Thompson, L. (1991). Alliance Prediction of Outcome Beyond in-Treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Grosse Holtforth, M. & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy – A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 443-455.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar: BDI II. Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T. & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanz im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 22-32.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 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, 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. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- 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, 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, 30-37.
- 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, 532-539.
- 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 (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 209-224). Tübingen:

- DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- 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* (pp. 169-218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- 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, 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, 438-450.
- 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, 231-239.
- 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.
- Orlinsky, D. E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 319-339.
- 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* (pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 67-76.
- 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, 320-328.
- 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.
- 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, 429-437.
- 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, 82-96.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179-192.
- 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 schulenbergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Inst-

rument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*, 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*, 130-140.

INTERESSENKONFLIKT

Die Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

DANKSAGUNG

Unser Dank gilt der Landesgraduierendenförderung der Universität Heidelberg für die finanzielle Unterstützung dieser Forschungsarbeit.

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 _____