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

Titel der publikationsbasierten Dissertation
*Effekte von Ausbildungserfahrung auf Prozess- und
Ergebnismerkmale ambulanter Psychotherapien im naturalistischen
Behandlungssetting einer Ausbildungsambulanz*

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Behiye Sakalli

Jahr der Einreichung
2017

Dekanin: Prof. Dr. Birgit Spinath
Berater: Prof. Dr. Sven Barnow

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3
Liste der Publikationen	4
Zusammenfassung	6
Einleitung	8
1 Theoretischer und empirischer Hintergrund	11
1.1 Ausbildungsforschung	11
1.2 Therapeuteneffekte	20
1.3 Ausbildungserfahrung	25
2 Zielsetzungen und Ableitung der Fragestellungen	40
2.1 Zielsetzungen	40
2.2 Ableitung der Fragestellungen	42
3 Methode	44
3.1 Studiensetting	44
3.2 Studiendesign	44
3.3 Darstellung der zugrundeliegenden Studien	45
4 Ergebnisse	60
4.1 Studie 1: Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis und -dauer	60
4.2 Studie 2: Ausbildungserfahrung und Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen	65
4.3 Studie 3: Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz ...	67
5 Diskussion	69
5.1 Studienspezifische Diskussion	69
5.2 Studienübergreifende Diskussion	77
Literaturverzeichnis	88
Tabellenverzeichnis	106
Abbildungsverzeichnis	107
Anhang A: Erhebungsinstrumente	108
A.1 Beck Depressions-Inventar BDI-II	108
A.2 Brief Symptom Inventory BSI	110
A.3 Working Alliance Inventory WAI-SR	112
A.4 Erfasste Techniken der Basisdokumentation 3 BaDo3	113
Anhang B: Publikationen zur Dissertation	114
Erklärung	156

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich jenen Personen danken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Sven Barnow für die Betreuung dieser Promotion, Herrn Dr. Hinrich Bents für die wissenschaftliche Förderung sowie Herrn Prof. Dr. Peter Fiedler für das Engagement als Zweitgutachter.

Herr Dr. Johannes Mander übernahm als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Zentrums für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg die Betreuung vor Ort. Ihm danke ich insbesondere für die äußerst hilfreichen inhaltlichen Anregungen sowie die wertvolle formale Beratung im Laufe dieses Dissertationsprojekts.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. Malte Stopsack meinen Dank für die Bereitstellung seiner außerordentlichen methodischen Expertise sowie die wohlwollende moralische Unterstützung aussprechen.

Bei Frau Dr. Uta Löffler bedanke ich mich für die verlässliche Kooperation bei der Realisierung der Publikationen, das Korrekturlesen der vorliegenden Arbeit und die freundschaftliche Unterstützung bei zahlreichen motivierenden Gesprächen.

Mein ganz herzlicher Dank gilt Frau Dr. Katrin Claßen für ihre unermüdliche Hilfestellung bei der inhaltlichen und formalen Gestaltung dieser Arbeit und dafür, dass sie mir im Laufe dieses Projektes immer wieder mit Rat, Tat und Zutrauen zur Seite stand.

Zudem bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern des Zentrums für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg sowie den Studienteilnehmern, deren gewissenhaftes Engagement die Datenerhebung erst ermöglichte.

Meine ganz besondere Dankbarkeit gilt meinen Schwestern Gülperi und Zeynep für die sachkundige Hilfestellung in jeglichen Formatierungsbelangen und ihre beständige emotionale Unterstützung, die viel zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Abschließend danke ich von ganzem Herzen meinen Eltern für ihre Liebe sowie ihre uneingeschränkte Unterstützung auf meinem beruflichen und persönlichen Weg.

Liste der Publikationen

1. **Sakalli, B.**, Löffler, U., Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., Barnow, S. (2016). Der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf Behandlungseffektivität und –dauer. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 37 (2), 125-139.
2. Löffler, U., **Sakalli, B.**, Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., Barnow, S. (2015). Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen: eine naturalistische Studie an einer Ausbildungsambulanz. *Verhaltenstherapie*, 25 (3), 201-210.
3. Löffler, U., **Sakalli, B.**, Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., Barnow, S. (2014). Zusammenhänge zwischen der Allianz aus Patienten- und KVT-Techniken aus Therapeutesicht: eine naturalistische Studie am Beispiel depressiver Störungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35 (4), 334-350.

„Laß’ dir von keinem Fachmann imponieren, der dir erzählt: »Lieber Freund, das mache ich schon seit zwanzig Jahren so!« - Man kann eine Sache auch zwanzig Jahre lang falsch machen.“ – Kurt Tucholsky, 1932¹

¹ zitiert nach Hering, 2010

Zusammenfassung

Die Überprüfung der Effektivität der Psychotherapieausbildung stellt eine zentrale Maßnahme zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Patientenversorgung dar. In der aktuellen Forschungsliteratur besteht eine heterogene Befundlage hinsichtlich Ausbildungseffekten auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Psychotherapien (vgl. Hill & Knox, 2013). Dieser Umstand ist sowohl auf eine mangelnde Vergleichbarkeit internationaler Studien (vgl. Beutler, 2004) als auch auf den weitgehenden Mangel an analogen Forschungsbemühungen in Deutschland zurückzuführen (Laireiter & Botermans, 2005). Um dieser Forschungslücke zu begegnen, wurde in der vorliegenden Arbeit der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien adressiert. Dazu wurden die im Abschnitt der praktischen Ausbildung durchgeführten Therapien im naturalistischen Behandlungssetting einer verhaltenstherapeutischen Lehrambulanz im Rahmen von drei Studien längsschnittlich untersucht. Der methodischen Einschränkung vieler Studien, die u.a. in einer vagen Operationalisierung der Erfahrungsvariablen besteht, wurde dabei durch die Einführung des neuen, spezifischeren Begriffs der sog. *Ausbildungserfahrung* Rechnung getragen. Diese wurde definiert als die Anzahl der im Rahmen der praktischen Ausbildung behandelten Patienten und diente als indirekter Marker für mögliche Ausbildungseffekte (vgl. Hill & Knox, 2013). In der ersten Studie (vgl. Publikation 1) wurde zunächst der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf die Ergebnismerkmale der Effektivität und Effizienz von Ausbildungstherapien überprüft. Das Ziel der zweiten (vgl. Zusatzanalyse zur Publikation 2) und dritten Studie (vgl. Zusatzanalyse zur Publikation 3) bestand in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Ausbildungserfahrung und Prozessmerkmalen von Ausbildungstherapien. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen der zweiten Studie zunächst der Fragestellung nachgegangen, ob Ausbildungserfahrung einen Einfluss auf die Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen und das damit einhergehende Behandlungsergebnis in Depressionstherapien hat. Der Fokus der anschließenden dritten Studie lag auf der Überprüfung des potentiellen Einflusses von Ausbildungserfahrung auf die Stärke der therapeutischen Allianz und das damit einhergehende Behandlungsergebnis.

Im Rahmen der ersten Studie konnte die Wirksamkeit der untersuchten Ausbildungstherapien mit mittleren bis hohen Effektstärken belegt werden. Dabei wurden hypothesenkonform positive Erfahrungseffekte verzeichnet, die sich im fortgeschritteneren Ausbildungsstadium auf die Effektivität und im Abschlussstadium auf die Effizienz der Therapien auswirkten (vgl. Ergebnis Publikation 1). In der zweiten Studie konnte erwartungskonform gezeigt werden, dass eine Zunahme an Ausbildungserfahrung mit einer häufigeren Anwendung kognitiver KVT-Techniken einherging. Entgegen der formulierten Hypothese spiegelte sich dieser erfahrungsabhängige Unterschied im therapeutischen Vorgehen jedoch nicht in den Behandlungsergebnissen wider, so dass die Erfahrungsgruppen vergleichbare Response- und Remissionsraten erzielten (vgl. Ergebnis Zusatzanalyse 2). Hypothesenkonform wurde im Rahmen der dritten Studie eine mit zunehmender Ausbildungserfahrung einhergehende Nivellierung anfänglicher Unterschiede zwischen Ausbildungstherapeuten hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Allianz-Werte ermittelt. Darüber hinaus lag ein positiver Zusammenhang zwischen der Stärke der therapeutischen Allianz und dem Behandlungsergebnis vor, was als ein Hinweis auf eine zunehmend kompetentere Nutzung der therapeutischen Allianz zur Optimierung des Behandlungsergebnisses angesehen werden könnte (vgl. Ergebnis Zusatzanalyse 3).

Insgesamt erbringt die vorliegende Arbeit den Nachweis der Wirksamkeit der untersuchten Ausbildungstherapien. Dabei scheint im Ausbildungsverlauf zunächst eine Steigerung der Effektivität und anschließend der Effizienz von Behandlungen stattzufinden. Neben den beobachteten Ausbildungseffekten auf Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien konnten positive Ausbildungseffekte auf Kompetenzen von Ausbildungstherapeuten hinsichtlich der Realisierung zentraler Wirkmechanismen von Psychotherapien festgestellt werden. Im Einzelnen belegen die ermittelten Erfahrungseffekte einen förderlichen Einfluss der Psychotherapieausbildung auf die Fähigkeit zur Anwendung elaborierter verfahrensspezifischer Techniken sowie zur Etablierung einer günstigen therapeutischen Allianz.

Die Befunde dieser Arbeit tragen zu einer Evidenzbasierung der Psychotherapieausbildung bei und liefern praxisnahe Hinweise zur Gestaltung der geplanten Direktausbildung.

Einleitung

Psychische Störungen zählen mittlerweile zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen. Mit einem Anteil von ca. 16% lagen sie laut DAK-Gesundheitsreport (2016) als Ursache von Krankschreibungen an dritter Stelle. Dadurch steigt auch der Bedarf an geeigneten Behandlungsmöglichkeiten und Therapieangeboten für Betroffene in den letzten Jahren kontinuierlich an (Peikert, Baum, Barchmann, Schröder, & Kropp, 2014). Dabei wird ein maßgeblicher Anteil des Versorgungsauftrages durch die deutschlandweit rund 170 Ausbildungsambulanzen abgedeckt. Somit leisten psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung einen wesentlichen Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung psychisch Erkrankter (Strauß, Barnow, & Brähler, 2009). In Anbetracht der mit der Behandlung verbundenen weitreichenden Verantwortung, stellt sich die berechtigte Frage, ob Ausbildungstherapeuten in diesem frühen Stadium ihrer therapeutischen Laufbahn bereits über die dafür benötigten Kompetenzen verfügen.

Die damit zusammenhängende Debatte, ob die therapeutische Erfahrung zu besseren Behandlungsergebnissen von Psychotherapien führt, beschäftigt die Psychotherapieforschung seit ihren Anfängen (vgl. Beutler et al., 2004). Gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Psychotherapeutengesetzes (1998) soll ein Erfahrungszuwachs im Rahmen der praktischen Ausbildung durch die eigenständig durchgeführten und supervidierten Psychotherapien (im Folgenden *Ausbildungserfahrung* genannt) die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen – und damit einhergehende Behandlungserfolge - gewährleisten (Laireiter & Botermans, 2005).

In der aktuellen Forschung finden sich jedoch widersprüchliche Befunde hinsichtlich des Einflusses von therapeutischer Erfahrung auf Behandlungsprozesse und -ergebnisse (Hill & Knox, 2013). Einerseits deuten Metaanalysen auf moderate konsistente Zusammenhänge zwischen therapeutischer Erfahrung und Outcomemaßen wie z.B. Symptomreduktion oder Behandlungsdauer hin (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997; Stein & Lambert, 1995; Wampold & Brown, 2005), deren Stärke über verschiedene Studien hinweg variiert (Beutler et al., 2004). Andererseits liegen Studien vor, die derartige Zusammenhänge nicht nachweisen können (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy, & Riggs, 2003; Hersoug, Høglend, Monsen, & Havik, 2001; Okiishi et al., 2006), sodass der Einfluss der Ausbildungserfahrung auf

Prozess- und Ergebnisvariablen von Psychotherapien sowie nach einer möglichen Qualitätssteigerung innerhalb der Ausbildung bis heute noch nicht zufriedenstellend geklärt ist. Größere diesbezügliche Forschungsbemühen sind aus wissenschaftlichen, ethischen, berufspolitischen und auch ökonomischen Gründen dringend notwendig (Strauß & Kohl, 2009b).

Die vorliegende Dissertation setzt an diesem Forschungsdesiderat an. Sie soll einen Beitrag zur Evidenzbasierung der psychotherapeutischen Ausbildung leisten, indem die Effekte der Ausbildungserfahrung auf Prozess- und Ergebnisparameter von Ausbildungstherapien im naturalistischen Kontext einer Ausbildungsambulanz adressiert werden. Den wesentlichen methodischen Limitationen bisheriger Studien, querschnittlicher Analysen sowie heterogener Definitionen der therapeutischen Erfahrung, wurde durch ein längsschnittliches Studiendesign sowie eine präzise Operationalisierung der Erfahrungsvariablen begegnet. Als theoretischer Hintergrund zur Ableitung der Fragestellungen wurde das in der Psychotherapieforschung etablierte *Generic Model of Psychotherapy Research* (Orlinsky & Howard, 1987) herangezogen, da es durch die umfassende Berücksichtigung von Input-, Prozess- und Ergebnisparametern von Psychotherapien eine eingehende Betrachtung von Erfahrungseffekten ermöglicht.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Untersuchung des Einflusses von Ausbildungserfahrung auf Ergebnis- (Forschungsfrage 1) und Prozessparameter (Forschungsfragen 2 und 3) von Ausbildungstherapien. Dabei werden drei zentrale Fragestellungen adressiert: (1) Welchen Einfluss hat die Ausbildungserfahrung auf Behandlungsergebnis und -dauer von Ausbildungstherapien (2) Inwiefern bestehen erfahrungsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer (KVT) Interventionen und Response- und Remissionsraten in Depressionsbehandlungen (3) Inwiefern existieren erfahrungsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Stärke der therapeutischen Allianz und wie wirken sich diese auf das Behandlungsergebnis aus. Bestehen anfängliche Unterschiede in der therapeutischen Allianz über die Ausbildungsdauer hinweg fort?

Zur Beantwortung dieser Fragen werden drei Publikationen (vgl. Anhang B) sowie weitergehende Zusatzanalysen, basierend auf den Publikationen 2 und 3, herangezogen.

Die erste Forschungsfrage bezieht sich auf die Ergebnisse der ersten Publikation, in deren Rahmen der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf die beiden Ergebnisparameter Symptomreduktion und Anzahl durchgeführter Sitzungen untersucht wurde.

Zur Beantwortung der zweiten und dritten Forschungsfrage wurden weitergehende erfahrungsabhängige Zusatzanalysen durchgeführt, nachdem in den Publikationen zwei und drei zunächst eine erfahrungsunspezifische Betrachtung von Zusammenhängen von Prozess- und Ergebnisparametern erfolgt war.

Dabei widmeten sich die in Publikation 2 beschriebenen Analysen der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken und Ergebnisparametern (Symptomreduktion). Darauf aufbauend wurden diese Zusammenhänge in Zusatzanalyse 2 auf mögliche Erfahrungseffekte hin überprüft.

Der Fokus der dritten Publikation lag auf der pfadanalytischen Untersuchung des Zusammenwirkens der beiden Prozessparameter Anwendungsintensität von KVT-Techniken und therapeutische Allianz sowie dem Ergebnisparameter Symptomreduktion. Dabei zeigte sich, dass die therapeutische Allianz eine zentrale Bedeutung für den Behandlungserfolg aufweist. Auf dieser Grundlage wurde in Zusatzanalyse 3 die Stärke der therapeutischen Allianz auf mögliche Erfahrungseffekte hin analysiert.

Im Kapitel 1 der Arbeit wird zunächst ein Überblick über den theoretischen und empirischen Hintergrund zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Erfahrung und Prozess- und Ergebnisparametern von Psychotherapien gegeben. In Kapitel 2 erfolgen eine Herleitung der Hauptfragestellungen sowie eine Ableitung der Hypothesen der vorliegenden Arbeit. Kapitel 3 widmet sich der Beschreibung der Methodik der Studien, bevor in Kapitel 4 die Ergebnisse der Arbeit eingehend dargestellt werden. Anschließend werden in Kapitel 5 die Befunde zusammengefasst und im Hinblick auf Limitationen, zukünftige Forschungsfragen und Implikationen für die Praxis diskutiert.

1 Theoretischer und empirischer Hintergrund

Im Folgenden werden der theoretische Rahmen sowie der empirische Hintergrund der vorliegenden Arbeit dargestellt. Dazu wird zunächst ein Überblick über die Psychotherapieausbildung in Deutschland gegeben. Anschließend erfolgt eine Einordnung der Ausbildungsforschung sowie die Beschreibung ihrer zentralen Forschungsfragen bevor das sog. Generic Model of Psychotherapy dargestellt wird, das die theoretische Grundlage zur Ableitung der untersuchten Variablen der vorliegenden Arbeit darstellt. Schließlich wird nach der Veranschaulichung des Schemas zur Ordnung von Befunden der Ausbildungsforschung ein Überblick über den empirischen Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs von Erfahrungseffekten und Prozess- und Ergebnis-Merkmalen von Psychotherapien gegeben.

1.1 Ausbildungsforschung

1.1.1 Psychotherapieausbildung in Deutschland

Das Psychotherapeutengesetz (PsychoThG, 1998) definiert den berufsrechtlichen Rahmen der Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Mit seinem Inkrafttreten wurde die bundeseinheitliche postgraduale Ausbildung zur Erlangung der Approbation eingeführt, die zur eigenständigen Durchführung von Psychotherapien berechtigt (Körner, 2013).

Folgt man dem sogenannten *Vier-Säulen-Modell* (Botermans, 1996; vgl. Laireiter & Botermans, 2005), zählen die theoretische Ausbildung, das Training therapeutischer Methoden und Techniken, die eigene therapeutische Praxis, Supervision und Selbsterfahrung zu den zentralen Komponenten aktueller Psychotherapieausbildungen im Sinne von Ausbildungskomponenten. Nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Psychotherapeutengesetzes (PsychTh-AprV, 1998) sind im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie insgesamt 4.200 Ausbildungsstunden nachzuweisen, welche die Module Theorie (600 h), Praktische Tätigkeiten (1.800 h), Praktische Ausbildung (600 h), Supervision (150 h) und Selbsterfahrung (120 h) umfassen. Das Ausbildungsziel besteht laut Prüfungs- und Approbationsordnung des Psychotherapeutengesetzes (PsychTh-AprV, 1998) in der Förderung der fachlichen Entwicklung und im Aufbau

spezifischer Kompetenzen der Ausbildungsteilnehmer. Die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA) sollen somit zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapie nach Stand des Faches befähigt werden.

Die Psychotherapieausbildung im deutschsprachigen Raum wurde zuletzt im Rahmen eines umfangreichen Forschungsgutachtens evaluiert, das vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde (Strauß et al., 2009). Laut diesem bilden in Deutschland 173 Ausbildungsstätten zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten aus. Die Zahl der Ausbildungsteilnehmer wird zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf 11.000 geschätzt, wobei der Anteil der Ausbildungsteilnehmer mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie bei etwa 70% liegt (Strauß, 2015; Strauß et al., 2009).

Allein für den ambulanten psychotherapeutischen Versorgungskontext wird das durch PPiA im Rahmen der Praktischen Ausbildung erbrachte jährliche Behandlungsvolumen auf 1,2 Millionen Behandlungsstunden im Gesamtwert von etwa 100 Millionen Euro geschätzt (Peikert et al., 2014). Die Kosten werden im Regelfall von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen (Strauß & Kohl, 2009a). Die Zahlen machen deutlich, dass die Ausbildungsinstitute und die darin tätigen PPiA einen wesentlichen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung von Patienten leisten.

In einer Absolventenbefragung im Rahmen des oben genannten Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009) gaben 44% der PPiA an, im Rahmen ihrer Praktischen Tätigkeiten eigene Arbeitsbereiche unter fachlicher Anleitung übernommen zu haben. Weitere 38% der Absolventen berichteten, eigene Tätigkeitsbereiche ohne fachliche Anleitung verantwortet zu haben. Auch ist bekannt, dass PPiA im Bereich der stationären Versorgung verantwortungsvolle Aufgaben, wie beispielsweise die Planung und Durchführung von Gruppenangeboten (z.B. Training sozialer Kompetenzen, Depressions-Gruppen), übernehmen, die in den Verantwortungsbereich approbierter Psychotherapeuten fallen. Obwohl diese Angaben die Diskrepanz zwischen dem Ausbildungsstatus der PPiA und ihrem tatsächlich auszuübenden bzw. ausgeübten Tätigkeitsspektrum eindrücklich verdeutlichen, existieren bisher nur wenige einschlägige Forschungsarbeiten im Bereich des psychotherapeutischen Ausbildungskontextes. Es ist somit noch weitgehend ungeklärt, ob und inwiefern innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung eine Qualitätssteigerung stattfindet. Dieser Umstand veranlasste u.a. die American Psychological Association (APA) sowie international

anerkannte Experten zu ihrer Forderung nach einer Intensivierung der Ausbildungsforschung (Boswell, Castonguay, & Wasserman, 2010; Hill & Knox, 2013; Orlinsky, Botermans, & Rønnestad, 2001).

1.1.2 Ziele der Ausbildungsforschung

Die Ausbildungsforschung, die sich der Befunde unterschiedlicher Forschungstraditionen bedient, ist nach Laireiter und Botermans (2005) als ein Teilbereich der Psychotherapieforschung anzusehen. Sie sehen ihren Gegenstand in der „...Erforschung und Beschreibung von Ausbildungen und Ausbildungscurricula und von Ausbildungs- und Trainingselementen in Psychotherapie; vor allem im Hinblick auf ihre Effekte auf verschiedene Outcomebereiche“ (S. 55). Die Autoren betonen, dass neben der Analyse von Effekten der Ausbildung und ihrer Komponenten ein besonderes Augenmerk darauf liegt, inwiefern Faktoren seitens der PPIA, ihrer Ausbilder und der im Rahmen der Ausbildung besuchten Curricula Einfluss auf Ausbildungseffekte ausüben. Zudem wird die Wirkweise prozessualer Faktoren, wie z.B. die Qualität der PPIA-Ausbilder-Beziehung, untersucht.

Durch die Erforschung der Relevanz und Wirkweise allgemeiner und spezifischer Ausbildungskomponenten an Therapieeffekten soll die Ausbildungsforschung somit Aufschluss geben über die Effektivität von psychotherapeutischer Ausbildung, über deren Aufbau und Gestaltung sowie über die Relevanz spezifischer Inhalte und Methoden. Sie verfolgt damit das Ziel, die Entwicklung allgemeiner und spezifischer psychotherapeutischer Kompetenzen bestmöglich zu unterstützen und sicherzustellen. Zudem beinhaltet die Ausbildungsforschung die kritische Analyse bestehender Ausbildungsangebote, um diesen bei vorliegendem Optimierungsbedarf im Sinne der Qualitätssicherung entsprechende Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

1.1.3 Rahmenmodelle der Ausbildungsforschung

Um der Komplexität des Gegenstandes der Ausbildungsforschung gerecht zu werden, entwickelten Strauß und Kohl (2009b) in Anlehnung an das renommierte *Generic Model of Psychotherapy* (Orlinsky & Howard, 1987) das sogenannte *Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung*. Auf beide Ansätze wird im Folgenden eingegangen.

1.1.3.1 Generic Model of Psychotherapy

Das in der Psychotherapieforschung etablierte *Generic Model of Psychotherapy* (Orlinsky & Howard, 1987) dient als transtheoretisches Rahmenmodell zur Untersuchung des psychotherapeutischen Geschehens. Es erlaubt eine integrative Perspektive auf psychotherapeutische Prozesse und Behandlungsergebnisse. Orlinsky und Howard (1987) postulieren darin Merkmale von Therapeuten, Patienten, der therapeutischen Beziehung sowie therapeutischer Interventionen als gleichermaßen bedeutsame Prozesskomponenten von Psychotherapien, aus deren komplexer Interaktion das Behandlungsergebnis erwächst. Nach Auffassung der Autoren stehen diese Merkmale in synergetischer Wechselwirkung zueinander und inhibieren oder verstärken ihre gegenseitigen Effekte, so dass ihr individueller Beitrag zum Behandlungsergebnis nicht isoliert, sondern nur im Kontext der übrigen Variablen verstanden werden kann (Orlinsky, 2009).

In dem Modell wird eine Untergliederung der für Psychotherapien relevanten Einflussgrößen in die drei Kategorien *Input*-, *Prozess*- und *Output*-Variablen vorgenommen, die jeweils aus Patienten- sowie aus Therapeutenperspektive konzipiert werden.

Als *Input*-Variablen werden diejenigen Größen bezeichnet, die bereits vor Aufnahme der Behandlung vorliegen. Sie umfassen sowohl Merkmale des Therapeuten, wie die therapeutische Expertise oder klinische Vorerfahrungen als auch Patientencharakteristika wie das Ausmaß der Psychopathologie oder der sozialen Unterstützung. Die *Prozess*-Variablen bilden den Behandlungsverlauf ab und werden in die folgenden fünf Subkategorien unterteilt: (1) *Formale Aspekte der Behandlung*: „*Therapievertrag*“: Verfahrensspezifische Rahmenbedingungen für die Patienten- bzw. Therapeutenrolle sowie das Behandlungssetting (z.B. Behandlungsrational, -vereinbarung, -modalität, Sitzungsfrequenz, Kosten). (2) *Technische Aspekte der Behandlung*: „*Therapeutische Operationen*“: Der reziproke Zyklus rollenspezifischen Verhaltens, das durch Patienten und Therapeuten in der Behandlung gezeigt wird. Diese beinhalten auf Patientenseite (a) die präsentierten Beschwerden und charakteristischen Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster sowie (b) die Empfänglichkeit/das Ansprechen auf die vom Therapeuten angewendeten Interventionen im Sinne einer kooperativen Haltung.

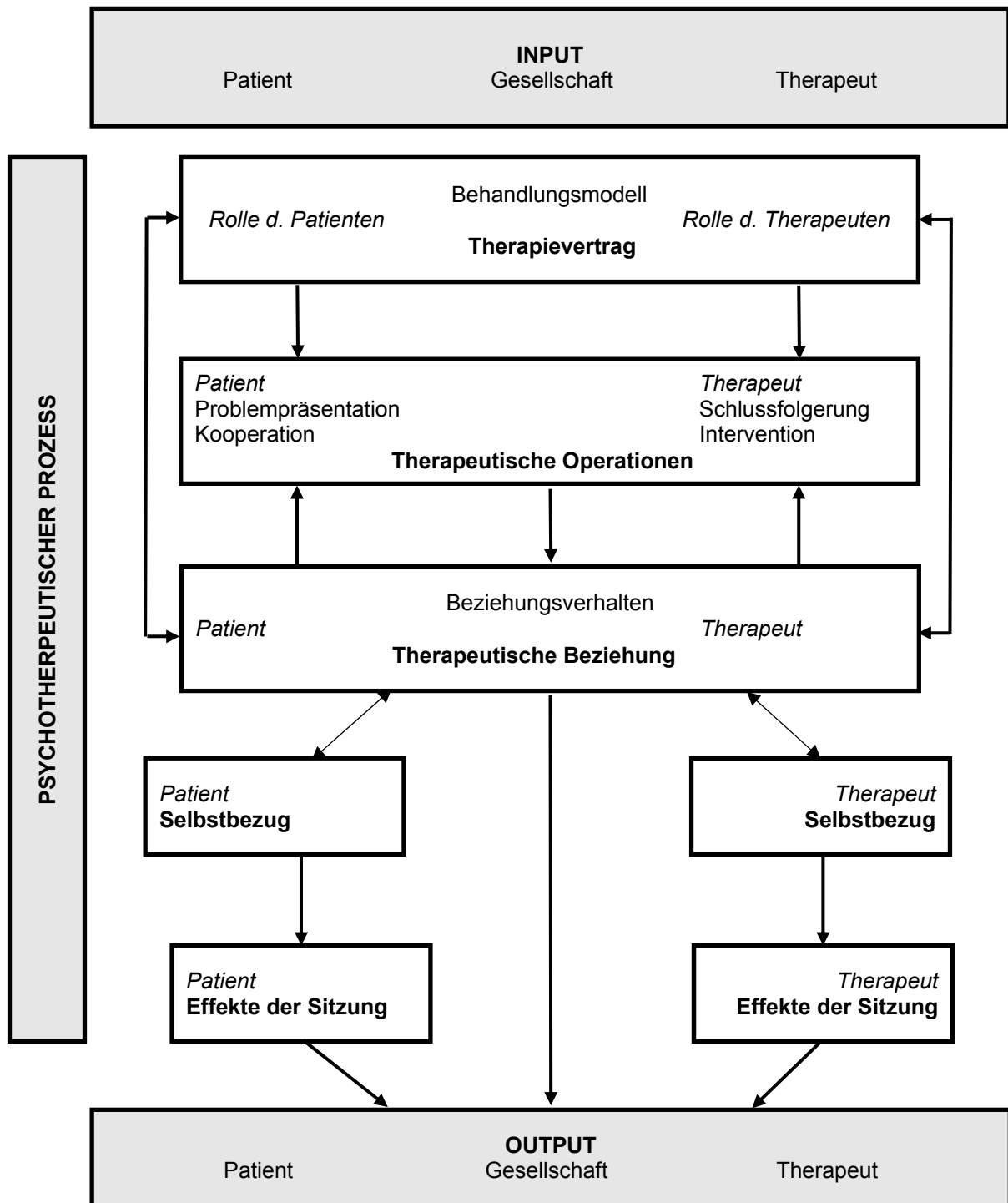


Abbildung 1: Darstellung des Generic Model of Psychotherapy (adaptiert nach Or-linsky & Howard, 1987).

Die Operationen auf Therapeutenseite werden untergliedert in (a) die Einordnung der präsentierten Anliegen sowie Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster des Patienten im Rahmen eines klinischen Behandlungsmodells sowie (b) die Ableitung von Behandlungsstrategien und –techniken auf der Grundlage des jeweiligen Behandlungsmodells. (3) *Interpersonale Aspekte von Behandlungen: „Therapeutische Beziehung“*: Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut, die sich in ihrem affektiven sowie expressiven Verhältnis zueinander sowie ihrer aufgabenbezogenen Zusammenarbeit widerspiegelt. (4) *Intrapersonale Aspekte von Behandlungen: „Selbstbezug des Therapeuten und Patienten“*: Der Selbstbezug des Patienten sowie des Therapeuten in ihren jeweiligen Rollen sowie im Umgang miteinander (z.B. Selbstwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstachtung). (5) *Klinische Aspekte von Behandlungen: „Effekte der Sitzung“*: Unmittelbare positive oder negative Auswirkungen, welche die Interaktionen zwischen Patient und Therapeut während der Therapiesitzung auf diese haben. Auf der Patientenseite können sich z.B. das Erleben von Selbstwirksamkeit im Problemlösen, Gewinnen von Einsichten und Hoffnung als positive oder aber auch Scham, Verwirrung, Angst als negative Auswirkungen zeigen. Als Beispiele für mögliche Auswirkungen auf den Therapeuten können ein gesteigertes Selbstwirksamkeitserleben vs. Frustration oder professionelle Entwicklung vs. Burnout angeführt werden.

Bei *Output-Variablen* handelt es sich um Behandlungsergebnisse, die das Resultat der Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Parametern des Modells darstellen. Die Output-Variablen werden nach ihrer zeitlichen Dimension unterschieden. So können diese sowohl kurzfristig, direkt im Anschluss an eine Intervention eintreten oder erst zu einem späteren Zeitpunkt. Daher sind längsschnittliche Untersuchungen in diesem Zusammenhang unerlässlich, um zuverlässige Aussagen über Interventionseffekte ableiten zu können (Orlinsky & Howard, 1987).

Zur Erfassung von Interaktionen zwischen den im Modell postulierten Einflussgrößen werden Input-Prozess-Studien, Prozess-Ergebnis-Studien oder auch parametrische Studien durchgeführt, die mögliche Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Variablen innerhalb einer Kategorie untersuchen.

Die Besonderheiten des Generic Model of Psychotherapy bestehen insbesondere in der Auflösung der traditionell dichotomen Betrachtungsweise allgemeiner vs. spezifischer Wirkfaktoren als zentrale Prozesskomponenten von Psychotherapien durch eine integrative Perspektive sowie der Differenzierung von spezifischen Patienten-

bzw. Therapeutenvariablen im psychotherapeutischen Geschehen. Therapeutenmerkmale werden damit explizit als bedeutsame Einflussgrößen im Sinne von Input- und Prozessvariablen im Hinblick auf den Behandlungserfolg von Psychotherapien postuliert. Dieser Ansatz bildet eine wichtige Grundlage zur empirischen Untersuchung von Therapeuteneffekten, die insbesondere für Fragestellungen der Ausbildungsforschung von besonderem Interesse sind.

1.1.3.2 Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung

Während das Generic Model of Psychotherapy die Abbildung relevanter Merkmale psychotherapeutischer Behandlungen im Allgemeinen ermöglicht, bietet das *Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung* einen Rahmen zur Einordnung der vielfältigen Ausbildungsaspekte, die als zentrale Einflussgrößen auf die Qualität von Ausbildungstherapien zu berücksichtigen sind. Dabei wird die Psychotherapieausbildung in die drei zentralen Gesichtspunkte *Input*, *Prozess* und *Ergebnis* aufgegliedert. Darüber hinaus wird auch der internationalen Heterogenität der Ausbildung sowohl in organisatorischer (z.B. Ausbildungsbedingungen, zugelassener Berufsgruppen und einbezogener Behandlungsverfahren) als auch in struktureller Hinsicht (z.B. relative Bedeutung im Gesundheitssystem, Finanzierung) Rechnung getragen, indem eine relativ umfassende Abbildung der Kontextfaktoren vorgenommen wird.

Die Kategorie *Input* umfasst die Merkmale der Ausbildungsteilnehmer (z.B. Persönlichkeit, Lerngeschichte) sowie der Ausbildungsinstitute (z.B. Struktur des Ausbildungsprogramms, Unterrichtskonzepte, unterschiedliche Qualifikationen des Lehrpersonals) zum Zeitpunkt des Ausbildungsbeginns.

Gegenstand der Kategorie *Prozess* sind die persönliche und professionelle Entwicklung (z.B. Einsatz therapeutischer Techniken, therapeutische Beziehungsgestaltung) von Ausbildungsteilnehmern im Ausbildungsverlauf. Darüber hinaus sind darunter die zentralen Ausbildungskomponenten verortet. Diese sind die theoretische Ausbildung, die eigene therapeutische Praxis, die Supervision, die psychotherapeutische Selbsterfahrung sowie die praktische Tätigkeit (Laireiter & Botermans, 2005).

Die dritte Kategorie des *Outputs* beinhaltet das Resultat der Ausbildung. Dabei finden sowohl kurz- als auch langfristige Effekte der Ausbildung auf die Ausbildungs-

teilnehmer Berücksichtigung (z.B. Kompetenz, professionelle Identität, positive wie negative Folgen für das Privatleben).

Im Einklang mit Befunden des Forschungsgutachtens von Strauß und Kollegen (2009) zeigen viele Studien, dass Absolventen unterschiedlicher Verfahrensrichtungen die Praktische Ausbildung im Vergleich zu den übrigen Ausbildungsmodulen als das für ihre spätere professionelle Tätigkeit gewinnbringendste Ausbildungselement bewerten (vgl. Hill et al., 2015; Laireiter & Botermans, 2005). Orlinsky und Kollegen (2001; 2005) führten im Rahmen einer international angelegten multizentrischen Studie umfassende Befragungen von rund 4000 Psychotherapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen, Erfahrungsgrade (0 bis >50 Berufsjahre) und Nationalitäten bezüglich ihrer persönlichen beruflichen Entwicklung durch. Trotz dieser großen Heterogenität der Stichprobe bestand - im Einklang mit früheren Forschungsbefunden - ein breiter Konsens über die maßgebliche Bedeutung der praktischen Arbeit mit Patienten als die mit Abstand wirksamste Einflussgröße auf die eigene Kompetenzentwicklung.

Psychotherapeutische Kompetenz wird in der aktuellen Forschungsliteratur definiert als „...die Fähigkeit des Therapeuten, eine Behandlung gekonnt umzusetzen, d.h. Interventionen fachgerecht durchzuführen und dabei den Behandlungskontext adäquat zu berücksichtigen.“ (Weck, 2013, S. 10). Im naturalistischen Untersuchungskontext wird die therapeutische Erfahrung als indirekter Marker für die therapeutische Kompetenz herangezogen (vgl. Hill & Knox, 2013).

Tabelle 1: Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung (adaptiert nach Strauß & Kohl, 2009b, S. 412).

Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur • Gesetzliche, ethische, soziale und finanzielle Regulierungen/Grundlagen der Psychotherapie • Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen • Genereller Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem
Input	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Hintergrund der Ausbildungsteilnehmer, Motive für die Berufswahl • Persönlichkeit (Selbsteffizienz, Vulnerabilität etc.) • Vorerfahrungen, klinische Erfahrungen • Wahl des Verfahrens • Motivation, spezielle Interessen (Methoden, Orientierungen) • Ausbildungseinrichtung, Lehrkräfte, Lehrtherapeuten, Supervisoren: Programmbestandteile, Curriculum, Zulassungsvoraussetzungen, Aufnahmebedingungen, Lehrkonzept, Psychotherapiekonzept, Qualifikation des Lehrpersonals, Standards der Qualitätssicherung
Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsziele, -inhalte und -konzepte (Fokus: z.B. verfahrens- vs. störungsorientiert), Qualität der Ausbildung • Operationalisierungen (z.B. „helping skills“), Trainingsaspekte • Fertigkeiten (Entwicklung und Bewältigung) • Gruppenprozesse: innerhalb der Ausbildungsgruppe, der Einrichtung, der Supervisionsgruppe etc. • Negative Effekte • Allgemeine Entwicklung: Individualisierung, Autonomie, Abhängigkeit, (Über-)Identifizierungen • Ausbildungskomponenten: Selbsterfahrung, praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision, Hospitationen, zusätzliche Angebote, Evaluation
Output	<ul style="list-style-type: none"> • Mikro- und Makro-Ergebnis • Kompetenz • Expertise • Negative Effekte • Professionelle Integration, lebenslanges Lernen, Interessenverlagerung • Sozialisation nach der Ausbildung, persönliches Wachstum • Belastungen und Selbstfürsorge

Anmerkung: Alle für die vorliegende Arbeit relevanten Variablen, auf die in den folgenden Abschnitten näher eingegangen wird, wurden entsprechend markiert.

1.2 Therapeuteneffekte

Die Ausbildungsforschung, die sich mit der Entwicklung therapeutischer Kompetenzen befasst, betrachtet die Person des Therapeuten neben den Faktoren des Ausbildungskontextes als einen zentralen Untersuchungsfokus (vgl. Strauß & Kohl, 2009b). Dabei werden Effekte durch die Person des Therapeuten (im Folgenden als *Therapeuteneffekte* bezeichnet) in der Psychotherapieforschung definiert als der Einfluss eines Therapeuten auf das Behandlungsergebnis eines Patienten im Vergleich zu einem anderen Therapeuten (Baldwin & Imel, 2013). Sie beschreiben somit das Ausmaß der Variabilität verschiedener Behandler hinsichtlich ihrer Behandlungserfolge, unabhängig von den Effekten der eingesetzten Behandlungsmethoden (Wampold, 2001).

Im Rahmen von früheren Wirksamkeitsstudien wurden Therapeuteneffekte als vermeintliche Fehlervarianz interpretiert, die es möglichst zu eliminieren galt (Beutler et al., 2004). Um den Therapeuten-Einfluss möglichst gering zu halten bzw. kontrollieren zu können, erfolgte hinsichtlich störungsspezifischer Ansätze oftmals eine Manualisierung, die eine weitreichende Standardisierung und Explizierung der angewandten Methoden und damit auch die erhöhte Vergleichbarkeit von Wirksamkeitsstudien erlaubte (Willutzki, Reinke-Kappenstein, & Hermer, 2013). Gleichzeitig wurde dieser Ansatz aufgrund der Vernachlässigung möglicher Therapeuteneffekte von einigen Forschern stark kritisiert (vgl. Beutler, 1997). In jüngeren Forschungsarbeiten ist ein gegenläufiger Trend in dem Sinne zu beobachten, dass die Therapeutenvariable als möglicher Einflussfaktor sowohl auf der Grundlage der dargestellten integrativen Modelle als auch aufgrund neuerer methodischer Entwicklungen wie dem Multi-Linear-Modelling (MLM) wieder zunehmend in den Fokus der Psychotherapieforschung gerückt ist. Von diesem Trend kann insbesondere die Ausbildungsforschung stark profitieren. Strauß (2015, S. 335) spricht in diesem Zusammenhang von einem Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung: „...weg von der kontrollierten Wirksamkeitsforschung, die nur einen Bruchteil der behandlungsbedürftigen Patienten repräsentiert, hin zu einer prozessorientierten Forschung, die auch differenzielle Therapeuteneffekte berücksichtigt“.

Studien der letzten Jahre weisen auf einen bedeutsamen Einfluss des Therapeuten auf den Therapieprozess sowie auf das Therapieergebnis unabhängig von der jeweiligen Behandlungsmodalität hin (Baldwin & Imel, 2013; Brown et al., 2013; Crits-

Christoph et al., 1991; Kim, Wampold, & Bolt, 2006; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, & Monsen, 2015; Okiishi et al., 2006; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003; Wampold & Bolt, 2006; Wampold & Brown, 2005). Obwohl weiterhin Uneinigkeit hinsichtlich der Größenordnung von Therapeuteneffekten besteht (Elkin, Falconnier, Martinovich, & Mahoney, 2006; Kim et al., 2006), liefern bisherige Analysen Hinweise darauf, dass 5 – 10% der Varianz des Behandlungsergebnisses auf Therapeuteneffekte zurückzuführen sind (Baldwin & Imel, 2013; Baldwin, Wampold, & Imel, 2007). In naturalistischen Untersuchungen beträgt der Varianzaufklärungsanteil des Therapeuten am Therapieergebnis durchschnittlich etwa 7% 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 Therapieergebnis deutlich (Crits-Christoph & Gallop, 2006; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Wampold, 2001). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche spezifischen Therapeutenmerkmale den beobachteten Effekten zugrunde liegen. Dieser Fragestellung nachzugehen ist insbesondere für den Ausbildungskontext von zentraler Bedeutung, da im Rahmen einer empirisch fundierten Psychotherapieausbildung diejenigen Therapeutenvariablen optimal gefördert werden sollten, die einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungsprozess und das Behandlungsergebnis ausüben.

1.2.1 Taxonomie zur Klassifizierung der Therapeutenvariable

Nach einer Taxonomie zur Kategorisierung der Vielzahl bedeutsamer Therapeutenmerkmale (Beutler et al., 2004) lassen sich Therapeutenmerkmale entlang der beiden Dimensionen (1) allgemein vs. therapiebezogen und (2) beobachtbar vs. nicht-beobachtbar betrachten, aus denen die in Abbildung 2 dargestellten vier Quadranten resultieren.

Der als *allgemein* bezeichnete Pol der ersten Dimension spiegelt konstante Eigenschaften des Therapeuten wider, die sich in dessen Leben außerhalb der Therapie-sitzungen manifestieren und für den therapeutischen Prozess zweitrangig sind.

Allgemeine Merkmale

	(I) - Geschlecht - Alter - Ethnizität	(II) - Persönlichkeit - Bewältigungsstile - Wohlbefinden - Werte und Überzeugungen - Kulturelle Einstellungen	
Beobachtbar	(IV) - Beruf - Ausbildung / Training - Erfahrung - Fertigkeiten - Interpersoneller Therapiestil - Behandlungsmethoden / Interventionen	(III) - Beitrag zur therapeutischen Beziehung - Behandlungsmodell	Nichtbeobachtbar

Therapiebezogene Merkmale

Abbildung 2: Klassifikation von Psychotherapeutenmerkmalen (in Anlehnung an Beutler et al., 2004, S. 229-230).

Der entgegengesetzte als *therapiebezogen* bezeichnete Pol beschreibt das Ausmaß, in dem das spezifische Therapeutenmerkmal eingesetzt, entwickelt oder ausgebildet wurde, um sich in der professionellen Rolle des Psychotherapeuten weiterzuentwickeln. Die zweite Dimension unterscheidet zwischen objektiv beobachtbaren und implizit ableitbaren Merkmalen des Therapeuten. Im folgenden Abschnitt werden die Befunde zur Bedeutung der Therapeutenvariablen der vier Quadranten für den Behandlungserfolg zusammenfassend dargestellt (vgl. Beutler et al., 2004; Hermer, 2012).

Der erste Quadrant beinhaltet die *allgemeinen beobachtbaren Merkmale*. Die aktuelle Befundlage zu diesen Merkmalen spricht gegen das Vorliegen direkter Effekte dieser Therapeuten-Merkmale auf das Behandlungsergebnis. Es ist eher davon auszugehen, dass die Passung zwischen beobachtbaren Therapeutenmerkmalen und weiteren Aspekten der Behandlung von zentraler Bedeutung z.B. für die Reduktion von Therapieabbrüchen ist (vgl. Beutler et al., 2004).

Im zweiten Quadranten werden *allgemeine nichtbeobachtbare Merkmale* adressiert. Ein direkter Einfluss impliziter Eigenschaften des Therapeuten auf das Behandlungsergebnis konnten in Forschungsarbeiten nicht nachgewiesen werden (vgl. Beutler et al., 2004). Bisherige Befunde liefern jedoch Hinweise darauf, dass Beziehungsaspekten wie der Ähnlichkeit zwischen Patient und Therapeut eine mediiierende Rolle in diesem Zusammenhang zukommen könnte.

Der dritte Quadrant enthält *therapiebezogene nichtbeobachtbare Merkmale*. Bislang konnten empirisch keine eindeutigen Aussagen über den Zusammenhang zwischen impliziten Zuständen wie z.B. die therapeutische Beziehung und dem Behandlungsergebnis getroffen werden. Dies kann u.a. darauf zurückgeführt werden, dass implizite Zustände des Psychotherapeuten schwer zu operationalisieren sind.

Im vierten Quadranten werden *therapiebezogene beobachtbare Merkmale* zusammengefasst. Eine der meist untersuchten und kontrovers diskutierten Therapeutenvariablen dieser Kategorie stellt die therapeutische Erfahrung dar. Diese gilt als vergleichsweise stabiler Prädiktor für das Behandlungsergebnis (Beutler, 1997; Huppert et al., 2001), obgleich eine heterogene Befundlage zu ihren Effekten vorliegt. Die Variable der therapeutischen Erfahrung ist von besonderer Relevanz für die Ausbildungsforschung, da sie die Untersuchung von Ausbildungseffekten ermöglicht (vgl. Hill & Knox, 2013). Entsprechend steht sie im Fokus der vorliegenden Arbeit und wird im folgenden Abschnitt ausführlich adressiert.

1.2.2 Therapeutische Erfahrung und Behandlungsergebnis

Um Aussagen über die Rolle der therapeutischen Erfahrung treffen zu können, werden zumeist Vergleiche zwischen unterschiedlichen Behandlergruppen angestellt. Ältere Vergleichsstudien, die eine Gegenüberstellung von professionell ausgebildeten und Lientherapeuten vornehmen, belegen eine Überlegenheit der Professionellen hinsichtlich ihrer therapeutischen Effektivität und Effizienz. Die Befunde zeigen, dass professionelle Behandler effizientere Fallkonzeptualisierungen und Behandlungsverläufe erzielten als Lientherapeuten (vgl. Beutler et al., 2004). Darüber hinaus zeigt sich in Untersuchungen zum Zusammenhang der Ausbildungsart und Behandlungseffektivität die Überlegenheit psychologischer Psychotherapeuten gegenüber anderen therapeutischen Berufen hinsichtlich diagnostischer Kompetenzen sowie dem Behandlungserfolg (Beutler et al., 2004; Lave, Frank, Schulberg, & Kamlet,

1998; Sturm, Meredith, & Wells, 1996). Innerhalb der Gruppe approbierter Behandler konnten Huppert und Kollegen (2001) zeigen, dass das Ausmaß der therapeutischen Erfahrung in einem positiven Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg steht. Aktuellere Untersuchungen widmen sich zunehmend dem Ziel der empirischen Validierung der Psychotherapieausbildung, indem sie Differenzen zwischen unterschiedlich lange und intensiv ausgebildeten Behandlern hinsichtlich ihrer therapeutischen Kompetenzen (z.B. therapeutische Beziehungsgestaltung, methodisches Vorgehen) sowie ihrer Behandlungsergebnisse beleuchten. Einen Forschungszugang stellen dabei Vergleichsstudien zwischen Ausbildungstherapeuten und approbierten Behandlern dar. Im naturalistischen Kliniksetting untersuchten Franklin und Kollegen (2003) den Zusammenhang zwischen therapeutischer Erfahrung und Behandlungserfolg bei Zwangsstörungen. Die Therapeutenstichprobe bestand dabei aus Ausbildungstherapeuten und approbierten Behandlern mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung (0 - 17 Jahre), die im Vorfeld ein Training in der Behandlung von Zwangsstörungen (Exposition mit Reaktionsverhinderung) erhielten. Die Autoren fanden keine Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen hinsichtlich der Symptomschwere ihrer Patienten am Ende der Behandlung. Es bestanden jedoch Unterschiede in der Symptomschwere zu Beginn der Behandlung, so dass die Patienten der erfahreneren Therapeuten eine ausgeprägtere Symptomatik zu Therapiebeginn aufwiesen als die der Anfängertherapeuten. Entsprechend hatten die erfahreneren Therapeuten stärkere Symptomreduktionen erzielt als weniger erfahrene Behandler. Die Studie lässt allerdings keine Aussage darüber zu, inwieweit auch Anfängertherapeuten vergleichbare Behandlungserfolge bei einer stärker ausgeprägten Symptomatik erreichen können. Öst und Kollegen (2012), in deren Studie die Symptomschwere der Patienten zu Therapiebeginn kontrolliert wurde, fanden eine vergleichbare Effektivität von Ausbildungstherapeuten unter Supervision und approbierten Behandlern sowohl hinsichtlich der Symptomreduktion als auch in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten. Auch eine deutschsprachige Studie von Peikert und Kollegen (2014) belegt die Vergleichbarkeit der Behandlungseffektivität von Therapeuten unterschiedlichen Erfahrungsstandes. Auch in einer Studie von Buckley und Kollegen (2006), die den Behandlungserfolg von Ausbildungstherapeuten mit dem approbierter Psychotherapeuten verglichen, erreichten beide Therapeutengruppen klinisch relevante Verbesserungen hinsichtlich der Symptomatik ihrer Patienten. Allerdings erzielten approbierte Therapeuten den Behandlungserfolg mit einer durch-

schnittlich geringeren Anzahl an Sitzungen. Diese Studie, deutet somit auf eine vergleichbare Effektivität beider Therapeutengruppen hin und verweist auf eine mit zunehmender therapeutischer Erfahrung einhergehende höhere Behandlungseffizienz. Weitere Unterschiede, die beim Vergleich verschiedener Erfahrungsniveaus ausgemacht werden konnten, bestehen darin, dass erfahrenere Behandler einen geringeren Zeitaufwand für eine vergleichbare Symptomreduktion benötigen (Andersson, Carlbring, & Furmark, 2012), niedrigere Rückfallraten verzeichnen (Buckley et al., 2006; Howard, 1999) und weniger Therapieabbrüche aufweisen (Andersson et al., 2012; Goldberg et al., 2016). Auch scheint das Ausmaß an therapeutischer Erfahrung dazu beizutragen, dass Therapeuten nicht nur mit spezifischen Patientengruppen, sondern mit einer größeren Bandbreite an Patienten erfolgreiche Behandlungen durchführen können (Luborsky et al., 1997).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass positive Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Erfahrung und dem Behandlungsergebnis existieren. Studien, die unterschiedliche Erfahrungsniveaus von Psychotherapeuten betrachten, deuten darauf hin, dass auch unerfahrenere Therapeuten positive Behandlungsergebnisse im Sinne einer Symptomreduktion erreichen, wobei Supervision und Training von zentraler Bedeutung sind. Unterschiede zeigten sich u.a. hinsichtlich der Behandlungseffizienz, Rückfallraten und Abbruchquoten.

1.3 Ausbildungserfahrung

Vor dem Hintergrund der oben angeführten Befunde, die für eine entscheidende Bedeutung des Therapeuten für den Behandlungserfolg sprechen, stellt sich aus der Perspektive der Ausbildungsforschung insbesondere die Frage nach der Bedeutsamkeit des Therapeutenmerkmals der therapeutischen (Ausbildungs-)Erfahrung für den Behandlungserfolg von Ausbildungstherapien, da diese als ein indirekter Marker für Ausbildungseffekte angesehen werden kann (Hill & Knox, 2013).

1.3.1 Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis

Die empirische Befundlage der Prozess-Ergebnis-Forschung zum Einfluss der Ausbildungserfahrung auf das Behandlungsergebnis wurde im Rahmen mehrerer Metaanalysen und Überblicksarbeiten diskutiert, die insgesamt ein sehr heterogenes

Bild wiedergeben (vgl. Beutler et al., 2004; Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014).

Die häufig zitierte Metaanalyse von Stein und Lambert (1995) zählt zu den Arbeiten, die positive Zusammenhänge zwischen Ausbildungserfahrung und dem Behandlungsergebnis berichten. Über die einbezogenen Studien hinweg ermittelten die Autoren moderate konsistente Zusammenhänge zwischen der Ausbildungsdauer und unterschiedlicher Maße des Behandlungserfolgs (z.B. Abbruchrate, Patientenzufriedenheit, Symptomreduktion). Wurden mögliche Störvariablen (z.B. Diagnosen, Behandlungssetting, Ausbildungsparameter) kontrolliert, traten die Erfahrungseffekte zudem deutlicher hervor. Auch in der umfassenden Metaanalyse von Crits-Christoph und Kollegen (1991) korrelierte das Ausmaß an Ausbildung signifikant mit dem Therapieerfolg. Dies traf sowohl auf verhaltenstherapeutisch als auch auf psychodynamisch ausgerichtete Behandler zu. Ähnliche Resultate liegen für die Rational-Emotive Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor (Lyons & Woods, 1991; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987). Die Befunde sprechen für das Vorliegen schulenübergreifender Erfahrungseffekte auf den Behandlungserfolg, was die Bedeutsamkeit der Erfahrungsvariable unterstreicht. Zudem liegen zahlreiche Studien vor, die darauf hinweisen, dass erfahrenere Ausbildungstherapeuten eine höhere Effektivität in ihren Behandlungen aufweisen (Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Leon, Martinovich, Lutz, & Lyons, 2005; Propst, Paris, & Rosberger, 1994). Den oben zitierten Studien ist gemein, dass die Operationalisierung der Erfahrungsvariablen häufig nur vage vorgenommen wurde, sodass zahlreiche Autoren eine präzisere Erfassung der therapeutischen Erfahrung, z.B. anhand der Anzahl an Behandlungsstunden fordern (Beutler, 1997; Beutler et al., 2004; Hill & Knox, 2013; Stein & Lambert, 1995). Eine in diesem Zusammenhang positiv hervorzuhebende Studie stellt die Arbeit von Discroll und Kollegen (2003) dar, die die therapeutische Erfahrung anhand der Anzahl durchgeführter Therapiestunden erfassten und damit einen positiven Einfluss von Ausbildungserfahrung auf den Behandlungserfolg nachwiesen konnten. Dabei muss allerdings einschränkend erwähnt werden, dass ausschließlich der Global Assessment of Functioning (GAF)-Score als Maß für den Behandlungserfolg verwendet wurde. Powell und Kollegen (2010) konnten die Befunde von Discroll und Kollegen (2003) auf der Grundlage multipler Erfahrungsmaße (Anzahl der Stunden direkten Patientenkontakts, Anzahl der absolvierten Tage im Ausbildungsprogramm, Anzahl der Einrichtungen, in denen Vorerfahrungen ge-

sammelt wurden) replizieren. Methodisch einschränkend sind die relativ kleine Therapeutenstichprobe (N= 28) sowie das verwendete dichotome Ergebnismaß zu betrachten.

Den oben genannten Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung und dem Behandlungsergebnis finden, stehen aktuellere Versorgungsstudien gegenüber, die keine Erfahrungseffekte auf Ergebnisvariablen von Psychotherapien nachweisen können. Diese Arbeiten belegen eine Erfahrungsunabhängigkeit von Behandlungserfolgen in dem Sinne, dass die Erfahrungsvariable keinen bedeutsamen Prädiktor für die Unterschiede im Behandlungsergebnis darstellt (Budge et al., 2013; Franklin et al., 2003; Goldberg et al., 2016; Minami et al., 2009; Norton, Little, & Wetterneck, 2014; Okiishi et al., 2006; Okiishi et al., 2003; Wampold & Brown, 2005). Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang zwei umfangreiche Forschungsarbeiten von Okiishi und Kollegen (Okiishi et al., 2006; 2003) im Behandlungssetting einer Universitätsambulanz. Untersucht wurde der Einfluss einer Vielzahl von Therapeutenvariablen (z.B. Ausbildungsgrad, Art der Ausbildung, theoretische Orientierung) als mögliche Einflussgrößen auf das Ergebnis und die Dauer von Behandlungen. Es zeigten sich deutliche Effektivitäts- und Effizienzunterschiede zwischen den Therapeuten, die in keinem bedeutsamen Zusammenhang mit ihrem Erfahrungsgrad standen. Beim Vergleich der erfolgreichsten mit den am wenigsten erfolgreichen Behandlern zeigte die erste Gruppe (sog. *Supershrinks*) eine um eine Standardabweichung stärkere Symptomreduktion bei einer gleichzeitig signifikant kürzeren Behandlungsdauer. Patienten der am wenigsten erfolgreichen Behandler wiesen durchschnittlich sogar eine Symptomverschlechterung im Prä-Post-Vergleich auf (Okiishi et al., 2003). Wurden die Behandler auf Grundlage der durchschnittlichen Symptomveränderungsrate ihrer Patienten in eine Rangfolge gebracht, zeigten sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Therapeuten hinsichtlich der prozentualen Anteile der zu Behandlungsende remittierten, gebesserten und verschlechterten Patienten. Der Anteil der am Behandlungsende remittierten Patienten betrug bei den *Supershrinks* durchschnittlich 22%, während sich dieser Wert in den Patientengruppen der am wenigsten erfolgreichen Therapeuten lediglich auf rund 11% belief. Darüber hinaus wiesen die Patienten der *Supershrinks* eine durchschnittliche Verschlechterungsrate von 5% gegenüber 11% der Patienten der am wenigsten erfolgreichen Therapeuten auf (Okiishi et al., 2006). Die für diese ausgeprägten Unter-

schiede verantwortlichen Therapeutenmerkmale konnten bislang nicht identifiziert werden.

Zusammenfassend zeigt sich bezüglich des Zusammenhangs von Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis eine inkonsistente Befundlage, die oftmals auf methodische Unterschiede (z.B. Forschungsdesign, Stichprobengröße, Operationalisierung, Konfundierung) zurückzuführen ist (Beutler, 1997; Laireiter & Botermans, 2005). Hill und Knox (2013) üben in diesem Zusammenhang insbesondere Kritik an den bislang überwiegend querschnittlichen Analysen und empfehlen die längsschnittliche Untersuchung von Therapeuteneffekten, um zuverlässige Aussagen über Entwicklungsverläufe von Ausbildungstherapeuten ableiten zu können.

1.3.2 Ausbildungserfahrung und Behandlungsprozess

Für die Konzeptualisierung einer optimalen evidenzbasierten Psychotherapieausbildung ist es von großer Relevanz, die Prozess-Merkmale zu identifizieren, die den beobachteten Erfahrungseffekten zugrunde liegen. Das eingangs dargestellte Generic Model of Psychotherapy zeigt in diesem Zusammenhang eine Auswahl potentiell relevanter Prozessvariablen auf (Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987). Ausgehend vom Generic Model of Psychotherapy haben sich im Rahmen jahrzehntelanger Prozess-Ergebnis-Forschung insbesondere die beiden Wirkfaktorklassen *therapeutic bond* und *therapeutic operations* als zentral für die Effektivität von Psychotherapien erwiesen (Baldwin et al., 2007; Castonguay, 2000; Fournier et al., 2013; Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2011). Zur Wirkfaktorklasse des *therapeutic bond* (sog. *allgemeine Wirkfaktoren*) zählen diejenigen Elemente, die alle therapeutischen Verfahrensrichtungen gemeinsam haben, wie z.B. Behandlungsrationale oder therapeutische Allianz. Die therapeutische Allianz wird definiert als „*the collaborative relationship between patient and therapist*“ (Del Re et al., 2012, S. 643). Sowohl in theoretischer als auch in empirischer Hinsicht besteht weitgehender Konsens über ihre zentralen Komponenten (Hatcher & Barends, 2006; Horvath & Bedi, 2002). In Anlehnung an Bordin (1979) sind diese (1) eine emotionale Bindung geprägt von Vertrauen und Verbundenheit zwischen Therapeut und Patient, (2) Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und (3) Übereinstimmung hinsichtlich der Aufgaben, die für die Zielerreichung relevant sind.

Zur Wirkfaktorklasse der therapeutic operations (sog. *spezifische Wirkfaktoren*) werden hingegen Behandlungstechniken und -methoden subsumiert, die sich aus der Theorie eines bestimmten Behandlungsverfahrens ableiten und charakteristisch für dieses Verfahren sind, wie z.B. Expositionsübungen im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie (Castonguay & Holtforth, 2005; Harwood, Beutler, Castillo, & Karno, 2006).

Die Erfahrung des Therapeuten spielt eine wesentliche Rolle für den Zusammenhang zwischen den oben genannten Prozessmerkmalen und dem Behandlungsergebnis (Laska, Smith, Wislocki, Minami, & Wampold, 2013). Es erscheint daher plausibel anzunehmen, dass sich mögliche Ausbildungseffekte auch in der Realisierung der Prozessmerkmale widerspiegeln (Baldwin & Imel, 2013; Imel, Sheng, Baldwin, & Atkins, 2015; Nissen-Lie et al., 2015; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010).

1.3.2.1 Ausbildungserfahrung und therapeutische Allianz

In Anbetracht der oben dargestellten Relevanz der Prozessmerkmale für das Behandlungsergebnis, wird in den folgenden Abschnitten ein Überblick über die aktuelle Befundlage hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen therapeutischer Erfahrung und der Fähigkeit zur therapeutischen Beziehungsgestaltung gegeben.

Therapeutische Allianz und Behandlungsergebnis. Die therapeutische Allianz konnte bereits vielfach als methoden- und störungsübergreifende Einflussgröße auf den Therapieerfolg sowie die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs belegt werden (vgl. Ackerman & Hilsenroth, 2001; Crits-Christoph et al., 2009; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Hilsenroth, Ackerman, Clemence, Strassle, & Handler, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross & Lambert, 2011; Trepka, Rees, Shapiro, Hardy, & Barkham, 2004). Aktuelle Untersuchungen sprechen dafür, dass die therapeutische Allianz einen stabilen, moderaten Prädiktor für das Behandlungsergebnis mit einem Varianzaufklärungsanteil von etwa 5% darstellt (Baldwin et al., 2007; Horvath et al., 2011). Einen Beleg für einen robusten Zusammenhang zwischen den beiden Parametern stellt sowohl ihre störungsübergreifende Nachweisbarkeit (Castonguay & Beutler, 2006; Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005; Klein et al., 2003) als auch ihre Unab-

hängigkeit von moderierenden Variablen (z.B. Erhebungsinstrumente, Ergebnismaße, Beurteilerperspektiven, Studiendesigns, Behandlungsansätze) dar (Flückiger et al., 2012; Horvath et al., 2011). Darüber hinaus liefern bisherige Forschungsbefunde Hinweise auf einen prädiktiven Wert der therapeutischen Allianz zu Behandlungsbeginn für den Therapieerfolg, Therapieabbrüche sowie Rückfallquoten (Horvath, 2001; Huppert et al., 2001; Huppert et al., 2014; Weck, Richtberg, Jakob, Neng, & Höfling, 2015; Weck et al., 2013). Insbesondere die Ausprägung der therapeutischen Allianz zu Therapiebeginn - im Vergleich zu fortgeschritteneren Stadien der Behandlung - scheint dabei von hoher prädiktiver Bedeutung für Ergebnismerkmale von Psychotherapien zu sein (Martin et al., 2000).

Therapeuteneffekte im Allianz-Ergebnis-Zusammenhang. Therapeuteneffekte üben einen entscheidenden Einfluss auf den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang aus (Baldwin et al., 2007; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008). Studien, die eine Gegenüberstellung der Bedeutsamkeit von Therapeuten- und Patienteneffekten für den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang vornehmen, sprechen für eine Schlüsselrolle des Therapeuten im Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz und dem damit einhergehenden Behandlungsergebnis (Dinger et al., 2008; Marcus, Kashy, Wintersteen, & Diamond, 2011; Zuroff et al., 2010). Eine Studie aus dem naturalistischen Setting liegt in diesem Zusammenhang von Baldwin und Kollegen (2007) vor, die Multilevel-Analysen mit Daten aus einer Studentenberatungsstelle durchführten. Sie konnten zeigen, dass Therapeuten, die durchschnittlich höhere Allianz-Werte von ihren Patienten zugeschrieben bekamen, bessere Behandlungsergebnisse erzielten als Therapeuten mit durchschnittlich niedrigeren Allianz-Werten. Die Varianz der therapeutischen Allianz aus Sicht der Therapeuten, nicht jedoch aus Patientenperspektive, stand in einem signifikanten Zusammenhang zum Therapieergebnis. Zur Überprüfung der Generalisierbarkeit der beschriebenen Befunde auf den klinischen Behandlungskontext führten Zuroff und Kollegen (2010) eine Replikationsstudie mit den Daten ambulanter Psychotherapiepatienten durch. Auf der Basis von Videoaufzeichnungen berücksichtigten die Autoren dabei unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Allianz sowohl aus der Patienten- als auch aus der Beobachterperspektive. Im Einklang mit vorherigen Befunden wiesen die Patienten derjenigen Therapeuten, die in ihren Behandlungen durchschnittlich höhere Allianz-Werte erzielten eine vergleichsweise schnellere Symptomreduktion auf. Die dargestellten Befunde unterstreichen den bedeutsamen Einfluss von Therapeuteneffekten auf den Alli-

anz-Ergebnis Zusammenhang und verweisen auf die zentrale Bedeutung von Therapeuteneffekten für den psychotherapeutischen Prozess.

Die Frage nach den für die therapeutische Allianz förderlichen Therapeutenmerkmalen, die den beobachteten Therapeuteneffekten zugrunde liegen, wurde in einer Reihe von Untersuchungen thematisiert, die einen konsistent prädiktiven Wert der interaktionellen Fertigkeiten von Behandlern in diesem Zusammenhang belegen (Horvath & Bedi, 2002; Orlinsky & Rønnestad, 2005). So konnten beispielsweise Therapeuten, die von ihren Patienten als warmherzig, annehmend, engagiert und empathisch wahrgenommen wurden, eine bessere therapeutische Allianz herstellen als ihre Kollegen, die geringere Ausprägungen in den genannten Dimensionen aufwiesen (Horvath & Bedi, 2002). Befunde von Safran und Muran (2000) zeigen, dass die Fähigkeit von Therapeuten angemessen auf interaktionelle Schwierigkeiten (z.B. Feindseligkeit, abweisendes Verhalten) von Seiten der Patienten zu reagieren in einem bedeutsamen Zusammenhang mit höheren therapeutischen Allianzwerten steht.

Ausbildungserfahrung im Allianz-Ergebnis-Zusammenhang. Aus der Perspektive der Ausbildungsforschung ist es von besonderem Interesse, welchen Einfluss das Therapeutenmerkmal der therapeutischen Erfahrung in diesem Zusammenhang ausübt und ob sich die Fähigkeit zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz trainieren lässt. Die bisherige Forschungsliteratur zeigt, dass ein komplexer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der therapeutischen Erfahrung und der Fähigkeit zum Aufbau einer stabilen therapeutischen Allianz besteht (vgl. Despland et al., 2009; Hilsenroth, 2004; Weck et al., 2015). Frühere Studien zum Zusammenhang zwischen Prozessmaßen und der Erfahrung von Therapeuten lassen vermuten, dass sich erfahrener Therapeuten insbesondere von Therapeuten, die sich auf sehr frühen professionellen Entwicklungsstufen befinden, unterscheiden (Mallinckrodt & Nelson, 1991). Befunde zum Zusammenhang zwischen Training und der Stärke der therapeutischen Allianz sprechen für moderate bis hohe Trainingseffekte auf die therapeutische Allianz (Crits-Christoph, 1998; Henry, Strupp, Butler, Schacht, & Binder, 1993). In einer Reihe von Untersuchungen konnten Hilsenroth und Kollegen (2002; 2006; 2004) Belege für den positiven Einfluss eines strukturierten klinischen Trainings auf die therapeutische Allianz aus Therapeuten- und Patientenperspektive an einer Stichprobe approbierter Behandler finden. Hierbei zeigte sich, dass Therapeuten, die an einem strukturierten klinischen Training teilnahmen, höhere Allianzwerte erzielten als eine Kontrollgruppe ohne dieses Training. Die Effekte spiegelten sich

sowohl in der Patienten- und Therapeutenbeurteilung der einzelnen Allianz-Skalen (Beziehung, Ziele, Aufgaben), als auch im Gesamt-Allianzwert wider (Hilsenroth et al., 2004). Allerdings wurden in den genannten Studien lediglich die Effekte von Kurztrainings überprüft, wobei meist approbierte Therapeutenstichproben untersucht wurden. Um genauere Aussagen über die Entwicklung der Fähigkeit von Ausbildungstherapeuten zum Aufbau stabiler therapeutischer Allianzen im Rahmen einer längerfristigen und komplexeren Psychotherapieausbildung machen zu können, sind weitergehende Untersuchungen im naturalistischen Setting erforderlich (Hill & Knox, 2013).

Derartige Therapieprozess-Studien liefern Hinweise auf einen positiven Einfluss von therapeutischer (Berufs-) bzw. Ausbildungserfahrung auf die Fähigkeit zur therapeutischen Beziehungsgestaltung. Beispielsweise zeigte sich in einer Studie von Hersoug und Kollegen (2001) ein Einfluss der therapeutischen Berufserfahrung (d.h. Anzahl der Jahre an postgradualer psychotherapeutischer Tätigkeit) auf die wahrgenommene therapeutische Beziehung aus Therapeutensicht. Im Rahmen ihrer metaanalytischen Untersuchung berichten Stein und Lambert (1995) von höheren Kompetenzen hinsichtlich des Aufbaus und der Aufrechterhaltung stabiler therapeutischer Beziehungen sowie der Bewältigung von Krisensituationen fortgeschrittenerer Ausbildungstherapeuten gegenüber Novizen. Positive Ausbildungseffekte zeigten sich in diesem Zusammenhang auch hinsichtlich der Abbruchquoten. Darüber hinaus konnte mittels Experteneinschätzungen (z.B. Supervisoren) belegt werden, dass fortgeschrittenere Ausbildungstherapeuten sowohl hinsichtlich ihrer beziehungsgestalterischen, als auch ihrer methodischen Fähigkeiten besser bewertet wurden als Novizen oder Laien (vgl. Beutler et al., 2004). Eine detaillierte Untersuchung von Erfahrungseffekten auf die therapeutische Allianz präsentieren Dunkle und Friedlander (1996). Sie analysierten den Einfluss von therapeutischer Erfahrung auf Bindung, Aufgaben- und Zielorientierung als unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Allianz (vgl. Bordin, 1979). Die Autoren berichten von einem bedeutsamen Erfahrungseffekt in Bezug auf die Bindungskomponente, nicht jedoch auf die beiden übrigen Komponenten. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund könnte in der einmaligen Erfassung der Beziehungsqualität zu Behandlungsbeginn bestehen. Es ist vorstellbar, dass dem Aspekt der Bindung in dieser Therapiephase eine größere Bedeutung zukommt als der Aufgaben- und Zielorientierung, die zu späteren Stadien der Behandlung vermehrt von Bedeutung sein könnten. Um weitergehende Aussagen über mögliche

Erfahrungseffekte auf beziehungsgestalterische Fähigkeiten von Therapeuten ableiten zu können, empfehlen die Autoren die Durchführung von Verlaufsmessungen. Auf diese Weise können bedeutsame Hinweise auf handlungsbezogene Unterschiede zwischen Therapeuten unterschiedlicher Erfahrungsniveaus abgeleitet werden.

Zusammenfassend ist zu festzuhalten, dass der Fähigkeit des Therapeuten zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz eine Schlüsselrolle für den späteren Behandlungserfolg zukommt (Del Re et al., 2012). Dieser Umstand zeigt sich darin, dass diejenigen Therapeuten, die vergleichsweise bessere therapeutische Allianzen aufbauen, konsistent bessere Behandlungsergebnisse erzielen als Therapeuten mit durchschnittlich niedrigeren Allianzwerten (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Zuroff et al., 2010). Insgesamt besteht in den bisherigen Forschungsarbeiten eine Vielzahl methodischer Unterschiede (z.B. Vorliegen von Supervision, berücksichtigte Erfahrungsspektren), was ihre Vergleichbarkeit stark einschränkt. Während querschnittliche Studien positive Erfahrungseffekte auf den Allianz-Ergebnis-Zusammenhang belegen, mangelt es bislang an längsschnittlichen Untersuchungen in diesem Kontext sind (Ackerman et al., 2001; Hilsenroth et al., 2002).

1.3.2.2 Ausbildungserfahrung und die Anwendung störungsspezifischer Techniken

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Ausbildungserfahrung und der Anwendung störungsspezifischer Techniken wurde in der vorliegenden Arbeit das Störungsbild der Depression ausgewählt, da es in Anbetracht seiner Häufigkeit im klinischen Behandlungsalltag von Ausbildungstherapeuten von besonderer Relevanz ist. Daher erfolgt zunächst eine Darstellung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken bei Depressionsbehandlungen bevor die empirische Befundlage hinsichtlich Erfahrungseffekten bei der Anwendung störungsspezifischer Techniken adressiert wird.

Einsatz störungsspezifischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer (KVT) Techniken und Ergebnisse von Depressionsbehandlungen. Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) konnte für die Behandlung einer Vielzahl psychischer Störungen überzeugend belegt werden (vgl. Chambless & Ollendick, 2001). Insbesondere im Hinblick auf die Behandlung depressiver Störungen stellt die KVT eine der meist untersuchten und effektivsten Behandlungsmethoden dar (Hollon & Beck, 2013). Im

Vergleich zu Wartekontrollgruppen werden Effektstärken von $.71 < d < .80$ berichtet (Cuijpers et al., 2013). Gegenüber pharmakotherapeutischen Behandlungen, die eine vergleichbare Effektivität aufweisen, bietet sie zudem den Vorteil geringerer Rückfallraten (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; DeRubeis et al., 2005; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). Einen differenzierten methodischen Zugang zur Beurteilung von Behandlungseffekten stellen dabei Analysen dar, die zwischen dem Erreichen einer sog. *Response*, im Sinne eines Ansprechens auf die Behandlung und einer sog. *Remission* im Sinne einer Symptombefreiheit als Behandlungsergebnis unterscheiden (vgl. Hiller, Schindler, & Lambert, 2011).

Auf der Basis kognitiv-behavioraler Störungsmodelle, die die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen auf dysfunktionale Denkmuster zurückführen (Beck, 1976; Beck & Haigh, 2014), besteht das Ziel kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen insbesondere in der Modifikation maladaptiver Muster im Denken, Fühlen und Handeln von Patienten (Cuijpers et al., 2008; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007). Die zentralen Behandlungskomponenten sind dabei der Aufbau positiver Aktivitäten, die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen sowie die Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen (vgl. Hautzinger, 2013). Im Rahmen umfassender Metaanalysen haben sich insbesondere der Aufbau positiver Aktivitäten sowie das Training sozialer Kompetenzen mit Effektstärken der Größenordnung von $.73 < d < .87$ als besonders wirksame KVT-Techniken erwiesen (Cuijpers et al., 2007; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Untersuchungen einzelner kognitiver Elemente sprechen für einen moderaten Zusammenhang zwischen kognitiven Techniken wie beispielsweise dem Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen und dem Behandlungsergebnis (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Teasdale & Fennell, 1982).

In den nächsten Abschnitten folgt eine Darstellung der Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Behandlungskomponenten.

Aufbau positiver Aktivitäten. Der Aufbau positiver Aktivitäten stellt eine Behandlungskomponente dar, die sich aus dem behavioralen Störungsmodell des Verstärkerverlustes (Lewinsohn & Graf, 1973) ableitet. Ausgehend von der Annahme, dass depressive Störungen durch einen Verstärkerverlust im Sinne eines Mangels an positiven Erlebnissen und Interaktionen begünstigt bzw. aufrechterhalten werden, besteht das Hauptziel der Intervention in der Förderung von angenehmen (sozialen) Aktivitäten zur Reduktion depressiver Symptomatik (Zeiss, Lewinsohn, & Muñoz, 1979). Da-

zu werden typischerweise Listen positiver Aktivitäten, Wochenpläne oder Aktivitätsprotokolle eingesetzt (vgl. Hautzinger, 2013). In einer Reihe von Metaanalysen konnte eine konsistent vergleichbare Effektivität der Verhaltensaktivierung und kognitiven Behandlungselementen sowohl zu Behandlungsende als auch in Follow-Up-Untersuchungen belegt werden (Cuijpers et al., 2007; Mazzucchelli et al., 2009; Sturmey, 2009). Auch eine Komponentenanalyse von Jacobson und Kollegen (1996) weist auf eine vergleichbare Effektivität zwischen dem ausschließlichen Einsatz des Aufbaus positiver Aktivitäten und einer kombinierten Anwendung aller drei Hauptbehandlungskomponenten der KVT (vgl. Hautzinger, 2013) hin. Ein Problem bisheriger Untersuchungen besteht in der Heterogenität der spezifischen Techniken, die unter dem Begriff der Verhaltensaktivierung subsumiert wurden. Infolgedessen wird eine spezifischere Untersuchung der eingesetzten Techniken gefordert, um zuverlässigere Aussagen über deren Effektivität im Einzelnen treffen zu können (Cuijpers et al., 2007).

Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen. Die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen subsumiert Techniken wie den sokratischen Dialog, das Führen von Gedankenprotokollen oder Verhaltensexperimente, mittels derer Fähigkeiten von Patienten gefördert werden sollen, irrationale, depressionsfördernde Gedanken zu erkennen, zu hinterfragen und durch alternative, angemessenere Kognitionen zu ersetzen (Clark, 1995; Hautzinger, 2013). Im Rahmen von Wirksamkeitsvergleichen zeigt sich eine deutliche Überlegenheit der kognitiven Behandlungstechniken gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppen ($d = .80$) sowie eine äquivalente Effektivität mit pharmakotherapeutischen Behandlungen (Cuijpers et al., 2008; DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2010). Gleichzeitig bekunden jedoch einige Forscher Skepsis am zusätzlichen Nutzen kognitiver Behandlungstechniken in Ergänzung zu behavioralen Therapieelementen (Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998; Longmore & Worrell, 2007). Komponentenanalysen haben keine Hinweise auf einen bedeutsamen additiven Wert kognitiver Interventionen im Hinblick auf das Behandlungsergebnis erbracht (Jacobson et al., 1996). Darüber hinaus wird argumentiert, dass häufig Symptomreduktionen in frühen Stadien der Behandlung und damit vor dem Einsatz spezifischer kognitiver Behandlungstechniken zu beobachten sind, was als Beleg für eine fehlende spezifische Bedeutsamkeit dieser Interventionen angesehen wird (Hayes et al., 2004). Wesentliche methodische Limitationen, welche die Aussagekraft vieler Untersuchungen einschränken, bestehen dabei in der geringen Spezifizierung der unter-

suchten kognitiven Behandlungstechniken sowie in der unzureichenden Trennung von kognitiven und behavioralen Behandlungselementen (Hollon, Haman, & Brown, 2002; Wampold, 2001).

Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen. Die Förderung der Gestaltung zufriedenstellender Beziehungen sowie der Lösung alltäglicher Probleme stellt ein weiteres Behandlungselement von Depressionstherapien im Rahmen von strukturierten Trainingsprogrammen dar. In sog. *sozialen Kompetenztrainings* kommen dabei vor allem Rollenspiele mit anschließendem Feedback sowie Modelllernen als therapeutische Techniken zum Einsatz. Die zentrale Technik sog. *Problemlösetrainings* besteht in der Vermittlung von strukturierten Problemlösungssequenzen (Emmelkamp, 2013). Die Effektivität sozialer Kompetenztrainings im Hinblick auf interpersonelle Fertigkeiten (Miller, Norman, & Keitner, 1989) sowie eine Reduktion depressiver Symptome konnte bereits vielfach belegt werden (z.B. Hersen, Bellack, Himmelhoch, & Thase, 1984). Es existieren jedoch kaum aktuellere Untersuchungen zu diesem Thema. Zudem besteht auch hier das methodische Problem der Konfundierung unterschiedlicher Therapietechniken, sodass bisherige Studien keinen Aufschluss über die Wirksamkeit der eingesetzten Techniken im Einzelnen geben (Kanter et al., 2010).

In Bezug auf Problemlösetrainings liegen Befunde vor, die einen positiven Einfluss auf depressive Symptome belegen (Dowrick et al., 2000). So zeigt sich eine Überlegenheit der Trainings-Gruppen gegenüber Placebo-Bedingungen sowie eine vergleichbare Effektivität mit pharmakologischen Behandlungen (Mynors-Wallis, Gath, Day, & Baker, 2000). Darüber hinaus konnte eine der Verhaltensaktivierung äquivalente Wirksamkeit belegt werden (Hopko et al., 2011). Metaanalytische Untersuchungen liefern Hinweise auf moderate Effektstärken in diesem Zusammenhang (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers et al., 2007). Gleichzeitig existieren jedoch Untersuchungen, in denen sich keine Überlegenheit gegenüber Kontrollgruppenbedingungen belegen ließ (Williams et al., 2000). Aufgrund der Heterogenität der Befunde sind weitergehende Untersuchungen notwendig, um zuverlässige Schlussfolgerungen über die spezifische Wirksamkeit dieser Techniken ableiten zu können (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

Ausbildungserfahrung und der Technik-Ergebnis-Zusammenhang. Obwohl die Anwendung verfahrensspezifischer Behandlungstechniken im Einklang mit der gängigen evidenzbasierten Praxis ein Kernelement der Psychotherapieausbildung dar-

stellt, wurde ihre Wechselwirkung mit therapeutischer Erfahrung sowie ihr Einfluss auf das Behandlungsergebnis bisher nur vereinzelt im Ausbildungskontext untersucht. Bislang liegen in diesem Zusammenhang vorwiegend Untersuchungen zu Effekten von Kurztrainings vor. Diese liefern Belege für positive Trainingseffekte auf die Kompetenzentwicklung in der Anwendung störungsspezifischer Techniken (Hill et al., 2008; Hill, Stahl, & Roffman, 2007; Weck et al., 2013). Eine Reihe von Untersuchungen von Hill und Kollegen (2013) zum Einfluss von Kurztrainings auf therapeutische Basiskompetenzen (sog. *helping skills*) sprechen für positive Trainingseffekte auf die Empathiefähigkeit, das Selbstwirksamkeitserleben und die Gesprächsführungskompetenzen von Trainingsteilnehmern sowie die von Klienten beurteilte Sitzungseffektivität (vgl. Hill & Knox, 2013). Auch das Training prozeduralen und strukturellen Wissens scheint einen positiven Einfluss auf den Einsatz therapeutischer Techniken aufzuweisen. Für diese Annahme sprechen Befunde von Kivlighan und Kollegen (2008), die zeigten, dass Patienten ihre Sitzungen als umso stringenter und tiefgehender bewerteten, je mehr Ähnlichkeit die Intention von Ausbildungstherapeuten zu der erfahrener Behandler aufwies, mit der sie eine Technik einsetzten. In einer von Multon und Kollegen (1996) durchgeführten Studie folgten zudem auf Therapiesitzungen mit einem erhöhten Einsatz allgemeiner verfahrensspezifischer Techniken solche Sitzungen, in denen vermehrt störungsspezifische Techniken angewendet wurden. Aus dieser Beobachtung schlussfolgern die Autoren, dass die Zunahme an Behandlungserfahrung möglicherweise mit einer höheren Spezifizierung eingesetzter Techniken einhergeht. Darüber hinaus stellten Hilsenroth und Kollegen (2015) fest, dass in der Folge von Trainings ausschließlich ein Anstieg in der Anwendungshäufigkeit der Techniken des trainierten Verfahrens (z.B. psychodynamische Techniken) im Gegensatz zu denen nicht trainierter Verfahren (z.B. KVT) zu beobachten war. Die Autoren sehen darin einen Beleg für spezifische Trainingseffekte.

Für den Zusammenhang zwischen dem Training in der Anwendung spezifischer therapeutischer Techniken und dem Behandlungsergebnis konnten bislang moderate Zusammenhänge belegt werden ($r = .33 - .39$) (Strunk, DeRubeis, Brotman, & Hollon, 2010). Dabei wies die therapeutische Kompetenz einen Varianzaufklärungsanteil von 15% am Behandlungsergebnis auf (Shaw et al., 1999). Untersuchungen zur Wirksamkeit spezieller Trainings in verfahrensspezifischen Behandlungstechniken zeigen, dass diese zu einer höheren therapeutischen Kompetenz und vermehrten Anwendung der trainierten Techniken führen, welche wiederum in einem positiven Zu-

sammenhang mit der therapeutischen Allianz sowie dem Behandlungsergebnis standen (Hilsenroth et al., 2015; Shaw et al., 1999; Strunk et al., 2010; Westbrook, Sedgwick-Taylor, Bennett-Levy, Butler, & McManus, 2008). Im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie ließen sich bestehende Erfahrungseffekte im Behandlungsergebnis durch zusätzliche Trainings- und Supervisionseinheiten aufheben, was dafür spricht, dass weniger erfahrene Therapeuten durch intensives Training und Supervision eine vergleichbare Effektivität in der Anwendung störungsspezifischer Techniken erzielen können wie erfahrenere Behandler (DeRubeis et al., 2005).

Demgegenüber stehen Studien, die keinen Zusammenhang zwischen einem Training in der Anwendung störungsspezifischer Techniken und Behandlungsergebnissen finden (King et al., 2002; Trepka et al., 2004). Im Einklang mit diesen Befunden kommen Webb und Kollegen (2010) im Rahmen einer metaanalytischen Untersuchung zu dem Schluss, dass kein Zusammenhang zwischen den im Rahmen von Kurztrainings ermittelten Kompetenzmaßen und dem Behandlungsergebnis bestehe. Die Autoren weisen jedoch auf die starke methodische Heterogenität der untersuchten Studien hin, so dass mögliche Zusammenhänge durch Unterschiede z.B. in der Operationalisierung der relevanten Variablen überlagert worden sein könnten.

Eine der wenigen naturalistischen Studien zum Einfluss von Ausbildungsmaßen auf den Behandlungsprozess (speziell den Technikeinsatz) sowie das Behandlungsergebnis stammt von Boswell und Kollegen (2010). Die Autoren untersuchten den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Ausbildungsvariablen (z.B. Ausbildungserfahrung in Jahren, theoretische Orientierung) und dem Einsatz verfahrensspezifischer Techniken sowie dem Behandlungsergebnis. Darüber hinaus überprüften sie den Zusammenhang zwischen dem Einsatz verfahrensspezifischer Techniken und dem Behandlungsergebnis sowie mögliche moderierende Einflüsse von Ausbildungsvariablen. Anders als in einigen experimentellen Studien hinsichtlich Trainingseffekten zeigten sich in der beschriebenen Untersuchung keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen. Die Autoren führen diese Diskrepanz auf Unterschiede in der Trainingsintensität zurück, die im Fall von spezifischen Kurztrainings höher ausfällt als im regulären Ausbildungskontext. Sie verweisen dabei auf Befunde, die für einen Einfluss der Trainingsintensität auf die erfolgreiche Generalisierung von Lerninhalten sprechen (Lochman et al., 2009).

Mögliche Erklärungen für die Heterogenität der vorliegenden Befunde sind vor allem in methodischen Unterschieden zwischen den Studien (z.B. Training vs. Ausbildung;

Operationalisierung von therapeutischer Kompetenz; Art der Therapeutenstichproben; Kontrolle von Störvariablen) zu sehen. Wesentliche methodische Limitationen der Untersuchungen bestehen insbesondere in der z.T. fehlenden Kontrolle der Symptomreduktion vor der Kompetenzerfassung sowie der Verwendung querschnittlicher Daten mit z.T. einmaliger Erfassung des Einsatzes ausgewählter Techniken. Dies führt zu einer eingeschränkten Aussagekraft. Darüber hinaus ist es fraglich, ob der Erwerb komplexer therapeutischer Fertigkeiten in ausreichendem Maße durch Kurztrainings erfolgen kann oder ob nicht eher elaboriertere und langfristige Ausbildungen dazu erforderlich wären.

Neben der großen Diskrepanz zwischen der zeitlichen Dauer von Kurztrainings und der Psychotherapieausbildung besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Kontexten darin, dass randomisiert-kontrollierte Studien zu Trainingseffekten typischerweise ein manualisiertes therapeutisches Vorgehen untersuchen, während für den naturalistischen Behandlungskontext ein eher flexibler Einsatz therapeutischer Techniken und Methoden belegt werden konnte (Heinrichs, Nowak, Oertel, & Kröger, 2009).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass insbesondere die Befunde einiger randomisiert-kontrollierter Trainingsstudien für einen positiven Einfluss eines spezifischen Trainings auf die therapeutische Kompetenz beim Einsatz verfahrensspezifischer Techniken und das anschließende Behandlungsergebnis sprechen (vgl. Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013). Die Frage nach der Übertragbarkeit dieser Befunde auf den naturalistischen Ausbildungskontext ist jedoch noch nicht ausreichend überprüft. Somit ist noch unklar, inwiefern sich die reguläre Psychotherapieausbildung auf den Einsatz störungsspezifischer Techniken im Behandlungsprozess auswirkt und welche Konsequenzen dies für das Behandlungsergebnis von Ausbildungstherapien hat.

2 Zielsetzungen und Ableitung der Fragestellungen

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Forderung nach einer Intensivierung der Forschungsbemühungen im naturalistischen Ausbildungskontext hinsichtlich der Ausbildungseffektivität, die in der bisherigen Psychotherapieforschung bislang wenig Berücksichtigung fand (vgl. Laireiter & Botermans, 2005). In diesem Zusammenhang üben Hill und Knox (2013) insbesondere Kritik an den bislang überwiegend querschnittlichen Analysen, die mit einer äußerst heterogenen Befundlage einhergehen. Die Autoren empfehlen die längsschnittliche Untersuchung von Therapeuteneffekten, um zuverlässige Aussagen über Entwicklungsverläufe von Ausbildungstherapeuten ableiten zu können. Neben einer inkonsistenten Befundlage internationaler Studien existieren bisher kaum analoge Forschungsbemühungen für den deutschsprachigen Ausbildungskontext. Dabei ist es fraglich, ob und inwieweit die Ergebnisse internationaler Untersuchungen aufgrund der Heterogenität der länderspezifischen Ausbildungsrichtlinien länderübergreifend generalisierbar sind (Domma, 2007; Orlinsky et al., 1999; Strauß & Kohl, 2009a). So müssen die Fragen nach dem Einfluss des Wirkfaktors Ausbildungserfahrung auf Behandlungsprozess und -ergebnis sowie nach einer möglichen Qualitätssteigerung innerhalb der Ausbildung als weitgehend unbeantwortet betrachtet werden.

2.1 Zielsetzungen

Auf der Grundlage des dargestellten theoretischen sowie empirischen Hintergrunds soll diese Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Zusammenhangs zwischen der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Psychotherapieausbildung in Deutschland und objektiven Prozess- sowie Ergebnismaßen von Ausbildungstherapien leisten. Als Rahmenmodelle dienen das Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden der Ausbildungsforschung von Strauß (2009) sowie das Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky & Howard, 1987) (vgl. Abschnitt 1.1.3.1). Auf der Basis des Schemas zur Ordnung von Forschungsbefunden (Strauß, 2009) werden dabei Effekte der praktischen Ausbildung als Prozesskomponente der Psychotherapieausbildung auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien untersucht. Die explizite Betrachtung des Ausbildungsabschnitts der Praktischen Ausbildung erscheint insofern indiziert, als dass dieser in der subjektiven Einschätzung von (ehe-

maligen) Ausbildungsteilnehmern als dasjenige Ausbildungselement angegeben wird, von dem sie am meisten für ihre professionelle Entwicklung profitiert haben (vgl. Strauß et al., 2009). Trotz der zentralen Bedeutung, die Ausbildungsteilnehmer diesem Ausbildungsabschnitt beimessen, liegen bislang kaum empirische Untersuchungen zu Effekten der Praktischen Ausbildung auf die Qualität von Ausbildungstherapien in Form von objektiven Ergebnismaßen aus dem naturalistischen Behandlungssetting von Ausbildungsambulanzen vor (Laireiter & Botermans, 2005). Um dieser Forschungslücke zu begegnen, wird in der vorliegenden Arbeit der Zusammenhang vom Ausbildungselement der praktischen Ausbildung (d.h. Ausbildungserfahrung) und der Qualität von Ausbildungstherapien untersucht (Behandlungsergebnis und –dauer, therapeutische Allianz, Anwendung störungsspezifischer Techniken). Als theoretisches Modell zur Identifikation relevanter Psychotherapiemerkmale wird das Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky & Howard, 1987) herangezogen, das die Betrachtung komplexer Wechselwirkungen zwischen zentralen Input-, Prozess- und Ergebnisvariablen von Psychotherapien ermöglicht. Die zentrale Variable für die in der vorliegenden Arbeit adressierten Fragestellungen stellt die therapeutische Erfahrung dar. Um der in der Forschungsliteratur häufig kritisierten, vagen Definition therapeutischer Erfahrung Rechnung zu tragen, wird zur spezifischeren Operationalisierung die neue Begrifflichkeit der sog. *Ausbildungserfahrung* eingeführt. Sie ist definiert als die im Rahmen der praktischen Ausbildung erworbene therapeutische Erfahrung von Ausbildungstherapeuten in der Behandlung ambulanter Psychotherapiepatienten und dient als indirekter Marker für die therapeutische Kompetenz (vgl. Hill & Knox, 2013). In Anlehnung an das Modell kann die Ausbildungserfahrung als Input-Variable im naturalistischen Behandlungskontext ambulanter Ausbildungstherapien konzeptualisiert werden. Auf der Prozess-Ebene werden die therapeutische Allianz sowie die Anwendung störungsspezifischer Techniken als zentrale Wirkmechanismen von Psychotherapien untersucht, deren wesentliche Bedeutung für die Effektivität von Psychotherapien vielfach empirisch belegt wurde (Lambert & Bergin, 1992; Wampold, 2001). Der Fokus liegt dabei auf der Spezifizierung von möglichen Ausbildungseffekten, die Schlussfolgerungen hinsichtlich der im Rahmen der Praktischen Ausbildung vermittelten Fertigkeiten ermöglichen soll. Genauer wird der Frage nachgegangen, ob eine Kompetenzentwicklung hinsichtlich der im Rahmen der Psychotherapieforschung als effektiv identifizierten Wirkmechanismen psychotherapeutischer Prozesse stattfindet, was als Gütekriterium für die Qualität der Ausbildung an-

gesehen werden kann (von Hopffgarten von Laer & Mempel, 1998). Als Ergebnis-Variablen der Ausbildungstherapien werden Veränderungen der allgemeinen Psychopathologie sowie der störungsspezifischen Symptomatik der behandelten Patienten untersucht, um Aussagen über die Qualität von Ausbildungstherapien in Abhängigkeit der therapeutischen Ausbildungserfahrung ableiten zu können.

2.2 Ableitung der Fragestellungen

Auf Grundlage der vorangegangenen Abschnitte wurden für die vorliegende Forschungsarbeit drei Fragestellungen abgeleitet, die im Folgenden dargestellt werden.

Hypothesenkomplex 1: Ausgehend von positiven Ausbildungseffekten, die in der Forschungsliteratur berichtet werden (vgl. Abschnitt 1.3.1), wird erwartet, dass die Ausbildungserfahrung einen Einfluss auf Behandlungsergebnis und -dauer von Ausbildungstherapien hat.

H1a: Die Ausbildungserfahrung leistet einen Beitrag zur Varianzaufklärung des Behandlungsergebnisses (Symptomreduktion).

H1b: Die Ausbildungserfahrung leistet einen Beitrag zur Varianzaufklärung der Behandlungsdauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen).

Hypothesenkomplex 2: Da einige empirische Befunde für das Vorliegen erfahrungsbezogener Unterschiede beim Einsatz verfahrensspezifischer Techniken sprechen (vgl. Kapitel 1.3.2.2), wird angenommen, dass erfahrungsabhängige Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit kognitiver störungsspezifischer KVT- Interventionen und dem Behandlungsergebnis in der Depressionsbehandlung bestehen.

H2a: Erfahrene Ausbildungstherapeuten weisen eine größere Anwendungshäufigkeit kognitiver störungsspezifischer KVT-Interventionen auf als unerfahrene Ausbildungstherapeuten.

H2b: Erfahrene Ausbildungstherapeuten zeigen eine höhere Responserate in Depressionsbehandlungen als unerfahrene Ausbildungstherapeuten.

H2c: Erfahrene Ausbildungstherapeuten zeigen eine höhere Remissionsrate in Depressionsbehandlungen als unerfahrene Ausbildungstherapeuten.

Hypothesenkomplex 3: Auf der Grundlage der dargestellten Empirie (vgl. Abschnitt 1.3.2.1) wird davon ausgegangen, dass ein Zusammenhang von Ausbildungserfahrung und der Stärke der therapeutischen Allianz besteht, der das Behandlungsergebnis beeinflusst. Vor dem Hintergrund der in der Literatur beschriebenen positiven Trainingseffekte auf beziehungsgestalterische Fähigkeiten wird erwartet, dass sich anfängliche Unterschiede zwischen Ausbildungstherapeuten hinsichtlich ihrer durchschnittlichen therapeutischen Allianzwerte im Ausbildungsverlauf nivellieren.

H3a: Es besteht ein Interaktionseffekt von Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz auf das Behandlungsergebnis (Symptomreduktion).

H3b: Die Stärke der therapeutischen Allianz zu Ausbildungsbeginn leistet keinen Beitrag zur Varianzaufklärung späterer Allianz-Werte.

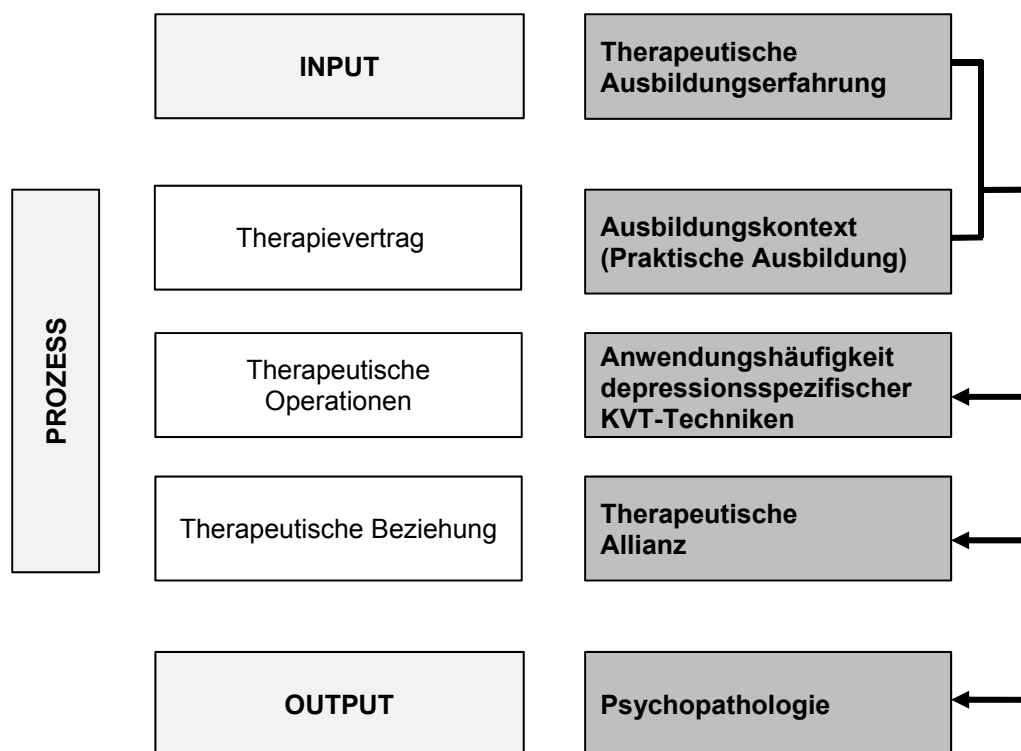


Abbildung 3: Darstellung der im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit untersuchten Variablen-Zusammenhänge (angelehnt an das Generic Model of Psychotherapy, Howard & Orlinsky, 1987).

3 Methode

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der drei dieser Dissertation zugrunde liegenden Studien (Publikation 1, Zusatzanalysen zu den in den Publikationen 2 und 3 beschriebenen Studien²) dargestellt. Dabei werden zunächst Setting und Studiendesign erläutert, die Bestandteil aller drei Studien sind, bevor auf Stichproben, Operationalisierung sowie statistische Auswertungsverfahren der jeweiligen Studien im Einzelnen eingegangen wird.

3.1 Studiensetting

Die Datenbasis der durchgeführten Studien wurde in den Lehrambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg erhoben. Alle Therapien wurden von Diplom-Psychologen in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach abgelegter Zwischenprüfung und häufig absolvierter Praktischer Tätigkeiten I und/oder II (900 h psychiatrische und psychosomatische Praktika) unter regelmäßiger Supervision 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.

3.2 Studiendesign

Die Datenerhebungen fanden am Ende der probatorischen Sitzungen (prä) sowie zu Behandlungsabschluss (post) statt. Als regulärer Therapieabschluss wurde die vollständige Ausschöpfung des genehmigten Sitzungskontingentes bzw. eine vorzeitige Beendigung der Behandlung aufgrund eines ausreichenden Behandlungserfolges definiert. Von diesen Kriterien abweichende Abschlüsse wurden als Therapieabbrüche klassifiziert. Im Fall von abgebrochenen Therapien wurde die jeweils zuletzt erhobene Verlaufsmessung als Abschlussmessung verwendet (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF).

² Eine ausführliche Darstellung der in den beiden Publikationen 2 und 3 beschriebenen Studien befindet sich in Anhang B.

3.3 Darstellung der zugrundeliegenden Studien

3.3.1 Studie 1: Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis bzw. -dauer (Publikation 1)

3.3.1.1 Methodik der Publikation 1

3.3.1.1.1 Stichprobe

Patientenstichprobe. In Studie 1 wurden alle am ZPP im Zeitraum von 2003 bis 2012 durch Ausbildungsteilnehmer begonnenen Therapien berücksichtigt (N= 1840). Die für die Analysen relevante Intention-To-Treat-(ITT)-Stichprobe (N= 599) wurde 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%) und Fällen, in denen Therapeuten nicht in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten waren (N= 263; 30.5%), gebildet. Die Stichprobe enthielt N= 534 regulär abgeschlossene Behandlungen (sog. *Completer*) und N= 65 Behandlungen mit qualitätsrelevanten Abbrüchen (sog. *Non-Completer*). Zwischen den Substichproben der einzelnen Erfahrungsgruppen (*Unerfahrene, Fortgeschrittene, Erfahrene*; siehe unten) lagen außer bezüglich der Anzahl der Diagnosen ($F(2, 596) = 3.62$; $p = .027$, $\eta^2 = .012$) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der in Tabelle 2 dargestellten Stichprobenmerkmale vor. Die Patienten der *unerfahrenen* Therapeutenstichprobe wiesen eine höhere Anzahl an Diagnosen auf ($p = .009$).

Therapeutenstichprobe. 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, sodass dieselben Therapeuten in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten waren. 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 der ITT-Stichprobe sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben der Studie 1.

Merkmal	Unerfahren (1.-4. Pat.)	Fortgeschritten (5.-8. Pat.)	Erfahren (9.-12. Pat.)	Zwischengruppenunter- schieide Baseline	
	M (SD) / N (%)	M (SD) / N (%)	M (SD) / N (%)	F, Chi ²	p
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)	M= 17.99 (SD= 10.38)	M= 18.67 (SD= 11.05)	M= 17.11 (SD= 10.54)	F (2, 596)= 1.00	.369
GSI (prä)	M= .95 (SD= .63)	M= .99 (SD= .66)	M= .91 (SD= .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%)	14 (6.3%)	N= 8 (4.9%)		

Art der Primär Diagnosen

Störungen durch psychotrope 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; Chi²= Testwert der Häufigkeitsverteilungen; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

3.3.1.1.2 Operationalisierung

Das Behandlungsergebnis 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 Retestreliabilität 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 vergangenen Woche erfragt. Der Fragebogen beinhaltet 9 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 Retestreliabilität von $r_{tt} = .90$ (Franke & Derogatis, 2000).

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

Als *Kontrollvariablen* wurden in den Patientenstichproben soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht) sowie klinische Parameter (Anzahl Diagnosen, initiale Symptomseverität im BDI-II und GSI, Anzahl komorbider Diagnosen) erfasst. Für die Therapeutenstichproben wurden Alter, Geschlecht sowie die vor Ausbildungsbeginn gesammelten Erfahrungen sowohl in Form von psychologischer Berufserfahrung als auch therapeutischer Tätigkeit (z.B. Ausbildung in anderen Therapieschulen, sozialtherapeutische Tätigkeit) berücksichtigt.

Zur Abbildung der *therapeutischen Erfahrung* wurde die Anzahl der behandelten Patienten herangezogen (Beutler, 1997; Franklin et al., 2003). Als *unerfahren* 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 zwölf Patienten im Ausbildungsverlauf behandelt werden. Daher wurden die Therapeuten bei der Behandlung ihres neunten bis zwölften Patienten als *erfahrene* Ausbildungstherapeuten definiert. Im Ausbildungsabschnitt zwischen den beiden Erfahrungsstufen, d.h. bei der Behand-

lung des fünften. bis achten Patienten, wurden die Therapeuten als *fortgeschritten* kategorisiert.

3.3.1.1.3 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 Symptomschwere, Anzahl von Abbrüchen) durchgeführt. Dabei zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den erfahrungsbezogenen Patientenstichproben bezogen auf die Anzahl der Diagnosen ($F(2, 596) = 3.62; p = .027, \eta^2 = .012$), weswegen die Anzahl der Diagnosen als Kovariate in die nachfolgenden Analysen einbezogen wurde. Es lagen keine weiteren signifikanten Unterschiede bezüglich soziodemografischer oder klinischer Stichprobenmerkmale vor. Zur Untersuchung des Therapieerfolges sowie erfahrungsbezogener Unterschiede im Behandlungsergebnis wurden Prä-Post-Vergleiche des BDI-II sowie des GSI anhand messwiederholter 2x3 Kovarianzanalysen (ANCOVAs) mit der Anzahl der Diagnosen als Kovariate durchgeführt. Der Einfluss der psychotherapeutischen Erfahrung auf die Behandlungsdauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) wurde mittels univariater ANCOVA ermittelt. Als unabhängige Variablen (UV) wurden die 3-stufig erfasste psychotherapeutische Erfahrung (Zwischengruppen-UV) sowie der 2-stufige Zeitfaktor (Messwiederholungsfaktor prä-post) in die Analysen aufgenommen. Als abhängige Variablen (AV) dienten (1) die Prä-Post-Symptomreduktion im BDI-II, (2) die Prä-Post-Symptomreduktion im GSI sowie (3) die Behandlungsdauer. Zur Lokalisation von Unterschieden zwischen den einzelnen Erfahrungsgruppen wurden Sidak-Kontraste als Post-hoc-Tests angewandt. Die Berechnung der Prä-Post-Effektstärken erfolgte nach Cohens d (Cohen, 1988). Das Signifikanzniveau wurde bei $p < .05$ festgelegt.

3.3.2 Studie 2: Ausbildungserfahrung und Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen (Zusatzanalysen auf Grundlage der Publikation 2)

3.3.2.1 Zusammenfassung der Inhalte von Publikation 2

Die in Publikation 2 durchgeführten Analysen widmeten sich den Zusammenhängen zwischen der durch den Therapeuten beurteilten Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken und dem Behandlungserfolg. Dazu wurden depressionsspezifische KVT-Techniken an 109 ambulant behandelten depressiven Patienten am Behandlungsende retrospektiv durch die behandelnden Therapeuten erfasst und regressionsanalytisch im Zusammenhang mit der Therapieresponse und Remission untersucht. Hinsichtlich der Therapieeffektivität zeigten sich mittlere bis große Effektstärken ($0,50 \leq d \leq 1,2$) in verschiedenen Ergebnismaßen. Es bestand ein robuster Zusammenhang zwischen der Anwendungshäufigkeit der meisten KVT-Techniken und dem Behandlungsergebnis. Insbesondere war dabei eine als hoch eingeschätzte Anwendungsintensität kognitiver Techniken mit dem Erreichen von Response und Remission (vgl. Publikation 2) assoziiert. Der Einsatz verhaltensaktivierender Techniken wies einen bedeutsamen Zusammenhang mit der Therapieresponse auf, Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen gingen vorwiegend mit dem Erreichen einer Remission einher. Insgesamt konnten positive Zusammenhänge zwischen der retrospektiven Einschätzung der Anwendungshäufigkeit depressionsspezifischer KVT-Techniken aus der Therapeutenperspektive und dem Behandlungserfolg von Ausbildungstherapien belegt werden.

Zur Untersuchung möglicher Erfahrungseffekte in Zusammenhang mit der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken (vgl. Hypothese 2, Kapitel 2) wurden Zusatzanalysen durchgeführt, auf die im Folgenden eingegangen wird.

3.3.2.2 Methodik der Zusatzanalysen zu Publikation 2

3.3.2.2.1 Stichprobe

Patientenstichprobe

In der Gesamtstichprobe von Studie 2 wurden N= 502 Patienten berücksichtigt, die im Zeitraum von 2005 bis 2012 mit der Primärdiagnose einer depressiven Störung am ZPP behandelt wurden. Diagnostische Einschlusskriterien waren das Vorliegen

der Hauptdiagnose einer depressiven Episode (F32) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) nach ICD-10-Kriterien sowie eines pathologischen Summenwertes im BDI-II von > 14.29 (nach Hiller, 2011) zu Therapiebeginn. Als Ausschlusskriterien galten ein zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht erfolgter Behandlungsabschluss (N= 172; 34.2%), weniger als fünf Therapiesitzungen nach der Probatorik-Phase (N= 10; 1.9%), nicht-qualitätsrelevante Abbrüche (N= 26; 5.1%) sowie unvollständige Datensätze (N= 185; 36.8%). Die resultierende ITT-Stichprobe aus N= 109 Patienten teilte sich in N= 89 regulär abgeschlossene Behandlungen (sog. *Completer-Stichprobe*) und N= 20 qualitätsrelevante Abbrüche (sog. *Non-Completer-Stichprobe*). Tabelle 3 zeigt soziodemografische und klinische Merkmale der ITT-Stichprobe. Completer- und Non-Completer-Stichprobe waren hinsichtlich soziodemografischer Merkmalen sowie hinsichtlich der anfänglichen Symptomschwere (erfasst mittels BDI-II- und GSI-Prä-Wert) vergleichbar ($p > .05$). Signifikante Unterschiede bestanden in der Behandlungsdauer (Non-Completer: M = 30.65 Sitzungen, SD= 20.05; Completer: M= 40.72; SD= 15.73; $p= .016$). Zwischen der Gesamtstichprobe (N= 502) und der ITT-Stichprobe zeigten sich bis auf das Alter ($p= .027$) und die anfängliche Symptomschwere (BDI-II: $p= .001$; GSI: $p= .020$) keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3: Soziodemografische und klinische Merkmale der ITT-Stichprobe (N= 109) (vgl. Löffler et al., 2015).

Merkmal	M (SD) / N (%)
Alter bei Therapiebeginn (in Jahren)	M = 42.19 Jahre (SD= 11.94)
Geschlecht (weiblich)	N= 70 (64.2%)
Höchster Schulabschluss	
Noch in Schulausbildung oder kein Abschluss	N= 4 (3.6%)
Hauptschulabschluss	N= 35 (32.1%)
Mittlere Reife	N= 33 (30.3%)
Abitur	N= 27 (24.8%)
Sonstige oder keine Angaben	N= 10 (9.2%)
Höchster Berufsabschluss	
Noch in Ausbildung oder kein Abschluss	N= 14 (12.8%)
Abgeschlossene Lehre	N= 70 (64.3%)
Hochschulabschluss	N= 11 (10.1%)
Sonstige oder keine Angaben	N= 14 (12.8%)
Anzahl Vorbehandlungen	
Ambulante Vorbehandlungen	N= 67 (61.5%)
Stationäre Vorbehandlungen	N= 47 (43.1%)
Symptomschwere zu Therapiebeginn	
BDI-II	M= 26.42 (9.53; Range: 15-59)
GSI	M= 1.29 (SD= .71; Range: .00-3.72)
Antidepressive Medikation zu Therapiebeginn	N= 58 (53.2%)
Anzahl komorbider Störungen zu Therapiebeginn	
	M= .86 (SD= .95; Range: 0-4)
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%)
Anzahl durchgeführter Sitzungen	
	M= 38.87 (SD= 16.96; Range 6-84)
≤ 25 Sitzungen (KZT)	N= 33 (30.3%)
≤ 45 Sitzungen (LZT)	N= 43 (39.4%)
> 45 Sitzungen	N= 33 (30.3%)

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

Therapeutenstichprobe

Die Behandlungen der ITT-Stichprobe wurden von N= 48 Ausbildungstherapeuten im Ausbildungsstadium der Praktischen Ausbildung behandelt. Das Durchschnittsalter der Ausbildungstherapeuten betrug M= 32.60 Jahre (SD= 5.72), 91.7% (N= 44) von ihnen waren weiblich. Die vor Ausbildungsbeginn erworbene psychologische Berufserfahrung betrug durchschnittlich M= 1.41 Jahre (SD= 2.83; Range: 0-14 Jahre). Eine nicht-verhaltenstherapeutische Ausbildung (z.B. in systemischer Therapie) vor Ausbildungsbeginn am ZPP hatten N= 3 Therapeuten (6.3%) abgeschlossen. N= 25 Therapeuten (52.1%) wiesen keinerlei therapeutische Vorerfahrung vor Ausbildungsbeginn auf.

Die Substichprobe der unerfahrenen Ausbildungstherapeuten umfasste N= 25 Therapeuten, mit einem Durchschnittsalter von M= 32.48 Jahren (SD= 5.82) und einem Frauenanteil von 92.0% (N= 23). Die Subgruppe der erfahrenen Ausbildungstherapeuten bestand aus N= 22 Therapeuten. Diese waren im Durchschnitt M= 32.77 Jahre (SD= 5.87) Jahre alt und zu 90.9% (N= 20) weiblich. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erfahrungsgruppen hinsichtlich Alter ($p= .865$), Geschlecht ($p= .896$), therapeutischer Vorerfahrung ($p= .329$) und früherer Berufserfahrung ($p= .293$).

3.3.2.2.2 Operationalisierung

Als störungsspezifisches Ergebnismaß wurde der BDI-II verwendet (vgl. Abschnitt 3.3.1.1.2). Für die Analysen bezüglich der Anwendungshäufigkeit *störungsspezifischer Techniken* wurde eine Auswahl von N= 11 depressionsspezifischen Interventionen berücksichtigt. Gemäß Hautzinger (2013) erfolgte eine Zuweisung dieser zu den drei Behandlungsmodulen *Aufbau positiver Aktivitäten* (Phase 3), *Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen* (Phase 4) und *Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen* (Phase 5). Die Erfassung der Anwendungshäufigkeit der einzelnen Interventionen, die *Art des Therapieabschlusses* (Abbrecher vs. Completer) und die *Diagnosen* wurden anhand von retrospektiven Therapeuteneinschätzungen am Behandlungsende mittels der *Basisdokumentation BaDo3* vorgenommen. Die Basisdokumentation wurde in Anlehnung an das Dokumentationssystem *PSYCHO-DOK* (Laireiter, Lettner, & Baumann, 1998) konzipiert und stellt inzwischen einen etablierten Teil der Standarddokumentation in den meisten universitären Ausbildungsinstituten (unith-Instituten) dar. Die Einschätzung der Anwendungshäufigkeit der einzelnen

Interventionen erfolgte entlang einer dreistufigen Skala (1= seltene, 2= mehrfache, 3= häufige Anwendung). Eine Übersicht der erfassten Interventionen ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht der erfassten depressionsspezifischen Interventionen (N= 11) (vgl. Löffler et al., 2015).

Behandlungsmodul	Interventionen
Phase 3: Aufbau positiver Aktivitäten	Aufbau angenehmer Aktivitäten (Verstärkerliste u.a.)
	Vermittlung eines Entspannungsverfahrens (PMR, AT)
	Tages- oder Wochenstrukturierungen (Verhaltenspläne)
Phase 4: Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen	Sokratischer Dialog (geleitetes Entdecken)
	Entpathologisieren von Befürchtungen
	Kognitive Umstrukturierung mit Mehr-Spalten-Technik nach Beck
	Kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente
	Methoden zur Selbstkontrolle (Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung)
Phase 5: Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen	Rollenspiele (z.B. zur Förderung des Konfliktverhaltens)
	Modelllernen
	Problemlösetraining (mit Stufenplan)

Die Operationalisierung der therapeutischen Ausbildungserfahrung erfolgte auf der Grundlage der Anzahl ambulanter Patientenbehandlungen am ZPP (vgl. Beutler, 1997; Franklin et al., 2003). Als *unerfahren* wurde ein Ausbildungstherapeut definiert, wenn dieser noch keine vollständige Therapie durchgeführt und regulär beendet hatte. Aufgrund der kleineren Stichprobengröße im Vergleich zu Studie 1, wurde eine zweistufige Einteilung der Erfahrungsvariablen in die Kategorien *unerfahren* und *erfahren* gewählt. Zur Ermittlung des Cut-Off-Kriteriums im Sinne des Behandlungsfalles, ab dem ein Ausbildungstherapeut der Kategorie *erfahren* zuzuweisen ist, wurde zunächst die Zeitspanne von 210 Tagen ermittelt, die eine reguläre Durchführung einer Kurzzeittherapie mindestens umfasst. Anschließend wurde auf der Basis einer explorativen Datenanalyse mit N= 458 Patienten und N= 37 Therapeuten ermittelt, dass Ausbildungstherapeuten im Laufe der ersten 193 Tage nach der Zwischenprüfung durchschnittlich mit der Behandlung von fünf Patienten beginnen. Folglich wurde angenommen, dass Ausbildungstherapeuten im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Aufnahme des fünften Patienten keine regulär beendete Kurzzeittherapie vorzuwei-

sen hatten. Entsprechend wurden Therapeuten im Laufe der Behandlung ihrer ersten fünf Behandlungsfälle der Kategorie *unerfahren* zugewiesen. Als *erfahren* wurden sie ab ihrem sechsten Behandlungsfall definiert.

3.3.2.2.3 Statistische Auswertung

Die Vergleichbarkeit der einzelnen Substichproben (Completer vs. Non-Completer; Gesamtstichprobe vs. ITT-Stichprobe; unerfahrene vs. erfahrene Therapeutenstichprobe) wurden mittels univariater Varianzanalysen bezüglich kontinuierlicher Variablen (z.B. Alter, anfängliche Symptomschwere, Behandlungsdauer) χ^2 -Tests bezüglich kategorialer Variablen (z.B. Schulbildung, Berufsabschluss, komorbide Diagnosen, therapeutische Vorerfahrung) überprüft. Zur Identifikation möglicher Erfahrungsunterschiede in der Anwendung der Interventionen wurden U-Tests nach Mann und Whitney verwendet. Die α -Fehlerwahrscheinlichkeit wurde auf einem 5%-Niveau festgelegt. Die Ergebnis-Kategorien Response und Remission wurden analog zu Hiller (2011) gebildet.

3.3.3 Studie 3: Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz (Zusatzanalysen auf Grundlage der Publikation 3)

3.3.3.1 Zusammenfassung der Inhalte von Publikation 3

Im Rahmen der von Publikation 3 durchgeführten Analysen wurden Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität von KVT-Techniken im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz und dem Behandlungsergebnis pfadanalytisch untersucht. Dazu wurde die therapeutische Allianz aus der Patientenperspektive anhand des Working-Alliance-Inventory (WAI) an einer Stichprobe von N= 113 Patienten mit der Primärdiagnose einer depressiven Störung erfasst. Die Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken wurde analog zu Studie 2 mittels retrospektiver Therapeuteneinschätzungen ermittelt. Es zeigten sich direkte Effekte der therapeutischen Allianz auf den Behandlungserfolg sowie eine indirekte Assoziation der Anwendungsintensität der depressionsspezifischen KVT-Techniken mit dem Behandlungsergebnis, die durch die therapeutische Allianz vermittelt wurde. Die Ergebnisse unterstreichen die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Behandlungserfolg. Darüber hinaus liefern sie Hinweise darauf, dass

die therapeutische Beziehung eine wesentliche Grundlage für die Entfaltung der Wirksamkeit störungsspezifischer Techniken darstellt. Die ermittelten Zusammenhänge sind in Abbildung 4 veranschaulicht.

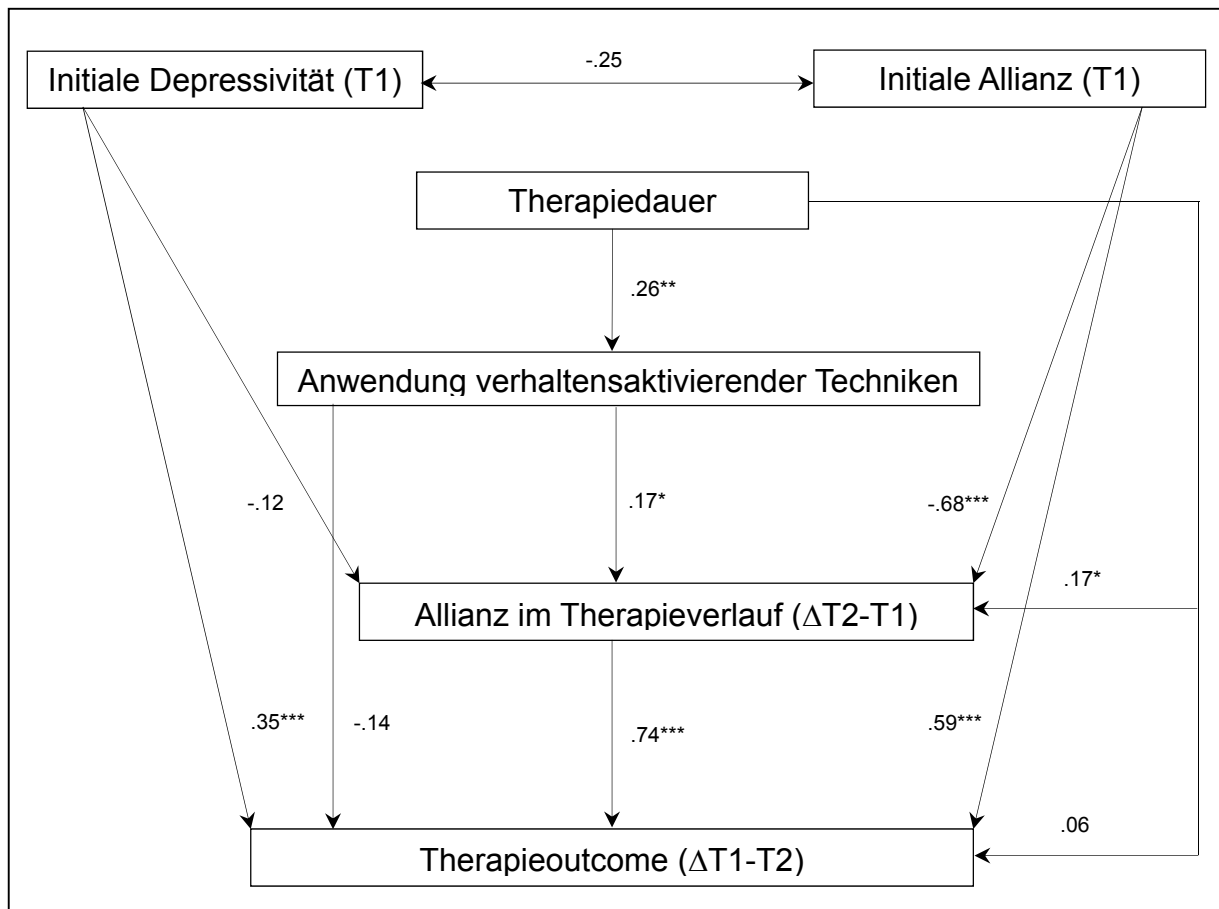


Abbildung 4: Ergebnisgrafik der Pfadanalyse (aus Löffler et al., 2014).

Vor diesem Hintergrund wurden zur weitergehenden Untersuchung von Erfahrungseffekten im Hinblick auf die therapeutische Beziehung zusätzliche Analysen durchgeführt, die im Folgenden detailliert beschrieben werden.

3.3.3.2 Methodik der Zusatzanalysen zu Publikation 3

3.3.3.2.1 Stichprobe

Patientenstichprobe. Die Ausgangsstichprobe bestand aus $N= 2869$ Patienten, die im Zeitraum von 2009 bis 2016 in den Heidelberger Ambulanzen behandelt wurden. Nach Ausschluss laufender Therapien ($N= 514$), Abschlüssen in der Probatorik ($N= 642$), Behandlungen mit weniger als 5 Therapiesitzungen ($N= 81$) sowie unvollständiger Datensätze ($N= 961$) resultierte die ITT-Stichprobe von $N= 671$ Patienten für

die erste Zusatzanalyse. In der zweiten Zusatzanalyse wurden die Daten von N= 231 Patienten untersucht, nachdem die für die weiteren Analysen fehlenden Datensätze ausgeschlossen wurden (N= 440).

Therapeutenstichprobe. In der ersten Zusatzanalyse setzte sich die Therapeutenstichprobe aus insgesamt N= 100 Ausbildungstherapeuten zusammen. In der zweiten Zusatzanalyse lag eine Stichprobe von N= 34 Therapeuten vor.

3.3.3.2.2 Operationalisierung

Die Symptombelastung diente als Maß für das Behandlungsergebnis und wurde anhand des GSI als zentralem Kennwert des BSI erfasst (vgl. Abschnitt 3.3.1.1.2).

Zur Erfassung der *therapeutischen Allianz* aus der Patientenperspektive wurde die revidierte, deutschsprachige Kurzform WAI-SR (Wilmers, 2008) des Working Alliance Inventory verwendet (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) (vgl. Anhang A.3). Der WAI-SR stellt eines der etabliertesten Standardinstrumente zur Erfassung der therapeutischen Allianz dar. Er besteht aus zwölf Items und umfasst die drei Skalen Bindung, Prozess, Ziele (Bordin, 1979) sowie eine Gesamtskala. Der Fragebogen verfügt über gute psychometrische Eigenschaften (interne Konsistenz: $\alpha = .90$; konvergente Validität: $r > .64$ (Munder, Wilmers, Leonhart, Linster, & Barth, 2010). Im Rahmen von Metaanalysen konnte ihr prädiktiver Wert für den Behandlungserfolg belegt werden (vgl. z.B. Horvath et al., 2011). In der vorliegenden Arbeit wurde der WAI-SR-Gesamtwert als zentraler Kennwert verwendet. Die Ausbildungserfahrung wurde linear anhand der Rangfolge der im Rahmen der praktischen Ausbildung behandelten Patienten gebildet. Es wurden die ersten zwölf Behandlungsfälle der Ausbildungstherapeuten berücksichtigt, da diese Anzahl von Patientenbehandlungen sowohl der Vorgabe der Ausbildungsordnung von mindestens zehn Behandlungsfällen im Rahmen der Praktischen Ausbildung entspricht als auch eine einheitliche Einteilung der drei Erfahrungsstufen gestattet. Die deskriptiven Statistiken der in den beiden Zusatzanalysen erfassten Variablen (d.h. GSI, WAI) können für die unterschiedlichen Teilstichproben Tabelle 5 und Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 5: Beschreibung der durchschnittlichen Stärke der therapeutischen Allianz (WAI), der Psychopathologie (GSI) sowie der Behandlungsdauer für die erfahrungsbezogenen Substichproben sowie die Gesamtstichprobe.

Zusatzanalyse 1	Gesamt	Erfahrung 1 (1-4 Pat.)	Erfahrung 2 (5-8 Pat.)	Erfahrung 3 (> 8 Pat.)
Stichproben				
Therapeuten N	100	100	65	34
Patienten N	671	340	220	111
Behandlungsdauer				
M (SD)	31.03 (18.39)	34.45 (16.08)	36.24 (16.38)	33.67 (15.15)
Therapiebeginn (prä)				
WAI M (SD)	3.85 (.72)	3.83 (.73)	3.91 (.71)	3.82 (.69)
GSI M (SD)	1.13 (.72)	1.12 (.73)	1.15 (.71)	1.16 (.72)
Therapieende (post)				
WAI M (SD)	4.30 (.73)	4.29 (.77)	4.31 (.71)	4.34 (.65)
GSI M (SD)	.71 (.68)	.69 (.70)	.72 (.63)	.78 (.74)

Anmerkungen: WAI= Working Alliance Inventory; GSI= Global Severity Index des Brief Symptom Inventory (BSI); M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; N= Häufigkeit.

Tabelle 6: Beschreibung der durchschnittlichen Stärke der therapeutischen Allianz (WAI) bezüglich der Behandlungsfälle 1 bis 4 bzw. 5 bis 12 für die drei allianzbezogenen Substichproben sowie die Gesamtstichprobe.

Zusatzanalyse 2	Gesamt	Kategorie 1 (niedrig)	Kategorie 2 (mittel)	Kategorie 3 (hoch)
Stichproben				
Therapeuten N	34	11	12	11
Patienten (1.-4. Pat.) N	133	41	49	43
Patienten (Gesamt) N	231	79	79	73
WAI (Pat. 1-4)				
Prä M (SD)	3.83 (0.27)	3.61 (0.17)	3.87 (0.20)	4.00 (0.26)
Post M (SD)	4.31 (0.26)	4.23 (0.24)	4.31 (0.28)	4.39 (0.25)
WAI (Pat. 5-12)				
Prä M (SD)	3.81 (0.70)	3.71 (0.76)	3.88 (0.59)	3.84 (0.72)
Post M (SD)	4.28 (0.72)	4.25 (0.82)	4.31 (0.69)	4.27 (0.64)

Anmerkungen: WAI= Working Alliance Inventory; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; N= Häufigkeit.

3.3.3.2.3 Statistische Auswertung

Die Vorhersage der abhängigen Variable GSI (post) als Maß für das Behandlungsergebnis wurde durch die unabhängigen Variablen (1) therapeutische Allianz (WAI – prä) und (2) therapeutische Erfahrung (Anzahl der im Rahmen der Praktischen Ausbildung behandelten Patienten, unter Berücksichtigung des jeweils 1. bis 12. Patienten) mittels gemischter linearer Modelle ermittelt.

Darüber hinaus wurde der prädiktive Wert der Stärke der therapeutischen Allianz (durchschnittliche WAI-Gesamtmittelwerte zu Therapiebeginn) in den ersten vier Behandlungsfällen für die nachfolgenden Behandlungsfälle (5 bis 12) untersucht.

Dazu wurde zunächst eine dreistufige Kategorisierung (niedrig, mittel, hoch) der individuellen aggregierten Gesamtmittelwerte der ersten vier Behandlungsfälle der Ausbildungstherapeuten im WAI zu Therapiebeginn (prä) vorgenommen. Die Cut-Off-Werte der drei Stufen wurden entsprechend der Terzile (1. Cut-Off: 3.70, 2. Cut-Off: 4.00) der Mittelwertspanne der aggregierten Mittelwerte (Range: 2.89 – 4.79) definiert. Anschließend wurden Prä-Post-Vergleiche des WAI anhand einer messwiederholten Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden die dreistufige Stärke der therapeutischen Beziehung (Zwischengruppenfaktor) sowie der zweistufige Zeitfaktor (Messwiederholungsfaktor prä-post) erfasst. Als abhängige Variable wurde (1) die Prä-Post-Veränderung im WAI aufgenommen. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < .05$ festgelegt.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der im Rahmen der drei Studien (Publikation 1, Zusatzanalysen zu Publikation 2 und 3) angestellten Analysen dargestellt.

4.1 Studie 1: Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis und -dauer

Als Maß für das Behandlungsergebnis wurde die Symptomreduktion im BDI-II sowie im GSI betrachtet.

Symptomreduktion im BDI-II. Im Therapieverlauf zeigte sich sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die erfahrungsbezogenen Teilstichproben eine signifikante Symptomreduktion der BDI-II- und GSI-Werte mit mittleren bis hohen Effektstärken ($.60 \leq d \leq 1.00$). 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 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 die Behandlungsdauer sind jeweils in Tabelle 7 dargestellt.

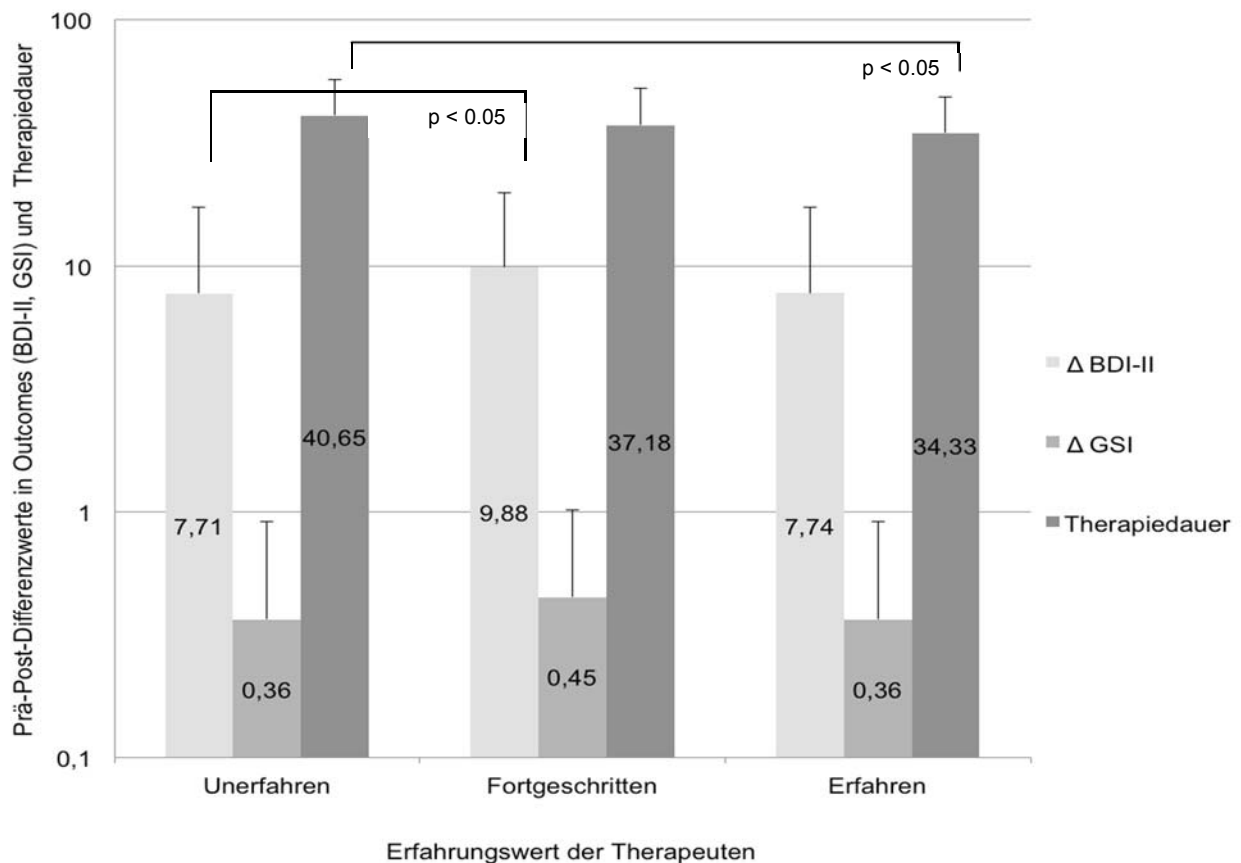
Tabelle 7: Beschreibung des Therapieoutcomes und der Behandlungsdauer der ITT- und Completer-Stichproben sowie der erfahrungsabhängigen Substichproben.

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
Behandlungsdauer				
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
Behandlungsdauer				
M (SD)	42.86 (16.07)	38.68 (15.32)	35.84 (13.59)	39.38 (15.38)

Anmerkungen: ITT= Intention-To-Treat-Stichprobe; BDI-II= Beck Depressions-Inventar; GSI= Global Severity Index des Brief Symptom Inventory (BSI); M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; Prä= Therapiebeginn; Post= Therapieende; Δ= Prä-Post-Differenzwert; d= Effektstärkemaß Cohens d.

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 Di-

agnosen ($F_{(1, 595)} = 30.57, p < .001, \eta^2 = .049$). Dahingegen erreichten die untersuchten Interaktionseffekte zwischen dem Zeitfaktor und der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 1.82, p = .163, \eta^2 = .006$) sowie dem Zeitfaktor und der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 595)} = 2.98, p = .085, \eta^2 = .005$) keine statistische Signifikanz. Im Erfahrungsgruppenvergleich auf deskriptiver Ebene erzielten die *fortgeschrittenen* Therapeuten die höchste Symptomreduktion (vgl. Abbildung 5).



Anmerkungen: BDI-II= Beck Depressions-Inventar; GSI= Global Severity Index des Brief Symptom Inventory (BSI); Δ= Prä-Post-Differenzwert; p= Signifikanzniveau.

Abbildung 5: Logarithmierte Prä-Post-Differenzwerte der depressiven Symptomatik (BDI-II) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) sowie die durchschnittliche Behandlungsdauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) der erfahrungsabhängigen ITT-Substichproben.

Behandlungsdauer. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Gesamtstichprobe betrug $M = 37.64$ ($SD = 15.70$) Sitzungen. Die Anzahl der Diagnosen wies einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungsdauer auf ($F_{(1, 595)} = 12.17, p = .001, \eta^2 = .020$). 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 Behandlungsdauer vor. *Erfahrene* Therapeuten eine signifikant kürzere Behandlungsdauer auf als *unerfahrene* Behandler ($p = .001$) (vgl. Abbildung 5). Die ausführlichen Ergebnisse der Kovarianzanalysen sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Ergebnisse der 2x3 ANCOVAs mit BDI-II, GSI und Behandlungsdauer als abhängige Variablen für die ITT Gesamtstichprobe der Studie 1.

ITT-Stichprobe	BDI		GSI		Behandlungsdauer (Anzahl Sitzungen)	
	F	η^2	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	F (2, 595)= 6.43 ** $p = .002$	.021
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	F (1, 595)= 12.17 ** $p = .001$	.020
IA Zeit x Anzahl Diagnosen	F (1, 595)= 11.40 *** $p = .001$	.019	F (1, 595)= 2.98 $p = .085$	.005	---	---

Anmerkungen: ITT= Intention-To-Treat-Stichprobe; BDI-II= Beck Depressions-Inventar; GSI= General Severity Index des Brief Symptom Inventory (BSI); 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.

4.2 Studie 2: Ausbildungserfahrung und Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen

Beide Erfahrungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der anfänglichen Symptomschwere der behandelten Patienten (BDI-II: Unerfahren: $M= 28.33$, $SD= 13.33$, Erfahren: $M= 26.55$, $SD= 6.91$, $p= .576$; GSI: Unerfahren: $M= 1.40$, $SD= .95$, Erfahren: $M= 1.21$, $SD= .64$, $p= .818$).

Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen. Signifikante Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit der Interventionen zeigten sich in Abhängigkeit der Erfahrung bei der Anwendung von Entspannungsverfahren ($p= .002$), beim Einsatz des sokratischen Dialogs ($p= .028$) sowie bei der Durchführung von Verhaltensexperimenten ($p= .029$). Diese Interventionen wurden von erfahrenen Therapeuten durchschnittlich häufiger als von unerfahrenen Ausbildungstherapeuten angewandt. Bei der Anwendung der Mehrspaltentechnik nach Beck und beim Einsatz von Modelllernen ergaben sich tendenzielle Erfahrungseffekte, die allerdings keine statistische Signifikanz erreichten ($p= .051$ bzw. $p= .053$). Bei allen übrigen Interventionen zeigten sich keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten. In Tabelle 9 sind die Anwendungshäufigkeiten der erfassten Interventionen für beide Erfahrungsgruppen abgebildet.

Tabelle 9: Anwendungshäufigkeit der Interventionen in Abhängigkeit der therapeutischen Erfahrung.

Intervention	Erfahrung	Anwendungshäufigkeit			p
		selten N (%)	mehrfach N (%)	häufig N (%)	
Aufbau pos. Aktivitäten	Unerfahren	10 (20.4%)	11 (22.4%)	28 (57.2%)	.340
	Erfahren	4 (7.5%)	16 (30.2%)	33 (62.3%)	
Entspannungsverfahren	Unerfahren	43 (87.8%)	3 (6.1%)	3 (6.1%)	.002
	Erfahren	31 (59.6)	13 (25.0%)	8 (15.4%)	
Tagesstrukturierung	Unerfahren	21 (43.8%)	6 (12.4%)	21 (43.8%)	.686
	Erfahren	19 (36.5%)	10 (19.2%)	23 (44.3%)	
Sokratischer Dialog	Unerfahren	15 (30.6%)	16 (32.7%)	18 (36.7%)	.028
	Erfahren	6 (11.4%)	19 (35.8%)	28 (52.8%)	
Entpathologisieren	Unerfahren	15 (31.3%)	18 (37.5%)	15 (31.3%)	.109
	Erfahren	11 (21.6%)	16 (31.4%)	24 (47.1%)	
Mehrsplattentechnik	Unerfahren	25 (51.0%)	14 (28.6%)	10 (20.4%)	.051
	Erfahren	19 (37.3%)	11 (21.6%)	21 (41.2%)	
Verhaltensexperimente	Unerfahren	25 (52.1%)	15 (31.1%)	8 (16.7%)	.029
	Erfahren	19 (35.8%)	14 (26.4%)	20 (37.7%)	
Selbstkontrolltechniken	Unerfahren	18 (36.7%)	18 (36.7%)	13 (26.5%)	.604
	Erfahren	22 (44.0%)	15 (30.0%)	13 (26.0%)	
Rollenspiele	Unerfahren	20 (41.7%)	12 (25.0%)	16 (33.3%)	.550
	Erfahren	21 (41.2%)	19 (37.3%)	11 (21.6%)	
Modelllernen	Unerfahren	33 (68.8%)	11 (22.9%)	4 (8.3%)	.053
	Erfahren	26 (51.0%)	15 (29.4%)	10 (19.6%)	
Problemlösetraining	Unerfahren	32 (66.7%)	12 (25.0%)	4 (8.3%)	.752
	Erfahren	35 (67.3%)	7 (13.5%)	10 (19.2%)	

Anmerkungen: p= Signifikanzwerte des U-Tests nach Mann und Whitney; N= Häufigkeit.

Responserate. Hinsichtlich der erzielten Responseraten bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erfahrungsgruppen (Unerfahren: 44.8%, Erfahren: 55.2%, $p= .145$).

Remissionsrate. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erfahrungsgruppen hinsichtlich der Remissionsraten der behandelten Patienten (Unerfahren: 48.0%, Erfahren: 52.0%, $p= .447$).

4.3 Studie 3: Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz

Interaktionseffekt von Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz auf das Behandlungsergebnis. Die Ausbildungserfahrung wies keinen direkten prädiktiven Wert für die Symptomreduktion auf, welche durch den GSI-Wert am Therapieende operationalisiert wurde ($p = .120$). In Wechselwirkung mit der anfänglichen Stärke der therapeutischen Allianz trug die Ausbildungserfahrung jedoch zu einer marginal bedeutsamen Varianzaufklärung des Behandlungsergebnisses (Symptomreduktion im GSI) bei ($p = .062$). Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse des gemischten linearen Modells ist Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Ergebnisse des gemischten linearen Modells mit GSI (post) als abhängige Variable für die ITT-Gesamtstichprobe.

ITT-Stichprobe	Prädiktion des GSI post	
	T-Wert	KI
HE GSI prä	t (1)= 17.91 *** p< .001	0.49 – 0.59
HE WAI prä	t (1)= -3.52 *** p< .001	-0.30 - -0.11
HE Ausbildungserfahrung	t (1)= -1.56 p= .120	-0.13 – 0.00
IA Ausbildungserfahrung x WAI prä	t (1)= 1.87 p=.062 *	0.00 – 0.04

Anmerkungen: ITT= Intention-To-Treat-Stichprobe; HE= Haupteffekt; IA= Interaktionseffekt; t= Testwert des gemischten linearen Modells; KI= 95 %-Konfidenzintervall; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Prädiktion der Stärke therapeutischer Allianz. Die Stärke der therapeutischen Allianz zu Ausbildungsbeginn (Behandlungsfälle 1-4) trug nicht signifikant zur Varianzaufklärung späterer Allianz-Werte (Behandlungsfälle 5-12) bei. Die therapeutische Allianz verbesserte sich in allen drei Subgruppen, unabhängig von der initialen durchschnittlichen Allianzstärke des Therapeuten ($p = .596$). Zudem verbesserten sich diejenigen Therapeuten, die anfänglich niedrigere Mittelwerte hinsichtlich ihrer therapeutischen Allianzen erzielten nach ihren ersten vier Behandlungsfällen derart, dass nachfolgend keine signifikanten Subgruppenunterschiede, weder zu Therapiebeginn noch

zum Therapieabschluss, festzustellen waren ($p = .439$). Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Ergebnisse der 2x3 ANOVA mit WAI (prä – post) als abhängige Variablen.

Zusatzanalyse 2	WAI (AV prä – post)	
	F	η^2
HE Zeit (WAI prä – WAI post)	F (1, 228) = 80.92 *** $p < .001$	.262
HE Allianz-Kategorie	F (2, 228) = 0.83 $p = .439$	.007
IA Zeit x Allianz-Kategorie	F (2, 228) = 0.52 $p = .596$	.005

Anmerkungen F = Testwert der Varianzanalyse; η^2 = Effektstärkemaß partielles Eta-Quadrat; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

5 Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit widmete sich der Untersuchung des Einflusses von Ausbildungserfahrung auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien. Dazu wurden Ausbildungstherapeuten im Stadium ihrer Praktischen Ausbildung im naturalistischen Behandlungssetting einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz untersucht.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit interpretiert. Dazu erfolgt zunächst eine Zusammenfassung der zentralen Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Ausbildungserfahrung und dem Behandlungsergebnis sowie dem Behandlungsprozess von Ausbildungstherapien, bevor diese in die bestehende Forschungsliteratur eingeordnet werden. Anschließend werden Stärken und Schwächen der Arbeit adressiert und Überlegungen zu weiterführender Forschung sowie praktischen Implikationen dargestellt. Die Arbeit schließt mit einem Fazit.

5.1 Studienspezifische Diskussion

5.1.1 Studie 1: Ausbildungserfahrung und Behandlungsergebnis und -dauer

Die Analysen der ersten Studie widmeten sich der Frage nach dem Einfluss der Ausbildungserfahrung auf das Behandlungsergebnis und die Dauer von Ausbildungstherapien im naturalistischen Setting. Es wurde der Frage nachgegangen, inwiefern die Ausbildungserfahrung einen Beitrag zur Varianzaufklärung des Behandlungsergebnisses (Symptomreduktion) im Stadium der Praktischen Ausbildung im naturalistischen Behandlungssetting leistet (H1a). Zudem wurde der Beitrag der Ausbildungserfahrung zur Varianzaufklärung der Behandlungsdauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) untersucht (H1b).

Unabhängig vom Erfahrungsgrad der Ausbildungstherapeuten konnte die Wirksamkeit der untersuchten Ausbildungstherapien sowohl in Bezug auf die allgemeine psychische Belastung (GSI) als auch auf die depressive Symptomatik (BDI-II) mit middle-

ren bis hohen Effektstärken nachgewiesen werden. Es wurden stärkere Symptomreduktionen im BDI-II als im GSI beobachtet. Insgesamt entsprachen die ermittelten Effektstärken von $.60 \leq d \leq 1.09$ denen vergleichbarer Ausbildungs- und Hochschulambulanzen. Dies kann als ein Beleg für die hohe Qualität der untersuchten Ausbildungstherapien angesehen werden (Muszer & Bailer, 2011; Schindler & Hiller, 2010). 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 Behandlungsdauer 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 Behandlungsdauer im Vergleich aller Erfahrungsgruppen 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, Boutis, Hatala, & Cook, 2015). Es wäre z.B. vorstellbar, dass im ersten Abschnitt der Praktischen Aus-

bildung 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 Supervisionen ausgeglichen wurde. Diese Annahme deckt sich mit Untersuchungsbefunden, die eine vergleichbare Effektivität unerfahrener Therapeuten und approbierter Behandler unter supervisorischer Begleitung belegen (Öst et al., 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). Mögliche Ursachen könnten in einer individualisierteren Therapieplanung, einem routinierteren und stringenteren Einsatz therapeutischer Techniken sowie einer wiederholten Indikationsklärung im Therapieprozess liegen (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005; Okiishi et al., 2006). Zukünftige Studien könnten diese Erklärungsmöglichkeiten unter Nutzung von Prozessdaten (wie z.B. 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 Behandlungsdauern ergeben haben könnten (Peikert et al., 2014).

Als Limitation dieser naturalistischen Studie ist zunächst die indirekte Operationalisierung der therapeutischen Expertise im Sinne von Ausbildungseffekten anhand der therapeutischen Ausbildungserfahrung zu berücksichtigen (Hill & Knox, 2013). Auch wenn die indirekte Erfassungsmethode eine für die Routinebedingungen einer Ausbildungsambulanz ökonomische und praktikable Erfassungsmethode darstellt, könnte diese in zukünftigen Forschungsarbeiten um direkte Kompetenzeinschätzungen ergänzt werden (Weck, Hautzinger, Heidenreich, & Stangier, 2010; Weck, Hilling, Schermelleh-Engel, Rudari, & Stangier, 2011). Eine weitere Limitation stellt die mögliche Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit verschiedenen Aspekten der Ausbildung (z.B. Supervision, extracurriculäre Weiterbildung) sowie personenbezogenen

Merkmale (z.B. interaktionellen Fertigkeiten, Motivation) dar (Franklin et al., 2003; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen, & Rønnestad, 2013); der Einfluss potentieller Drittvariablen auf die beobachteten Effekte kann nicht sicher ausgeschlossen werden. Zudem können Aussagen über den individuellen Erfahrungszuwachs (z.B. Fallauslastung, Ausbildungsdauer), der zu einer Nivellierung der Erfahrungsunterschiede beigetragen haben könnte, 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 und potenzielle Erfahrungseffekte dadurch minimiert sein könnten. 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. Zudem sind die aufgrund der Stichprobengröße von N= 66 Therapeuten limitierten statistischen Auswertungsoptionen zu erwähnen, die keine Multilevel-Analysen in diesem Zusammenhang ermöglichen (Okiishi et al., 2003; Wampold & Brown, 2005). Große Stichprobenumfänge 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 katamnestische Daten in die Analysen einbezogen werden, die zusätzlich Aussagen über Langzeiteffekte der Behandlungen ermöglichen.

5.1.2 Studie 2: Ausbildungserfahrung und Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen

Die auf Grundlage der Ergebnisse von Publikation 2 durchgeführten Zusatzanalysen widmeten sich der Untersuchung erfahrungsabhängiger Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit kognitiver störungsspezifischer KVT-Interventionen und dem Behandlungsergebnis bei depressiven Störungen. Dabei wurde erwartet, dass erfahre-

ne Ausbildungstherapeuten eine größere Anwendungshäufigkeit kognitiver störungsspezifischer KVT-Interventionen aufweisen als unerfahrene Ausbildungstherapeuten (H2a). Darüber hinaus wurde angenommen, dass erfahrene Ausbildungstherapeuten eine höhere Response- und Remissionsrate bei Depressionsbehandlungen erzielen als unerfahrene Ausbildungstherapeuten (H2b und H2c).

Im Rahmen der zweiten Publikation konnten stabile Zusammenhänge zwischen den untersuchten KVT-Techniken und dem Behandlungsergebnis nachgewiesen werden (vgl. Anhang B). Dabei erwies sich insbesondere die Intensität des Einsatzes kognitiver Techniken als bedeutsam für das Erreichen von Response und Remission depressiver Störungen. Im Rahmen der Zusatzanalysen konnten bei der Behandlung depressiver Störungen Erfahrungsunterschiede auf der Ebene der angewandten Interventionen festgestellt werden. Neben Unterschieden bei der Anwendung von Entspannungsverfahren und Modelllernen zeigten sich Erfahrungseffekte vor allem beim Einsatz kognitiver Techniken. So wurden die sokratische Gesprächsführung, Verhaltensexperimente sowie die Mehrspaltentechnik signifikant bzw. tendenziell häufiger von erfahrenen Ausbildungstherapeuten als von unerfahrenen angewandt. Die beobachteten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen stehen insofern im Einklang mit Befunden randomisiert-kontrollierter Studien, als dass diese positive Trainingseffekte sowie eine mit zunehmender Behandlungserfahrung einhergehende Spezifizierung der eingesetzten Techniken feststellen konnten (Hilsenroth et al., 2015). Es gilt zu überprüfen, inwiefern die in der Literatur berichteten positiven Trainingseffekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung von Therapeuten (vgl. Hill & Knox, 2013) auf den naturalistischen Ausbildungskontext übertragen werden können. So könnte der häufigere Einsatz kognitiver Techniken durch erfahrenere Therapeuten möglicherweise auf ein vergleichsweise höheres Selbstwirksamkeitsempfinden durch ihren Übungsvorsprung im Einsatz kognitiver Techniken zurückzuführen sein. Darüber hinaus liegt die Annahme nahe, dass sich die erfahreneren Ausbildungstherapeuten über die Ausbildungsdauer hinweg eine größere Kompetenz in der Anwendung kognitiver Techniken aneignen konnten, die es ihnen ermöglicht, neben Basiskompetenzen (z.B. Techniken der Gesprächsführung) auch elaboriertere Techniken, wie die der kognitiven Umstrukturierung, einzusetzen. Da sich die kognitiven Techniken vor allem bei häufiger Anwendung als wirksame Behandlungselemente erwiesen (vgl. Publikation 2), erscheint dieser Befund von besonderer Relevanz für die Opti-

mierung von Ausbildung und Supervision und sollte Gegenstand weiterführender Forschung sein. Die Annahmen höherer Response- bzw. Remissionsraten erfahrener Ausbildungstherapeuten konnten durch die Ergebnisse nicht bestätigt werden. Diese Befunde stehen im Gegensatz zu den Ergebnissen experimenteller Studien, die Trainingseffekte auf technische Kompetenzen von Therapeuten sowie das Behandlungsergebnis berichten. Gleichzeitig decken sie sich jedoch mit Befunden einer der wenigen im naturalistischen Ausbildungskontext durchgeführten Studien von Boswell und Kollegen (2010), in der kein Zusammenhang zwischen dem Technikeinsatz und dem Behandlungsergebnis ermittelt werden konnte. Die Diskrepanz zwischen den Befunden experimenteller und naturalistischer Studiendesigns kann sowohl auf methodische (z.B. Konfundierung mit Drittvariablen) als auch auf inhaltliche Unterschiede (z.B. Trainingsintensität) zurückgeführt werden. Es ist beispielsweise vorstellbar, dass eine Kompensation technischer Kompetenzdefizite durch weitere therapeutische Kompetenzen, wie z.B. die der therapeutischen Beziehungsgestaltung, stattfindet. Darüber hinaus können Lerninhalte durch eine Intensivierung des Trainings schneller generalisieren und sich im Behandlungsergebnis niederschlagen (vgl. z.B. Lochman et al., 2009).

Limitierend zu Studie 2 ist anzumerken, dass die Erfassung der Anwendungsintensität störungsspezifischer Interventionen durch retrospektive Therapeuteneinschätzungen eine eingeschränkte Validität im Vergleich zu objektiveren Erfassungsmethoden, wie beispielsweise die Einschätzung geschulter externer Rater bzw. Stundenprotokolle, besitzt. Zudem wurde lediglich die Therapeuten-, nicht jedoch die Patientenperspektive berücksichtigt, die in zukünftiger Forschung hinsichtlich der Wirksamkeit eingesetzter Interventionen zusätzliche Beachtung finden sollte. Darüber hinaus sollten weitere Störungsbilder untersucht werden, um die Generalisierbarkeit der Befunde zu überprüfen.

5.1.3 Studie 3: Ausbildungserfahrung und Stärke der therapeutischen Allianz

Die auf Grundlage der Ergebnisse von Publikation 3 durchgeführten Zusatzanalysen thematisieren den Einfluss von Ausbildungserfahrung und der Stärke der therapeutischen Allianz auf das Behandlungsergebnis (H3a). Auch wurde der Frage nachge-

gangen, inwieweit anfängliche Unterschiede in der durchschnittlichen therapeutischen Allianz im Ausbildungsverlauf fortbestehen (H3b).

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Ausbildungserfahrung und therapeutischer Allianz wurde eine tendenzielle Vorhersagekraft der Wechselwirkung zwischen der Stärke der therapeutischen Allianz zu Therapiebeginn und der Ausbildungserfahrung für die Symptombelastung zum Therapieabschluss ermittelt. Somit konnte der in der Forschungsliteratur vielfach belegte Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und dem Behandlungsergebnis in der vorliegenden Arbeit repliziert werden (Horvath, 2011). Die beobachtete tendenzielle Wechselwirkung zwischen Ausbildungserfahrung und therapeutischer Allianz in der Prädiktion des Behandlungsergebnisses liefert Hinweise auf die Bedeutsamkeit beider Einflussgrößen für das Behandlungsergebnis. Darüber hinaus spricht sie dafür, dass es Ausbildungstherapeuten mit steigender Ausbildungserfahrung zunehmend effektiver gelingt, die therapeutische Allianz zur Förderung der Symptomreduktion einzusetzen. Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen aus RCT-Studien, die einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Kompetenz und dem Therapieergebnis feststellen konnten, der durch die therapeutische Allianz mediiert wurde (Weck, 2015). Bezüglich der Frage nach Veränderungen in der durchschnittlichen therapeutischen Allianz in Abhängigkeit vom Ausbildungsverlauf zeigte sich hypothesenkonform, dass die durchschnittlichen Allianzwerte der Ausbildungstherapeuten zu Ausbildungsbeginn nicht signifikant zur Varianzaufklärung ihrer mittleren Allianzwerte im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium beitrugen. Vielmehr nivellierten sich anfängliche interindividuelle Unterschiede zwischen den Ausbildungstherapeuten in der Stärke ihrer mittleren therapeutischen Allianz im Ausbildungsverlauf. Die Befunde deuten somit darauf hin, dass positive Ausbildungseffekte hinsichtlich der Beziehungsgestaltung von Ausbildungstherapeuten vorliegen in dem Sinne, dass unabhängig von den Allianzwerten zu Ausbildungsbeginn alle Therapeuten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Ausbildung zur Herstellung einer günstigen therapeutischen Allianz befähigt werden. Diese Beobachtung steht jedoch im Gegensatz zu den Resultaten einiger Studien, die bei einer individuellen Betrachtung von Kompetenzentwicklungsverläufen erfahrungsunabhängige interindividuelle Unterschiede zwischen Therapeuten belegen (Okiishi et al., 2006; Okiishi et al., 2003; Wampold & Brown, 2005). Diese Studien beschreiben eine große interindividuelle Variabilität in den Entwicklungsmus-

tern von Therapeuten, für deren Zustandekommen vielfältige personenbezogene Merkmale diskutiert werden (Anderson, 2016; Wampold, 2016). Ein Schlüsselmerkmal in diesem Kontext scheint das Ausmaß zwischenmenschlicher Kompetenzen (sog. *facilitative skills*, vgl. z.B. Hill & Knox, 2013), wie beispielsweise Empathie oder positive Wertschätzung zu sein (Anderson, 2016; Davis, 2015; Schöttke, 2015). In diesem Zusammenhang sind weitergehende Studien erforderlich, die die Verknüpfung zwischen unterschiedlichen Therapeutenmerkmalen, deren Effekten auf den Behandlungserfolg sowie auf konkrete therapeutischen Handlungen thematisieren. Vor dem Hintergrund der vergleichsweise größeren interindividuellen Unterschiede zu Ausbildungsbeginn erscheint es denkbar, dass Entwicklungsmuster nicht nur interindividuell, sondern auch intraindividuell über unterschiedliche Erfahrungsstadien hinweg variieren. Für diese Annahme sprechen Forschungsbefunde, die auch nicht-lineare Verläufe der Kompetenzentwicklung mit einer Kompetenzverbesserung in einem Behandlungsfall und einer Verschlechterung in einem anderen Behandlungsfall desselben Therapeuten finden (Hilsenroth et al., 2002). Mehr Klarheit können in diesem Kontext prospektive, multizentrische Studien schaffen, die ein möglichst großes Spektrum therapeutischer Erfahrung abdecken, eine individuelle Betrachtung von Entwicklungsverläufen erlauben und zusätzlich zu Therapeutenvariablen auch Patientenvariablen berücksichtigen (z.B. mittels Multi-Level-Analysen).

Eine methodische Einschränkung in Studie 3 besteht in der relativ geringen Spannweite der aggregierten Allianz-Mittelwerte der Therapeuten (2,89 – 4,79) und der daraus resultierenden geringen Streuung der Cut-Off-Werte (3,70 und 4,00) zwischen den drei Allianz-Güte-Kategorien. Dieser Umstand ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass ausschließlich Ausbildungstherapeuten und damit ein relativ enges Erfahrungsspektrum in den Analysen berücksichtigt wurde. Darüber hinaus können mögliche Deckeneffekte des Erhebungsinstrumentes (WAI) nicht ausgeschlossen werden. Die Skalierung des WAI gestattet zudem keine abschließende Aussage hinsichtlich der Entwicklung anfänglich allianzstärkerer Ausbildungstherapeuten. So ist es vorstellbar, dass sich auch die bereits zu Ausbildungsbeginn allianzstärkeren Therapeuten im Ausbildungsverlauf verbessern, die Veränderungen aufgrund der Skalenlimitierung des WAI jedoch nicht sichtbar werden. Weiterhin ist zu beachten, dass die durchgeführten Analysen lediglich Aussagen über den Ergebnis-Zusammenhang der Allianzwerte zu Therapiebeginn erlauben, wobei der höhere prädiktive Wert der Allianzwerte zum Messzeitpunkt des Therapiebeginns im Ver-

gleich zu dem späteren Messzeitpunkte umfassend belegt ist (vgl. z.B. Martin et al., 2000). Dennoch sollten zukünftige Untersuchungen ergänzende Verlaufswerte berücksichtigen, um Aufschluss über zeitliche Wechselwirkungsprozesse und damit Hinweise auf die Wirkrichtung von Prozessmerkmalen zu erhalten.

5.2 Studienübergreifende Diskussion

5.2.1 Zusammenfassung der Befunde

Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an Psychotherapie sowie dem beachtlichen Anteil von Ausbildungstherapeuten in der psychotherapeutischen Versorgung stellt die Überprüfung der Effektivität von Ausbildung und Ausbildungstherapien eine zentrale Maßnahme zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Patientenversorgung dar. Zur Bearbeitung der bislang - insbesondere in Deutschland - bestehenden Forschungslücke hinsichtlich Ausbildungseffekten, widmete sich die vorliegende Forschungsarbeit der Untersuchung des Einflusses von Ausbildungserfahrung auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien. Dazu wurden die von Ausbildungstherapeuten im Stadium ihrer Praktischen Ausbildung durchgeführten Psychotherapien im naturalistischen Behandlungssetting einer verhaltenstherapeutischen Lehrambulanz im Rahmen von drei Studien untersucht.

In der ersten Studie (vgl. Publikation 1) wurde der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf Effektivität und Effizienz als Ergebnismerkmale von Ausbildungstherapien adressiert. Dabei wurde überprüft, ob eine Variabilität der erzielten Symptomreduktion sowie der Behandlungsdauer in Abhängigkeit von Ausbildungserfahrung im Sinne eines indirekten Markers für Ausbildungseffekte vorliegt. Das Ziel der beiden Studien 2 (vgl. Zusatzanalyse zur Publikation 2) und 3 (vgl. Zusatzanalyse zur Publikation 3) bestand in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Ausbildungserfahrung und Prozessmerkmalen von Ausbildungstherapien, um mögliche erfahrungsabhängige Unterschiede im therapeutischen Vorgehen von Ausbildungstherapeuten und damit indirekte Hinweise auf potenzielle Ausbildungseffekte auf zentrale Wirkmechanismen von Psychotherapien zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen der Studie 2 zunächst der Frage nachgegangen, ob Ausbildungserfahrung einen Einfluss auf die Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen und das damit einhergehende Behandlungsergebnis in Depressionstherapien ausübt. Schließ-

lich hatte Studie 3 zum Untersuchungsgegenstand, ob ein Einfluss von Ausbildungserfahrung auf die Stärke der therapeutischen Allianz und das damit einhergehende Behandlungsergebnis festgestellt werden kann.

In Studie 1 konnte die Wirksamkeit der untersuchten Ausbildungstherapien mit mittleren bis hohen Effektstärken nachgewiesen werden. Erwartungskonform zeigten sich dabei positive Erfahrungseffekte. Die Ausbildungserfahrung wirkte sich vor allem im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium auf die Effektivität und im Endstadium auf die Effizienz der Therapien aus (vgl. Ergebnis Publikation 1).

In der zweiten Studie ließ sich hinsichtlich des Einsatzes störungsspezifischer KVT-Interventionen in Depressionsbehandlungen eine häufigere Anwendung kognitiver KVT-Techniken durch erfahrenere im Vergleich zu weniger erfahrenen Ausbildungstherapeuten nachweisen. Dabei wirkte sich diese erfahrungsabhängige Differenz im therapeutischen Vorgehen nicht auf das Behandlungsergebnis aus, sodass die Erfahrungsgruppen vergleichbare Response- und Remissionsraten erzielen konnten (vgl. Ergebnis Zusatzanalyse 2).

Im Rahmen der dritten Studie wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Stärke der therapeutischen Allianz und dem Behandlungsergebnis von Ausbildungstherapien belegt. Hypothesenkonform wurden anfängliche Unterschiede zwischen Ausbildungstherapeuten hinsichtlich ihrer durchschnittlich erreichten Allianz-Werte aus Patientenperspektive mit zunehmender Ausbildungserfahrung nivelliert (vgl. Ergebnis Zusatzanalyse 3). Damit geben die Ergebnisse dieser Studie Hinweise darauf, dass sich die Psychotherapieausbildung förderlich auf die Fähigkeit zur Realisierung der therapeutischen Allianz als zentralem Wirkfaktor von Psychotherapien auswirkt.

Bei der Interpretation der dargestellten Befunde der drei Studien sollen die für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit wesentlichen Befunde der beiden Publikationen 2 und 3 (vgl. Anhang B) Berücksichtigung finden, die Zusammenhänge zwischen der Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen und dem Behandlungsergebnis (vgl. Publikation 2) sowie das Zusammenspiel der Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen und der Stärke der therapeutischen Allianz im Hinblick auf das Behandlungsergebnis (vgl. Publikation 3) untersuchten. In der Publikation 2 erwies sich die Anwendungshäufigkeit speziell kognitiver KVT-Techniken als bedeutsam für das Erreichen von Response und Remission bei der Behandlung depressiver Störungen. In Anbetracht dieser Relevanz kognitiver

KVT-Interventionen für den Behandlungserfolg kann vermutet, dass die beobachtete höhere Effizienz erfahrener Ausbildungstherapeuten (vgl. Publikation 1) eine Manifestation der erfahrungsabhängigen Unterschiede im Einsatz störungsspezifischer KVT-Interventionen (vgl. Zusatzanalyse 2) darstellt.

In der dritten Publikation wurde ein indirekter Zusammenhang zwischen der Anwendungshäufigkeit störungsspezifischer KVT-Interventionen und dem Behandlungsergebnis ermittelt, der über die therapeutische Allianz vermittelt wurde (vgl. Publikation 3). Diese Ergebnisse können als ein weiterer Beleg für die enge Verknüpfung der beiden Wirkfaktorklassen in ihrer Relevanz für das Behandlungsergebnis angesehen werden; in dem Sinne, dass sich die Wirksamkeit psychotherapeutischer Techniken lediglich auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Allianz entfalten kann. Somit unterstreichen diese Befunde den elementaren Stellenwert der Vermittlung beziehungsgestalterischer sowie technischer Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung zur Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität. In diesem Zusammenhang belegen die ermittelten Erfahrungseffekte im Hinblick auf beziehungsgestalterische Fähigkeiten von Ausbildungstherapeuten (vgl. Zusatzanalyse 3) sowie die Anwendungshäufigkeit psychotherapeutischer Techniken positive Ausbildungseffekte auf Kompetenzen zur Realisierung der zentralen Wirkmechanismen von Psychotherapien und eine damit einhergehende Optimierung von Behandlungsergebnissen.

Zusammenfassend erbringt die vorliegende Arbeit den Nachweis, dass Ausbildungstherapien wirksam sind und einen qualitativ hochwertigen Beitrag zur Patientenversorgung leisten. Die Ausbildungserfahrung geht insbesondere zu Ausbildungsbeginn mit einer Effektivitätssteigerung und zu fortgeschrittenen Stadien der Ausbildung mit einer Effizienzsteigerung einher. Darüber hinaus können positive Ausbildungseffekte auf psychotherapeutische Prozess- und Ergebnisvariablen belegt werden. Somit erfüllt die Psychotherapieausbildung das Ziel der Vermittlung zentraler psychotherapeutischer Fertigkeiten und gewährleistet die Einhaltung hoher Qualitätsstandards in der Patientenversorgung.

5.2.2 Stärken und Limitationen

Die Datenbasis der vorliegenden Arbeit wurde in einem naturalistischen Setting einer Ausbildungsambulanz erhoben. Eine besondere Stärke der Arbeit besteht in der Be-

rücksichtigung eines großen Stichprobenumfangs. Die Nutzung unter Routinebedingungen gewonnener Patientendaten stellt eine kosteneffiziente Möglichkeit zur umfangreichen Untersuchung naturalistischer Behandlungssettings dar, die sowohl zur Qualitätssicherung der Behandlungen in der Ambulanz als auch zur empirischen Validierung der Ausbildung beiträgt.

Die durch das naturalistische Untersuchungsdesign erzielte hohe ökologische Validität stellt eine weitere Stärke der Arbeit dar (vgl. Leichsenring, 2004). Die Kehrseite der vergleichsweise hohen ökologischen Validität des naturalistischen Untersuchungskontextes ist ihre im Vergleich zu Studien unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen eingeschränkte interne Validität. Dennoch kann diese in Anbetracht eines naturalistischen Studiendesigns als vergleichsweise hoch betrachtet werden, da der spezifische Kontext der Ausbildungsambulanz eine hohe Vergleichbarkeit durch die weitestgehend standardisierten Behandlungsbedingungen bot. Zudem kann aufgrund der zahlreichen Einflussgrößen von Psychotherapien (vgl. Generic Model of Psychotherapy) sowie der ethischen Verantwortung gegenüber Patienten, eine Standardisierung des therapeutischen Prozesses lediglich annäherungsweise gelingen, womit eine Konfundierung mit Drittvariablen selbst im Rahmen von RCT-Studien unumgänglich wäre. Wünschenswert für zukünftige Forschung wäre eine Kombination beider Arten von Untersuchungsdesigns im Sinne einer ausreichenden Standardisierung von Studien im naturalistischen Behandlungskontext unter Verwendung direkter objektiver Kompetenzerfassungsmaße (z.B. mittels Videoanalysen durch unabhängige Rater) wie sie in RCT-Studien Anwendung finden (Weck, 2013). Die Frage nach der Generalisierbarkeit der erzielten Befunde auf andere Ausbildungsambulanzen, fortgeschrittenere Berufserfahrungsstadien, weitere psychotherapeutische Verfahren sowie internationale Ausbildungsbedingungen ist noch weitestgehend ungeklärt. In diesem Zusammenhang sind verfahrens- und länderübergreifende Forschungsk Kooperationen wünschenswert, die eine größere Heterogenität der Stichproben gewährleisten können, eine zuverlässigere Überprüfung von Erfahrungseffekten und die Betrachtung inter- wie intraindividuelle Entwicklungsverläufe über den gesamten Karriereverlauf von Psychotherapeuten gestatten.

Ein weiterer Vorzug dieser Arbeit besteht darin, dass das Untersuchungssetting eine vergleichsweise präzise Operationalisierung der Erfahrungsvariablen anhand der Anzahl der behandelten Fälle sowie längsschnittliche Datenanalysen erlaubte. So wurde die neue, spezifische Begrifflichkeit der sog. Ausbildungserfahrung eingeführt

(vgl. Abschnitt 1.3), womit der häufig kritisierten, äußerst heterogenen Definition der therapeutischen Erfahrung und der damit verbundenen Probleme (z.B. mangelnde Vergleichbarkeit von Studienergebnissen) vieler Forschungsarbeiten begegnet werden konnte. In der ersten Untersuchung wurde eine dreistufige Operationalisierung der Erfahrungsvariablen anhand der Anzahl behandelter Patienten im Rahmen der praktischen Ausbildung vorgenommen. Aufgrund kleinerer Datensätze war es in der zweiten und dritten Untersuchung nicht möglich, dieses Vorgehen beizubehalten. Die reduzierten Stichprobengrößen der letzteren Untersuchungen waren zum einen auf die störungsspezifische Datenauswertung in der zweiten Untersuchung und zum anderen auf die allianzbezogenen Analysen der dritten Studie zurückzuführen, deren standardisierte Erhebung in der Ambulanz vergleichsweise später eingeführt wurde. Aus diesen Gründen wurde in Studie 2 auf eine dichotome Kategorisierung der Erfahrungsvariablen (erfahren vs. unerfahren) und in Studie 3 auf eine lineare Betrachtung (Rangnummern der im Rahmen der praktischen Ausbildung behandelten Patienten) zurückgegriffen. Der Umstand der unterschiedlichen Operationalisierungen der Ausbildungserfahrung schränkt die Vergleichbarkeit der einzelnen Studienbefunde ein, so dass in diesem Zusammenhang weitergehende Untersuchungen mit entsprechenden Stichprobengrößen wünschenswert wären. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die künstliche varianzreduzierende Einteilung der Erfahrungsgruppen die Realität ausreichend abbildet, da auf diese Weise Varianz zur Aufklärung möglicher Unterschiede verloren geht. In diesem Zusammenhang ist kritisch zu betrachten, dass die Cut-Off-Werte zwischen den Erfahrungsgruppen sehr nah beieinander lagen. Weiterführend könnte eine lineare Betrachtung des Erfahrungskontinuums unter Berücksichtigung inter- und intraindividuelle Unterschiede in den Entwicklungsverläufen in Erwägung gezogen werden.

Zur Erfassung der Symptomreduktion wurden ein störungsspezifisches (BDI-II) sowie ein störungsübergreifendes Ergebnismaß (BSI) verwendet. Kritisch zu betrachten ist die ausschließliche Verwendung objektiver Therapieerfolgsmaße. Für eine differenziertere Abbildung des Behandlungsergebnisses wäre eine noch umfangreichere Datenerfassung wünschenswert, die sowohl störungsspezifische als auch zusätzlich zu objektiven Maßen subjektive Therapieerfolgsmaße wie z.B. die Lebenszufriedenheit von Patienten berücksichtigt.

Die Behandlungseffizienz wurde anhand der Anzahl durchgeführter Sitzungen erfasst. Kritisch ist diesbezüglich zu werten, dass dabei die Relation der Behandlungs-

dauer zum Behandlungsinhalt bzw. Behandlungsergebnis unberücksichtigt bleibt. Es können somit keine Aussagen über mögliche Zusammenhangsmuster zwischen diesen Variablen getroffen werden, wobei davon auszugehen ist, dass diese von besonderem Interesse wäre, um die Eignung der Behandlungsdauer als Erfolgskriterium von Ausbildungstherapien zu überprüfen.

Die therapeutische Allianz wurde mittels des WAI-Fragebogens aus der Patientensicht erhoben. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Analysen eine relativ geringe interindividuelle Varianz hinsichtlich der Allianz-Mittelwerte auf Therapeutenebene beobachtet wurde. Inwiefern diese auf Deckeneffekte des verwendeten Erhebungsinstruments (WAI) zurückzuführen ist, sollte in zukünftigen Untersuchungen näher beleuchtet werden. Zudem wurde in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Patientensicht hinsichtlich der Prozess- und Ergebnismaße fokussiert, was in Anbetracht der empirischen Befunde, die auf eine höhere prädiktive Zuverlässigkeit der Patientensicht gegenüber der Therapeutesicht hindeuten, angemessen erschien. Zur Ableitung spezifischerer Aussagen über die untersuchten Zusammenhangsmuster wären eine multimodale sowie multiperspektivische Erfassung (z.B. unter zusätzlichem Einbezug der Therapeutesicht und Beobachtersicht) der therapeutischen Allianz, eine zusätzliche Berücksichtigung ihrer einzelnen Dimensionen (bond, goals, tasks) sowie die Untersuchung eines größeren Erfahrungsspektrums wünschenswert.

Durch das längsschnittliche Untersuchungsdesign wurde eine Betrachtung von Entwicklungsverläufen möglich. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass diese nicht auf einer individuellen Analyseebene, sondern auf der Gruppenebene erfolgte. Hinsichtlich der dabei angestellten Vergleiche der Gruppenmittelwerte ist einschränkend anzumerken, dass diese den Nachteil der Vernachlässigung individueller Varianz mit sich bringen, was insbesondere bei der Variable der Ausbildungserfahrung, die nur ein relativ kleines Erfahrungsspektrum abdeckt, kritisch zu betrachten ist.

Eine mit dem naturalistischen Untersuchungsdesign einhergehende methodische Herausforderung besteht im Umgang mit der nicht unerheblichen Anzahl fehlender Datensätze, die mit der Datenerfassung unter Routinebedingungen einhergehen. Des Weiteren können aufgrund fehlender Katamnese-Daten keine Aussagen über langfristige Effekte der Behandlungen abgeleitet werden.

5.2.3 Ausblick und Fazit

Im folgenden Abschnitt werden Überlegungen zu weiterführender Forschung angestellt sowie praktische Implikationen gegeben, bevor die Arbeit mit einem Fazit schließt.

5.2.3.1 Forschungsdesiderate

Für die vorliegende Arbeit wurden Prozess- und Inputvariablen aus dem Generic Model of Psychotherapy ausgewählt und in Zusammenhang mit der Ausbildungserfahrung überprüft. Um weitergehende Aussagen über die generelle Anwendbarkeit des Modells auf den Ausbildungskontext treffen zu können, ist eine strukturanalytische Überprüfung des Modells notwendig. In diesem Zusammenhang ist es von besonderem Interesse, inwiefern sich die im Modell angenommenen Wechselbeziehungen im Ausbildungskontext abbilden lassen, welche Zusammenhangsmuster von besonderer Relevanz sind und in welcher Art und Weise diese im Ausbildungskontext adressiert werden können. Beispielsweise ist es vorstellbar, dass sich durch Kompetenzen in bestimmten Bereichen (z.B. therapeutische Allianz) Defizite in anderen Kompetenzbereichen (z.B. Anwendung störungsspezifischer Techniken) kompensieren lassen. Aus derartigen Befunden können spezifische Maßnahmen zur Optimierung der Ausbildung und damit der Ausbildungstherapien abgeleitet werden (z.B. intensives Training beziehungsgestalterischer Kompetenzen zu Ausbildungsbeginn bevor eine Fokussierung der Vermittlung störungsspezifischer Interventionen erfolgt).

Es ist anzunehmen, dass diagnoseabhängige Unterschiede in den untersuchten Zusammenhangsmustern bestehen. Diesem Aspekt sollte in zukünftigen Forschungsarbeiten Rechnung getragen werden, indem Patientenstichproben unter Verwendung entsprechender Erhebungsinstrumente störungsspezifisch analysiert werden (vgl. Weck, 2013). Darüber hinaus sollte die Erfassung der relevanten Variablen multiperspektivisch (Patienten-, Therapeuten- und Beobachterperspektive) und multidimensional (z.B. Fragebögen, Stundenprotokolle, Videoanalysen) erfolgen. Insbesondere für den naturalistischen Untersuchungskontext ist dabei eine fundierte Abwägung zwischen methodischen Ansprüchen und der Zumutbarkeit von Erhebungsinstrumenten im Sinne (zeit)ökonomischer Aspekte erforderlich, da derartige Daten im Gegen-

satz zu denjenigen angekündigter Forschungsstudien im laufenden Behandlungstag erhoben werden.

Die Analysen der zugrundeliegenden Arbeit wurden anhand einer längsschnittlichen Datenbasis auf Gruppenebene durchgeführt. Es ist von maßgeblicher Bedeutung, individuelle Entwicklungsverläufe von Ausbildungstherapeuten unter zusätzlicher Nutzung objektiver Instrumente zur Kompetenzerfassung (vgl. z.B. Weck, 2013) abzubilden, um diejenigen persönlichkeitsbezogenen, beruflichen sowie ausbildungsbezogenen Merkmale zu identifizieren, die zwischen Therapeuten mit günstigen bzw. problematischen Kompetenzentwicklungsverläufen differenzieren (Hill, 2015, Wampold, 2016). Zur Ableitung spezifischerer Aussagen z.B. hinsichtlich individueller Entwicklungsverläufe i.S. der Kompetenzentwicklung oder der Anwendbarkeit des Generic Model of Psychotherapy auf den Ausbildungskontext sind Studien mit ausreichend großen Stichproben von Patienten sowie Ausbildungstherapeuten mittels prospektiver längsschnittlicher Daten erforderlich. Zur Realisierung würden sich in diesem Zusammenhang multizentrisch angelegte Forschungsarbeiten durch die Kooperation mehrerer Ausbildungsinstitute anbieten. Des Weiteren ist ein Vergleich unterschiedlicher Therapieverfahren wünschenswert mit dem Ziel einer umfassenden schulenübergreifenden Sichtung der für den Behandlungserfolg relevanten Input- und Prozessmerkmale. Die so gewonnenen Erkenntnisse könnten zur Entwicklung und Optimierung von Ausbildungsparadigmen und damit zur Verbesserung der psychotherapeutischen Routineversorgung beitragen (vgl. Orlinsky et al., 1999).

5.2.3.2 Praktische Implikationen

Auf der Grundlage der in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse, lassen sich verschiedene Implikationen zur praktischen Nutzung der Befunde ableiten.

Kommunikation über Wirksamkeit. Die Befunde deuten klar darauf hin, dass im Ausbildungskontext erbrachte Psychotherapien wirksam sind. Es sollte deshalb sichergestellt werden, dass sowohl die Gruppe der (potentiellen) Patienten, als auch die der Zuweiser darüber in Kenntnis gesetzt werden. Dies könnte z.B. durch entsprechende Informationsveranstaltung oder –materialien für Patienten, Zuweiser, Behandler, Kostenträger etc. geschehen.

Supervision zu Ausbildungsbeginn. Hinsichtlich der Effektivität von Ausbildungstherapien deuten die Befunde darauf hin, dass Ausbildungstherapeuten zu einem fort-

geschritteneren Stadium ihrer Ausbildung die höchsten Behandlungserfolge (i.S. einer Symptomreduktion) im Erfahrungsgruppenvergleich aufzuweisen. Darüber hinaus zeigten sich deutliche interindividuelle Unterschiede in den Allianz-Werten von Ausbildungstherapeuten insbesondere zu Ausbildungsbeginn. Diese Ergebnisse legen nahe, dass seitens der Ausbildungsinstitute v.a. am Anfang der praktischen Ausbildung eine engmaschige Supervision sichergestellt werden sollte, um den anfänglichen Erfahrungsunterschieden Rechnung zu tragen.

Schulung von Fertigkeiten zu Ausbildungsbeginn. Die Analysen auf individueller Ebene verdeutlichen, dass Ausbildungstherapeuten die therapeutische Allianz mit steigender Ausbildungserfahrung zunehmend effektiver zur Förderung der Symptomreduktion einsetzen. Auch zeigte sich eine mit zunehmender Ausbildungserfahrung einhergehende häufigere Anwendung kognitiver KVT-Techniken in der Depressionsbehandlung, die sich als bedeutsam für den Behandlungserfolg erwiesen haben. Die Befunde legen die gezielte Förderung beziehungsgestalterischer Fertigkeiten sowie die Schulung des Einsatzes kognitiver KVT-Techniken insbesondere zu Ausbildungsbeginn nahe.

Patientenzuweisung. Mit Blick auf motivationale Aspekte der Ausbildungstherapeuten sollte darauf geachtet werden, dass Anfängertherapeuten Patientenbehandlungen mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit zugewiesen werden, so dass die Wahrscheinlichkeit von Behandlungserfolgen und die damit einhergehende Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden können. Aus bisherigen Forschungsbefunden kann die Empfehlung abgeleitet werden, dass ein besonderes Augenmerk auf eine ausgewogene Mischung der Symptomschwere der zu behandelnden Patienten gelegt werden sollte.

Standardisierte Evaluation individueller Behandlungsverläufe (Feedbackschleifen). Die Ergebnisse zur Abnahme der Behandlungseffektivität zum Ausbildungsende hin verdeutlichen, dass es für die Qualitätssicherung essentiell ist, eine standardisierte Evaluation individueller Behandlungsverläufe im Sinne von Feedbackschleifen zu etablieren. Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass mögliche Fehlentwicklungen im therapeutischen Prozess zeitnah erkannt und mittels intensiver Supervision adäquat adressiert werden können. Gleichzeitig wird durch die Rückmeldung zum therapeutischen Vorgehen ein effektives Lernen für Ausbildungstherapeuten ermöglicht (vgl. Lutz et al., 2015; Tracey et al., 2014). Gleichzeitig liefert dieses Vorgehen die Chance, dass Ausbildungstherapeuten nicht nur ihre Defizite, sondern auch ihre

Lernerfolge und professionellen Fortschritte wahrnehmen. Es ist davon auszugehen, dass dies dem professionellen Selbstverständnis sowie der Selbstwirksamkeitserwartung von Ausbildungstherapeuten zuträglich, welches seinerseits einen positiven Einfluss auf die Behandlungen ausüben kann. Selbstverständlich ist dabei aufgrund der Sensibilität dieser Informationen auf strenge Datenschutzrichtlinien und eine angemessene Kommunikation seitens der Lehrenden zu achten.

Umfang der praktischen Ausbildung. Im Einklang mit früheren Forschungsbefunden (vgl. Willutzki, Fydrich, & Strauß, 2015) deuten die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen darauf hin, dass Entwicklungssprünge vor allem zu Beginn der Ausbildung stattfinden und die Lernkurve gegen Ende der Ausbildung abflacht. Als eine Implikation dieses Befundes kann eine Verkürzung der Dauer der Praktischen Ausbildung in Erwägung gezogen werden. Dies erscheint vor dem Hintergrund der aktuellen Debatten zur Neugestaltung der Psychotherapieausbildung von besonderer Relevanz und könnte in Folgestudien weiter adressiert werden.

Weitergehende empirische Validierung der Psychotherapieausbildung. Insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Reform der Psychotherapieausbildung besteht ein großes Interesse an einer empirischen Validierung der Ausbildungsinhalte. In diesem Zusammenhang ist die Bildung von Qualitätsnetzwerken durch Ausbildungsinstitute wünschenswert. In diesem Rahmen kann ein Austausch über die unter Routinebedingungen gewonnenen Erkenntnisse (z.B. auf der Basis von Evaluationsdaten) stattfinden, um die Qualität der Ausbildung stetig zu optimieren. Darüber hinaus ist eine stärkere Vernetzung unter Ausbildungsinstituten hinsichtlich der Durchführung von Ausbildungsevaluationen wünschenswert. Des Weiteren sollte eine Intensivierung multizentrischer Forschungsbemühungen einhergehend mit einer Standardisierung der verwendeten Erhebungsinstrumente für eine verbesserte Vergleichbarkeit von Forschungsbefunden angestrebt werden. Entsprechende Forschungsbemühungen, die bereits auf internationaler Ebene bestehen, werden zunehmend auch im deutschsprachigen Raum etabliert, wie beispielsweise durch die Arbeitsgruppe der *Society for Psychotherapy Research* („SPRISTAD“). Die daraus resultierenden Synergieeffekte sind sowohl von ökonomischer Bedeutung für Kostenträger als auch von ethischer Bedeutung für eine hochwertige Patientenversorgung.

5.2.3.3 Fazit

Die vorliegende Arbeit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Patientenversorgung, indem sie Aussagen über die Wirksamkeit von Ausbildungstherapien sowie der Psychotherapieausbildung ermöglicht. Die Befunde belegen eine Entwicklung zentraler psychotherapeutischer Kompetenzen im Rahmen der Psychotherapieausbildung - wie die Anwendung störungsspezifischer Techniken und die Gestaltung der therapeutischen Allianz - die zur Effektivität und Effizienz von Ausbildungstherapien beitragen. Insbesondere vor dem Hintergrund der bevorstehenden Reform der Psychotherapieausbildung sind die Befunde der Arbeit von besonderer Relevanz, da sie praxisnahe Hinweise zur Neugestaltung der Ausbildung bereitstellen.

Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C. E., . . . Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations for the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 7(5).
- Anzanello, M. J., & Fogliatto, F. S. (2011). Learning curve models and applications: Literature review and research directions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41(5), 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* (6. ed. ed., pp. XII, 851 S.). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience & training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 44-52.
- Beutler, L. E., 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* (5th ed., 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(3), 252-260.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 717-723.
- Brown, L. A., Craske, M. G., Glenn, D. E., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., . . . Rose, R. D. (2013). CBT competence in novice therapists improves anxiety outcomes. *Depression and Anxiety*, 30(2), 97-115.
- Buckley, J. V., Newman, D. W., Kellett, S., & Beail, N. (2006). A naturalistic comparison of the effectiveness of trainee and qualified clinical psychologists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 137-144.
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, 50(2), 150-157.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263-282.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638.
- Castonguay, L. G., & Holtforth, M. G. (2005). Change in Psychotherapy: A Plea for No More 'Nonspecific' and False Dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 198-201.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

- Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(3), 153-172.
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211.
- Crits-Christoph, P. (1998). The interpersonal interior of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 1-16.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., . . . Zitrin, C. (1991). Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6 ed., pp. 298-340). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Crits-Christoph, P., & Gallop, R. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 178-181.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1125-1135.
- 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(7), 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(6), 909-922.

- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 318-326.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 37-52.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 409-416.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson & K. S. Dobson (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies, 3rd ed.* (pp. 277-316). New York, NY, US: Guilford Press.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Drapeau, M., Currat, T., Beretta, V., & Kramer, U. (2009). The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(5), 362-367.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(3), 344-354.
- Discroll, 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*(2), 165.
- Domma, J. (2007). *Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung.* (Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie), Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., . . . Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal, 321*(7274), 1450-1450.

- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 456-460.
- 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*(4), 579-589.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine, 38*(5), 611-623.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research, 16*(2), 144-160.
- Emmelkamp, P. M. G. (2013). Behavior Therapy With Adults. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 ed., pp. 343-392). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Gallop, R., Shelton, R. C., & Amsterdam, J. D. (2013). Differential change in specific depressive symptoms during antidepressant medication or cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy, 51*(7), 392-398.
- 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* (2., vollständig überarb. und neu normierte Aufl. ed.). Göttingen: Beltz Test.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Furr, J. M., Kalsy, S., & Riggs, D. S. (2003). A Naturalistic Examination of Therapist Experience and Outcome of Exposure and Ritual Prevention for OCD. *Psychotherapy Research, 13*(2), 153-167.
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.

- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*(1), 59-72.
- 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), 1-11.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Castillo, S., & Karno, M. (2006). Common and specific effects of couples treatment for alcoholism: A test of the generic model of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(3), 365-384.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 292-299.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (7 ed.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar : BDI II.Revision* (Revision ed.). Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., . . . Gregg, J. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy, 35*(4), 667-688.
- Heinrichs, N., Nowak, C., Oertel, J., & Kröger, C. (2009). Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie der Sozialen Angststörung in einer universitären Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38*(3), 181-193.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 434-440.
- Hering, W. (2010). *Kurt Tucholsky. Sprache ist eine Waffe. Sprachglossen*. (12 ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hermer, M. (2012). Entwicklungsförderung bei PsychotherapeutInnen. = Fostering the professional development of psychotherapists. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 44*(4), 817-835.

- Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy, 15*(1), 21-40.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*(4), 205-216.
- Hill, C. E., Baumann, E., Shafran, N., Gupta, S., Morrison, A., Rojas, A. E. P., . . . Gelso, C. J. (2015). Is training effective? A study of counseling psychology doctoral trainees in a psychodynamic/interpersonal training clinic. *Journal of Counseling Psychology, 62*(2), 184-201.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 ed., pp. 775-811). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hill, C. E., Roffman, M., Stahl, J., Friedman, S., Hummel, A., & Wallace, C. (2008). Helping skills training for undergraduates: Outcomes and prediction of outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 55*(3), 359-370.
- Hill, C. E., Stahl, J., & Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(4), 364-370.
- Hiller, W., Schindler, A. C., & Lambert, M. J. (2011). Defining response and remission in psychotherapy research: A comparison of the RCI and the method of percent improvement. *Psychotherapy Research, 22*(1), 1-11.
- Hilsenroth, M. J. (2004). An Introduction to the Special Issue on Personality Assessment and Psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 83*(3), 187-189.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Strassle, C. G., & Handler, L. (2002). Effects of structured clinician training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*(4), 309-323.
- Hilsenroth, M. J., Defife, J. A., Blagys, M. D., & Ackerman, S. J. (2006). Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. *Psychotherapy Research, 16*(3), 293-305.

- Hilsenroth, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Slavin-Mulford, J. (2015). Structured supervision of graduate clinicians in psychodynamic psychotherapy: Alliance and technique. *Journal of Counseling Psychology, 62*(2), 173-183.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The Development of Therapeutic Alliance During Psychological Assessment: Patient and Therapist Perspectives Across Treatment. *Journal of Personality Assessment, 83*(3), 332-344.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 6th ed.* (pp. 393-442). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hollon, S. D., Haman, K. L., & Brown, L. L. (2002). Cognitive-behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib, C. L. Hammen, I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression.* (pp. 383-403). New York, NY, US: Guilford Press.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., . . . Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 834-849.
- Horvath, A. O. (2001). The Therapeutic Alliance: Concepts, Research and Training. *Australian Psychologist, 36*(2), 170-176.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross & J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* (pp. 37-69). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.

- Howard, R. C. (1999). Treatment of anxiety disorders: Does specialty training help? *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(5), 470-473.
- Huppert, J. D., Gorman, J. M., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*(5), 747.
- 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.
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., & Atkins, D. C. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy, 52*(3), 329-336.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 608-620.
- Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(2), 161-172.
- King, M., Davidson, O., Taylor, F., Haines, A., Sharp, D., & Turner, R. (2002). Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal, 324*(7343), 947-947.
- Kivlighan, D. M., Jr. (2008). Structural changes in counselor trainee intention use and clients' session evaluation. *Psychotherapy Research, 18*(5), 560-572.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 997-1006.

- Körner, J. (2013). Plädoyer für eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten: Entwurf eines Studienganges 'von der profession her'. = Plea for direct training of psychotherapists: Draft of a profession-based study curriculum. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 29(2), 235-257.
- Laireiter, A.-R., & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie - Entwicklungen und aktueller Stand. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Eds.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (pp. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K., & Baumann, U. (1998). PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie: Beschreibung und Funktionen im Rahmen des Qualitätsmanagements von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Lambert, M. J. (2013) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. ed. ed., pp. XII, 851 S.). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, P. L. Wachtel, D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 360-390). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31-41.
- Lave, J. R., Frank, R. G., Schulberg, H. C., & Kamlet, M. S. (1998). Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 645-651.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(6), 417-426.

- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 261-268.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C., Powell, N., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2009). Dissemination of the Coping Power program: Importance of intensity of counselor training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 397-409.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173-187.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 53-65.
- Lutz, W., 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*(1), 32-39.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research, 25*(6), 647-660.
- Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11*(4), 357-369.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 133-138.
- Mander, J., 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*(4), 519-527.
- Marcus, D. K., Kashy, D. A., Wintersteen, M. B., & Diamond, G. S. (2011). The therapeutic alliance in adolescent substance abuse treatment: A one-with-many analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 449-455.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H., & Nolting, H.-D. (2016). Gesundheitsreport 2016. In P. D. h. c. H. Rebscher (Ed.), *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*. Hamburg: DAK-Gesundheit.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- 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*(2), 193-202.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(4), 383-411.
- Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six- and twelve-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 146*(10), 1274-1279.
- Minami, T., Tierney, S. C., Davies, D. R., Bettmann, J. E., McAward, S. M., Averill, L. A., . . . Wampold, B. E. (2009). Preliminary Evidence on the Effectiveness of Psychological Treatments Delivered at a University Counseling Center. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 309-320.
- Multon, K. D., Kivlighan, D. M., Jr., & Gold, P. B. (1996). Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology, 43*(3), 356-363.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(3), 231-239.
- Muszer, K., & Bailer, J. (2011). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Verlauf und Ausgang von ambulanten Verhaltenstherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61*(7), 303-310.
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal, 320*, 26-30.
- 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.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317-327.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross & J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.)*. (pp. 3-21). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Norton, P. J., Little, T. E., & Wetterneck, C. T. (2014). Does experience matter? Trainee experience and outcomes during transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 230-238.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Orlinsky, D. E. (2009). The 'Generic Model of Psychotherapy' after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339.
- Orlinsky, D. E., Ambühl, H., Rønnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., . . . Wiseman, H. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an Empirically Grounded Model of Psychotherapy Training: Four Thousand theRapists Rate Influences on Their Development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139-148.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.

- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- 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*(1), 160-173.
- Peikert, G., Baum, A., Barchmann, D., Schröder, D., & Kropp, P. (2014). Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. = How effective are training therapies? A comparison of the effectiveness of training therapies versus regular therapies. *Verhaltenstherapie, 24*(4), 272-279.
- Powell, J. L., Hunter, H. L., Beasley, L. O., & Vernberg, E. M. (2010). Using fine-grained indexes of therapists' experience and training to predict treatment outcomes in a university-based training clinic for children and families. *Training and Education in Professional Psychology, 4*(2), 138-144.
- Propst, A., Paris, J., & Rosberger, Z. (1994). Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short term psychotherapy? *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 39*(3), 168-176.
- Pusic, M. V., Boutis, K., Hatala, R., & Cook, D. A. (2015). Learning curves in health professions education. *Academic Medicine, 90*(8), 1034-1042.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 233-243.
- Schindler, A., & Hiller, W. (2010). Therapieeffekte und responseraten bei unipolar depressiven patienten einer verhaltenstherapeutischen hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 39*(2), 107-115.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., . . . Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 837-846.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 182-196.

- Strauß, B. (2015). Neue Paradigmen? Aktuelle Entwicklungen in der nationalen und internationalen Psychotherapieforschung. = New paradigms? Current trends within national and international psychotherapy research. *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 333-337.
- Strauß, B., Barnow, S., & Brähler, E. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.
- Strauß, B., & Kohl, S. (2009a). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. *Psychotherapeut*, 54(6), 457-463.
- Strauß, B., & Kohl, S. (2009b). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. Issues of research in psychotherapy training. *Psychotherapeut*, 54(6), 411-426.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Hollon, S. D. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78(3), 429-437.
- Sturm, R., Meredith, L. S., & Wells, K. B. (1996). Provider choice and continuity for the treatment of depression. *Medical Care*, 34(7), 723-734.
- Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33(6), 818-829.
- Teasdale, J. D., & Fennell, M. J. (1982). Immediate effects on depression of cognitive therapy interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 343-352.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2004). Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 143-157.
- 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(4), 420-434.
- von Hopffgarten von Laer, A., & Mempel, S. (1998). Evaluation der verhaltenstherapeutischen Ausbildung am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim. [Evaluation of the training in behavior therapy at the Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim]. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 259-262.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- 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. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen. Theorien, Erfassung, Förderung*. Heidelberg: Springer.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer kompetenzen: Validierung einer deutschsprachigen version der Cognitive Therapy Scale. = Assessing psychotherapeutic competencies: Validation of a German version of the Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39(4), 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(4), 276-279.
- Weck, F., Richtberg, S., Jakob, M., Neng, J. M. B., & Höfling, V. (2015). Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis). *Psychiatry Research*, 228(1), 53-58.

- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., & Stangier, U. (2013). Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry Research, 210*(1), 140-145.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 542-549.
- Westbrook, D., Sedgwick-Taylor, A., Bennett-Levy, J., Butler, G., & McManus, F. (2008). A pilot evaluation of a brief CBT training course: Impact on trainees' satisfaction, clinical skills and patient outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(5), 569-579.
- Williams, J. W., Jr., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., . . . Sengupta, A. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 284*(12), 1519-1526.
- Willutzki, U., Fydrich, T., & Strauß, B. (2015). Aktuelle Entwicklungen in der Psychotherapieausbildung und der Ausbildungsforschung. Current trends in psychotherapeutic training and training research. *Psychotherapeut, 60*(5), 353-364.
- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B., & Hermer, M. (2013). Ohne heiler geht es nicht: Bedeutung von psychotherapeuten für therapieprozess und -ergebnis. = Nothing works without the healer. Impact of psychotherapists on the process and outcome of psychotherapy. *Psychotherapeut, 58*(5), 427-437.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory–short revised (WAI-SR). Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*(3), 343-358.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 427-439.

Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology, 66*(7), 681-697.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung (adaptiert nach Strauß & Kohl, 2009b, S. 412).....	19
Tabelle 2: Beschreibung der ITT-Stichprobe sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben der Studie 1.....	46
Tabelle 3: Soziodemografische und klinische Merkmale der ITT-Stichprobe (N= 109) (vgl. Löffler et al., 2015).....	52
Tabelle 4: Übersicht der erfassten depressionsspezifischen Interventionen (N= 11) (vgl. Löffler et al., 2015).....	54
Tabelle 5: Beschreibung der durchschnittlichen Stärke der therapeutischen Allianz (WAI), der Psychopathologie (GSI) sowie der Behandlungsdauer für die erfahrungsbezogenen Substichproben sowie die Gesamtstichprobe.	58
Tabelle 6: Beschreibung der durchschnittlichen Stärke der therapeutischen Allianz (WAI) bezüglich der Behandlungsfälle 1 bis 4 bzw. 5 bis 12 für die drei allianzbezogenen Substichproben sowie die Gesamtstichprobe.....	58
Tabelle 7: Beschreibung des Therapieoutcomes und der Behandlungsdauer der ITT- und Completer-Stichproben sowie der erfahrungsabhängigen Substichproben.	61
Tabelle 8: Ergebnisse der 2x3 ANCOVAs mit BDI-II, GSI und Behandlungsdauer als abhängige Variablen für die ITT Gesamtstichprobe der Studie 1.....	64
Tabelle 9: Anwendungshäufigkeit der Interventionen in Abhängigkeit der therapeutischen Erfahrung.....	66
Tabelle 10: Ergebnisse des gemischten linearen Modells mit GSI (post) als abhängige Variable für die ITT-Gesamtstichprobe.....	67
Tabelle 11: Ergebnisse der 2x3 ANOVA mit WAI (prä – post) als abhängige Variablen.....	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Generic Model of Psychotherapy (adaptiert nach Orlinsky & Howard, 1987).....	15
Abbildung 2: Klassifikation von Psychotherapeutenmerkmalen (in Anlehnung an Beutler et al., 2004, S. 229-230).....	22
Abbildung 3: Darstellung der im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit untersuchten Variablen-Zusammenhänge (angelehnt an das Generic Model of Psychotherapy, Howard & Orlinsky, 1987).	43
Abbildung 4: Ergebnisgrafik der Pfadanalyse (aus Löffler et al., 2014).	56
Abbildung 5: Logarithmierte Prä-Post-Differenzwerte der depressiven Symptomatik (BDI-II) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) sowie die durchschnittliche Behandlungsdauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) der erfahrungsabhängigen ITT-Substichproben.....	62

Anhang A: Erhebungsinstrumente

A.1 Beck Depressions-Inventar BDI-II

BDI-II Fragebogen			
Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum

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

<p>1.) Traurigkeit</p> <p>0 Ich bin nicht traurig. 1 Ich bin oft traurig. 2 Ich bin ständig traurig. 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.</p> <p>-----</p> <p>2.) Pessimismus</p> <p>0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft. 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst. 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird. 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.</p> <p>-----</p> <p>3.) Versagensgefühle</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager. 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle. 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge. 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p> <p>-----</p> <p>4.) Verlust von Freude</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher. 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen. 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.</p> <p>-----</p> <p>5.) Schuldgefühle</p> <p>0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle. 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen. 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle. 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.</p>	<p>6.) Bestrafungsgefühle</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein. 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p> <p>-----</p> <p>7.) Selbstablehnung</p> <p>0 Ich halte von mir genauso viel wie immer. 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren. 2 Ich bin von mir enttäuscht. 3 Ich lehne mich völlig ab.</p> <p>-----</p> <p>8.) Selbstvorwürfe</p> <p>0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst. 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst. 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel. 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.</p> <p>-----</p> <p>9.) Selbstmordgedanken</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun. 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.</p> <p>-----</p> <p>10.) Weinen</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher. 1 Ich weine jetzt mehr als früher. 2 Ich weine beim geringsten Anlass. 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.</p>
---	---

PEARSON

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

PsychCorp

Summe Seite 1:

Bitte wenden 

11.) Unruhe

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

12.) Interessenverlust

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

13.) Entschlussunfähigkeit

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

14.) Wertlosigkeit

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

15.) Energieverlust

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

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten

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

17.) Reizbarkeit

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

18.) Veränderungen des Appetits

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

19.) Konzentrationsschwierigkeiten

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

20.) Ermüdung oder Erschöpfung

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

21.) Verlust an sexuellem Interesse

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

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

A.2 Brief Symptom Inventory BSI

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

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

Bitte beantworten Sie jede Frage!

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

© Beltz Test GmbH, Göttingen • Nachdruck und jegliche Form der Vervielfältigung verboten • Best. Nr. 04 230 03

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

A.3 Working Alliance Inventory WAI-SR

Code: _____ Datum: _____ Sitzungsnummer: _____

Working Alliance Inventory - revidierte Kurzform - P

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

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

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

Item-Copyright Horvath

A.4 Erfasste Techniken der Basisdokumentation 3 BaDo3

Chiffre Patient: _____

Name Therapeut: _____

Durchgeführte psychotherapeutische Methoden (Mehrfachantworten möglich)

Einschätzung auf fünfstufiger Skala:

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

Verhaltenstherapeutische Methoden:

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

Kognitive Methoden:

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

M:\ZPP Ambulanz\Basisdokumentation\BaDo3-2009-05-06

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 Retestrelia­bilität 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 Retestrelia­bilität 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	
	M (SD)/ N (%)	M (SD)/ N (%)	M (SD)/ N (%)	F, χ^2	p
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 Primärdiagnosen					
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.

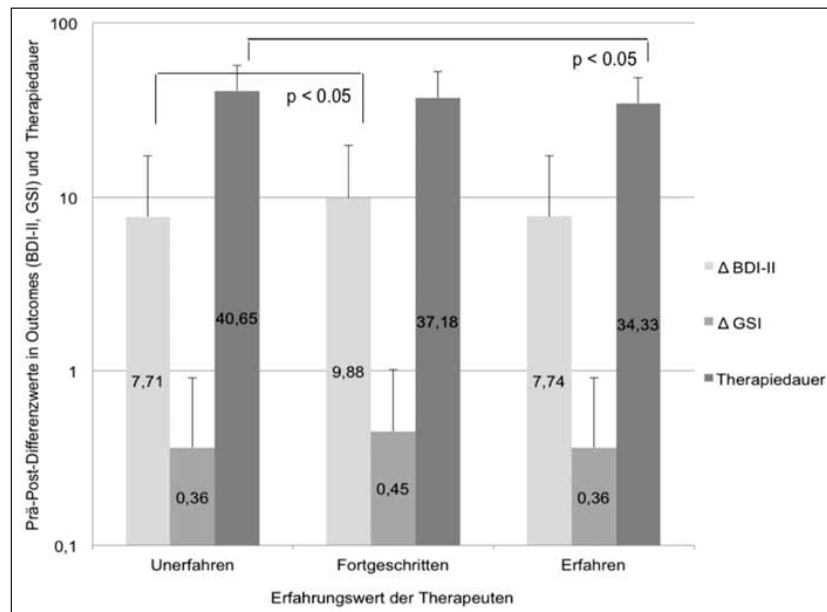


Abbildung 1: Logarithmierte Prä-Post-Differenzwerte der depressiven Symptomatik (BDI-II) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) sowie die durchschnittliche Therapiedauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) der erfahrungsabhängigen ITT-Substichproben
Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; 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, Boultis, 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 Therapieresponse lag in der ITT-Stichprobe bei 53,2%, die Remissionsrate bei 46,8%. Bei den Completern zeigten sich leicht höhere Response- und Remissionsraten von 58,4% bzw. 51,7%.

Anwendung von KVT-Techniken im Zusammenhang mit Response und Remission

Die folgenden Analysen wurden für die ITT- und die Completer-Stichprobe getrennt durchgeführt, die Ergebnisse waren konzeptuell identisch. Um auch problematische Behandlungsverläufe zu berücksichtigen, werden im Folgenden ausschließlich die Ergebnisse der konservativeren Berechnungsmethode der ITT-Stichprobe dargestellt. Tabelle 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
		Hohe Intensität	1,23 (0,64)	0,056	3,41	0,97-12,01
	Remission	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
		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*		
Entspannungsverfahren	Response	GSI zu T1*	-0,36 (0,31)*	0,242*	0,69*	0,38-1,28*
		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
	Remission	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 (0,74)	0,013	6,22	1,47-26,42
Hohe Intensität	-0,29 (0,71)	0,686	0,75	0,19-3,00		
Tagesstrukturierung	Response	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
		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*
	Remission	GSI zu T1	-0,84 (0,36)	0,019	0,43	0,21-0,87
		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
		Hohe Intensität	1,50 (0,56)	0,007	4,46	1,50-13,28
	Remission	GSI zu T1	-0,97 (0,39)	0,012	0,38	0,18-0,81
		Stationäre Vorbehandlung	-0,29 (0,15)	0,049	0,75	0,56-0,99
		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
Mehrspalentechnik	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, Novak 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 (Δ T2-T1)				r = .23* p = .015	r = .33*** p = .000	r = .20* p = .036	-	r = .36*** p = .000
8. Therapieoutcome (Δ 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).

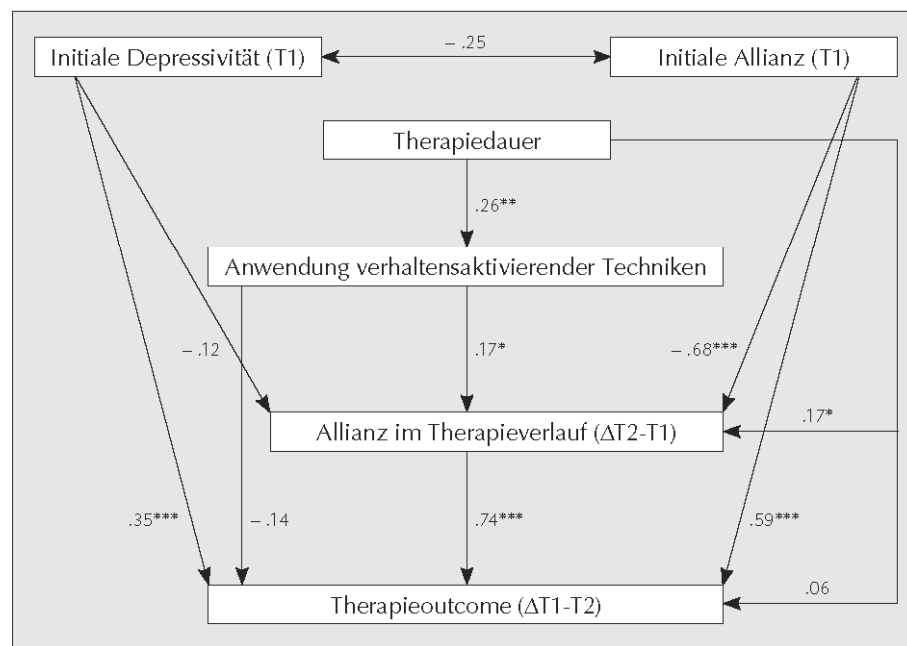


Abbildung 1: Pfadmodell für verhaltensaktivierende Techniken mit den standardisierten direkten Effekten

= .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 _____