

Was ein Patientenstundenbogen erzählt.....

Eine Studie zum Prädiktorwert von Post-Session-Stundenbogen
für den Therapieerfolg

Inauguraldissertation

der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern
zur Erlangung der Doktorwürde vorgelegt von

Urs Braun

Steffisburg BE und Zürich

Selbstverlag
Bern 2003

Alles sollte so einfach
wie möglich gemacht werden
– aber nicht einfacher.

Albert Einstein

Abstract

In dieser Arbeit wird untersucht, wie verlässlich die Items des Berner Patientenstundenbogens den Therapieerfolg, gemessen mit den direkten Erfolgsmaßen (Veränderungsmaß des Erlebens und Verhaltens (VEV), Goal Attainment Scaling (GAS), Nachbefragung Therapeut (NBT) und Nachbefragung Patient (NBP)), vorherzusagen. An einer Stichprobe von 85 Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern wird diese Frage geprüft. Vorgängig wird die Faktorstruktur des Patientenstundenbogens geklärt und an einer weiteren Stichprobe von Patientinnen mit Essstörungen der Universität Freiburg i. Br. überprüft.

Aufgrund der statistischen Analysen der Items des Berner Patientenstundenbogens werden eine Kurzform (19 Items) und eine Minimalform (4 Items) vorgeschlagen. Weiter wird der Prädiktorwert für den Therapieerfolg dieser Fragebogen nach 5 und 10 psychotherapeutischen Sitzungen aufgezeigt. Es werden Heuristiken formuliert, die dem Praktiker Unterstützung geben, wie er die Messungen der Minimalform nach 10 Sitzungen interpretieren kann, wenn er weitere Angaben aus der Prä-Messung von SCL-90R und IIP berücksichtigt und wie er diese Heuristiken für ein kontinuierliches Qualitäts-Monitoring einsetzen kann.

Die Gestaltung praxisnaher Forschung wird in einem Projektvorschlag vorgestellt.

Vorwort und Dank

Was lange währt wird (hoffentlich) endlich gut.

Vor mehr als sieben Jahren, nachdem ich die Assistentenstelle am Lehrstuhl für Klinische Psychologie zu Gunsten einer Stelle am Psychiatriezentrum Oberwallis verlassen hatte, war ich im Glauben, eine Dissertation lasse sich so einfach neben einer Vollzeitstelle an einer Klinik und einer Softwareentwicklung für diese Klinik schreiben.

Ich musste bald einsehen, dass dies nicht ganz so einfach ist. Obwohl mir der Chefarzt, Dr. med. Leo Anthenien, mehrmals ‚Dissblöcke‘ zur Verfügung stellte und meine Dissertation auch sonst mit Wohlwollen förderte, war es mir nicht möglich die Dissertation zu beenden. Für seine Unterstützung und freundschaftliche Motivation, während der Zeit in Brig möchte ich mich herzlich bedanken.

Erst jetzt, nach einer deutlichen Reduktion des Arbeitspensums, ist es mir gelungen die Arbeit zu vollenden.

Dass Klaus Grawe mir trotz der langen Verzögerung die Unterstützung nicht entzog, ist mir ein spezielles Dankeschön wert, daran schließt sich der Dank für das Überlassen der Daten an. Dabei sei auch an alle Patienten, Studierenden und Therapeuten gedacht, die durch ihre Geduld und Arbeit Studien in dieser Art ermöglichen.

Viele Personen, die ich nicht alle namentlich erwähnen kann, haben in den letzten Jahren diese Arbeit unterstützt und gefördert, all ihnen sei gedankt. Ganz besonders natürlich Christiane Dubuis, meiner Lebenspartnerin, die neben dem Korrekturlesen auch sonst viel Geduld aufbringen musste und damit die Arbeit wertvoll unterstützte.

Christine Sidler, welche die Arbeit mehrmals sorgfältig korrigiert hat, danke ich für die Anregungen und die Kritik.

Inhalt

ABSTRACT	3
VORWORT UND DANK	5
INHALT	7
1 EINLEITUNG	9
1.1 EINORDNUNG DER FRAGESTELLUNG	12
1.1.1 Psychotherapiekontext.....	12
1.1.2 Patientenstundenbogen als Prozessmessmittel	16
1.1.3 Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen und das Konzept ‘Remoralisation’	32
1.1.4 Die schnellen Besserungen zu Beginn der Therapie.....	35
1.2 ZUSAMMENFASSUNG DER FRAGESTELLUNGEN	36
2 METHODE	39
2.1 GEWÄHLTE DARSTELLUNGSFORM FÜR DIE PRÄSENTATION DER DESKRIPTIVEN STATISTIK	39
2.2 MATERIAL.....	40
2.2.1 Berner Stichprobe.....	40
2.2.2 Freiburger Stichprobe	75
2.3 STATISTISCHE VERFAHREN	78
2.3.1 Deskriptive Analysen	78
2.3.2 Faktorenanalyse	79
2.3.3 Clusteranalyse	84
2.3.4 Multiple Regression	86
2.3.5 Partitioning, Decisions Tree, Data-Mining.....	88
3 RESULTATE.....	91
3.1 KORRELATION MIT DEN THERAPIE-OUTCOME-MABEN.....	91
3.2 DIE BESTEN PRÄDIKTOREN DES THERAPIEERFOLGS	94
3.3 DIE FAKTOREN DES BERNER PATIENTENSTUNDENBOGENS	98
3.3.1 Itemselektion für Kurzform	104
3.3.2 Die Faktorenanalyse der Kurzform	112
3.3.3 Die Faktoren der Kurzform	113
3.4 ITEMSELEKTION FÜR MINIMALFORM.....	120
3.5 PRÄDIKTION DES THERAPIEERFOLGS NACH 5 SITZUNGEN.....	123
3.6 PRÄDIKTION DES THERAPIEERFOLGS NACH 10 SITZUNGEN.....	124
3.6.1 Falsche Zuordnungen nach 10 Sitzungen	124

3.6.2	<i>Die Genauigkeit der Vorhersage bei unterschiedlicher Therapielänge</i>	125
3.6.3	<i>Trends in den ersten Sitzungen</i>	127
3.7	RESULTATE DER PARTITION-ANALYSEN.....	129
4	DISKUSSION	139
4.1	DIE EINGANGS GESTELLTEN FRAGEN UND DIE KURZ- UND MINIMALFORM DES BERNER PATIENTENSTUNDENBOGENS	139
4.2	WIE SIND DIE RESULTATE ZU INTERPRETIEREN?	145
4.3	INTERPRETATIONSHEURISTIKEN	149
4.4	WIE WEITER? VORSCHLAG FÜR EINE PRAXISNAHE STUDIE	160
4.5	SCHLUSSWORT	164
5	LITERATUR	165
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	172
7	TABELLENVERZEICHNIS	176

1 Einleitung

Noch eine Arbeit, die sich mit Prozess und Outcome beschäftigt, wird mancher denken. Wenn schon Orlinsky, Grawe und Parks (1994) im ‚Handbook of Psychotherapy‘, ihrem Artikel ‚*Process and outcome in psychotherapy - noch einmal*‘ ein - **noch einmal** - hinten anstellen und auf über 2300 Resultate (Findings) verweisen, könnte man schon denken, dass nun bald endlich genug sei mit dieser Fragestellung. Sehr schnell wird beim Lesen des Artikels *Process and outcome in psychotherapy - noch einmal*‘ deutlich, dass trotz der vielen Befunde ‚nur‘ ein hypothetisches Modell (Generic Model of Psychotherapy) bezüglich des Funktionierens von Psychotherapie entwickelt werden kann und viele Fragen unbeantwortet bleiben. Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ kann nicht als empirisch überprüfbares Modell betrachtet werden, sondern stellt eher ein Ordnungswerkzeug dar, in dem die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung von mehreren Jahrzehnten abgebildet sind. Aufgrund dieser Situation muss damit gerechnet werden, dass die Anzahl der Veröffentlichungen zum Thema ‚Process - Outcome‘ weiterhin enorm wächst und es für viele unmöglich sein wird, den Überblick zu bewahren. (Umso mehr sind wir auf hilfreiche Zusammenfassungen angewiesen, wie sie uns Orlinsky, Grawe und Parks (1994) anbieten.)

Auch diese Arbeit reiht sich in die bereits vorliegenden ein, ob sie Wesentliches oder Neues zum bereits vorhandenen beiträgt, soll dem Urteil des Lesers überlassen werden.

Die Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit deckt, wenn sie im Generic Model of Psychotherapy abgebildet wird (siehe Abbildung 1), nur einen sehr kleinen Teil des Modells ab. Sie versucht aufzuzeigen, wie aus der Perspektive der ‚Postsession-Outcomes‘ (Patientenstundenbogen), ergänzt mit wenigen Angaben zur Situation zu Beginn der Therapie (SCL-90R und IIP), der Therapieerfolg vorherzusagen ist. Die vielen Aspekte, die bei dieser Vorgehensweise unberücksichtigt bleiben, weisen daraufhin, mit wie viel Risiko eine solche Vorhersage behaftet ist. Dass wir uns trotzdem für dieses Vorgehen entschlossen haben, begründet sich darin, dass wir wegen der Einfachheit des gewählten Vorgehens eine Chance sehen, es wirklich im therapeutischen Alltag auch umsetzen zu können, natürlich unter der Voraussetzung, dass die Vorhersagen eine genügend gute Relevanz aufweisen.

Möglicherweise werden durch den Patientenstundenbogen (zumindest aus der Perspektive des Patienten) mehr Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses bewertet, als es die bescheidene Anzahl einbezogener Variablen erscheinen lässt. Die gefundenen Resultate im Kapitel 3 könnten in diese Richtung interpretiert werden.

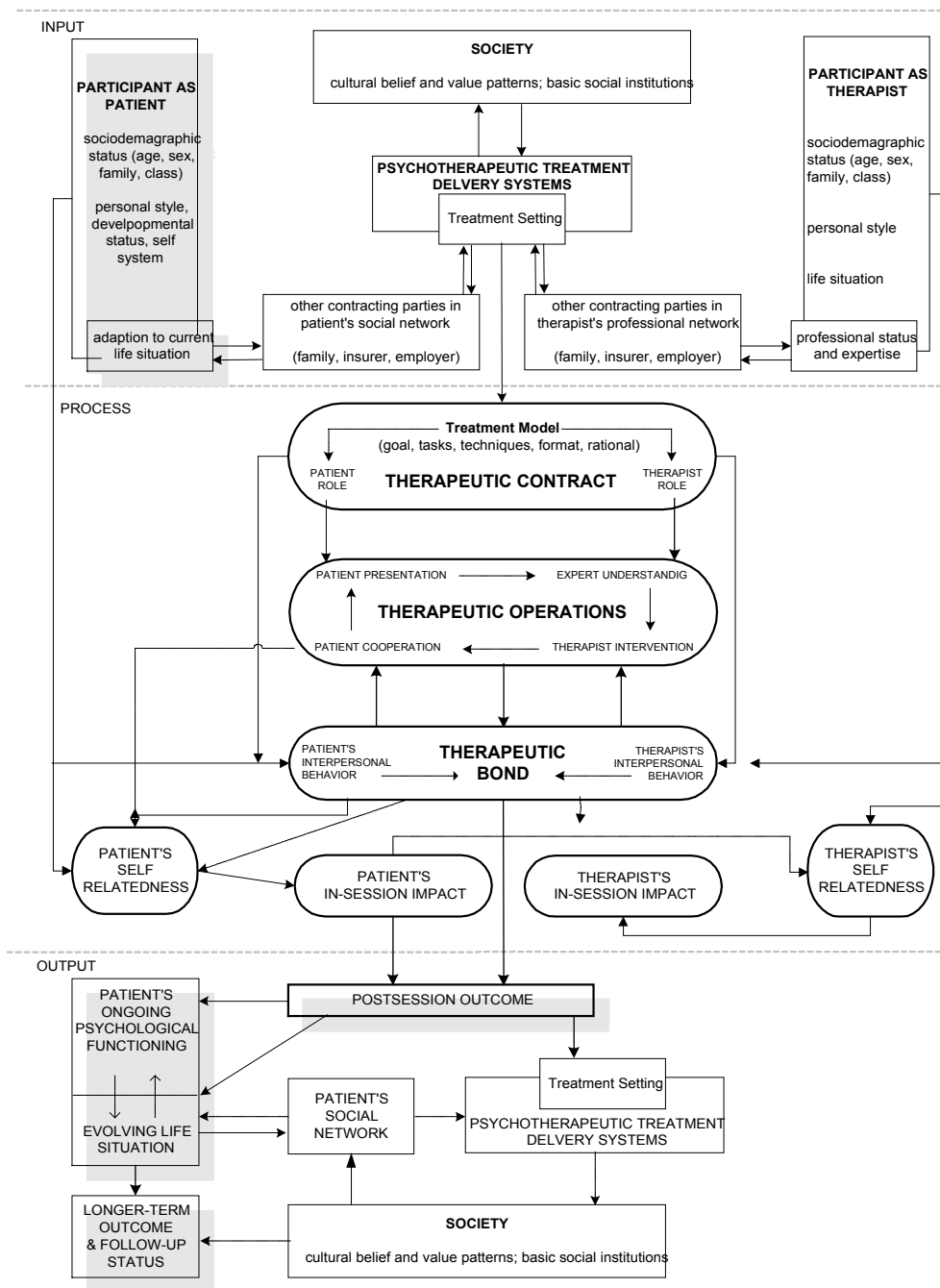


Abbildung 1: Leicht vereinfachtes ‚Generic Model of Psychotherapy‘. Die in die vorliegenden Arbeit eingehenden Variablenbereiche sind grau unterlegt.

Ein erklärtes Ziel dieser Arbeit ist es, den viel beklagten Graben zwischen Forschung und Psychotherapiepraxis (Tally, Strupp, & Butler, 1994) zu verkleinern. Darum wird versucht die Fragestellungen, Auswertungen und Interpretationen mit dem Blick auf den therapeutischen Alltag so praxisrelevant wie möglich zu gestalten.

Als Ausgangspunkt wurden die nach Erscheinen des Artikels ‚Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis‘ (Grawe & Braun, 1994) und bei verschiedenen Referaten zum Thema Qualitätssicherung gestellten Nachfragen in Bezug auf den Einsatz des

Patientenstundenbogens gewählt. Thematisch lassen sich die gestellten Fragen auf drei Schwerpunkte zusammenfassen:

- Braucht es überhaupt einen Patientenstundenbogen? Kann der Therapeut¹ nicht aufgrund seines Eindrucks und seiner Erfahrung ebenso gut beurteilen, wie die Therapie läuft?
- Braucht es so viele Fragen (29), um eine sichere Aussage zu erhalten? Würden nicht viel weniger Fragen, zum Beispiel fünf, genügen?
- Ist ein Fragebogen nach jeder Sitzung dem Patienten überhaupt zumutbar?
- Ist der Aufwand für Erfassung und Auswertung gerechtfertigt?
- Wie sind die Resultate zu interpretieren?

Aus diesen von Praktikern gestellten Fragen lassen sich mehrere Aspekte ableiten, die in der vorliegenden Arbeit wissenschaftlich untersucht werden.

Im ersten Teil der Arbeit werden die Items des Fragebogens und ihr Zusammenhang mit dem Therapieerfolg überprüft. Mit einer Faktorenanalyse werden dann Zusammenfassungenregeln generiert und die Itemanzahl entsprechend reduziert. Aufgrund dieser Ergebnisse wird eine Kurzversion des Berner Patientenstundenbogens vorgestellt.

In einem weiteren Schritt wird mit einer hierarchischen Regression versucht eine Anzahl Items zu finden, die den Therapieerfolg besonders gut vorhersagen. Daraus wird dann ein Vorschlag für einen ‚Mini-Stundenbogen‘ abgeleitet.

Zum Schluss werden Interpretationsheuristiken vorgestellt, die aufgrund von Partition-Analysen gebildet wurden. Diese Heuristiken sollen dem Praktiker helfen, die Resultate aus Prä-Messung (SCL-90 und IIP) und Prozessmessung in einen Zusammenhang zu bringen und für die Beurteilung des Therapieverlaufs nach fünf und zehn Sitzungen zu nutzen.

Die Fragen nach Sinn, Zweck, Aufwand und Zumutbarkeit eines Patientenstundenbogens können und sollen erst ganz am Schluss bei der Diskussion der Ergebnisse beantwortet werden.

¹ Der Einfachheit und Lesbarkeit halber findet die männliche Form Verwendung. Es sind selbstverständlich immer Frauen und Männer gemeint.

Zusammenfassend kann gesagt werden, das Ziel dieser Arbeit ist erstens, die Vorstellung und Prüfung eines Prozessmessmittels (Berner Patientenstundenbogen) und zweitens, möglichen Anwendern Hinweise für den Gebrauch dieses Messmittels in der psychotherapeutischen Praxis zu geben.

1.1 Einordnung der Fragestellung

1.1.1 Psychotherapiekontext

Idealerweise würden Psychotherapeuten nach einer sorgfältigen Abklärung bereits zu Beginn einer Therapie wissen, mit welcher Methode (Intervention) und bei welchem Beziehungsangebot sie bei einem bestimmten Patienten mit einer spezifischen Störung die größten Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie hätten. Die hier angesprochene differentielle Fragestellung (Grawe, 1980b; D.J. Kiesler, 1971; Paul, 1967) und die aufgrund der empirischen Erkenntnisse aus dieser Fragestellung heraus entwickelte differentielle Indikation für Psychotherapie ist (leider) nur zu einem Teil (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994) in die therapeutische Praxis umgesetzt worden. Dies liegt sicher nicht nur an den Praktikern, welche die Psychotherapieforschung nicht wahrnehmen oder wahrhaben wollen, sondern auch daran, dass Psychotherapieforschung in vielen Fällen an hoch selektiven Stichproben und mit manualisierten (standardisierte) Therapieverfahren (siehe auch Braun, 1998) durchgeführt werden. Solche Therapien eignen sich nur beschränkt als Modelle, an denen sich Praktiker orientieren wollen. Diese können ihre Patienten nicht ähnlichen Selektionskriterien unterwerfen und zum Beispiel Patienten mit Doppeldiagnosen einfach weiter verweisen. In der Alltags-Praxis muss das therapeutische Vorgehen dem einzelnen Patienten und seiner spezifischen Lebens- und Problemsituation angepasst werden, und die Interventionen unterscheiden sich in verschiedenen Aspekten vom Handbuch. Häufig wird ein Therapeut während des ganzen Therapieprozesses sein Vorgehen immer wieder an die spezifische Situation adaptieren (was eigentlich einer fortlaufender differentiellen Indikation entspricht). Das heißt, die Therapie ist aus der Perspektive der Forschung gesehen nicht kontrollierbar.

Für die vergleichende Psychotherapieforschung oder prognostische Therapieforschung ist es jedoch eine Bedingung, dass so viel Variablen wie möglich konstant gehalten, also kontrolliert werden, und nur die untersuchten Variablen variieren. So sollten sich die Behandlungsgruppen nicht unterscheiden und innerhalb einer Behandlungsgruppe die Interventionen so ähnlich wie nur möglich sein. Bei prognostischer Therapiefor-

schung sollten alle Patienten die gleiche Behandlung erhalten und nur die als Prädiktoren bestimmten Variablen sollten variieren (Grawe, 1980a).

Beide Bedingungen werden in der vorliegenden Untersuchung nicht eingehalten, und dies mit gutem Grund.

Wenn wir in unserer Untersuchung von der Prädiktion des Therapieerfolgs sprechen, möchten wir nicht generell Gruppen von Patienten bestimmen können, die von einem bestimmten Verfahren mehr oder weniger profitieren. Diese Frage stellt sich vor allem dann, wenn entschieden werden soll, welcher Patient eine bestimmte Behandlung (nach Manual) erhalten soll und bereits bestens bekannt ist, welche Patienten von dieser Therapie besonders profitieren (Grawe, 1980a).

Wir möchten bei heterogenen Gruppen von Patienten mit heterogenen Störungen und bei unterschiedlichen Behandlungsstrategien (so wie sich die Situation in der Alltagspraxis eben gestaltet) voraussagen können, ob die Therapie nach den ersten fünf bis zehn Sitzungen erfolgsversprechend angelaufen ist.

Unsere Stichprobe und Untersuchungsanlage unterscheidet sich deshalb von den kontrollierten Psychotherapiestudien und entspricht eher der Phase IV der Forschung², wie sie Linden (1989) definiert.

Bei den behandelnden Therapeuten (Berner Stichprobe) können wir davon ausgehen, dass sie störungsspezifische Interventionen beherrschen und diese im Rahmen eines schematheoretischen, individuellen Fallverständnisses (Grawe, Grawe-Gerber, Heinger, Ambühl, & Caspar, 1996) auch einsetzen³. Zu Vor- und Nachteilen von individuellen Fallkonzeptionen siehe auch Caspar (1996).

² Die fünf Stufen des Therapie-Evaluationsprozesses (Linden, 1989):

Phase 0: Prähumane oder Laborphase

Phase 1: Präklinische Phase: Verträglichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen bei gesunden Probanden

Phase 2: Hypothesen generierende Phase: Prüfung des Anwendungsmodus

Phase 3: Hypothesen testende Phase: Verträglichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen bei größeren Patientenzahlen, Doppelblindstudien

Phase 4: Anwendungs- und Überwachungsphase: 4.1. Frühe Nachzulassungsphase; 4.2. Fortlaufende Anwendungs- und Überwachungsphase; 4.3. Langzeitüberwachungsphase:

Verträglichkeits- und Wirksamkeits- und Anwendungsprüfung unter Routinebehandlungsbedingungen mit vielen Patienten, Ärzten und Behandlungseinrichtungen und sehr vielen Untersuchungsdesigns.

³ Es ist offensichtlich, dass ein solches ‚Vorgehen‘ auch mit Risiken behaftet ist und der Therapeut, außer seiner Erfahrung und sein Vertrauen in die erarbeitete Fallkonzeption, nicht die gleichen Sicherheiten bezüglich seines Vorgehens hat, wie wenn er eine manualisierte Thera-

Diese Therapeutengruppe kann als prototypische zukünftige Therapeutenpopulation betrachtet werden, die im Sinn einer ‚Allgemeinen Psychotherapie‘ (Grawe et al., 1994) oder einer ‚Pragmatischen Systemtherapie‘ (Eggel, 1996) ihre tägliche Arbeit gestalten.

Wahrscheinlich arbeiten viele erfahrenen Therapeuten mit einer auf den Einzelfall bezogenen Methoden- und Interventionenselektion, ohne dass sie sich dabei auf eine explizite Theorie beziehen, wie sie die ‚Allgemeine Psychotherapie‘ zur Verfügung stellt. Enge, orthodoxe und dogmatische Schulauffassungen, die nur Interventionen einer therapeutischen Richtung erlauben, sind glücklicherweise immer seltener.

Viele Therapeuten sind bereits heute bereit, für die Indikation wie auch für die Erfolgskontrolle Messmittel einzusetzen oder haben gegenüber dem Einsatz von Fragebogen wenig Vorbehalte. Die Symptom Checklisten (SCL-90R) (Franke, 1995) und das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP) (Horowitz, Strauss, & Kordy, 1994) werden bereits heute an verschiedenen Orten routinemäßig verwendet (Anthenien & Grünwald, 1996). Häufig kommen auch Prozessmessmittel wie die ‚Helping Alliance Scale‘ (Luborsky, 1976) oder eben der oben erwähnte Berner Patientenstundenbogen (Grawe & Braun, 1994; Grawe, Caspar, & Ambühl, 1990c) in Psychotherapeutischen Ambulatorien zum Einsatz (Anthenien & Grünwald, 1996; Hartmann, Schulgen, Olschewski, & Herog, 1996). Solche Messmittel unterstützen die Therapeuten in ihrer alltäglichen Arbeit und haben nicht mehr den Charakter reiner Forschungsinstrumente.

Wie solche Daten der Prä-Messung und der Stundenbogen als Information zur Beurteilung der Erfolgsaussichten nach fünf oder zehn Sitzungen eingesetzt werden können, ist Ziel der vorliegenden Arbeit. In mehreren Schritten wird aufgezeigt, wie die Information vereinfacht und soweit reduziert werden kann, dass danach mit Hilfe der gefundenen Interpretationsheuristiken die Situation nach fünf und zehn Sitzungen beurteilt werden kann.

pie bei einem Patienten einsetzt, der genau die umschriebene Störung aufweist, auf die das Manual zugeschnitten ist.

Unter dem ‚Vorgehen‘ ist bei der zur Verfügung stehenden Stichprobe nicht ein ungeplantes oder sogar willkürliches Vorgehen gemeint, sondern das an der Psychotherapeutischen Praxisstelle entwickelte Verfahren der ‚Schematheoretischen Fallkonzeption‘ (Grawe et al., 1996). Das heißt, für jeden Patienten wird ein therapeutisches Vorgehen entwickelt, das sich auf ein individuelles Fallverständnis stützt. Innerhalb einer solchen Therapie können unterschiedliche therapeutische Konzepte, Vorgehensweisen und Settings zur Anwendung kommen.

Wie bereits oben erwähnt entspricht die Untersuchungsanlage nicht den klassischen Vorstellungen für prognostische Psychotherapieforschung. Bis jetzt wurde beschreiben, wie die Behandlungsvariablen von diesen Vorstellungen abweichen, dies trifft auch auf die Patientenvariablen zu.

Die Patienten der Berner Stichprobe entstammen keiner homogenen Gruppe. Sie entsprechen in etwa dem, was auch Klientel einer Praxis in einer größeren Agglomeration sein könnte (Brütsch, 1994). Weitere Angaben zur Patientenstichprobe finden sich im Kapitel 2.1.

Die beträchtliche Variation in den Patienten- und Behandlungsvariablen scheint uns gerade ein Vorteil für die gewählte Fragestellung. Falls wir unter diesen heterogenen Bedingungen verlässliche Prädiktoren für die oben erwähnte Situation (nach 5 und 10 Therapiesitzungen) finden, können wir eher annehmen, dass sich diese Prädiktoren auch an anderen Stichproben finden lassen. Wobei natürlich erst durch eine sorgfältige Prüfung an anderen Stichproben diese Hoffnung bestätigt werden kann (dazu mehr in Kapitel 3 und 4).

Im Zusammenhang mit dem immer stärker werdenden Bedürfnis nach Qualitätssicherung möchten wir aufzeigen, wie ein Prozessinstrument qualitätssichernde Bestrebungen unterstützen kann, aber gleichzeitig auf die Gefahren einer zu simplen Anwendungsweise aufmerksam machen. Diesem Denken und Vorgehen liegt ein partizipatives Prinzip zugrunde, das die Handelnden den Einsatz von Messmitteln als Unterstützung erfahren lässt und nicht als von Dritten ausgeübte Kontrolle. Aus diesem Grunde ziehen wir auch die Bezeichnung ‚Qualitäts-Monitoring‘ (Braun, 1998) den Begriffen Qualitätssicherung und Kontrolle vor (siehe dazu auch 1.1.3 und 4.)

Die vorliegende Arbeit kämpft mit einem Widerspruch: Einerseits wird versucht möglichst sensible Prädiktoren zu finden, die es erlauben, sehr früh im therapeutischen Prozess Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens zu fällen. Andererseits ist jedem Praktiker schon aufgefallen, dass sich Veränderungen bei Patienten auch unvermittelt ereignen und nicht unbedingt in einem Zusammenhang mit dem therapeutischen Vorgehen gebracht werden können. Trotz aller Begeisterung, die beim Beschreiben der Vorhersagemöglichkeiten möglicherweise durchschimmert, sind wir uns deshalb im Klaren, dass all diese Ausführungen nur auf dem Hintergrund eines nüchternen klinischen Fallverständnisses Sinn machen und das sorgfältige Abwägen von Behandlungsstrategien, zum Beispiel in einer Supervision, nicht ersetzen.

Es ist auch zu beachten, dass die Aussagen zur Prädiktion auf der Auswertung von Mittelwerten (d.h. über mehrere Patienten integrierte Messwerte) erfolgen. Wenn

daraus Schlüsse für den Einzelfall gezogen werden, ist dies immer mit Vorsicht zu tun, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass ein Mittelwert auch wirklich einem einzelnen Individuum entspricht (Braun & Regli, 2000). Im Zusammenhang mit dem Bielefelder Klienten-Erfahrungs-Bogen weisen Höger und Eckert (1997) auf eine nicht gegebene interindividuelle Homogenität bezüglich kognitiven, sprachlichen und funktionalen Strukturen hin und schlagen deshalb bei der Überprüfung der Faktorenstruktur des Bielefelder Klienten-Erfahrungs-Bogen auch eine individuelle Faktorenanalyse (P-Technik) vor (siehe Kapitel 1.1.2 und 2.3.2).

Unser Ziel ist es, die Items aus dem Berner Patientenstundenbogen herauszufiltern, die möglichst homogen verstanden werden, da uns ja nicht die interindividuellen Unterschiede interessieren, sondern die Varianz, die durch die unterschiedliche Qualität der Sitzung (des therapeutischen Vorgehens) entsteht und zusätzlich Hinweise auf das Therapieergebnis enthält. Aus diesem Grunde haben wir eine andere Auswertungsstrategie gewählt, die im Kapitel 2.3.2 genauer beschrieben wird.

1.1.2 Patientenstundenbogen als Prozessmessmittel

In den folgenden Kapiteln werden verschiedene Patientenstundenbogen, die in deutscher Sprache vorliegen, vorgestellt und miteinander verglichen.

1.1.2.1 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Der Helping Alliance Questionnaire wurde von Luborsky (1984) im Anhang seines Therapiemanuals publiziert. Er umfasst 12 Items, die in zwei Subskalen (HA1, Hilfeleistung durch den Therapeuten; HA2 Zusammenarbeit oder Bündnis mit dem Therapeuten bzgl. der Behandlungsziele.) zusammengefasst werden (Alexander & Luborsky, 1986; Luborsky, 1984; Luborsky et al., 1980; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, & Solomon, 1982). Die empirische Überprüfung ergibt ebenfalls eine 2-Faktorenlösung, sie stimmt aber nicht mit den von den Autoren postulierten Dimensionen überein (Bassler, Potraz, & Krauthammer, 1995).

Tabelle 1 Deutschsprachige Fassung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (Bassler et al., 1995)

Deutschsprachige Fassung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	
Itemtext	Faktor
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.	Beziehungszufriedenheit
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	Behandlungszufriedenheit
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	Behandlungszufriedenheit
4. Seit kurzem fühle ich mich besser.	Behandlungszufriedenheit

5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	Behandlungszufriedenheit
6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.	Beziehungszufriedenheit
7. Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut versteht.	Beziehungszufriedenheit
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	Beziehungszufriedenheit
9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen.	Beziehungszufriedenheit
11. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	Beziehungszufriedenheit
12. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	Behandlungszufriedenheit
13. Globale Erfolgseinschätzung im Vergleich zum Behandlungsbeginn mit 1 = sehr viel verschlechtert, 4 = unverändert, 7 = sehr viel gebessert.	Behandlungszufriedenheit

Die deutsche Fassung des Helping Alliance Questionnaire wurde von Bassler et al. (1995) auf die Faktorenstruktur, die Sensibilität für Veränderungen im Therapieprozess, den Zusammenhang mit dem Therapieerfolg und die Tauglichkeit als Prognoseinstrument für den Therapieerfolg überprüft.

Sie definieren aufgrund der Faktorenanalyse zwei Subskalen (Beziehungszufriedenheit, Erfolgswufriedenheit). Sie können aufzeigen, dass die Sensibilität des Messmittels erlaubt, Veränderungen im Therapieprozess zu erkennen. Der Gesamtwert des HAQ und die beiden Subskalen korrelieren nur unwesentlich mit den Erfolgsmaßen. Ausnahme bildet ein zusammengesetztes Erfolgsmaß (Therapeuten- und Patientenerfolgseinschätzung am Ende der Therapie), welches mit der Subskala Erfolgswufriedenheit zu 0.5 korreliert. Auch die Prognose des Therapieerfolgs aufgrund der Werte der 3. Sitzung ergaben nicht die erhofften Resultate und stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen von Luborsky et al. (1980), die deutliche Zusammenhänge berichteten. Die Autoren erklären die tiefen Korrelationen mit der von ihnen verwendeten Spearman-Korrelation und kritisieren gleichzeitig die Verwendung von Pearson-Korrelationen bei dem für Fragebogen typischen Datenniveau (Rangskala). Weiter führen sie die tiefen Korrelationen auf die Zusammenstellung ihrer Erfolgsmasse zurück und verweisen auf Orlinsky und Howard (1986), die für solche Untersuchungen patientenseitige Erfolgsmaße empfehlen. Mit Rücksicht auf die relativ tiefen Korrelationen interpretieren die Autoren dementsprechend vorsichtig eine doch leichte Überlegenheit der Beziehungswufriedenheit gegenüber den Erfolgswufriedenheitswufriedenheit bezügl. der Prognose des Therapieerfolgs.

Interessanterweise steigen die Interkorrelationen der beiden Subskalen mit zunehmender Therapiedauer. Die Autoren interpretieren dies folgendermaßen: *„Dieser Effekt lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass über den Verlauf des therapeutischen Prozesses die Qualität der therapeutischen Beziehung zunehmend an Bedeutung für das Ausmaß der Patientenzufriedenheit gewinnt bzw. vice versa bei größerer Erfolg-zufriedenheit auch die therapeutische Beziehungszufriedenheit entsprechend positiver eingeschätzt wurde.“* (Bassler et al., 1995 S. 29)

Möglicherweise handelt es sich bei diesem Phänomen um Lerneffekte, eine Gewöhnung oder, wie Tschacher und Grawe (1996a; 1996b) zeigen, um einen Ordnungsprozess (siehe auch 1.1.2.5).

Trotz der aufgelisteten Mängel kommen die Autoren zum Schluss, dass der HAQ ein einfach einzusetzendes Messmittel sei, das valide und reliabel Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit messe und zusätzlich erfolgreiche von weniger erfolgreich verlaufenden Therapien unterscheide.

1.1.2.2 Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB)

Der Klienten-Erfahrungs-Bogen wurde von Eckert (1974) entwickelt. Die unveröffentlichte Dissertation stand beim Schreiben dieser Arbeit leider nicht zur Verfügung. Hingegen drei Artikel (Eckert, Bolz, & Pfuhlmann, 1979; Eckert, Schwartz, & Tausch, 1977; Zielke, 1980), die den Fragebogen und Untersuchungen vorstellen, die mit ihm durchgeführt wurden.

Tabelle 2 Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB) (Eckert, 1974). Die mit einem Stern * versehenen Items werden in der Untersuchung von (Eckert et al., 1979) zur Messung der ‚Ansprechbarkeit‘ des Klienten verwendet.

Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB)	
Item	Faktor
1. Das Gespräch verlief heute zäh und schleppend.	Interaktionsbedingte Unsicherheit und verbale Hemmung
2. Die Pausen während des Gespräches waren mir unangenehm.	Interaktionsbedingte Unsicherheit
4. Das Verhalten des Therapeuten machte mich unsicher.	Interaktionsbedingte Unsicherheit
7. Ich fühle mich gehemmt, dem Therapeuten alles zu sagen, was mich beschäftigt.	Interaktionsbedingte Unsicherheit
8. Es fiel mir heute schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen.	Interaktionsbedingte Unsicherheit
10. So, wie das Gespräch heute lief, hat es mich nicht befriedigt.	Interaktionsbedingte Unsicherheit
5. Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in neuem Licht.	Beruhigender Veränderungs-optimismus

6. Nach dem heutigen Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.	Beruhigender Veränderungs-optimismus
9. Ich sehe nach dieser Stunde den kommenden Tagen zuversichtlicher entgegen.	Beruhigender Veränderungs-optimismus
11. Nach dieser Stunde bin ich eigentlich optimistischer, was die Lösung meiner Probleme angeht.	Beruhigender Veränderungs-optimismus
13. Heute sind wir irgendwie weitergekommen.	Beruhigender Veränderungs-optimismus
15. Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst bekommen.	Beruhigender Veränderungs-optimismus
3. Während des Gesprächs und auch jetzt noch fühle ich mich körperlich entspannt.	Körperliche Spannung und emotionale Belastung
12. Nach diesem Gespräch fühle ich mich ziemlich erschöpft.	Körperliche Spannung und emotionale Belastung
14. Nach diesem Gespräch fühle ich mich belasteter als in den Stunden vor dem Gespräch.	Körperliche Spannung und emotionale Belastung

Die Gütekriterien des KEB werden von Zielke (1980) sorgfältig dargestellt. Aus den Faktorenanalysen der ersten, zweiten und dritten Sitzung ergeben sich fünf Faktoren. Wobei zwischen dem 1. und 2. Faktor von der ersten zur zweiten und dritten Sitzung eine Verschiebung stattgefunden hat. Die Eigenwerte der Faktoren bei den Analysen der 1. bis zur 3. Sitzung zeigen deutliche Veränderungen. Nur die ersten 3 Faktoren haben Eigenwerte deutlich über 1. (Die der Faktoren 4 und 5 liegen zwischen 1.14 und 1.01.)

Bei einem Strukturvergleich der Faktoren 1 bis 3 über die ersten 3 Sitzungen zeigt sich, dass die Verwandtschaft der Faktorenstruktur nur beschränkt gegeben ist. Das heißt, es kann nicht uneingeschränkt davon ausgegangen werden, dass die Faktorenstruktur über mehrere Messzeitpunkte (Sitzungen) konstant bleibt. Aufgrund des Abbruchkriteriums von Cattell (Überla, 1968) wurde für jeden Zeitpunkt eine Varimax-Rotation für eine 3-Faktorenlösung durchgeführt. Die daraus abgeleiteten Faktoren (Erfahrungsbereiche) werden folgendermaßen beschrieben: ‚Interaktionsbedingte Unsicherheit und verbale Hemmung‘, ‚Beruhigender Veränderungs-optimismus‘ und ‚Körperliche Spannung und Emotionale Belastung‘ (siehe auch Tabelle 2). Die Gütekriterien des KEB können aufgrund der Überprüfung (Zielke, 1980) als gut angesehen werden.

Ähnliche Faktoren wurden auch im Berner Patientenstundenbogen gefunden. Die Diskussion darüber findet sich unter 1.1.2.5.

Spannend sind die Hinweise, die sich aus den Artikeln von Eckert et al., (1979; 1977) ergeben. Im ersten Artikel unterscheiden sie mit einem Globalen Therapieerfolgsmaß

eine wenig erfolgreiche Klientengruppe (n= 25) von einer erfolgreichen Klientengruppe (n= 25). Sie können feststellen, dass bereits in der ersten Sitzung sich die beiden Gruppen in 8 der 14 Items signifikant unterscheiden. Weiter verändern sich die Niveaus in beiden Gruppen im Verlauf von 7 Kontakten in 10 von 14 Items in einen günstigeren Bereich.

Die kognitiven Erfahrungen (z.B. ‚Im heutigen Gespräch erscheinen mir einige meiner Probleme im neuen Licht.‘) scheinen sich eher am Anfang der Psychotherapie zu ändern. Bei den emotionalen Erfahrungen (z.B. ‚Nach dem heutigen Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.‘) erfolgen größere Änderungen erst nach einer Reihe von Kontakten (Eckert et al., 1977).

Auf diese Zusammenhänge werden wir weiter unten eingehen (siehe 1.1.3). Sie deuten in eine Richtung, die mit den Resultaten der vorliegenden Arbeit übereinstimmen.

Zur Prädiktion des Therapieerfolgs (gemessen mit den Freiburger-Persönlichkeits-Inventar Skalen: Nervosität, Depressivität, Geselligkeit, Gelassenheit, Extraversion und der Giessentestskala: Soziale Potenz) werden 9 Items des KEB unmittelbar nach dem Erstgespräch erhoben (Eckert et al., 1979).

Die Autoren bezeichnen die durch die 9 Items gemessenen Größen als ‚Ansprechbarkeit‘ des Klienten. Sie können mit diesem Maß 55% der Veränderungsvarianz der Erfolgskriterien vorhersagen. Sie machen aber gleichzeitig darauf aufmerksam, dass die Gültigkeit der Kriterien vom Klientel und von der Art der Behandlung abhängt.

1.1.2.3 Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB)

Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) (Höger & Eckert, 1997) umfasst 25 Items (siehe Tabelle 3). Er wurde beruhend auf individuellen Faktorenanalysen (P-Technik) des Klienten-Erfahrungsbogens (Eckert et al., 1977) erarbeitet. Die Items weisen zum Teil Ähnlichkeit zu den Fragen des Berner Patientenstundenbogens auf. Der deutlichste Unterschied zum Berner Fragebogen zeigt sich in den Fragen zur körperlichen Befindlichkeit nach der Sitzung. Solche Fragen fehlen im Berner Stundenbogen.

Tabelle 3 Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) (Höger & Eckert, 1997). Leider kann aus dem Artikel nicht in Erfahrung gebracht werden, welchem Faktor die Items zuzuordnen sind.

Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (BIKEB)	
Items	Faktor
1. So wie das Gespräch heute lief, hat es mich nicht befriedigt.	
2. Heute fühlte ich mich bei meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gut aufgehoben.	
3. Mit der Art, wie mein Therapeut/meine Therapeutin mit mir heute umging, kam ich gut zurecht.	
4. Durch das heutige Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.	
5. Die Art, wie sich mein Therapeut/meine Therapeutin heute mir gegenüber verhielt, war für mich hilfreich und nützlich.	
6. Das heutige Gespräch hat mich körperlich ziemlich erschöpft.	
7. Durch das heutige Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.	
8. Es fiel mir heute leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.	
9. In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.	
10. Unser Gespräch hat mich körperlich frischer und gelöster gemacht.	
11. Heute hatte ich in der Stunde das Gefühl, innerlich blockiert zu sein.	
12. Nach dieser Stunde fühle ich mich körperlich erholt und entspannt.	
13. Ich finde, dass mein Therapeut/meine Therapeutin heute zu wenig berücksichtigt hat, was ich wirklich brauche.	
14. Ich fühle mich jetzt innerlich nervöser und unruhiger als vor einer Stunde.	
15. Ich sehe nach dieser Stunde dem kommenden Tag zuversichtlicher entgegen.	
16. Im heutigen Gespräch sind mir neue Zusammenhänge in meinem Verhalten und Erleben deutlich geworden.	
17. Es fiel mir heute schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen.	
18. Nach dieser Stunde habe ich mehr Hoffnung, meine Probleme	

selbst bewältigen zu können.	
19. Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich müde und kaputt.	
20. In der heutigen Stunde hatte ich das Gefühl, mich nur im Kreis zu bewegen.	
21. Es fiel mir heute leicht, über alles zu sprechen, was mich bewegte.	
22. Ich fühle mich nach dieser Stunde innerlich ausgeglichener als vorher.	
23. Heute sind wir irgendwie weitergekommen.	
24. Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen.	
25. Durch die heutige Stunde bin ich innerlich ziemlich aufgewühlt.	

Die an einer Stichprobe von 245 Klienten durchgeführte Untersuchung ergab folgendes: Die sechs Skalen (‘Zurechtkommen mit dem Therapeuten’, ‘Zurechtkommen mit sich selbst in der Stunde’, ‘Veränderungserleben’, ‘Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht’, ‘Erlebte Beruhigung’ und ‘Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung’) laden auf fünf Faktoren (mit der R-Technik berechnet, siehe Kapitel 2.3.2), wobei die drei ersten Skalen durch einen eigenen Faktor repräsentiert sind. Die drei anderen Skalen können nicht mehr klar Faktoren zugeordnet werden. Mit Faktorenanalysen der P-Technik möchten die Autoren Unklarheiten bezüglich dieser drei Skalen klären, im Artikel führen sie das jedoch nicht weiter aus. Sie beschreiben ihren Fragebogen als reliables Instrument zur Erfassung von relevanten Aspekten des Klientenerlebens und weisen auch darauf hin, dass eine vielfältigere Aufschlüsselung des Klientenerlebens möglich sei als mit dem Berner Patientenstundenbogen. Dem würde wahrscheinlich Doblies (1996) widersprechen, der individuelle Faktoren beim Berner Patientenstundenbogen (P-Technik) bestimmt hat und dadurch das Erleben der Patienten oder zumindest ihr individuelles Verständnis der Fragen sehr differenziert beschreiben konnte. Unseres Erachtens zeigt sich hier mehr die Zielrichtung bei der Auswertung der Fragebogendaten als wirklich vorhandene Unterschiede in den beiden Messmitteln. Die oben erwähnten Autoren Höger & Eckert (1997) sowie Doblies (1996), aber auch Grawe et al. (1990b) wollen mit ihren Analysen unterschiedliches Patientenerleben abbilden, um den Therapieprozess genauer verstehen zu können und/oder um die Wirkung unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen auch aus der Perspektive des Patienten erkennen zu können. Vorrangig sind die Autoren nicht am Zusammenhang zwischen Post-Session-Outcome und Therapie-Outcome interessiert.

Die Zielrichtung der vorliegenden Arbeit liegt nicht in einem tieferen Verstehen des therapeutischen Prozesses oder des Patientenerlebens, sondern in der Suche nach Items des Berner Patientenstundenbogens, die besonders gut für möglichst viele unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichen Störungen den Therapieerfolg vorhersagen.

1.1.2.4 Der Gruppenerfahrungsbogen

Dem Gruppenerfahrungsbogen (Strauss & Eckert, 1994) liegt ebenfalls der KEB (Eckert, 1974) zugrunde. Er wurde jedoch für die spezifische Gruppensituation angepasst. Inhaltlich nimmt die Beurteilung des Gruppenklimas recht viel Platz ein. Der Fragebogen wird hier deshalb nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Hingegen wird auf die Auswertungsstrategie von Strauss und Eckert (1994) im Kapitel Faktorenanalyse 2.3.2 noch einmal eingegangen.

Tabelle 4 Gruppenerfahrungsbogen (Strauss & Eckert, 1994)

Gruppenerfahrungsbogen	
Item	Faktoren
4. Heute habe ich von den anderen für mich etwas gelernt.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
11. Heute ist mir deutlicher geworden, wie ich auf andere wirke.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
16. Bei den heutigen Themen war ich innerlich beteiligt.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
19. Heute hatte ich das Gefühl, dass das, was der Therapeut zu der Gruppe sagte, auch für mich zutraf.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
21. Heute habe ich meine Gefühle und Empfindungen ganz anders als sonst gesehen.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
22. Heute habe ich gesehen, dass andere ziemlich ähnliche Probleme haben wie ich.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
24. Was ich heute in der Gruppe erlebte, hat mich an Situationen in meiner Vergangenheit erinnert.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
27. Heute sind mir Zusammenhänge in meinem Erleben deutlich geworden, die ich bisher noch nicht gesehen habe.	Skala 1: Lernerfahrungen und Einsichten
13. Heute hatte ich das Gefühl, in der Gruppe wirklich dazuzugehören.	Skala 2: Verbundenheit und Kohäsion
25. Ich könnte heute nicht von jedem sagen, wie er zu mir steht. (-)	Skala 2: Verbundenheit und Kohäsion
28. Heute hätte ich mir gewünscht, einige in der Gruppe wären nicht anwesend gewesen. (-)	Skala 2: Verbundenheit und Kohäsion
30. Heute fühlte ich, dass die anderen mich akzeptieren.	Skala 2: Verbundenheit und Kohäsion
32. Heute wäre ich gern mit den anderen ausserhalb der Therapie zusammen.	Skala 2: Verbundenheit und Kohäsion
6. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme	Skala 3: Selbständigkeit und

selbst zu lösen.	Optimismus
14. Ich sehe jetzt meinen Schwierigkeiten gelassener entgegen.	Skala 3: Selbständigkeit und Optimismus
18. Nach dieser Sitzung habe ich mehr Vertrauen zu mir selbst.	Skala 3: Selbständigkeit und Optimismus
3. Heute hielt sich der Therapeut zu sehr zurück.	Skala 4: Ärger und Kritik
12. Der Therapeut betrachtete das, was er sagte, zu sehr von seinem Standpunkt aus.	Skala 4: Ärger und Kritik
23. Heute war ich auf den Therapeuten ärgerlich.	Skala 4: Ärger und Kritik
31. Ich finde, einige Gruppenmitglieder versuchten heute zu sehr, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.	Skala 4: Ärger und Kritik
5. Heute hatte ich das Gefühl, dass die anderen nicht offen zu mir waren.	Skala 5: Isolation und negative Gruppenstimmung
9. Heute hätte ich mir gewünscht, dass die anderen mir mehr beistehen.	Skala 5: Isolation und negative Gruppenstimmung
10. Heute wurde mir zuviel geschwiegen.	Skala 5: Isolation und negative Gruppenstimmung
15. Ich finde, dass die Gruppe heute nicht genügend auf meine Gefühle einging.	Skala 5: Isolation und negative Gruppenstimmung
17. Heute herrschte eine feindselig-angespannte Stimmung in der Gruppe.	Skala 5: Isolation und negative Gruppenstimmung
2. Heute habe ich nicht gewagt, das vorzubringen, was mich wirklich bewegte.	Skala 6: Zurückhaltung und Gehemmtheit
7. Es ist mir heute nicht gelungen, den anderen klar zu machen, was in mir vorgeht.	Skala 6: Zurückhaltung und Gehemmtheit
1. Während der Gruppensitzung fühlte ich mich körperlich entspannt.	Skala 7: Wohlbefinden
8. Heute fand ich die Gruppensitzung richtig gut.	Skala 7: Wohlbefinden
20. Der Inhalt der heutigen Gruppensitzung behagte mir nicht (-).	Skala 7: Wohlbefinden
26. Heute hatte ich das Gefühl, einem anderen Gruppenmitglied geholfen zu haben.	Skala 7: Wohlbefinden

1.1.2.5 Der Berner Patientenstundenbogen

Der Berner Patientenstundenbogen beruht auf dem Gruppenstundenbogen (Grawe & Dziawas, 1978) und wurde von der Forschungsgruppe an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern eingesetzt und während mehreren Jahren weiterentwickelt (Grawe et al., 1990b). Das damalige Ziel war, eine Gruppe von Fragen zu finden, die es erlauben, die Sicht und die Beurteilung des Patienten bezüglich der soeben erlebten therapeutischen Sitzung zu erfassen. Der Fragebogen wurde mit der Absicht erstellt, möglichst relevante Informationen über das Patientenerleben zu erhalten, ohne Verwendung eines theoretischen Konstruktes, wie z.B., Wirkfaktoren oder ähnliches (mündliche Erklärung von F. Caspar). Grawe et al. (1990b) verwendeten den Bogen für Prozessvergleiche zwischen den von ihnen untersuchten Therapie-

formen. In den damaligen Publikationen wurden deutliche Unterschiede zwischen den verglichenen Therapieformen gefunden, aber keine Aussagen zum Zusammenhang zwischen den Stundenbogenitems und dem Therapieerfolg gemacht.

Tabelle 5 Berner Patientenstundenbogen mit den Skalen wie sie im Artikel von Grawe und Braun (1994) publiziert wurden.

Berner Patientenstundenbogen	Skalen
Items	
02. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
05. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
07. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	1. Zufriedenheit mit der Therapie -
03. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
08. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
09. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	2. Fortschritte innerhalb der Therapie
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	3. Fortschritte ausserhalb der Therapie
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	3. Fortschritte ausserhalb der Therapie
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	3. Fortschritte ausserhalb der Therapie
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	3. Fortschritte ausserhalb der Therapie
01. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	4. Qualität der Therapiebeziehung

22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	4. Qualität der Therapiebeziehung-
06. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	4. Qualität der Therapiebeziehung -
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	4. Qualität der Therapiebeziehung -
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	5. Emotionalität
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	5. Emotionalität
04. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	keiner Skala zugeordnet
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	keiner Skala zugeordnet
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	keiner Skala zugeordnet
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	keiner Skala zugeordnet

Aus der praktischen Anwendung des Berner Patientenstundenbogens an der Psychotherapeutischen Praxisstelle entwickelte sich das Bedürfnis, die Information der 29 Items des 1989 leicht revidierten Stundenbogens auf Faktoren zu reduzieren, die so zusammengefasste Information grafisch aufzuarbeiten und in sogenannten Figurationen (Grawe, 1993) an die Therapeuten zurückzumelden (Grawe & Braun, 1994). In der Zwischenzeit deuteten verschiedene intern an der Psychotherapeutischen Praxisstelle durchgeführten Auswertungen auf einen Zusammenhang der Fragebogenitems mit gewissen Erfolgsmaßen hin (Braun & Grawe, 1995; Grawe & Braun, 1994). Dies führte dazu, dass nicht mehr wie früher, die Daten der Stundenbogen bis zum Therapieende sozusagen unter Verschluss gehalten wurden, sondern dass bereits während laufender Therapie die Figurationen der Patientenstundenbogen den Therapeuten vorgelegt werden konnten. Die gewonnenen Erkenntnisse können dadurch bereits wieder in die laufende Therapie einfließen und bei kritischen Verläufen zu einem veränderten therapeutischen Vorgehen führen (Braun, 1998; Grawe & Braun, 1994).

In Einzelfallanalysen untersuchte Doblies (1996) 12 Therapien, indem er P-Faktorenanalysen der Patienten-, Therapeutenstundenbogen und Heuristikskalen rechnet. Sein Augenmerk richtete sich darauf, wie die Wirkmechanismen der Psychotherapie beschaffen sind. Die von Doblies beschriebenen acht Faktoren des Patientenstundenbogens sind jeweils ‚Individuumspezifisch‘, werden aber in ähnlicher Form bei den 12 Patienten immer wieder gefunden.

Im Gegensatz zu der vorliegenden Untersuchung wurde bei Doblies die Vielfalt oder Verschiedenheit der individuellen Therapieverläufe als Quelle des Erkenntnisprozesses verwendet. Wir hingegen versuchen die gemeinsame Information aus den 95 zur Verfügung stehenden Fällen herauszukristallisieren, um mit so wenig Fragebogenitems wie möglich, generalisierbare Aussagen über den Verlauf und die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Psychotherapie machen zu können.

Spörri-Fahrni (1994) vergleicht die Mittelwertsunterschiede der Stundenbogen-Items und -Faktoren über den Therapieverlauf bei drei unterschiedlichen Therapiebedingungen (Interaktionelle Verhaltenstherapie (n= 16), Heuristische Psychotherapie (n= 16) und Schematheoretische Psychotherapie (n= 16)). Es finden sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Therapiebedingungen. Spörri-Fahrni kann weiter zeigen, dass unerfahrene Ausbildungstherapeuten im Patientenurteil nicht tiefer liegen als erfahrene Therapeuten, ja dass sie diese sogar in den Faktoren Zufriedenheit mit der Therapie und der Beziehung zum Teil übertreffen.

Leider wurde beim Itemvergleich die Streuung innerhalb der Gruppen nicht in die Auswertung einbezogen und auch keine Ausreißeranalyse durchgeführt, so dass entdeckte Differenzen (bei der Kleinheit der Stichprobe) eventuell auf Ausreißer zurückgeführt werden müssen. Ansonsten liegt die Interpretation nahe, dass die in der Ausbildung vermittelte und geübte Therapiebeziehungsgestaltung ihre Auswirkung hatte.

Tschacher und Grawe (Tschacher & Grawe, 1996a, 1996b) zeigen mit Faktorenanalysen von Stundenbogenitems auf, dass während Therapien sogenannte Ordnungsprozesse ablaufen (erste 30 Sitzungen im Vergleich zu den letzten 30 Sitzungen.) Das heißt, die Freiheitsgrade nehmen im Verlauf der Therapie ab, die erklärte Varianz und die Ordnung nimmt zu (d.h. die Entropie nimmt ab).

Eine Zunahme der Ordnung scheint aufgrund ihrer Ergebnisse in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieerfolg zu stehen. Sie interpretieren ihre Befunde als Hinweis für die Selbstorganisation des Therapiesystems, das in der therapeutischen Beziehung entsteht (Tschacher & Grawe, 1996b).

1.1.2.6 Stundenbogen aus dem englischen Sprachraum

Um dem Leser auch einen Eindruck der im englischen Sprachraum vorliegenden Fragebogen zu geben, werden zwei hier vorgestellt. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll nur aufzeigen, wie ähnlich die Inhalte über die Sprachgrenzen hinweg sind. Die beiden Fragebogen ‚Session Evaluation Questi-

onnaire SEQ' (Mallinckrodt, 1994; Stiles, 1980; Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, & et al., 1994) und ‚Session Impact Scale SIS' (Elliot, 1983; Mallinckrodt, 1994) sind im englischen Sprachraum sehr verbreitet. Nach unserem Wissen liegen keine deutschen Übersetzungen vor.

Tabelle 6 Session Evaluation Questionnaire SEQ (Stiles, 1980) eingeschätzt wird auf einem 7-stufigen semantischen Differential. Der Klient wird in der Instruktion aufgefordert, auf jeder Zeile anzugeben, wie er sich nach der Sitzung gefühlt hat.

Items		Factors
This session was...		
Deep-shallow	Depth	Session evaluation
Powerful-weak	Depth	Session evaluation
Full--empty	Depth	Session evaluation
Special-ordinary	Depth	Session evaluation
Valuable-worthless	Depth	Session evaluation
Smooth-rough	Smoothness	Session evaluation
Comfortable-uncomfortable	Smoothness	Session evaluation
Relaxed-tense	Smoothness	Session evaluation
Pleasant-unpleasant	Smoothness	Session evaluation
Easy-difficult	Smoothness	Session evaluation
Good-bad	Other items	Session evaluation
Safe-dangerous	Other items	Session evaluation
Right now I feel...		
Confident-afraid	Positivity	Postsession mood
Happy-sad	Positivity	Postsession mood
Pleased-angry	Positivity	Postsession mood
Definite-uncertain	Positivity	Postsession mood
Friendly-unfriendly	Positivity	Postsession mood
Aroused-quiet	Arousal	Postsession mood
Energetic-peaceful	Arousal	Postsession mood
Fast-slow	Arousal	Postsession mood
Moving-still	Arousal	Postsession mood
Excited-calm	Arousal	Postsession mood
Involved-detached	Other items	Postsession mood
Wakeful-sleepy .	Other items	Postsession mood
Today I feel my therapist was...		

Skillful-unskillful	Good Therapist	Therapist evaluation
Trustworthy-untrustworthy	Good Therapist	Therapist evaluation
Warm-cold	Good Therapist	Therapist evaluation

Der SEQ umfasst 24 Adjektivpaare, zwischen denen der Klient auf einem 7-stufigen semantischen Differential die eben erlebte Sitzung einschätzt. Dazu kommen 3 Adjektivpaare, die das Verhalten des Therapeuten beschreiben. Mehrere Untersuchungen an verschiedenen Populationen zum SEQ ergaben eine gute Reliabilität und Validität. Der SEQ kann gleichzeitig dem Klienten wie auch dem Therapeuten abgegeben werden. In Faktorenanalysen werden für die ersten 24 Itempaare zwei Faktoren extrahiert, die über 60% der Varianz erklären (in der Klienten- wie auch in der Therapeutenversion). Ein dritter Faktor wird für die drei weiteren Items, die das Verhalten des Therapeuten beurteilen, extrahiert (Stiles et al., 1994).

Der SEQ unterscheidet sich am deutlichsten von den übrigen Sitzungsmessmitteln. Er fokussiert deutlich mehr auf die Gefühle und gleicht eher dem Veränderungsbogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) als den anderen Stundenbogen. Mallinckrodt (1994) kritisiert auch, dass der SEQ weder inhaltspezifisch noch therapiespezifisch fragt und deshalb nicht unbedingt geeignet ist, den Verlauf einer Sitzung abzubilden, sondern eher die Gefühlslage nach einer therapeutischen Sitzung beschreibt und aus dem Gemessenen nicht geschlossen werden kann, ob es das Resultat der Sitzung ist. Dies steht ganz im Gegensatz zur SIS, deren Qualitäten Mallinckrodt in diesem Bereich hervorhebt. Die SIS fragt außer in einem Item immer direkt nach der Auswirkung dieser Sitzung.

Tabelle 7 Session Impacts Scale SIS (Elliott & Wexler, 1994)

Items		Factors
01. Realized something new about myself as a result of the session, I now have new insight about myself or have understood something new about me; I see a new connection or see why I did or felt something. (Note: There must be a sense of "newness" as a result of something which happened during the session.)	Understanding	Task Impacts
02. Realized something new about someone else. As a result of the session, I now have new insight about another person or have understood something new about someone else or people in general. (A sense of "newness" should be present.)	Understanding	Task Impacts
03. More aware of or clearer about feelings, experiences. As a result of this session, I have been able to get in touch with my feelings, thoughts, memories, or other experiences; I have become more aware of experiences which I have been avoiding; some feelings or experiences of mine which had been unclear have become clearer. (Note: Refers to becoming clearer about what	Understanding	Task Impacts

you are feeling rather than why you are feeling something.)		
04. Definition of problems for me to work on. As a result of this session, I now have a clearer sense of what I need to change in my life or what I need to work toward in therapy (or counseling), what my goals are.	Problem Solving	Task Impacts
05. Progress toward knowing what to do about problems. As a result of this session, I have figured out possible ways of coping with a particular situation or problem; I have made a decision or resolved a conflict about what to do; I now have the energy or resolve to do something differently.	Problem Solving	Task Impacts
06. Feel my therapist understands me. As a result of this session, I now feel more deeply understood, that someone else (my therapist) really understands what is going on with me or what I'm like as a person.	Relationship	Relationship Impacts
07. Feel supported or encouraged. As a result of this session, I now feel supported, reassured, confirmed, or encouraged by my therapist; I feel better about myself, or have started to like myself better; I have come to feel more hopeful about myself or my future.	Relationship	Relationship Impacts
08. Feel relieved, more comfortable. As a result of this session, I now feel relieved from uncomfortable or painful feelings; I feel less nervous, depressed or guilty, or angry in general or about therapy.	Relationship	Relationship Impacts
09. Feel more involved in therapy or inclined to work harder. As a result of this session, I have become more involved in what I have to do in therapy; my thinking has been stimulated; I have started working harder; I have become more hopeful that what I have to do in therapy will help; I now feel that I can be more open with my therapist.	Relationship	Relationship Impacts
10. Feel closer to my therapist. As a result of this session, I have come to feel that my therapist and I are really working together to help me; I am more impressed with my therapist as a person, or have come to trust, like, respect, or admire her/him more; a problem between us has been overcome.	Relationship	Relationship Impacts
11. More bothered by unpleasant thoughts or more likely to push them away. The session has made me think of uncomfortable or painful ideas, memories, or feelings that weren't helpful; it has made me push certain thoughts or feelings away or avoid them.	Unwanted Thoughts	
12. Too much pressure or not enough direction from therapist. As a result of the session, I now feel too much pressure has been put on me to do something, either in therapy or outside it; I have come to feel abandoned by my therapist or too much left on my own.	Hindering Impacts	Hindering Impacts
13. Feel my therapist doesn't understand me. As a result of the session, I now feel misunderstood; that my therapist just doesn't or can't understand me or what I was saying.	Hindering Impacts	Hindering Impacts
14. Feel attacked or that my therapist doesn't care. As a result of the session, I now feel criticized, judged, or put down by my therapist; I feel she/he is cold, bored, or doesn't care about me.	Hindering Impacts	Hindering Impacts
15. Confused or distracted. As a result of the session, I now feel more confused about my problems or issues; I feel thrown off or side-tracked from the things which are or	Hindering Impacts	Hindering Impacts

were important to me.		
16. Impatient or doubting value of therapy. As a result of the session, I now feel more bored or impatient with the progress of therapy or with having to go over the same old things over and over again; I have started to feel more that my therapy is pointless or not going anywhere.	Hindering Impacts	Hindering Impacts
17. Other important impacts. Please describe and rate any other important impact that may have occurred as a result of this session.		

Die Autoren beschreiben für die SIS eine 3-Faktorenlösung, die 59% der Varianz erklärt. Die gefundenen Faktoren gleichen denen in den deutschen Fragebogen. Problemlösung (Task Impacts), Therapiebeziehung (Relationship) und Erleben negativer Emotionen (Hindering Impacts) bilden die bereits oben bei den deutschen Fragebogen vorgestellten Dimensionen ab. Obwohl der ursprüngliche Itempool der SIS von Studierenden, die eine 20 Minuten dauernde Probe-Beratungssitzung erhalten hatten, erstellt wurde, konnte bei nachträglichen Untersuchungen an Klientenpopulationen eine gute Validität nachgewiesen werden (Mallinckrodt, 1994).

Für den SEQ wurde auch geprüft, wie weit er den Therapieerfolg, gemessen mit zwei direkten Veränderungsmassen (am ehesten vergleichbar mit dem VEV und der Patientennachbefragung (PNB)), vorhersagt (Mallinckrodt, 1993). Hier musste aber festgestellt werden, dass der ‚Working Alliance Inventory‘ (Horvath & Greenberg, 1986) höher mit dem Therapieerfolg korrelierte als der SEQ.

1.1.2.7 Zusammenfassende Gedanken zu den verschiedenen Stundenbogen

Inhaltlich sehen alle Stundenbogen außer dem SEQ etwa gleich aus. Sie setzen sich aus Items zur Beziehungsqualität, der Behandlungsqualität und den erlebten Emotionen zusammen. Je nach Messmittel wurden bei der Konstruktion leicht andere Schwerpunkte gesetzt und die drei Aspekte manchmal noch aufgegliedert.

Bei Faktorenanalysen mit der R-Technik zeigen die verschiedenen Stundenbogen inhaltlich große Ähnlichkeit. Es sind zwei Faktoren, vereinfachend als Beziehungs- und Behandlungsfaktor bezeichnet, die den größten Teil der Varianz erklären. Ein dritter Faktor der noch zwischen 4 bis 8% der Varianz erklärt, beinhaltet meist Fragen zu den erlebten Emotionen oder dem körperlichen Wohlbefinden während der Sitzung.

Werden Faktorenanalysen nacheinander für die 1., 2., 3. Sitzungen usw. gerechnet, vereinfacht sich die Faktorenstruktur meist schon in der zweiten Sitzung auf die oben

beschriebenen zwei plus einen Faktor. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Faktorenstruktur mit fortlaufender Sitzungszahl stabiler wird und nicht damit zu rechnen ist, dass plötzlich in späteren Sitzungen eine ganz andere Struktur zu finden ist (vgl. Kapitel 1.1.2.5, Tschacher & Grawe, (1996b) und Anhang). Aufgrund dieser Resultate ist damit zu rechnen, dass auch im Berner Patientenstundenbogen 2 bis 3 Faktoren unterschieden werden können. Die fünf Skalen, wie sie bei Grawe und Braun (1994) publiziert wurden, sind aufgrund von explorativen Faktorenanalysen und inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengestellt worden. Aus inhaltlichen Gesichtspunkten kann natürlich argumentiert werden, dass für komplexe Prozesse, wie sie während einer Therapie ablaufen, mehr als zwei oder drei Skalen beansprucht werden. Dies stimmt, wenn es unter Forschungsgesichtspunkten darum geht, den Therapieprozess tiefer zu verstehen (wie bei Doblies, 1996). Hier soll aber versucht werden, so einfach wie möglich den Therapieerfolg vorherzusagen, und deshalb suchen wir eine einfache, gut überschaubare Faktorenlösung.

Wir streben keine 100% sichere Vorhersage des Therapieerfolgs an, sondern wollen mit Hilfe der später zu definierenden Interpretationsheuristiken aufzeigen, unter welchen Rahmenbedingungen die Vorhersagen verlässlich oder weniger verlässlich sind. Wie wir uns aufgrund dieser Ausgangslage die weitergehende Entwicklung des Messinstruments und dessen Einsatz vorstellen, wird in Kapitel 4 dargestellt.

1.1.3 Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen und das Konzept ‚Remoralisation‘

Der Ruf nach Qualitätssicherung (Selbmann, 1990, 1992, 1995) in der Psychotherapie führte dazu, dass verschiedene Gruppen Qualitätssicherungskonzepte und Fragebogen zu entwickeln begannen, die speziell für die psychotherapeutische Alltagsarbeit eingesetzt werden können (siehe auch Lutz (1997)). Auf einen Aspekt aus dieser Entwicklung, die sich vor allem in den Schriften von Howard und seiner Arbeitsgruppe (K. I. Howard, 1992; Howard, Brill, Lueger, & O'Mahoney, 1991; Howard, Brill, Lueger, O'Mahoney, & Grisson, 1993; Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1992; Howard, Lueger, Martinovich, & Lutz, 1996; K. L. Howard, 1992; McNeilly & Howard, 1991) zeigen, soll hier besonders eingegangen werden.

Lutz (1997 S. 28–29) fasst diese Arbeiten folgendermaßen zusammen:

Aufwand-Wirkungsbeziehung in der Psychotherapie

In einem Literaturüberblick von (HOWARD, KOPTA, KRAUSE, & ORLINSKY, 1986)) (insgesamt 15 Studien mit 2431 Patienten) zeigte sich, dass der therapeutische Fortschritt in Relation zu den aufgewendeten Sitzungen mit einer Probit-Analyse

approximierbar ist. Verbesserungen in der Psychotherapie lassen sich in Form einer konvexen Funktion in Relation zur Anzahl der Sitzungen darstellen. Anders ausgedrückt: zwischen der Wahrscheinlichkeit einer therapeutischen Verbesserung und dem natürlichen Logarithmus der Anzahl der Sitzungen existiert eine lineare Beziehung.

Anschaulich bedeutet dieses Ergebnis, dass ein Großteil der Patienten schon in einer frühen Phase eine Verbesserung erreichen und eine Steigerung der Verbesserungsrate mit zunehmender Stundenzahl deutlich mehr Therapie benötigt. Entsprechend zeigen im Durchschnitt, gemäß der Schätzung aus den Probit-Analysen, 53% Patienten nach der achten Sitzung und 74% der Patienten nach der 26. Sitzung eine Verbesserung.

Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen

Die Weiterentwicklung des ursprünglichen Dosis-Wirkungsmodells führte zu dem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen. Dieses Modell beschreibt unterschiedliche Veränderungsbereiche bzw. Phasen im Verlauf von Psychotherapien und postuliert eine sequentielle Abhängigkeit dieser Bereiche (Howard, Lueger, Mailing, & Martinovich, 1993; Howard, Lueger et al., 1996).

Das Phasenmodell ist als therapieschulenübergreifendes Modell therapeutischer Veränderungen konzipiert und basiert auf den Arbeiten von Frank (1973). Grundannahme ist, dass sich verschiedene Problembereiche von Patienten in unterschiedlicher Geschwindigkeit bzw. phasenweise im Laufe von Therapien ändern. Dabei werden drei Phasen unterschieden: die Remoralisierungsphase, die Remediationsphase und die Rehabilitationsphase.

*In der ersten Phase, der sogenannten **Remoralisierungsphase**, verbessert sich zunächst das subjektive Wohlbefinden des Patienten. Nach den Analysen zum Phasenmodell ist eine Verbesserung auf dieser Dimension relativ früh zu erwarten (vgl. R. J. LUEGER, 1995). Der Patient beginnt in der Regel relativ frühzeitig in der Therapie sich aufgrund von positiven Erwartungen und Hoffnungen besser zu fühlen. Der Therapeut setzt hierzu eine Reihe von unterstützenden Techniken ein.*

Zum Beispiel wirkt in dieser Phase die plausible Erklärung für das Leiden und/oder eine klare Eingrenzung der Symptomatik. In dieser Phase kommen beziehungsrelevante, settingsspezifische und therapeutenbezogene unspezifische Therapiefaktoren zum Tragen (Howard, Lueger et al., 1993; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; R.J. Lueger, 1993; R. J. Lueger, 1995).

*In der **Remediationsphase** ist zusätzlich eine Verbesserung der Symptomatik und/oder eine Lösung aktueller Lebensprobleme, wegen derer die Patientin oder der Patient die Therapie aufgesucht hat, zu erwarten. Das Lernen adaptiver Bewältigungsstrategien und deren dauerhafte Anwendung in kritischen Lebenssituationen sind Aufgabe dieser Phase.*

*Die **Rehabilitationsphase** schließt sich an die ersten beiden Phasen an. Ziel dieser Phase ist die Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus sowie das Erlernen neuer Rollen. Die Verbesserung, Wiederherstellung, Entwicklung oder Etablierung des Funktionsniveaus kann sich dabei auf einen oder*

unterschiedliche Lebensbereiche beziehen, wie z.B. Arbeit, Beruf, Partnerbeziehung, Elternrolle, etc.

Das Modell sieht die Möglichkeit vor, dass Patienten z.B. mit psychotherapeutischen Vorerfahrungen erst in dieser Phase in die Psychotherapie einsteigen (vgl. R.J. Lueger, 1993; R. J. Lueger, 1995).

Abbildung 2 zeigt die Muster der Verbesserung bezüglich der Komponenten des Phasenmodells (zur Operationalisierung der Phasen, s.u.). Das Wohlbefinden (Remoralisierung) verbessert sich deutlich schneller als die Symptome (Remediation). Die Symptomatik wiederum verbessert sich schneller und ausgeprägter als das allgemeine Funktionsniveau (Rehabilitation).

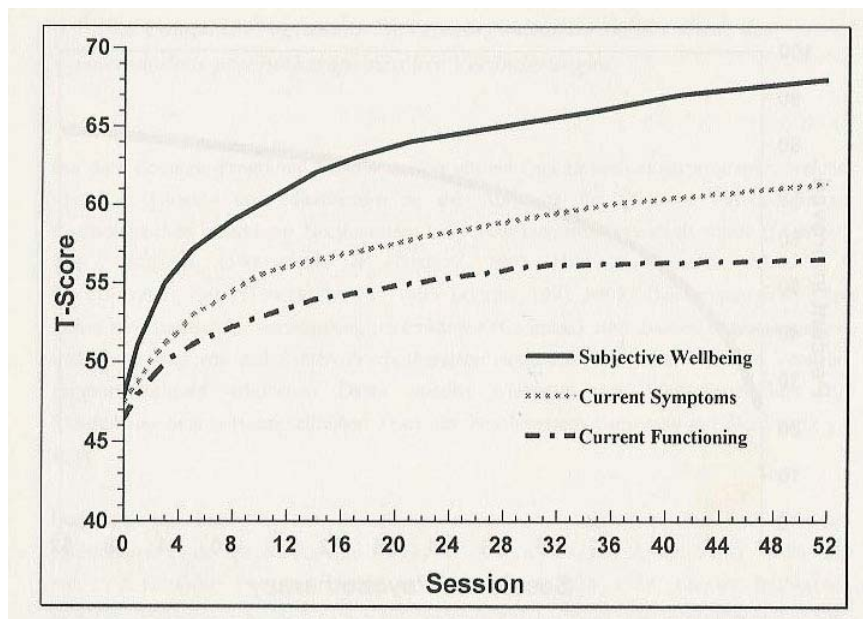


Abbildung 2: Aufwand-Wirkungsbeziehung für die unterschiedlichen Dimensionen des Phasenmodells für erfolgreich behandelte Patienten (aus Lueger 1995, S 271).

Das Phasenmodell postuliert weiterhin eine probabilistische sequentielle Abhängigkeit der drei Phasen. Die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens (klinisch signifikante Verbesserung s.u.) ist eine probabilistisch notwendige Bedingung für eine Verbesserung der Symptomatik. Eine Verbesserung der Symptomatik kann als eine probabilistisch notwendige Bedingung für eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angesehen werden. Entsprechende Analysen stützten diese Annahme einer probabilistischen sequentiellen Kausalität der drei Phasen (Howard, Brill et al., 1993; R. J. Lueger, 1995).

Die Analyse der Verbesserungsraten diagnostischer Subgruppen zeigte differentielle Veränderungsmuster. Die Veränderungsraten der Komponenten des Phasenmodells sind für komorbide Patienten im Vergleich zu Patienten mit einer Angststörung oder einer depressiven Störung ungünstiger. Patienten mit einer Angststörung zeigen im Vergleich die günstigsten Besserungsraten bezüglich der Remediation (Symptomatik) und Rehabilitation (allgemeines Funktionsniveau). Komorbide Patienten erreichen zwar im Durchschnitt eine Verbesserung im Bereich der Symptomatik, wenn auch nicht so deutlich ausgeprägt wie Patienten mit einer depressiven Störung oder einer

Angststörung; sie profitieren allerdings im Bereich des allgemeinen Funktionsniveaus im Vergleich deutlich weniger von der Psychotherapie (R. J. Lueger, 1995).

Aus dem beschriebenen Modell und den vorhandenen Befunden zu therapeutischen Veränderungen wurden Entscheidungsregeln für ein Monitoring von Psychotherapien bzw. zur Qualitätssicherung formuliert (vgl. z.B. R.J. Lueger, 1993; R. J. Lueger, 1995).

Das von Lutz zusammengefasste Phasenmodell macht auf wichtige Aspekte aufmerksam, die in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls berücksichtigt werden müssen.

- Die ersten Veränderungen im Erleben eines Psychotherapiepatienten sind im Bereich der Remoralisierung zu suchen.
- Es scheint, dass Remoralisierung eine Voraussetzung für die Verbesserung in den anderen Bereichen darstellt.
- Komorbide Patienten werden sich bezüglich der Verbesserung im Verlauf der ersten Sitzungen von ‚einfach‘ gestörten Patienten unterscheiden. Die Prädiktion des Therapieerfolgs wird bei solchen Patienten schwieriger sein.
- Es ist anzunehmen, dass Items des Stundenbogens, die den Aspekt der Remoralisierung abdecken, ein besonderes Potential für die Prädiktion des Therapieerfolgs haben.
- Da keine genauen diagnostischen Angaben zu den Patienten vorliegen, muss versucht werden, anhand der Prä-Messung einfach-gestörte von komorbid-gestörten Patienten zu unterscheiden.
- Inwieweit die beiden anderen Phasen (Remediationsphase und Rehabilitationsphase) durch den Berner Patientenstundenbogen abgebildet werden können, wird im Kapitel 4 diskutiert.

1.1.4 Die schnellen Besserungen zu Beginn der Therapie

Klaus Grawe (1998) beschreibt in seinem Buch ‚Psychologische Therapie‘ bereits im einleitenden Kapitel das Phänomen der schnellen Besserung zu Beginn der Therapie. Dieses Phänomen ist mir immer wieder aufgefallen. Einerseits in der praktischen Arbeit mit Patienten, aber auch beim Betrachten der Prozessfigurationen von unterschiedlichsten Therapien. Es stellt sich die Frage, ob es sich bei diesem Phänomen um eine verlässliches ‚Vorurteil‘ handelt, welches auch als Prädiktor für den gesamt Therapieerfolg Gültigkeit hat, so wie es auch das Phasenmodell (siehe oben) nahe legt oder um einen ‚Honey-Moon Effekt‘, der vor allem die erste Phase der The-

rapie kennzeichnet und durch die empirische Aufarbeitung eher kurzer Therapien verstärkt beobachtet wird.

Für unsere Fragestellung bedeute dies, dass wir zumindest prüfen, ob kurze Therapien besser vorhergesagt werden. Falls sich Unterschiede bei der Vorhersage für verschiedene lange Therapien ergeben, kann damit natürlich nur aufgezeigt werden, dass kurze und lange Therapien unterschiedlich beurteilt werden müssen, die zugrunde liegenden Phänomene müssten dann weiter untersucht werden.

1.2 Zusammenfassung der Fragestellungen

Zusammenfassend sollen hier noch einmal die Fragestellung der vorliegenden Arbeit aufgeführt werden.

Braucht es überhaupt einen Patientenstundenbogen?

Kann der Therapeut nicht aufgrund seines Eindrucks und seiner Erfahrung ebenso gut beurteilen, wie die Therapie läuft?

Welche Vorteile bringt die Verwendung eines Patientenstundenbogens?

Braucht es so viele Fragen (29), um eine sichere Aussage zu erhalten, würden nicht viel weniger Fragen, zum Beispiel fünf, genügen?

Welche Items sind die besten Prädiktoren für den Therapieerfolg?

Ist ein Fragebogen nach jeder Sitzung dem Patienten überhaupt zumutbar?

Ist der Aufwand für Erfassung und Auswertung gerechtfertigt?

Wie kann der Praktiker die Resultate für die Gestaltung des Therapieprozesses nutzen?

Welche Rolle spielt die Remoralisation? Kann die Remoralisation mit dem Stundenbogen gemessen werden?

Unterscheidet sich die Genauigkeit der Vorhersage bei unterschiedlichen Therapielängen?

Bei welchen Patienten ist die Vorhersage des Therapieerfolgs besonders schwierig?

Welche weiterführende Forschung kann aufgrund dieser Arbeit angeregt werden?

Die Beantwortung dieser Fragen dient einem Hauptziel der vorliegenden Arbeit, nämlich den viel beklagten Graben zwischen Psychotherapieforschung und Psychotherapiepraxis zu verkleinern.

2 Methode

2.1 Gewählte Darstellungsform für die Präsentation der Deskriptiven Statistik

Wir schließen uns Cohen(1990) an, der einfache grafische Auswertungsstrategien fordert („simple is better“), um eine Vorstellung über die verwendeten Daten zu erhalten. Im Folgenden werden Verteilung und Kennzahlen der wichtigsten Variablen dargestellt. Aus Platz- und Lesbarkeitsgründen haben wir darauf verzichtet, alle Resultate im Text zu zeigen. Wir möchten den Leser auffordern, die im Anhang vollständig aufgeführten Grafiken und Tabellen mit in das Studium dieser Arbeit einzubeziehen.

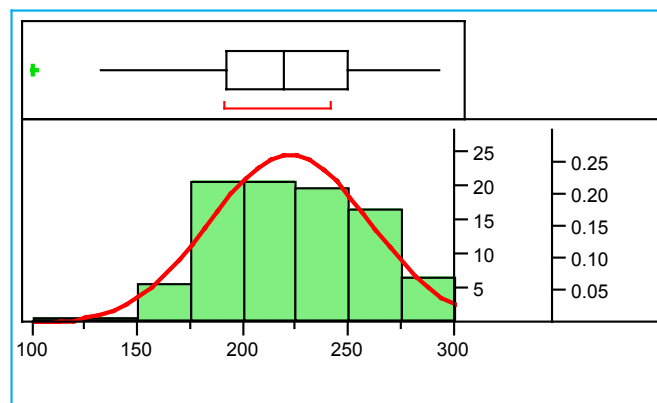


Abbildung 3: Beispielgrafik: Deskriptive Statistik VEV-Gesamtwert.

Beispielhaft wird an der Abbildung 3 (VEV-Gesamtwert) die grafische Darstellungsform erklärt. Das Histogramm mit zusätzlichem ‚Outlier Box Plot‘, zeigt die Verteilung der VEV-Gesamtwerte auf der Rohdatenskala (x-Achse).

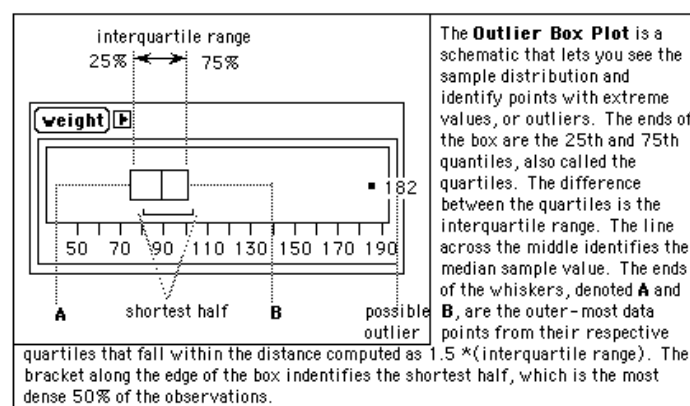


Abbildung 4 Erklärung zu den Outlier Box Plots JMP© SAS.

Die rote Normalverteilungslinie gibt die Möglichkeit abzuschätzen, wie nahe die empirische Verteilung einer Normalverteilung kommt. Die erste y-Achse gibt die absolute Anzahl wieder, die zweite y-Achse die relative. Es ist also auf einen Blick ersichtlich, dass mehr als 80% der Fälle einen Wert über 175 erreicht haben.

Abbildung 4 erklärt, wie die Outlier Box Plots gelesen werden müssen.

2.2 Material

Die erste Stichprobe für diese Untersuchung wurde über mehrere Jahre an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern gesammelt. Einfachheitshalber wird sie im folgenden Text nur noch als Berner-Stichprobe⁴ bezeichnet. Die zweite Stichprobe, die zur Überprüfung der Faktorenstruktur des Berner Patientenstundenbogens hinzugezogen wurde, stammte aus dem Forschungsprojekt ‚Wirkprozesse der Bulimiebehandlung‘ der Universität Freiburg. Sie wird als Freiburger-Stichprobe bezeichnet.

2.2.1 Berner Stichprobe

Die Berner Stichprobe umfasst 95 Patienten und Patientinnen, die in den Jahren 1988 bis 1995 an der Praxisstelle in Behandlung waren. Sie wurden in verschiedenen Settings und mit unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen behandelt (siehe dazu 2.2.1.8.). Aus den weiteren Angaben zu der Stichprobe wird ersichtlich, wie heterogen sich diese darstellt und damit die ideale Ausgangslage für die vorliegende Arbeit darstellt.

2.2.1.1 Patienten

Die Patientenpopulation setzt sich aus zwei Gruppen zusammen. Die erste eigentliche Patientenstichprobe umfasst 85 Patienten, die zweite Gruppe ergibt sich aus neun Systemmitgliedern, das heißt Partner/Partnerinnen oder Familienangehörigen, die regelmäßig mit an der Therapie teilnahmen und einem Patienten, bei dem keine Postmessung vorlag. In die Faktorenanalysen flossen immer die Daten aller 95 Patienten mit ein. Bei Analysen, in denen Prä- und Postmessungsergebnisse mit einbezogen wurden, konnten die neun Systemmitglieder und dieser eine Patient nicht mit

⁴ Für die Geduld beim Ausfüllen der Fragebogen sei den Patienten gedankt. Für das sorgfältige Erfassen der Daten am PC, ebenfalls ein Dankeschön an die verschiedenen Personen. Für die Möglichkeit, die Daten für die vorliegende Untersuchung zu verwenden, sei Klaus Grawe gedankt.

berücksichtigt werden, da für diese nur unvollständige Prä-Postmessungen vorlagen. Unten wird die Gesamtgruppe (N=95) und die Untergruppe (n= 85) vorgestellt.

Geschlechtsverteilung

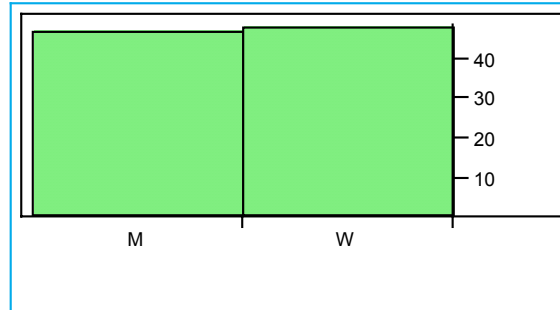


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung der Patienten der Berner Stichprobe N= 95.

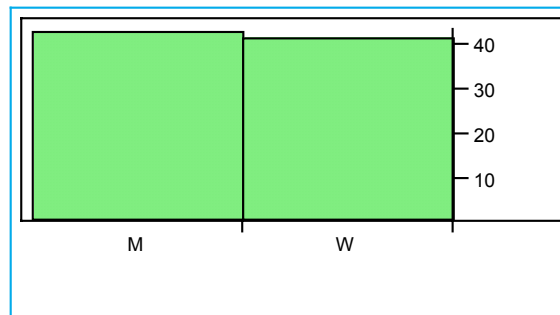


Abbildung 6: Geschlechtsverteilung der Indexpatienten der Berner Stichprobe n= 85.

Die Geschlechterverteilung ist fast gleichmäßig. Die Altersverteilung zeigt eine deutliche Häufung von Patienten um die 35 Jahre.

Altersverteilung

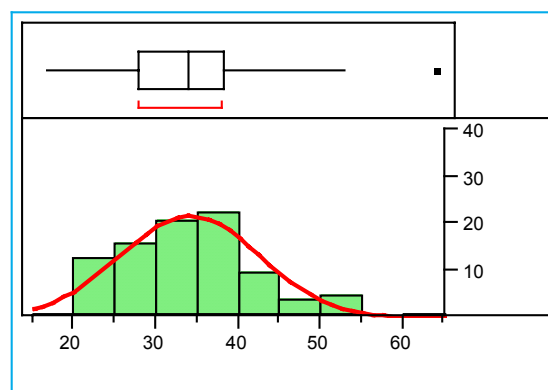


Abbildung 7: Die Altersverteilung der Berner Stichprobe (Median= 50.0% bei 35 Jahre)

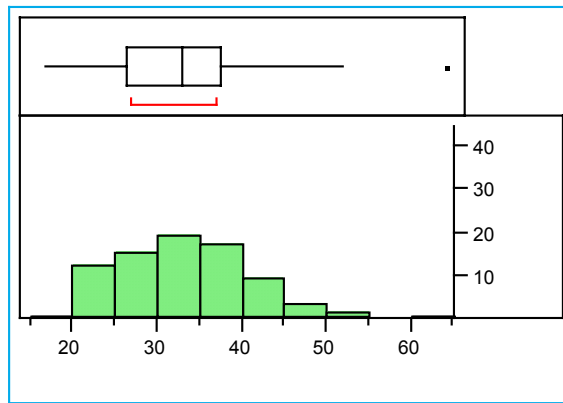


Abbildung 8: Die Indexpatienten der Berner Stichprobe (Median= 50.0% bei 34 Jahre)

Leider gibt es keine weiteren demografischen Angaben zur Berner Stichprobe und auch keine vollständige Erfassung der Diagnosen. (Eine diagnostische Einordnung nach DSM-IV oder ICD-10 erfolgte in diesen Jahren an der Psychotherapeutischen Praxisstelle noch nicht routinemäßig.) Die Lizentiatsarbeit von Brüttsch (1994) beschreibt eine Schnittmenge dieser hier untersuchten Patienten. Mit sehr viel Aufwand wurden in dieser Arbeit im Nachhinein Diagnosen und Problembereiche des Klientel aufgrund von Videoaufnahmen und Fallkonzeptionen erfasst. In der Diskussion ihrer Ergebnisse beschreibt Brüttsch (1994) das Klientel der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern als eine ambulante Patientenpopulation mit heterogenen, klinisch bedeutsamen Störungen. Drei Störungsbereiche stehen im Vordergrund: depressive Störungen, selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen sowie andere zwischenmenschliche Probleme (DSM-IV, V-Kodierungen). Bei den depressiven Patienten zeigte sich, dass diese einer schwer gestörten Gruppe zuzuordnen sind. Meist wird zusätzlich zur depressiven Störung noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

2.2.1.2 Erfassung des Ausmaßes der Störung und des Therapieerfolgs

Obwohl keine Diagnosen erhoben wurden, kann das Ausmaß der Störung der Berner Stichprobe sehr genau beschrieben werden. Umfangreiche Fragebogenbatterien wurden zu Beginn und am Ende der Therapie den Patienten vorgelegt. Die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Messmittel werden inhaltlich kurz vorgestellt. Gleichzeitig werden anhand der deskriptiven Statistik die Daten der Berner Stichprobe präsentiert. Es werden die Verteilungsgrafiken der integrierten Messwerte dargestellt. Eine Übersicht über alle Skalen findet sich im Anhang.

2.2.1.2.1 Standardisierte Veränderungsmaße und Effektstärken ES

Alle Werte werden z-transformiert oder in Effektstärken (ES) ausgedrückt. Bei zwei Messmitteln (GAS und VEV) werden die Rohwerte ebenfalls gezeigt, weil sie direkte

Hinweise zum Ausmaß der Veränderung geben. Auf die z-Transformation wird nicht weiter eingegangen, da sie allgemein bekannt ist. Die Effektstärkenberechnung hingegen ist nicht so geläufig und wird auch unterschiedlich durchgeführt. Sie hat gegenüber dem Prä-Post-Vergleich den Vorteil, über alle Messmittel eine einheitliche und somit vergleichbare Größe zu schaffen. Die von Grawe verwendete Berechnungsart standardisiert die Prä-Post-Messungsdifferenz mit der Standardabweichung der Prä-Messung der untersuchten Population.

$$ES = \frac{(Mw_{prä} - Mw_{post})}{s_{prä}}$$

Die hier verwendete Effektstärkenberechnung unterscheidet sich von den Effektstärkenberechnungen in Metaanalysen. In solchen Analysen wird meist die Differenz zwischen Kontrollgruppe und Versuchsgruppe an der Streuung der Kontrollgruppe standardisiert (Rosenthal, 1991).

Bei direkten Veränderungsmassen wird keine Prä-Messung durchgeführt, deshalb kann auch keine Differenz standardisiert werden. Um trotzdem eine einheitliche Skala zu erhalten, werden die direkten Veränderungsmasse an der Streuung der Post-Messungen standardisiert, was einer z-Transformierung entspricht.

Effektstärken geben einen über unterschiedliche Messmittel vergleichbaren Veränderungswert an. Sie sagen aber nichts über die effektive Höhe der Postwerte und über die klinische Relevanz der Veränderungen.

Erfolgsbeurteilungen nur aufgrund von Effektstärken sind deshalb schwierig. (Obwohl ein Patient eine ES von mehr als 1 erreicht, kann er trotzdem bei der Post-Messung noch massiv im gestörten Bereich liegen. Er hat sich zwar gegenüber dem Prä-Wert deutlich verbessert, ist aber immer noch als ‚gestört‘ anzusehen.) Für Erfolgsbeurteilungen müssen deshalb zumindest die Prä-Werte mit berücksichtigt werden.

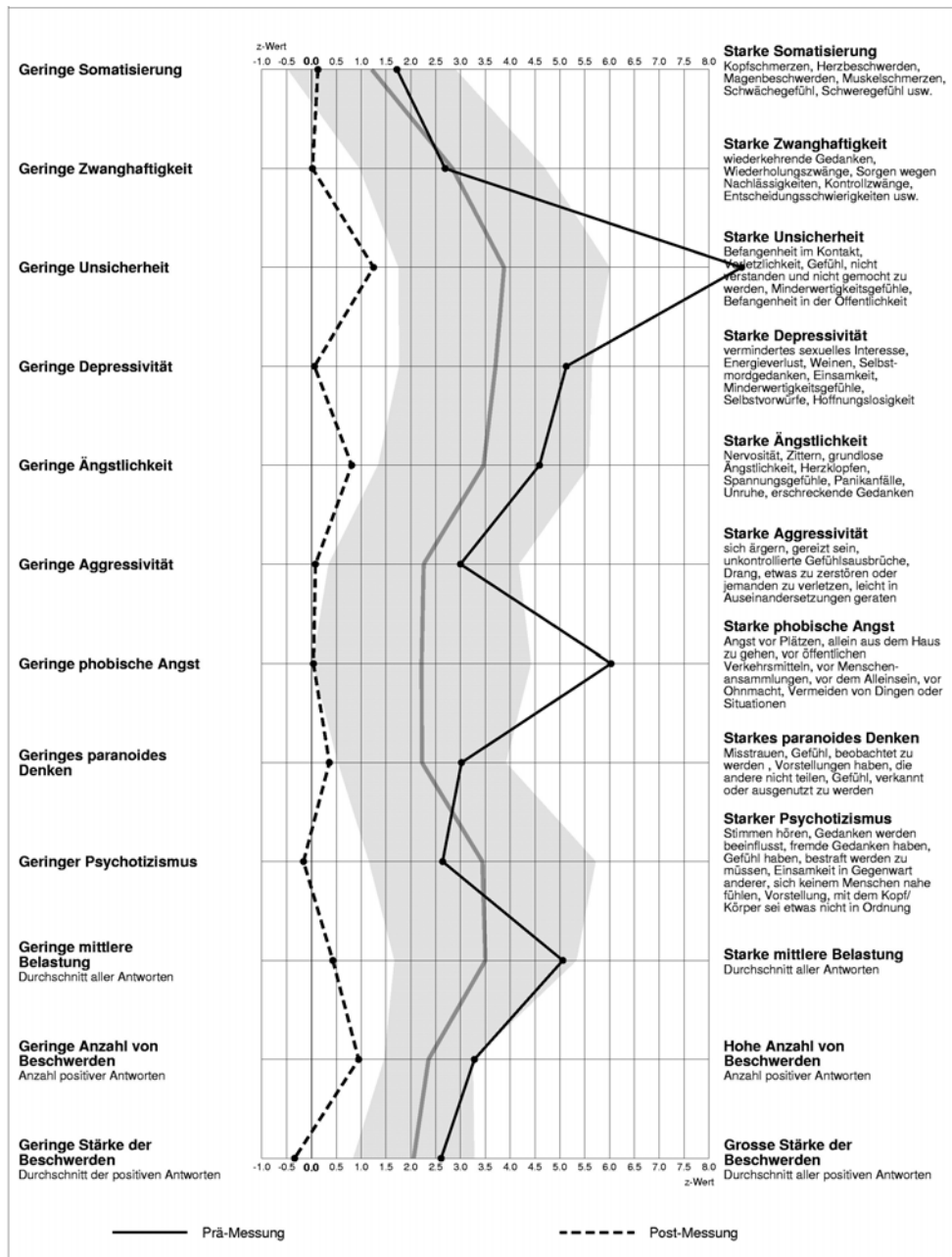


Abbildung 9: SCL-90R Figuration mit Prä- und Post-Messung. Die Werte des Patienten werden vor dem Mittelgrund einer Vergleichsgruppe (Prä-Messungen der Patientenpopulation der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern) und dem Hintergrund der Normalpopulation (Testmanual) auf einer z-Wertskala dargestellt.

Aus diesen Gründen wird die alleinige Verwendung von Effektstärkenvergleichen in Psychotherapie- und noch mehr in Metastudien kritisiert (Jacobson & Truax, 1991). Es wird verzichtet, hier noch einmal das Konzept der ‚Klinischen Signifikanz‘ zu erläutern. Es finden sich dazu bereits verschiedene Zusammenstellungen und Diskussionen (Braun, 1998; Braun & Regli, 2000; Brüttsch, 1994; Jacobson & Truax, 1991; Spörri-Fahrni, 1994). Die Beurteilung, ob eine Veränderung klinisch signifikant und

reliabel ist, gehört mit zu einer Erfolgseinschätzung von Psychotherapie. Die Figurationsanalysen (Grawe, 1991; Grawe, 1993; Grawe & Braun, 1994; Grawe & Braun, 1995) ermöglichen, zumindest in der Betrachtung des Einzelfalls vor dem Hintergrund der Normal- und dem Mittelgrund der relevanten Bezugsgruppe, eine Annäherung an die Forderung nach Beurteilung der klinisch signifikanten und reliablen Änderung.

2.2.1.3 Standardisierte Erfolgsmaße

2.2.1.3.1 Symptom-Check-Liste (SCL-90R)

Die revidierte Fassung der Symptom-Check-Listen (Derogatis, 1977) umfasst 90 Items, die auf einer fünfstufigen Skala (‘überhaupt nicht’ bis zu ‘sehr stark’) eingeschätzt werden. Neun Symptombereichsskalen und drei zusammenfassende Skalen werden berechnet.

Symptombereiche:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt
- Depressivität
- Ängstlichkeit
- Aggressivität und Feindseligkeit
- Phobische Angst
- Paranoides Denken
- Psychotizismus (Fremdheit)

GSI (global severity index): allgemeine psychische Belastung, PSDI (positive symptom distress index): Intensität der Antworten und PST (positive symptom total): Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, sind die aus den Symptomskalen errechnete Zusammenfassung. Für die Erfolgsmessung und die anschließenden Zusammenhangsberechnungen werden in dieser Arbeit der GSI (MW über Item 1...Item 90) und ein integrierter Wert über die neun Symptomskalen (MW über S1...S9) verwendet. Die Messwerte sind immer z-transformiert. Positive hohe Werte deuten auf eine ausgeprägte Störung hin. Die Differenzwerte für die Erfolgsberechnung sind in Effektstärken (ES) umgewandelt, d.h. die Prä-Post-Differenzwerte werden mit der Streuung der Prä-Messung standardisiert. Positive ES deuten auf eine Verbesserung, negative ES auf eine Verschlechterung hin. Im Text werden nur die Grafiken für den Global Symptom Index gezeigt. Im Anhang werden alle Skalen dargestellt.

Global Symptom Index (GSI) Prä (z-Werte)

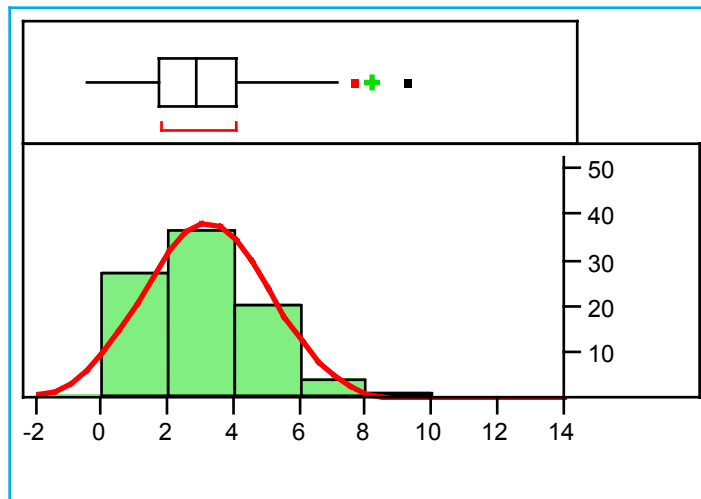


Abbildung 10: GSI Prä z-Werte Berner Stichprobe: Mean= 3.23 Std Dev= 1.93 n= 85; es sind drei Ausreisser zu sehen.

Global Symptom Index (GSI) Post (z-Werte)

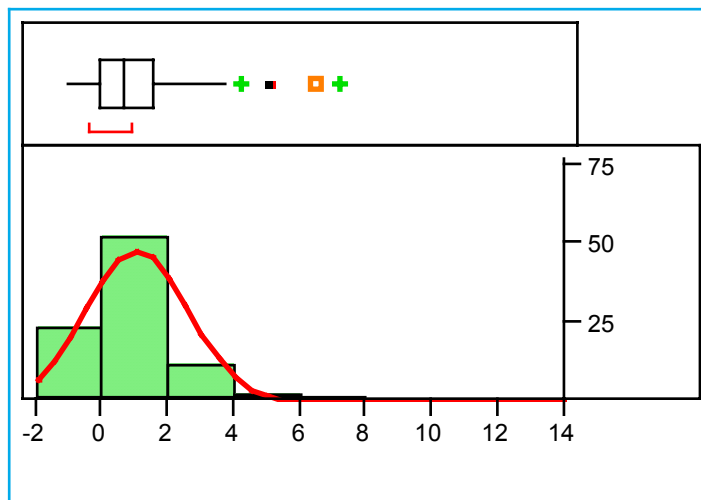


Abbildung 11: GSI Post z-Werte Berner Stichprobe: Mean= 1.03 Std Dev= 1.56 N= 94.

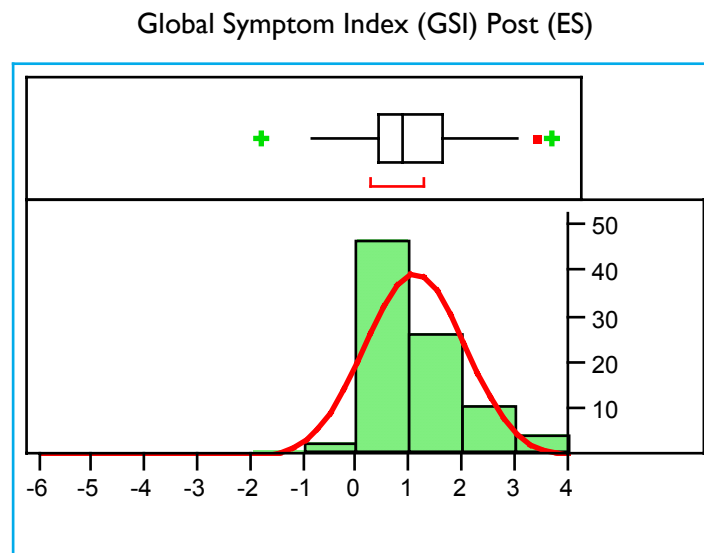


Abbildung 12: GSI Post ES Berner Stichprobe: Mean 0.63 Std Dev 0.77 n= 85

Der GSI bei der Prä-Messung liegt bei der Berner Stichprobe relativ hoch (z-Wert=3.23). Dies ist aber für Messungen mit dem SCL-90R typisch. Die Post-Messung (z-Wert) wird hier auch noch gezeigt. Bei den anderen Messmittel wird aus Platzgründen darauf verzichtet. Die standardisierte Differenz bei der Post-Messung liegt bei $ES=0.63$.

Da für die Berner Stichprobe keine vollständige ICD- oder DSM-Diagnostik zur Verfügung stand, wurde anhand einer Clusteranalyse versucht gewisse Störungsgruppen zusammenzufassen. Zur Methode der Clusteranalyse und der gewählten Auswertungsstrategie siehe Kapitel 2.3.3. Die Anzahl sinnvoll interpretierbarer Cluster wurde mit der Ward-Methode und inhaltlicher Bedeutsamkeit ermittelt. In der unten stehenden Abbildung sind das Dendogramm und der Cluster-Distanz-Graph zu sehen. Dieser Graph ist ähnlich zu lesen wie der Verlauf des Eigenwertes in der Faktorenanalyse. Vor dem Knick in der Kurve können die Cluster als deutlich voneinander unterscheidbar betrachtet werden. Mit der k-means-Methode wurde danach die Verteilung der Individuen auf die 4 Cluster optimiert.

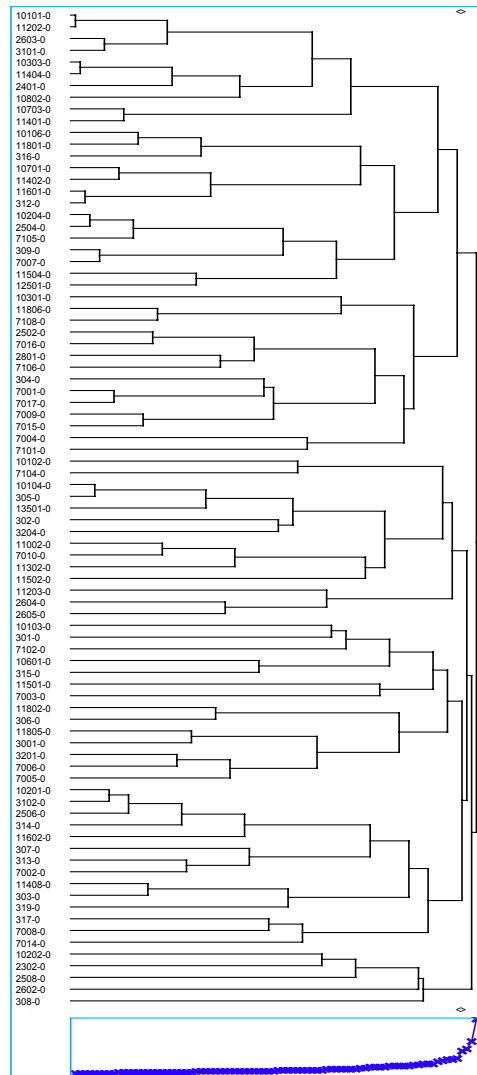
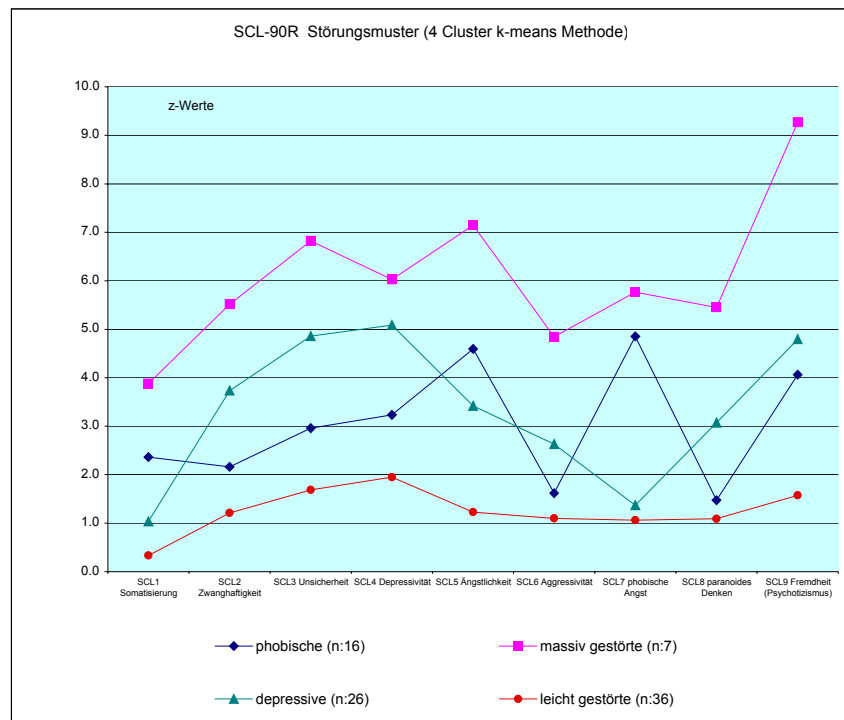


Abbildung 13: Dendrogram (Hierarchical Clustering, Method = Ward) der 95 Patienten aus der Berner Stichprobe. Im unteren Diagramm ist bei 4 Clustern ein deutlicher Knick in der Kurve ersichtlich. Alle weiteren statistischen Auswertungen finden sich im Anhang.

Die vier gefundenen Patientengruppen bezeichnen wir als ‚phobische‘ (phobisch und ängstlich), ‚massiv-gestörte‘, ‚depressive‘ und ‚leicht gestörte‘. Im Anhang finden sich weitere Analysen, die diese Gruppen genauer beschreiben. Um die Stichprobenabhängigkeit der Clusteranalyse zu überprüfen, wurde der Datensatz nach einem Zufallskriterium geteilt und noch einmal analysiert.



k-means Methode	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
SCL: Störungsmuster (4_Cluster)	phobisch (n:16)	massiv gestörte (n:7)	depressive (n:26)	leicht gestörte (n:36)
SCL1 Somatisierung	2.37	3.88	1.04	0.33
SCL2 Zwanghaftigkeit	2.16	5.51	3.73	1.21
SCL3 Unsicherheit	2.96	6.82	4.86	1.69
SCL4 Depressivität	3.24	6.02	5.09	1.95
SCL5 Ängstlichkeit	4.59	7.15	3.42	1.23
SCL6 Aggressivität	1.62	4.85	2.63	1.10
SCL7 phobische Angst	4.85	5.77	1.37	1.06
SCL8 paranoides Denken	1.48	5.45	3.07	1.09
SCL9 Fremdheit (Psychotizismus)	4.07	9.27	4.79	1.57
n Patienten	16	7	26	36

Abbildung 14: Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe n= 85

Im nach einem Zufallskriterium geteilten Datensatz lassen sich die im Gesamtdatensatz aufgefundenen Cluster wieder finden. Der ‚massiv-gestörte‘ und der ‚leicht-gestörte‘ Cluster ist im zweiten Halbdatsatz weniger ausgeprägt. Der ‚phobische‘ und der ‚depressive‘ Cluster ist in beiden Halbdatsätzen sehr ähnlich. Die unten stehenden Grafiken und Tabellen zeigen die Zuordnung in den beiden Halbdatsätzen. Die Zuordnung auf die Cluster des Gesamtdatensatzes unterscheidet sich signifikant von einer zufälligen Verteilung. Aufgrund dieser Cluster-Analysen gehen wir davon aus, dass wir die Patienten-Stichprobe in die oben genannten Untergruppen aufteilen können. Diese Aufteilung wird vor allem bei der Bildung der heuristischen Interpretationsregeln für den Therapiealltag (Kapitel 4) zur Verwendung kommen.

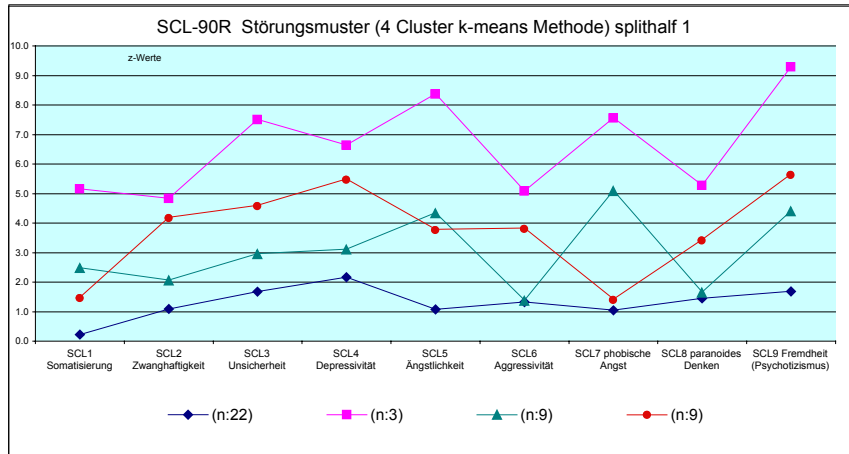


Abbildung 15: Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe splithalf n= 43

Tabelle 8: Splithalf 1 Zuordnung auf die Störungscluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.

		1	2	3	4	
SCL Cluster splithalf 1	Count					
	Col %					
	1	20	0	2	0	22
		90.91	0.00	18.18	0.00	
	2	0	0	0	3	3
	0.00	0.00	0.00	100.00		
3	2	7	0	0	9	
	9.09	100.00	0.00	0.00		
4	0	0	9	0	9	
	0.00	0.00	81.82	0.00		
		22	7	11	3	43

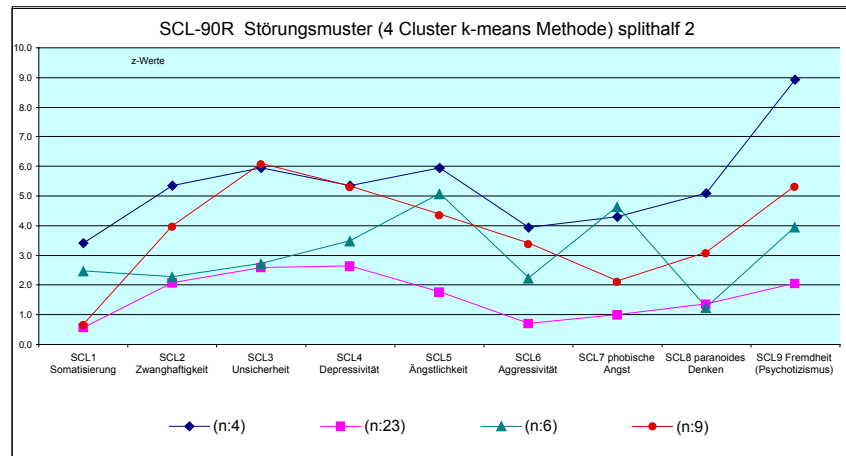


Abbildung 16: : Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe n= 42

Tabelle 9: Splithalf 2 Zuordnung auf die Störungscluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.

		SCL_Störungsmuster_4Cl				
		1	2	3	4	
SCL Cluster splithalf2	Count	0	0	2	2	4
	Col %	0.00	0.00	11.76	100.00	
	1	16	0	7	0	23
	2	100.00	0.00	41.18	0.00	
	3	0	6	0	0	6
4	0.00	85.71	0.00	0.00		
5	6	0	1	8	0	9
7	8	0.00	14.29	47.06	0.00	
9	Total	16	7	17	2	42

2.2.1.3.2 U-Fragebogen (UFr)

Der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen) (Ullrich de Mynck & Ullrich, 1977b) dient zur Selbsteinschätzung verschiedener sozialer Ängstlichkeit und soll objektive, quantifizierbare Informationen über den Störungsbereich sozialer Angst und sozialer Inkompetenz ermöglichen. 65 Items werden auf einer 6-stufigen Skala (,trifft nicht zu' bis ,trifft voll und ganz zu') eingeschätzt. Aus den Items werden sechs Themenbereiche zusammengefasst:

- Fehlschlag und Kritikangst
- Kontaktangst
- Nicht fordern können
- Nicht-nein-Sagen-Können
- Schuldgefühle
- Normabhängigkeit/Anständigkeit

Für die Zusammenhangsberechnung wird ein integrierter Wert über alle sechs Skalen berechnet.

U-Fragebogen Prä (z-Werte)

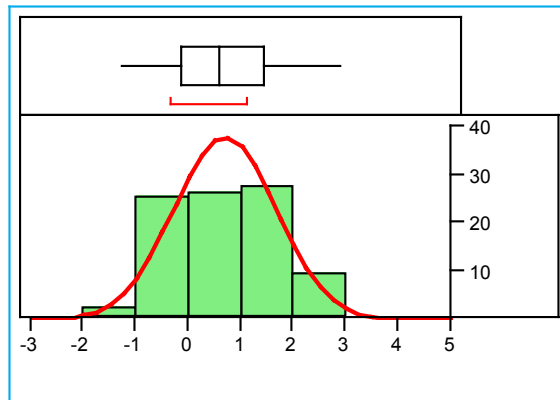


Abbildung 17: U-Fragebogen z-Werte Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.68 Std Dev= 0.98 n= 94.

U-Fragebogen Prä-Post (ES)

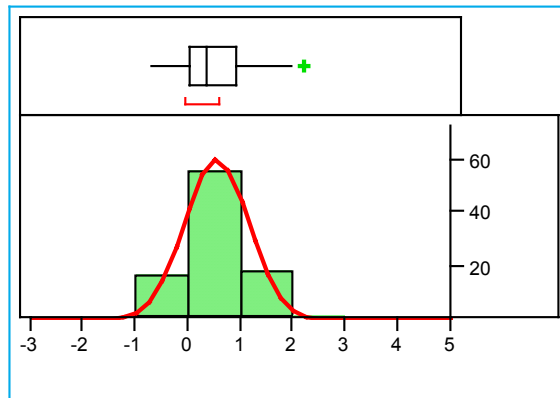


Abbildung 18: U-Fragebogen ES Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.52 Std Dev= 0.62 n= 93.

Die breite Streuung in der Prä-Messung deutet daraufhin, dass sehr unterschiedlich unsichere Patienten in der Berner Stichprobe vorkommen. Dementsprechend ist auch die Veränderung am Ende der Therapie relativ bescheiden (ES=0.62).

2.2.1.3.3 Das Emotionalitätsinventar (EMI-B)

Das Emotionalitätsinventar EMI-B wird aus 70 zweipoligen Begriffspaaren aus gegensätzlichen Eigenschaftsworten gebildet. Auf sechs Stufen erfasst das Emotionalitätsinventar (EMI-B) (Ullrich de Myneck & Ullrich, 1977a) die vorherrschenden Gefühle und Befindlichkeiten zwischen den beiden Polen.

Der EMI-B ist speziell zur Therapiekontrolle emotionaler Veränderungen entwickelt worden. Er erlaubt differenzierte Aussagen über innere und äußere Störungsbedingungen und das Ausmaß emotionaler Reaktionen.

- Ängstliches versus angstfreies Befinden
- Depressive versus frohe Stimmung
- Aggressive versus nachgiebige Stimmung
- Gehemmtes versus spontanes Befinden
- Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühle
- Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden

Für die Zusammenhangsberechnung wird ein integrierter Wert über alle sechs Skalen berechnet.

EMI-B Prä (z-Werte)

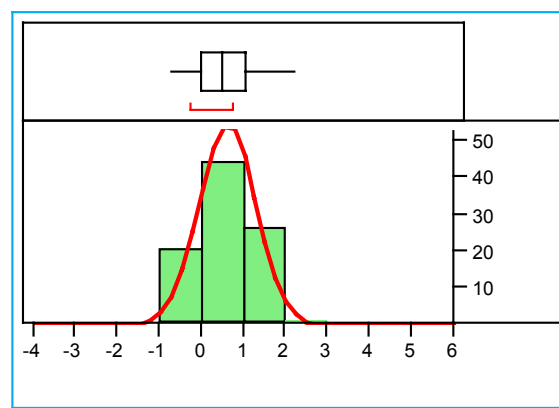


Abbildung 19: EMI z-Werte der Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.60 Std Dev:0.69 n= 94.

EMI-B Prä-Post (ES)

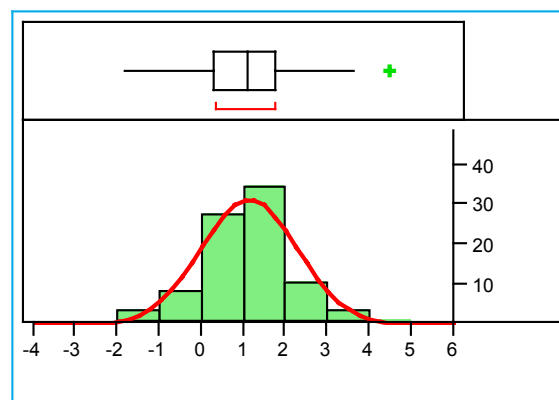


Abbildung 20: ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 1.11 Std Dev= 1.16 n= 92

Die beiden Grafiken zum EMI-B zeigen sehr schön, wie gut sich das Emotionalitätsinventar zur Erfolgsmessung eignet. Trotz eines relativ kleinen z-Wertes bei der Prä-Messung, lässt sich eine respektable Veränderung (ES= 1.11) erreichen. Das deutet darauf hin, dass dieses Messmittel Veränderungen sehr sensibel erfasst.

2.2.1.3.4 Giessentest (G_i)

Der Giessentest von Beckmann und Richter (1972) ist ein Fragebogen zur Erfassung des Selbstbildes und wird im klinischen Bereich des deutschen Sprachraums sehr häufig angewendet. Der Schwerpunkt liegt auf psychosozialen Merkmalen und bezieht soziale Einstellungen und Reaktionen mit ein. Der Test umfasst sechs Skalen, die aus jeweils sechs Items gebildet werden.

- Soziale Resonanz
- Dominanz
- Kontrolle
- Grundstimmung
- Durchlässigkeit
- Soziale Potenz

Der Test kann zur Selbst- und Fremdbeurteilung eingesetzt werden. Hier werden nur die Werte der Selbsteinschätzung verwendet.

Giessen-Test Selbsteinschätzung Prä (z-Werte)

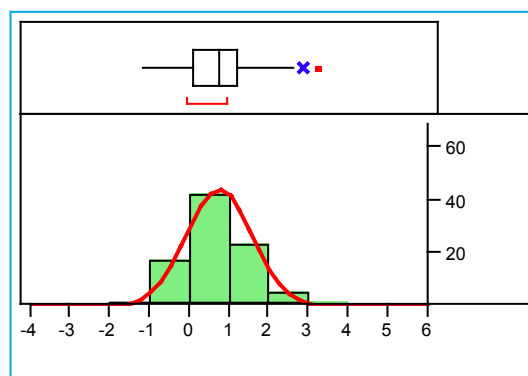


Abbildung 21: GiS z-Wert der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.73 Std Dev= 0.85 n= 94.

Giessen-Test Selbsteinschätzung Prä-Post (ES)

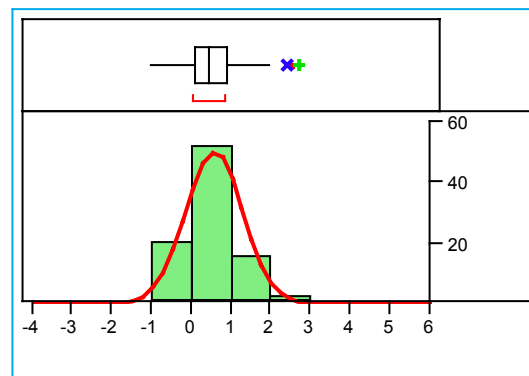


Abbildung 22: GiS ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.55 Std Dev= 0.73 n= 93.

2.2.1.3.5 IPC-Fragebogen (IPC)

Der IPC-Fragebogen von Krampen (1981; Levenson, 1972) enthält drei Skalen zu Kontrollüberzeugungen, die mit je acht Items erfasst werden.

- I-Skala: Internalität, d.h. die subjektiv von der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt.
- P-Skala: Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der sozialen Machtlosigkeit oder durch ein Gefühl sozialer Abhängigkeiten von anderen, bedingt ist.
- C-Skala: Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, dass das Leben und Ereignisse vom Schicksal, Glück oder Pech und Zufall abhängen.

Wie aus den folgenden Abbildungen ersichtlich ist, ließ sich mit dem IPC weder ein großes Ausmaß an Störung noch eine wesentliche Veränderung messen. Trotzdem wurde dieses Messmittel mit in die Untersuchung einbezogen, mit der Hoffnung, dass es bei der Bildung von Patientengruppen nach Prä-Messungsmerkmalen hilfreich sein könnte.

IPC-Fragebogen Prä (z-Werte)

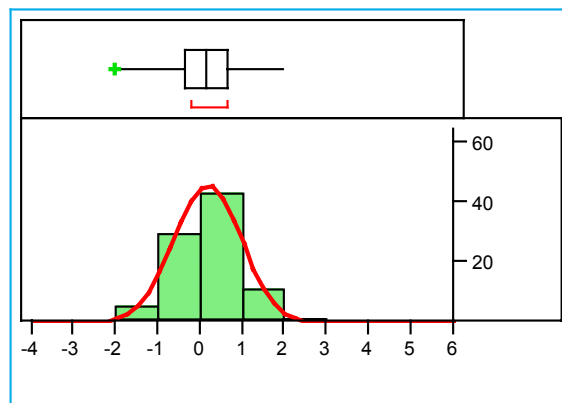


Abbildung 23: IPC z-Wert der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.14 Std Dev= 0.81 n= 94

IPC-Fragebogen Prä-Post (ES)

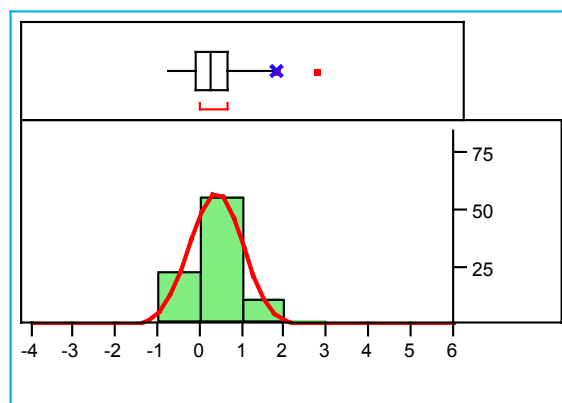


Abbildung 24: IPC ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.35 Std Dev= 0.64 n= 93.

2.2.1.4 Subjektive Erfolgsmaße

Unter subjektiven Erfolgsmaßen verstehen wir direkte Erfolgsmessungen, meist sind es Ein-Punktmessungen, in denen der Patient retrospektiv seine Veränderung einschätzt. Nur gerade beim Goal Attainment Scaling bestimmt der Patient die Ausgangsbasis und schätzt auf einer von ihm definierten Skala die Zielerreichung ein (siehe Kapitel 2.2.1.4.2). Subjektive Maße sind für die Erfolgsmessung von Psychotherapie außerordentlich wichtig. Es finden sich Hinweise darauf, dass die Erfolgsmessungen mit ‚objektiven‘ standardisierten Messmitteln den Therapieerfolg unterschätzen und häufig nur eine geringe Übereinstimmung von subjektiven und objektiven Maßen erkennbar ist (Braun, Brütsch, & Grawe, 1994; Brütsch, 1994). Um Psychotherapien in der Erfolgsmessung gerecht zu werden, sind subjektive Messmittel

dringend notwendig (Braun, 1998; Braun & Regli, 2000). Bei der Definition des ‚Globalen Erfolgsmaßes‘ wird dieser Punkt noch weiter ausgeführt (siehe Kapitel 2.2.1.5).

2.2.1.4.1 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Die subjektiven Messmittel, die in dieser Untersuchung verwendet werden, sind Punktmessmittel, die meist retrospektiv nach Veränderung fragen. Dies trifft besonders für den VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) zu. Der Fragebogen enthält 42 Veränderungsfragen, die den subjektiv wahrgenommenen Zustand der Patienten in Komparativform erfassen. Der Fragebogen erfasst einen einzigen durch eine Faktorenanalyse ermittelten bipolaren Veränderungsfaktor: Zunahme gegenüber Abnahme von ‚Entspannung, Gelassenheit und Optimismus‘.

Ein Gesamtwert von 168 Punkten wird als unveränderte Situation (0-Linie) betrachtet. Werte unter 149 Punkten deuten auf eine Verschlechterung hin, Werte über 187 Punkten auf eine Verbesserung.

Ursprünglich als Kontrolle der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie gedacht, wird der VEV auch bei anderen Psychotherapieformen verwendet, obwohl sich gezeigt hat, dass er etwas vorschnell positive Veränderungen anzeigt und nur bedingt vergleichbar mit anderen Erfolgsmaßen ist (Brütsch, 1994).

VEV Post Gesamtwert

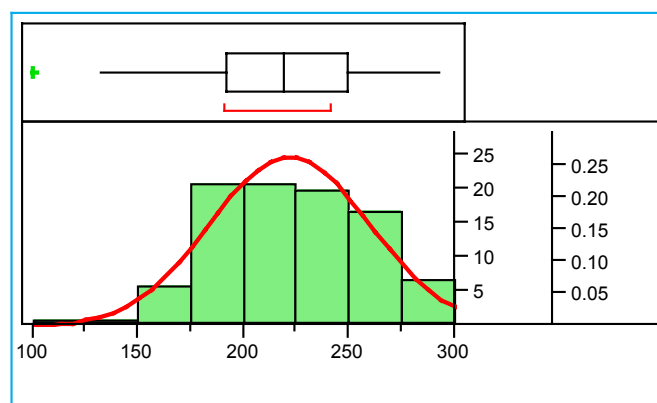


Abbildung 25: VEV der Berner Stichprobe: Mean= 221.38 Std Dev= 37.7 n= 94.

VEV Post z-Werte

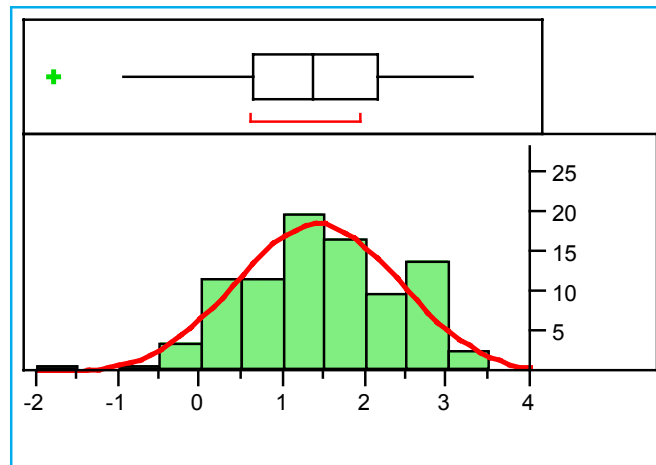


Abbildung 26: VEV z-Werte der Berner Stichprobe zum Postzeitpunkt: Mean= 1.42 Std Dev= 1.0 n= 93. Bei Punktmessungen werden die Rohwerte mit der Streuung standardisiert => z-Werte.

Die Erfolgsmessung zeigt, dass die Patienten der Berner-Stichprobe ihre Situation in den Fragen des VEV als deutlich verbessert einschätzen. Die Verbesserung liegt in den meisten Fällen deutlich über dem Wert von 168 Punkten.

2.2.1.4.2 Goal Attainment Scaling (GAS)

Das Goal Attainment Scaling (T. Kiresuk & Lund, 1979; T.J. Kiresuk & Sherman, 1968; Thomas J. Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994; T.J. Kiresuk, Stelmachers, & Schulz, 1982) wird an der Psychotherapeutischen Praxisstelle regelmäßig als Erfolgsmessmittel eingesetzt. Die Erhebung der drei Zielbereiche erfolgt seit 1992 innerhalb der ersten therapeutischen Sitzungen und wird nicht mehr wie früher durch einen externen Interviewer erfasst. Es hat sich herausgestellt, dass die Erarbeitung der Therapieziele ein wertvoller Prozess für den Therapieverlauf darstellt und es deshalb sinnvoll ist, dass der Patient zusammen mit dem Therapeuten diese Vereinbarungen trifft. (vgl. Braun, 1998; Braun & Regli, 2000; LaFerrier & Calsyn, 1978). Die Einschätzung der Zielerreichung erfolgt auf einer Skala von -2 bis +4. Beispielhaft wird die GAS-Einschätzung für das erste Ziel auf der Rohwertskala gezeigt. Danach folgt der standardisierte Mittelwert über alle drei Zielvereinbarungen. Die Einschätzung des ersten Problems zeigt, dass 50% der Patienten ihr Ziel auf dem Maximum von 4 erreichen. Bei den zwei weiteren Zielen liegt dieser Wert etwas unter 50%.

GAS Problem I Rohwerte Post

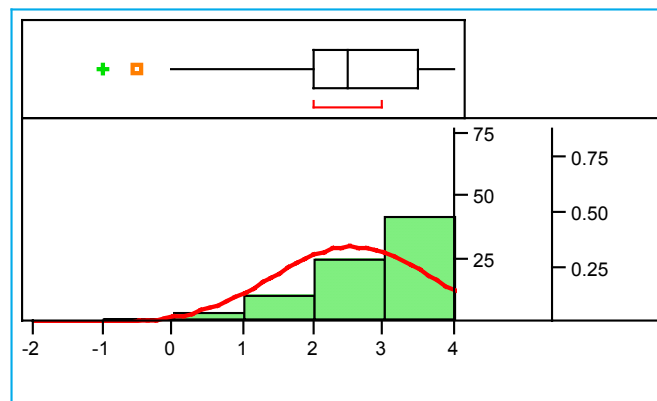


Abbildung 27: GAS-Einschätzung des 1. Problembereichs auf der Skala von -2 bis +4. Absolute und relative Anzahl (Y -Achse). Mean= 2.53 Std Dev= 1.14 n= 87

GAS Post z-Werte

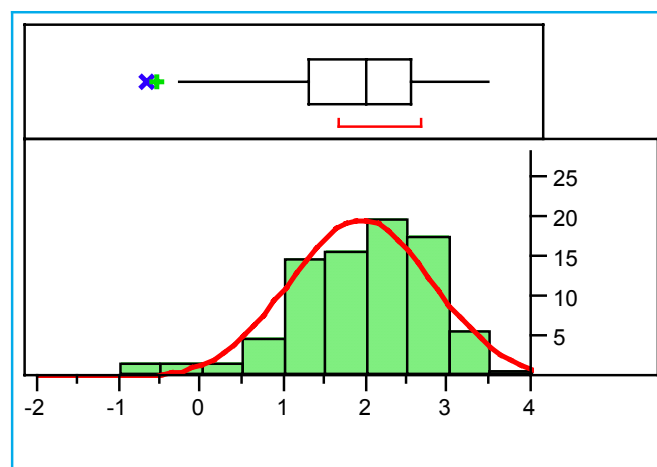


Abbildung 28: Mittelwert der GAS-Einschätzungen in den drei Problembereichen bei der Post-Messung; z-Wert Skala. Mean= 1.92 Std Dev= 0.87 n= 87

2.2.1.4.3 Patientennachbefragung (NBP)

Der Patienten-Nachbefragungsbogen erfasst mit wenigen Items eine Gesamtsicht des Patienten auf die Therapie. Für die Beurteilung des Therapieerfolgs aus Patientensicht werden nur zwei Fragen aus diesem Bogen verwendet.

- Inwieweit sind die Erwartungen in Erfüllung gegangen?
- Wie sehr hat Ihnen die Therapie insgesamt genützt (gemessen an der Situation zu Beginn der Therapie)?

Die Antworten werden auf einer sechsstufigen Skala erhoben.

Patientennachbefragung Post z-Werte

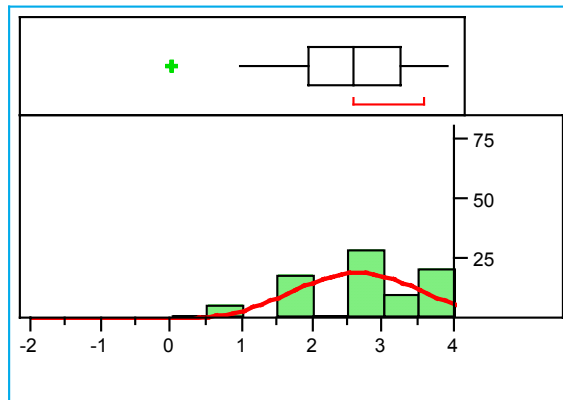


Abbildung 29: Patientennachbefragung; z-Wert Skala. Mean= 2.63 Std Dev= 0.94 n= 93

2.2.1.4.4 Therapeutennachbefragung (NBT)

Der Therapeuten-Nachbefragungsbogen erfasst mit wenigen Items eine Gesamtsicht des Therapeuten auf die Therapie. Für die Beurteilung des Therapieerfolgs aus Therapeutensicht werden nur zwei Fragen aus diesem Bogen verwendet.

- Wie sehr hat Ihrer Meinung nach die Therapie dem Klienten insgesamt genützt (gemessen an der Situation zu Beginn der Therapie)?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem Therapieerfolg (gemessen an den Zielen, die Sie bei diesem Klienten idealerweise hätten erreichen wollen)?

Die Antworten werden auf einer sechsstufigen Skala erhoben.

Therapeutennachbefragung Post z-Werte

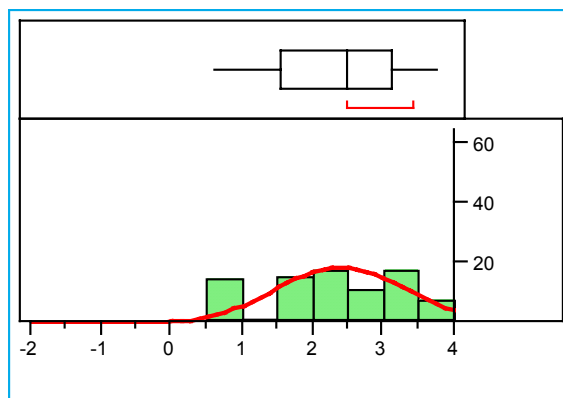


Abbildung 30: Therapeutennachbefragung; z-Wert Skala. Mean= 2.39 Std Dev= 0.94 n= 89

2.2.1.5 Globales Erfolgsmaß

Über Erfolgsmessung in Psychotherapie ist bereits sehr viel geschrieben worden. Es scheint uns notwendig, einige Grundsätze, nach denen sich diese Arbeit richtet, festzuhalten, ohne aber die Diskussion darüber hier abbilden zu wollen.

Wir vertreten wie Schulte (1993), dass eine Messung des Psychotherapieerfolgs aus mehreren Perspektiven erfolgen sollte. Dabei sollen neben dem Patienten auch der Therapeut und eventuell sogar Beobachter befragt werden. Weiter gilt es, symptom-spezifische (z.B. Beck Depressions Inventar) und symptomunspezifische (z.B. SCL-90R, Inventar Interpersonaler Probleme) Maße einzusetzen. Zusätzlich sollten auch Maße zur sozialen Rollen Anpassung, der Beziehungsqualität und wenn möglich zum Wohlbefinden (psychosomatischer Gesundheit) mit in die Messbatterie aufgenommen werden. Die Aufzählung ist noch nicht vollständig, aber ein praktizierender Psychotherapeut ohne Forschungsmittel wird bereits das Handtuch werfen und ausschließen, dass er in seiner Praxis je mit einer Erfolgsmessung beginnen wird. Obwohl Schulte mit seiner Forderung Recht hat, gibt es einige Argumente, die gegen eine alles umfassende Messung sprechen.

Lange nicht alle Patienten sind in allen Bereichen, die Schulte für die Erfolgsmessung von Psychotherapie vorschlägt, gestört. Wird trotzdem in allen Bereichen gemessen und danach ein integriertes Erfolgsmaß berechnet, wird die festgestellte Gesamtveränderung durch die Anzahl Messungen dividiert. Leidet der Patient nur punktuell, nur in ein paar wenigen Bereichen, kann er sich auch nur in diesen verbessern (in den anderen ist er ja gesund). Verbessert er sich nun bis zum Therapieende in diesen punktuellen Bereichen, kann er zwar einen Therapieerfolg für sich selbst beanspruchen. Weil aber wesentlich mehr Messungen erhoben wurden, kann über alles nur ein kleiner Erfolg ermittelt werden. Das heißt auch, dass nur bei schwer gestörten Patienten (d.h. die in allen gemessenen Bereichen gestört sind) in solch umfassenden Messanordnungen die Chance besteht, einen eindrucklichen Therapieerfolg zu messen. Eine auf die Therapiepraxis bezogene Erfolgsmessung sollte diesen Zusammenhang berücksichtigen und sehr gezielt auswählen, welche Messmittel bei welchem Patienten mit welcher Störung zum Einsatz kommt (Braun, 1998). Kritiker können einwenden, dass durch eine solche Vorgehensweise mögliche positive wie negative Nebeneffekte der Psychotherapie nicht mehr aufgedeckt werden können. Diesem Einwand muss sicher zugestimmt werden. Gleichzeitig sind zwei Einschränkungen zu machen. Erstens müssen Untersuchungen, in denen Nebeneffekte erkannt werden können, in einem sehr kontrollierten Rahmen stattfinden und können kaum von dem oben beschriebenen Praktiker umgesetzt werden. Zweitens hat der Praktiker die Möglichkeit, eine subjektive Erfolgsmessung (VEV, GAS NB) durchzuführen. Er

erfährt so vielleicht nicht direkt positive oder negative Nebenwirkungen, er kann aber zumindest indirekt auf solche schließen. Subjektive Messmittel geben unmittelbar Auskunft über die Erfolgsszufriedenheit eines Patienten und erfassen die persönliche Situation häufig genauer als standardisierte auf Symptome ausgerichtete Messmittel.

In der vorliegenden Arbeit steht für die Auswertung eine Vielzahl unterschiedlicher Messmittel zur Verfügung. Sie erfüllen subjektive wie objektive Kriterien, die an die Psychotherapieerfolgsmessung gestellt werden können. Als Globales Erfolgsmaß verwenden wir die direkten subjektiven Maße und nennen dieses integrierte Maß ‚Direct Change Measurements‘ (DCM) oder ‚Direkt Veränderungsmaß‘ (DVM). Es bildet sich aus VEV, GAS, NBP und NBT.

2.2.1.6 Inventar Interpersonaler Probleme (IIP)

Das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) (Horowitz et al., 1994) ist das Resultat eines Forschungsprogramms zur Diagnose und Messung interpersonaler Schwierigkeiten. Es wurde Ende der 70er Jahre in den USA entwickelt (Horowitz, 1979) und hat sich mittlerweile etabliert. Es findet in zahlreichen klinischen Studien im deutschsprachigen Raum Anwendung. Theoretisch orientiert sich das IIP an der interpersonalen Persönlichkeitstheorie von Leary (1957), Sullivan (1953) und Kiesler (1992). Von Leary wurde das sogenannte Zirkumplex-Modell entwickelt, welches davon ausgeht, dass sich interpersonale Verhaltensweisen (und damit auch Probleme) in einem zwei-dimensionalen Raum abbilden lassen. Dieser Raum wird durch die Dimensionen Zuneigung (d.h. feindseliges versus freundliches Verhalten) und Dominanz oder Kontrolle (d.h. dominierendes versus unterwürfiges Verhalten) gebildet. Diese ‚zirkumplexe‘ Struktur wurde im Rahmen persönlichkeitspsychologischer Untersuchungen mehrfach bestätigt (Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher, & Strauss, 1999).

Das IIP wurde in den letzten Jahren in verschiedenen Anwendungsfeldern eingesetzt: Neben der Psychotherapieergebnisforschung, der Psychotherapieindikationsforschung, der Persönlichkeitsdiagnostik, der Bindungsforschung auch in der Paardiagnostik (Brähler et al., 1999). Beim Einsatz des IIP als Erfolgsmessmittel hat sich gezeigt, dass Veränderungen im gemessenen Bereich nicht gleich schnell auftreten, wie man das bei Symptommessmittel gewohnt ist. Häufig fand man erst bei der Katamnese-Messung deutliche Unterschiede zum Prä-Messungszeitpunkt.

Abbildung 31: Zirkumplex-Modell

Das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) wurde nicht als Erfolgsmaß, sondern als wichtiges Instrument zur therapeutischen Indikation mit in die Untersuchung einbezogen. Alle Auswertungen beruhen auf den ipsativen Werten des IIP. Ipsative Werte können als ‚individuelle Standardwerte‘ betrachtet werden, wobei die Standardisierung auf den Durchschnittswert einer Person im Gesamtfragebogen Bezug nimmt. Rechnerisch erhält man die ipsativen Werte durch Subtraktion des IIP-Gesamtwertes von den einzelnen Skalenwerten.

$$\text{ipsativer_Wert} = \frac{\text{Skalenrohwert} - x_i}{s_i}$$

$x_i = \text{individueller_Durchschnittswert}$
 $s_i = \text{individuelle_Streuung}$

Die ipsatierten Skalenwerte korrelieren mit den nicht-ipsatierten relativ positiv (zwischen 0.65 und 0.83). Es zeigt sich, dass durch die Ipsatierung Varianz, die durch eine allgemeine Klagsamkeit bedingt ist, ‚auspartialisiert‘ wird. Dies vermuten zumindest Brähler et al. (1999), die bei der Validierung des IIP auch Korrelationen mit dem Giessen-Test untersuchten und diesen Zusammenhang fanden.

Das IIP wurde auch bezüglich seiner Fähigkeit, den Therapieerfolg vorherzusagen, überprüft. Tiefe Werte auf der Skala selbstunsicher/unterwürfig haben einen deutlichen Zusammenhang mit Therapieabbrüchen bei der Behandlung depressiver Patienten mit kognitiv-behavioraler Therapie (Meresman & Horowitz, 1995). Die Autoren sehen tiefe Werte in dieser Skala auch in Verbindung mit Ärger und Impulsivität (Korrelation mit MMPI-2) und vermuten, dass wenig selbstunsicher/unterwürfige Patienten mit dem direktiven Vorgehen in der kognitiven-behavioralen Therapie nicht zu recht kommen.

Aus der täglichen Praxis mit dem IIP entstand die Frage, ob sich nicht bestimmte Patientengruppen mit unterschiedlich gearteten interpersonalen Problemen unterscheiden lassen und diese Gruppen bezüglich der Prozessmessungen eigene Muster aufweisen. Das Erkennen von ‚typischen‘ IIP Mustern drängt sich geradezu auf, wenn man mit den Figurationen des IIP arbeitet, wie sie die Auswertungsprogramme von Grawe (Grawe & Baltensperger, 1998; Grawe & Braun, 1994) zur Verfügung stellen.

Mit einer Clusteranalyse wurde der ersten Frage nachgegangen. (Zur Theorie der Clusteranalyse und dem gewählten Vorgehen, siehe Kapitel 2.3.3.) Leider wurde nicht bei allen Patienten das IIP erhoben. Deshalb floss in die Clusteranalysen nur eine Untergruppe von 77 Patienten ein.

Zuerst wurde mit der Ward Methode bestimmt, wie viele Cluster unterschieden werden können und danach mit der k-means Methode die optimale Verteilung der Individuen auf die Cluster gesucht. Aus der nachfolgenden Abbildung ist ersichtlich, wie die Anzahl der Cluster ermittelt wurde.

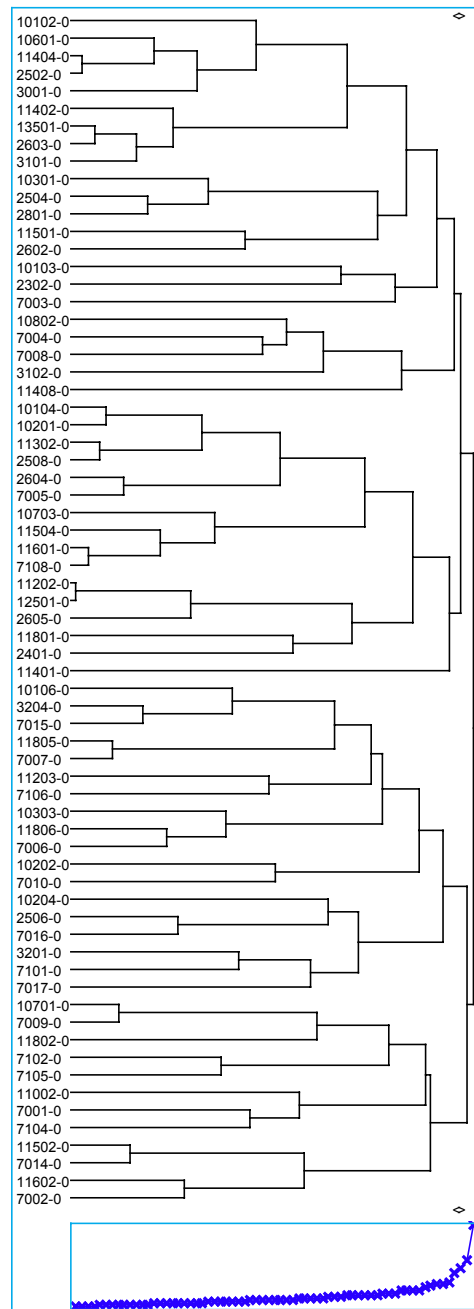
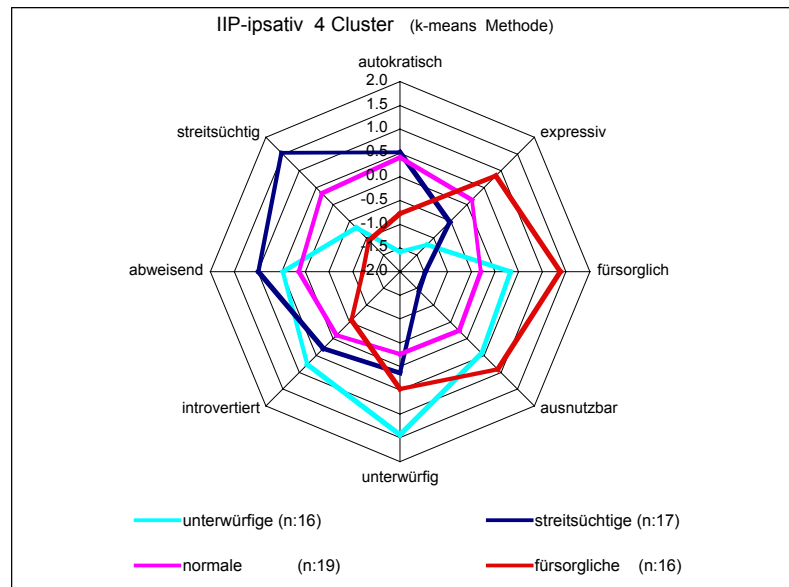


Abbildung 32: Dendrogram (Hierarchical Clustering, Method = Ward) der 68 Patienten aus der Berner-Stichprobe. Im unteren Diagramm ist bei 4 Clustern ein deutlicher Knick in der Kurve ersichtlich. Alle weiteren statistischen Auswertungen finden sich im Anhang.

Folgende Patientengruppen wurden mit der Clusteranalyse zusammengefasst und weiter unten auch als Untergruppen in die Untersuchung zur Prädiktion des Therapieerfolgs miteinbezogen: ‚streitsüchtige‘, ‚fürsorgliche‘, ‚unterwürfige‘ und ‚normale‘ (bzgl. der IIP-Normierung) Patienten. Die Benennung der Gruppen ist plakativ und darf nicht als absolute Persönlichkeitsbeschreibung verstanden werden. Sie dient zur einfachen Unterscheidung der Gruppen im weiteren Untersuchungsverlauf.



(k-means Methode)	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
IIP Skalen ipsativ	unterwürfige (n:16)	streitsüchtige (n:17)	normale (n:19)	fürsorgliche (n:16)
autokratisch	-1.6	0.5	0.4	-0.8
expressiv	-1.2	-0.5	0.1	0.8
fürsorglich	0.3	-1.5	-0.3	1.4
ausnutzbar	0.4	-1.4	-0.2	0.9
unterwürfig	1.4	0.1	-0.3	0.5
introvertiert	0.8	0.3	-0.1	-0.6
abweisend	0.5	1.0	0.1	-1.2
streitsüchtig	-0.7	1.5	0.3	-1.1
n:	16	17	19	16

Abbildung 33: Die IIP-Cluster der Berner Stichprobe n= 68

Da bei Clusteranalysen die Lösungen stichprobenabhängig sind, wurde diese nach einem Zufallskriterium geteilt und die Analyse noch einmal gerechnet. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die gefundenen Cluster. Auf den ersten Blick wird deutlich, dass auch in der geteilten Stichprobe sehr ähnliche Lösungen wie in der gesamten Stichprobe gefunden wurden und davon ausgegangen werden darf, dass die gefundene Clusterlösung nicht rein zufällig zustande kam. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe sind natürlich leichte Verschiebungen zu erwarten. Die unten stehende Tabelle zeigt, bei welchen Clustern die Zuordnung sicher ausfällt und wo sich veränderte Zugehörigkeiten in der geteilten Stichprobe ergeben. (Die Zuordnung geteilter Datensatz - Gesamtdatensatz unterscheidet sich von einer zufälligen Zuordnung signifikant.)

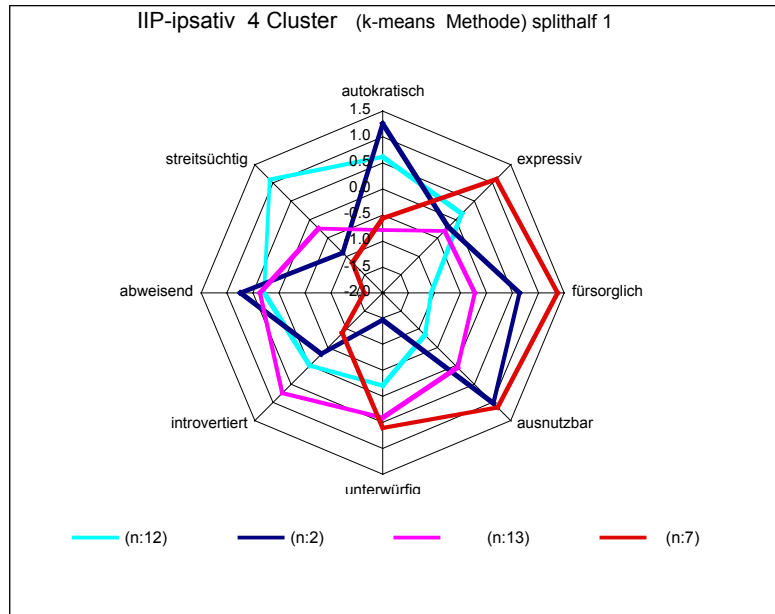


Abbildung 34: Cluster Analyse des IIP splithalf 1.

Tabelle 10: Splithalf 1 Zuordnung auf die IIP-ipsativ-Cluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.

		IIP ipsativ Cluster				
		1	2	3	4	
IIP Cluster splithalf 1	Count	7	5	0	0	12
	Col %	70.00	50.00	0.00	0.00	
	1	0	2	0	0	2
	2	0.00	20.00	0.00	0.00	
	3	3	3	4	3	13
4	30.00	30.00	36.36	100.00		
4	0	0	7	0	7	
	0.00	0.00	63.64	0.00		
	10	10	11	3	34	

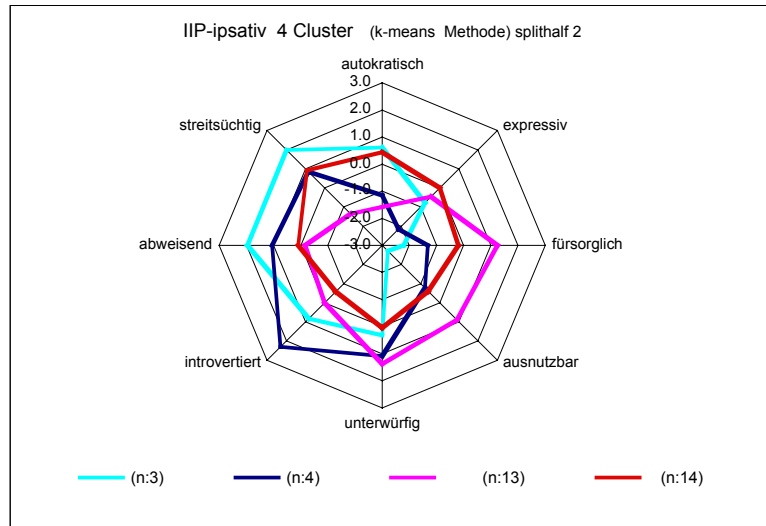


Abbildung 35: Cluster Analyse des IIP splithalf 2.

Tabelle 11: Splithalf 2 Zuordnung auf die IIP-ipsativ-Cluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.

		IIP ipsativ Cluster				
		1	2	3	4	
IIP Cluster splithalf2	Count					
	Col %					
	1	3 25.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3
	2	3 25.00	0 0.00	0 0.00	1 11.11	4
	3	0 0.00	0 0.00	5 71.43	8 88.89	13
4	6 50.00	6 100.00	2 28.57	0 0.00	14	
		12	6	7	9	34

2.2.1.7 Therapeuten

Die 30 Therapeuten der Berner Stichprobe unterscheiden sich bezüglich Ausbildungsstand und Erfahrung erheblich. Es sind zum kleineren Teil Therapeuten mit mehrjähriger Berufserfahrung. Die meisten Therapien wurden durch fortgeschrittene Ausbildungskandidaten des ersten Jahrgangs der Postgradualen Weiterbildung in Psychotherapie mit kognitiv-behavioralem und interpersonellem Schwerpunkt der Universität Bern durchgeführt (vgl. auch Spörri-Fahrni, 1994). Alle Therapeuten haben ein abgeschlossenes Psychologiestudium. Zum größeren Teil arbeiten sie in psycho-sozialen Institutionen, in denen sie auch therapeutische Aufgaben übernehmen. Die Therapien an der Psychotherapeutischen Praxisstelle führen sie im Rahmen ihrer Ausbildung unter Supervision der Ausbildungstherapeuten durch.

Therapeuten

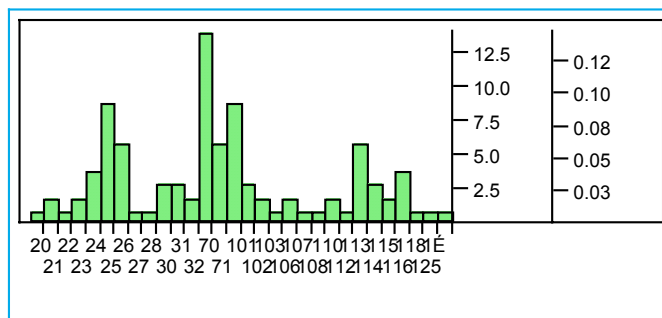


Abbildung 36: Therapeuten (x-Achse) der Berner-Stichprobe (absolute und relative Anzahl)

Es wurden 41 Therapien von Therapeuten und 33 von Therapeutinnen durchgeführt. Die Gruppentherapien und wenige Therapien im Paar- und Mehrpersonensetting wurden durch zwei Therapeuten in Co-Therapie durchgeführt.

Geschlechterverteilung der Therapeuten

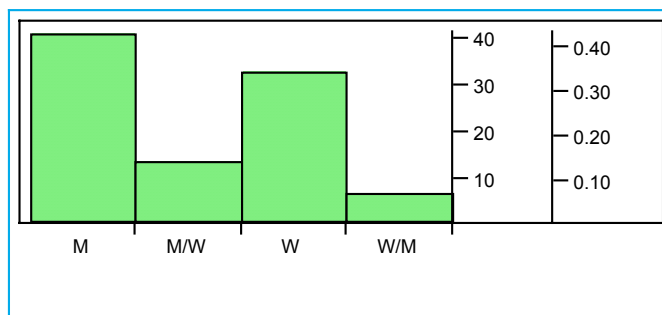


Abbildung 37: Therapeuten-Geschlechterverteilung der Berner Stichprobe; M/W oder W/M stehen für Therapeut und Co-Therapeutin oder Therapeutin und Co-Therapeut.

Tabelle 12: Therapeuten-Geschlechterverteilung der Berner Stichprobe; M/W oder W/M stehen für Therapeut und Co-Therapeutin oder Therapeutin und Co-Therapeut.

Geschlecht	Anzahl	%
M	41	43
M/W	14	15
W	33	35
W/M	7	7
Total	95	

2.2.1.8 Therapeutische Verfahren

Verschiedene therapeutische Vorgehensweisen kamen bei der Behandlung der Patienten der Berner Stichprobe zur Anwendung. Konzeptuell sind sie natürlich alle eng miteinander verwandt. Die Gruppe der 16 Heuristischen Psychotherapien (HPT) muss aber sicher als homogener angesehen werden als die Schematheoretischen Psychotherapien (SP). Diese wurden in unterschiedlichen Settings, nämlich im Einzel- (SPE),

Paar- (SPP), Mehrpersonen- (SPM) und Gruppensetting (SPG) durchgeführt. Weiter unten wird noch genauer beschrieben, wie man sich das Vorgehen in den beiden Therapiemethoden vorstellen muss.

Therapeutische Verfahren

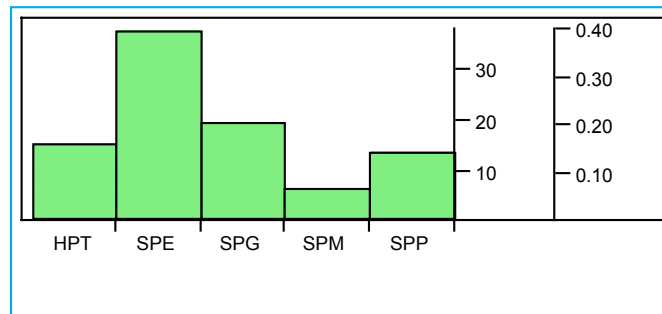


Abbildung 38: Berner Stichprobe therapeutische Verfahren: Heuristische Psychotherapie (HPT), Schematheoretische Psychotherapien, Einzel- (SPE), Paar- (SPP), Mehrpersonen- (SPM) und Gruppensetting (SPG).

Tabelle 13: Berner Stichprobe therapeutische Verfahren: Heuristische Psychotherapie (HPT), Schematheoretische Psychotherapien, Einzel- (SPE), Paar- (SPP), Mehrpersonen- (SPM) und Gruppensetting (SPG)

Level	Count	%
HPT	16	17
SPE	38	40
SPG	20	21
SPM	7	07
SPP	14	15
Total	95	

2.2.1.8.1 Heuristische Psychotherapie (HPT)

Das Konzept der Heuristischen Psychotherapie (HPT) wurde von Grawe und dem Therapeutenteam der Psychotherapeutischen Praxisstelle nach der großen Psychotherapievergleichsstudie (Grawe, Caspar, & Ambühl, 1990a) innerhalb des Projekts 89 entworfen. Es stützt sich auf die Gedanken der Schematheorie (Grawe, 1987) und Erkenntnisse, die sich aus der Umsetzung der Interaktionellen Verhaltenstherapie (IVT) ergaben. Im Projekt 89 wurden das schematheoretische Konzept und das daraus abgeleitete heuristische Vorgehen in einer Studie mit 16 Einzelpsychotherapien sehr sorgfältig überprüft. Die therapeutischen Interventionen erfolgten aufgrund einer Schemaanalyse, die während der ersten fünf Sitzungen erstellt wurde. Die vier therapeutischen Heuristiken Beziehungsgestaltung, Reflektierende Abstraktion, Emotionsverarbeitung und Kompetenzerweiterung beschreiben die angewendeten therapeutischen Interventionen (vgl. Grawe 1988). Durch zwei ständige Beobachter

wurde kontrolliert, ob der Therapeut sich an die Vorgaben der HPT hielt. Die Beobachter unterstützten den Therapeuten aber auch darin, die Therapiesitzungen immer auf dem aktuellsten Stand der fallspezifischen schematheoretischen Erkenntnisse zu gestalten. Spörri-Fahrni (1994) zeigt, wie sich HPT, IVT und SPE in Prozess und Therapieergebnis unterscheiden.

2.2.1.8.2 Schematheoretische Psychotherapien (SPT)

Im Anschluss an das Projekt 89 wurde die schemaanalytische Fallkonzeption überarbeitet. Die im Projekt 89 aufgedeckten Schwächen, der von Ambühl (1992) als ‚missing link‘ bezeichnete Graben zwischen schematheoretischem Fallverständnis und konkreter therapeutischer Umsetzung, und die zum Teil vernachlässigte, unmittelbare Problembewältigung, führten zum Konzept der Schematheoretischen Psychotherapie. Die Theorie der Schemaanalyse wird von Grawe in einem Bericht (Grawe, 1987) und im Kapitel V des Buches Psychotherapie im Wandel (Grawe et al., 1994) formuliert. Die Einleitung des Artikels (Grawe et al., 1996 S. 189), die unten abgedruckt ist, soll dem mit der Schematheorie nicht vertrauten Leser einen Einblick ermöglichen.

Eine Schemaanalyse soll die für die Behandlung eines Patienten relevanten Informationen in einen ganzheitlichen Zusammenhang bringen, aus dem sich ein auf die Besonderheiten dieses Patienten zugeschnittenes therapeutisches Vorgehen ableiten lässt. Die Schemaanalyse beruht auf der Schematheorie. Diese ist ihrerseits ein Versuch, das von der Psychologie erarbeitete Wissen über das allgemeine und störungsspezifische psychische Funktionieren des Menschen sowie die bisher bekannten Fakten über die Wirkung allgemeiner und störungsspezifischer psychotherapeutischer Interventionen in einen ganzheitlichen, auf die Anwendungszwecke der Psychotherapie zugeschnittenen theoretischen Zusammenhang zu bringen. Die Schematheorie enthält abstrakte, vom Einzelfall losgelöste theoretische Formulierungen über die Funktionsweise der psychischen Aktivität und ihre wirkungsvolle psychotherapeutische Beeinflussung. Die Schemaanalyse ist die Anwendung der Schematheorie auf den Einzelfall. Sie soll ein Modell von der psychischen Funktionsweise des einzelnen Patienten entwerfen, aus dem sich Ansatzstellen für ein möglichst wirksames therapeutisches Vorgehen ableiten lassen. Wir möchten im folgenden eine Anleitung zur schemaanalytischen Fallkonzeption und zur darauf aufbauenden Therapieplanung geben. Wir bewegen uns also auf der Ebene der praktischen Anwendung der Schematheorie.

Die Kenntnis der Schematheorie, so wie sie bei (Grawe, 1987) und bei Grawe, Donati und Bemauer (1994 Kap. 6) dargestellt ist, setzen wir voraus, ebenso wie das System empirisch fundierter therapeutischer Wirkprinzipien, wie es bei Grawe als Grundlage einer Allgemeinen Psychotherapie vorgeschlagen wird. Der folgende Leitfaden (Grawe et al., 1996 S. 205) zeigt, welche Aspekte zu einer schematheoretischen Fallkonzeption gehören.

Tabelle 14: Leitfaden Schematheoretische Fallkonzeption (Grawe et al., 1996 S. 205)

Fallkonzeption
a. Informationen zur Ausgangslage
Allgemeine Angaben zum Patienten
Biographie und Herkunftsfamilie
Problemsicht des Patienten und der wichtigsten Bezugspersonen
Testdiagnostische Beschreibung des Ausgangszustandes
Diagnostische Einordnung des Patienten
b. Schemaanalyse
Selbstschemata
Stärken und Ressourcen des Patienten
Negative emotionale Schemata (Vermeidungsschemata)
Schemadynamik
Typische Ablaufmuster im Beziehungsnetz des Patienten
c. Funktionales Problemverständnis
Therapieplanung
a. Inhaltliche Therapieplanung
Störungsspezifischer Aspekt
Motivational-emotionaler Aspekt
Kompetenzaspekt
Bewußtseinsaspekt
Anzustrebende Veränderungen konkreter Ablaufmuster im Beziehungsnetz des Patienten
Sonstige erwünschte Veränderungen der realen Lebenssituation
b. Instrumentelle Therapieplanung
Aktivierbare oder aktivierte Veränderungsmotivationen
Fähigkeiten, die für den Veränderungsprozeß genutzt werden können
Therapiesetting
Therapiebeziehung
c. Indikationsstellung und konkreter Therapieplan

Ein Fallbeispiel einer umfassenden schematheoretischen Fallkonzeption findet sich bei Heiniger, Grawe-Gerber, Ambühl, Grawe, & Braun (1996). Die in diese Untersuchung eingegangenen schematheoretischen Therapien wurden alle aufgrund einer solch elaborierten Fallkonzeption durchgeführt. Das bedeutet, dass die Erarbeitung des Fallverständnisses mit der gleichen Strategie erfolgte. Da aufgrund der Fallkonzeption jedoch eine individuelle Therapieplanung erfolgte, unterscheiden sich die konkreten therapeutischen Interventionen erheblich. Diese Heterogenität entspricht genau der Zielrichtung der Fragestellung. Sie will nicht einheitliche (manualisierte) Therapien untersuchen, wie sie bei Wirksamkeitsstudien durchgeführt werden, sondern Thera-

pien mit vielfältigen Vorgehensweisen, wie sie in der psychotherapeutischen Alltagspraxis anzutreffen sind.

2.2.1.9 Deskriptive Itemanalyse des Berner Patientenstundenbogens

Von allen Variablen wurden die statistischen Kennzahlen berechnet. Im Anhang finden sich dazu auch noch grafische Darstellungen. Die Tabelle 15 vermittelt einen Eindruck über die Qualität der Stundenbogenitems. Aufgrund der Analyse der Berner Stichprobe muss kein Item wegen mangelnder Qualität bezüglich dieser Kennzahlen ausgeschlossen werden. Für die anschließenden Faktorenanalysen müssen die Items eine genügende Streuung aufweisen und die Abweichung von der Normalverteilung sollte nicht massiv verletzt werden. (Hinweise zu den inhaltlichen Aspekten der Stundenbogenitems siehe 1.1.2 .)

Tabelle 15: Deskriptive Analyse der Items des Berner Patientenstundenbogens. Integration über 95 Patienten.

Itemtext	Mean	S.E. Mean	Std Dev	Variance	Kurtosis	S.E. Kurt	Skewness	S.E. Skew	Minimum	Maximum	N
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	1.76	0.06	0.56	0.32	-0.17	0.49	-0.12	0.25	0.50	3.00	95
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	-1.78	0.08	0.74	0.55	2.03	0.49	1.20	0.25	-2.95	1.17	95
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	0.83	0.07	0.67	0.44	0.41	0.49	-0.23	0.25	-0.97	2.80	95
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten dann unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	1.38	0.08	0.78	0.61	-0.20	0.49	-0.44	0.25	-0.73	3.00	95
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	-1.54	0.10	0.95	0.90	-0.48	0.49	0.68	0.25	-3.00	0.89	95
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	-1.72	0.08	0.80	0.64	0.28	0.49	0.88	0.25	-2.95	0.77	95
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	-1.49	0.08	0.79	0.63	0.17	0.49	0.58	0.25	-3.00	0.83	95
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	1.60	0.07	0.67	0.45	3.63	0.49	-1.13	0.25	-1.42	3.00	95
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	1.14	0.07	0.64	0.41	0.77	0.49	-0.14	0.25	-0.68	2.95	95
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	1.03	0.07	0.64	0.40	0.15	0.49	0.06	0.25	-0.55	2.80	95
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	-1.00	0.10	0.99	0.97	-0.10	0.49	0.39	0.25	-3.00	2.04	95
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	-1.55	0.07	0.69	0.48	0.49	0.49	0.60	0.25	-3.00	0.76	95
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	1.57	0.07	0.64	0.41	1.01	0.49	-0.39	0.25	-0.71	3.00	95
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	0.58	0.07	0.69	0.48	-0.27	0.49	0.29	0.25	-0.89	2.60	95
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	-1.52	0.09	0.89	0.78	0.67	0.49	0.84	0.25	-3.00	1.56	95
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	-0.72	0.10	0.94	0.88	-0.60	0.49	0.11	0.25	-2.75	1.57	95
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	-1.15	0.10	0.96	0.92	-0.77	0.49	0.24	0.25	-3.00	1.14	95
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	0.80	0.09	0.86	0.74	1.70	0.49	-0.90	0.25	-2.06	2.78	95
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	-0.46	0.11	1.04	1.08	-0.70	0.49	0.13	0.25	-2.50	1.86	95
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	-1.15	0.09	0.84	0.70	-0.21	0.49	0.44	0.25	-2.89	1.07	95
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	0.69	0.08	0.79	0.62	0.88	0.49	-0.50	0.25	-2.03	2.44	95
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	-1.65	0.08	0.82	0.67	0.05	0.49	0.79	0.25	-3.00	0.52	95
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	-1.92	0.07	0.72	0.52	0.47	0.49	0.70	0.25	-3.00	0.29	95
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	0.40	0.08	0.82	0.68	0.68	0.49	-0.44	0.25	-2.42	2.44	95
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	-1.48	0.08	0.81	0.65	-0.60	0.49	0.32	0.25	-3.00	0.37	95
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	0.79	0.09	0.86	0.74	0.86	0.49	-0.68	0.25	-1.67	2.67	95
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	-1.62	0.08	0.76	0.58	0.01	0.49	0.63	0.25	-2.97	0.76	95
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	0.16	0.12	1.18	1.39	-0.54	0.49	-0.35	0.25	-2.78	2.39	95
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	0.85	0.07	0.65	0.42	0.40	0.49	-0.09	0.25	-0.84	2.70	95

2.2.2 Freiburger Stichprobe

2.2.2.1 Patientinnen

Die 61 Patientinnen der Freiburger Stichprobe sind alle wegen einer Essstörung (ICD-10 F50.2) in psychotherapeutischer Behandlung. Alle Angaben zu den Patientinnen sind dem Artikel von Herzog, Hartmann und Sandholz (1996)⁵ entnommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Stichprobe um einiges homogener ist als die Berner. Das heißt, wir haben hier eine zweite Stichprobe, die sich in ihrer Zusammensetzung deutlich von der Berner Stichprobe unterscheidet und sich deshalb zur Überprüfung der Ergebnisse der Faktorenanalyse der Berner Stichprobe besonders eignet.

Sollten sich die Resultate der Faktorenanalyse bestätigen, kann davon ausgegangen werden, dass die Faktorenstruktur nicht stichprobenabhängig ist und unser Ziel, generelle Faktoren zu definieren, erreicht ist.

Damit man sich die Freiburger Stichprobe vorstellen kann, werden hier einige Angaben über deren Zusammensetzung dargelegt.

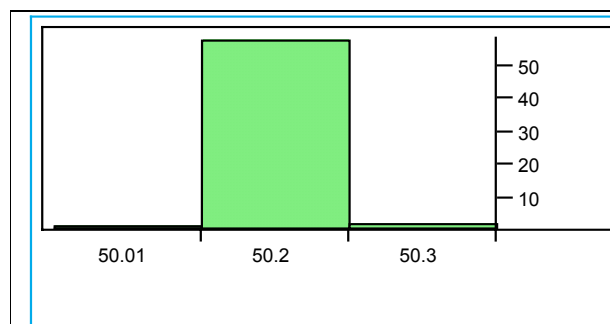


Abbildung 39: ICD-10 Diagnosen der Freiburger Stichprobe n= 61.

Das Alter der Patientinnen liegt über 16 Jahre und die Patientinnen mussten einverstanden sein, für die Behandlungsdauer von einem Jahr zur Verfügung zu stehen. Ausschlusskriterien waren schwere körperliche Erkrankung, akute Psychose, akute

⁵ Für die Unterstützung und das Überlassen der Daten zur Auswertung sei Th. Herzog, A. Hartmann und A. Sandholz und allen anderen am Forschungsprojekt „Wirkprozesse der Bulimiebehandlung“ der Universität Freiburg Beteiligten gedankt.

Suizidalität, massiver Alkohol- oder Drogenkonsum und andere strikte Indikationen für eine stationäre Behandlung.

2.2.2.2 Therapeutisches Verfahren

Die Therapie war durch ein Manual vorgegeben. Sie umfasste 25 Sitzungen, wobei sich die Sitzungsfrequenz in den beiden Behandlungsgruppen unterscheidet. In der Gruppe K fanden die 25 Sitzungen innerhalb von 3 Monaten statt, d.h. pro Woche 2 Sitzungen. In der Gruppe L wurden die Sitzungen alle zwei Wochen angeboten und fanden innerhalb von 12 Monaten statt.

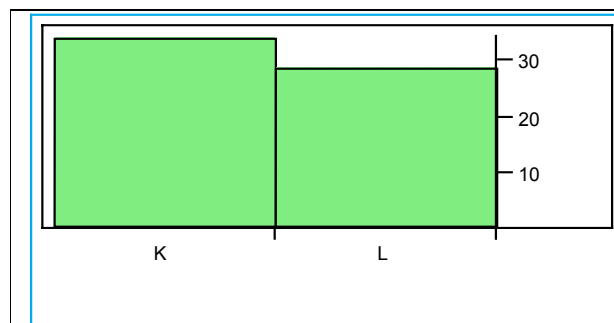


Abbildung 40: Es kamen zwei therapeutische Settings zur Anwendung K (2 Sitzungen pro Woche und L (eine Sitzung alle 2 Wochen). N= 61.

Die Patientinnen wurden nach einem Zufallskriterium auf die beiden Behandlungsgruppen verteilt. Die Therapien wurden in beiden Gruppen durch dieselben erfahrenen Therapeuten durchgeführt. Die Patientinnen erhielten nach jeder Sitzung den Berner Patientenstundenbogen und eine Anzahl weiterer Messmittel, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.

Tabelle 16: Deskriptive Analyse der Items des Berner Patientenstundenbogens. Integration über 61 Patienten der Freiburger Stichprobe. Die deutlichen Unterschiede in den Werten zur Berner Stichprobe ergeben sich durch eine gegenüber dem original Berner Stundenbogen veränderten Skalierung (1...7 anstelle von original -3...+3).

Itemtext	Mean	S.E. Mean	Std Dev	Variance	Kurtosis	S.E. Kurt	Skewness	Skew	Minimum	Maximum	N
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	5.45	0.10	0.81	0.66	2.25	0.60	-1.12	0.31	2.50	6.75	61
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	2.28	0.11	0.84	0.70	4.29	0.60	1.64	0.31	1.00	5.60	61
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	4.62	0.12	0.97	0.94	1.71	0.60	-0.95	0.31	1.50	6.75	61
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	5.00	0.13	1.02	1.04	1.44	0.60	-0.92	0.31	1.75	6.88	61
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	2.40	0.10	0.81	0.66	-0.34	0.60	0.57	0.31	1.00	4.40	61
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	2.63	0.14	1.08	1.16	-0.58	0.60	0.55	0.31	1.00	5.24	61
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	2.51	0.11	0.83	0.69	-0.14	0.60	0.51	0.31	1.20	4.75	61
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	5.53	0.11	0.87	0.76	4.37	0.60	-1.42	0.31	2.04	7.00	61
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	4.97	0.09	0.72	0.51	1.33	0.60	-0.45	0.31	2.75	6.83	61
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	4.79	0.11	0.83	0.68	2.01	0.60	-0.75	0.31	2.00	6.92	61
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	3.12	0.11	0.89	0.79	0.18	0.60	0.30	0.31	1.41	5.68	61
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	2.67	0.11	0.87	0.76	0.46	0.60	0.76	0.31	1.00	5.00	61
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	5.33	0.12	0.93	0.87	1.84	0.60	-0.99	0.31	2.25	7.00	61
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	4.34	0.12	0.92	0.85	0.69	0.60	-0.31	0.31	1.60	6.58	61
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	2.32	0.12	0.96	0.91	0.35	0.60	0.87	0.31	1.00	5.17	61
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	3.51	0.15	1.18	1.39	-1.00	0.60	0.07	0.31	1.52	6.00	61
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	3.01	0.12	0.91	0.83	-0.80	0.60	-0.03	0.31	1.00	4.76	61
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	4.57	0.14	1.06	1.12	1.42	0.60	-0.94	0.31	1.50	6.96	61
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	3.68	0.13	1.01	1.03	-0.81	0.60	0.00	0.31	1.80	5.81	61
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	2.96	0.12	0.92	0.85	-0.56	0.60	-0.24	0.31	1.00	4.75	61
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	4.43	0.13	0.99	0.98	1.05	0.60	-0.49	0.31	1.50	6.79	61
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	2.32	0.10	0.76	0.58	-0.13	0.60	0.57	0.31	1.00	4.40	61
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	2.01	0.09	0.70	0.49	1.72	0.60	0.99	0.31	1.04	4.40	61
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	4.00	0.13	1.05	1.10	0.09	0.60	-0.38	0.31	1.25	6.25	61
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	2.44	0.10	0.81	0.66	-0.21	0.60	0.45	0.31	1.00	4.50	61
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	4.37	0.14	1.09	1.20	0.17	0.60	-0.37	0.31	1.40	6.83	61
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	2.33	0.11	0.84	0.71	2.36	0.60	1.25	0.31	1.00	5.50	61
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	4.99	0.14	1.09	1.18	0.62	0.60	-0.71	0.31	1.75	6.88	61
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	4.66	0.11	0.89	0.79	3.99	0.60	-1.22	0.31	1.00	6.71	61

2.3 Statistische Verfahren

Anschließend werden die verwendeten statistischen Verfahren dargestellt und kurz diskutiert.

2.3.1 Deskriptive Analysen

Um die Variablen bezüglich ihrer Qualität einschätzen zu können, wurden für alle Variablen statistische Kennzahlen gerechnet und zum größten Teil auch mit grafischen Mitteln dargestellt. Im Anhang sind die Tabellen und Grafiken für alle in die Arbeit eingeflossenen Variablen zu sehen.

2.3.1.1 Schiefe der Verteilung (Skewness) und Exzess (Kurtosis)

Für alle Variablen wurden neben den Kennzahlen (Mw, Std, usw.) auch die Verteilungen betrachtet. Einerseits rein aufgrund der grafischen Auswertungen, welche die Statistiksoftware JMP™ bietet, andererseits mit den Kennwerten, die durch die Statistiksoftware SPSS™ errechnet werden. Für die Verteilung waren das die Werte Skewness und Kurtosis. Variablen mit auffälligen Werten werden in den zusammenfassenden Tabellen besonders gekennzeichnet. Bei der Beurteilung half die Standardisierung mit den jeweiligen Streuungen (Kurtosis /S.E. Kurt) (Skewness/Skew).

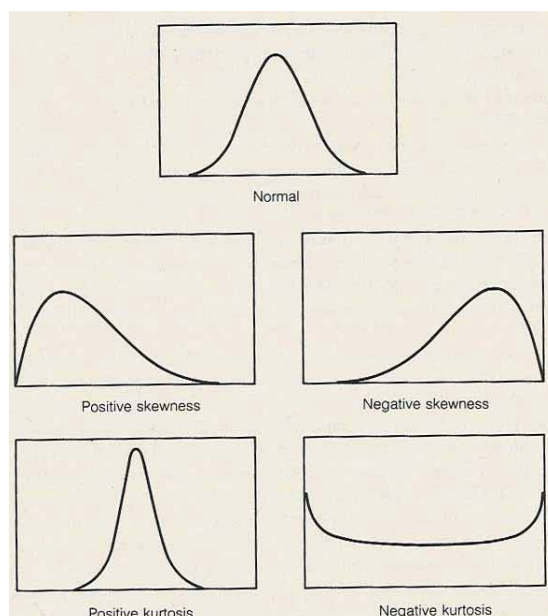


Abbildung 41: Darstellung der Verteilungsformen: Normalverteilung, der positiven und negativen Schiefe (skewness) und des positiven oder negativen Exzess (kurtosis).

2.3.2 Faktorenanalyse

2.3.2.1 Allgemeines zur Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse stellt ein Instrument zur Datenreduktion dar (Bortz, 1993 S.472 ff). Sie ist ein heuristisches und hypothesengenerierendes Verfahren zur Überprüfung der Dimensionalität komplexer Merkmale. Heute gelangt vor allem die Hauptkomponentenanalyse (Principle Component Analysis PCA) zum Einsatz. Sie berechnet Faktoren, die voneinander unabhängig sind und sukzessive maximale Varianz erklären. Je höher die Variablen (absolut) miteinander korrelieren, desto weniger Faktoren werden zur Aufklärung der Gesamtvarianz benötigt.

Bevor einige Besonderheiten der Faktorenanalyse erläutert werden, möchten wir uns einige Gedanken zum Skalenniveau der Stundenbogenitems machen. Bei der Überprüfung der deutschen Übersetzung der HAQ (Bassler et al., 1995) wurden nur Verfahren für rangskalierte Variablen verwendet (Spearman, Whitney-U-Test usw.). Die Autoren begründen diese Wahl mit einer systematischen Überschätzung der Zusammenhänge, wenn von intervallskalierten Daten ausgegangen wird⁶. Scheinbar hat die Diskussion zum Skalenniveau eine lange Tradition, auf die auch Bortz und Döring (1995 S.168 ff) Bezug nehmen. Wir haben uns der dort beschriebenen ‚pragmatischen‘ Sichtweise angeschlossen und verwenden für unsere Auswertungen Analysen für intervallskalierte Daten und verzichten hier auf eine weitere Diskussion.

2.3.2.2 Bestimmung der Anzahl interpretierbarer Faktoren

Ein wichtiger Schritt innerhalb einer Faktorenanalyse stellt die Bestimmung der Anzahl interpretierbarer Faktoren dar. Verschiedene Strategien werden vorgeschlagen, um diese Anzahl zu bestimmen. Grundsätzlich sollten nur Faktoren interpretiert werden, deren Eigenwert >1 ist. (Der Eigenwert gibt an, wie viel der Gesamtvarianz durch den betreffenden Faktor erfasst wird. Ist der Eigenwert <1 , wird mit diesem Faktor weniger als die Varianz einer einzelnen Variablen erklärt.)

Damit wird aber meist die Anzahl bedeutsamer Faktoren überschätzt. Mit dem ‚Scree-Test‘ (Cattell, 1966), einem Eigenwertdiagramm, in dem die Faktoren hierarchisch geordnet sind, sucht man die sinnvolle Anzahl Faktoren (diese ist gleich der Anzahl Faktoren, die vor dem Knick in der Kurve liegen).

⁶ Weiter unten in ihrem Artikel beklagen sie die Tiefe der gefundenen Zusammenhänge und führen diese wiederum auf die von ihnen verwendeten Verfahren für rangskalierte Daten zurück.

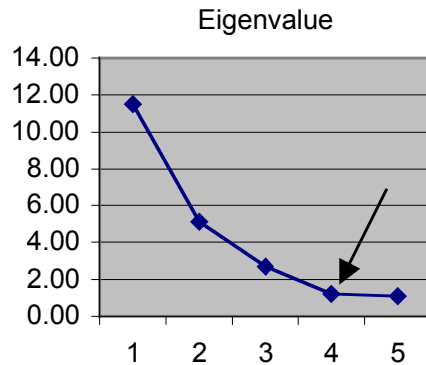


Abbildung 42: ‚Scree-Test‘ für die Faktorenanalyse des Patientenstundenbogens (MW über alle Sitzungen) N=95. Der Knick liegt beim 4. Faktor, d.h. es sollte eine 3 Faktoren-Lösung rotiert werden.

Fürntratt (1969 S. 74) kommt in seiner Zusammenfassung auf ein leicht abweichendes Selektionskriterium: *Es wird empfohlen, die aufgrund des Eigenwertverlaufs-Kriteriums von Cattell und Pawlick festgestellten und die umliegenden, vor allem die nächst größeren Faktorenzahlen zu rotieren und die größte derjenigen Rotationslösungen als für die Interpretation als Gesamtlösung optimal anzusehen, in der alle Faktoren durch wenigstens drei Variablen mit einer Ladung von $>.5$ definiert sind.*

Wir haben in der vorliegenden Arbeit beide oben erwähnten Strategien verfolgt und versucht, die inhaltlich überzeugendste Lösung zu wählen, wobei wir auch den unten beschriebenen Vorschlag für die Beurteilung der bedeutsamen Faktorladung von Bortz berücksichtigt haben.

Da die Faktorenanalyse (hier) als exploratives Verfahren verwendet wird, schlägt Bortz (1993 S.509 ff) vor, Faktorladungen nicht zu rigide zu interpretieren. Ein Faktor darf interpretiert werden:

- wenn mindestens 4 Items eine Faktorladung von mindestens 0.6 aufweisen,
- oder 10 Variablen über 0.4,
- wenn 10 Variablen unter 0.4 aufweisen, sollte die Stichprobe $n \geq 300$ sein.
- wenn 10 Variablen unter 0.4 aufweisen und die Stichprobe $n < 300$ ist, kann ein Resultat nur aussagekräftig interpretiert werden, wenn es an einer anderen Stichprobe repliziert werden kann.
- Weiter gilt: Die höchst ladenden Variablen sind die ‚Markiervariablen‘ für die Interpretation.

2.3.2.3 Problem der Stichprobenabhängigkeit der Faktorenstruktur

Ein Haupteinwand gegen Faktorenanalysen bezieht sich auf die Populationsabhängigkeit faktoranalytischer Ergebnisse. Vor allem die resultierende Anzahl Faktoren kann von der Homogenität der Stichprobe abhängen. Zeigen die Variablen wenig Streuung, führt dies zu niedrigen Korrelationen und daraus entstehen höhere Faktorzahlen. Bei der Beschreibung der Berner Stichprobe haben wir gezeigt, dass die Patientenauswahl nicht selektiv war und aus den deskriptiven Analysen geht hervor, dass die Items akzeptable Streuungen aufweisen. Zusätzlich haben wir, um die Faktorenstruktur zu überprüfen, eine Parallel-Untersuchung an der Freiburger Stichprobe vorgenommen. Mit diesen Maßnahmen glauben wir, die Stichprobenunabhängigkeit unserer Lösung belegen zu können.

2.3.2.4 Varimax Rotation

Bei der Varimax-Technik (Bortz, 1993) wird die Orthogonalität der Achsen beibehalten. Die Rotation hat zum Ziel, auf dem analytischen Wege eine möglichst gute Einfachstruktur für die bedeutsamen (nach ‚Scree-Test‘) Faktoren herzustellen. Das Einfachstrukturkriterium verlangt, dass pro Faktor einige Variablen möglichst hoch, andere möglichst niedrig laden, was mit der Forderung gleichzusetzen ist, dass die Faktorenladung möglichst hoch sein soll.

Die gesamte aufgeklärte Varianz wird durch die Rotation nicht verändert, sondern lediglich ihre Verteilung auf die Faktoren.

2.3.2.5 Covariation Chart

Mehrmals wurden im Text die verschiedenen Aggregationsmöglichkeiten erwähnt. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen für die Anwendung der Faktorenanalyse auf eine Datenstruktur werden von Cattell (1946; 1966) in der ‚Covariation Chart‘ dargestellt.

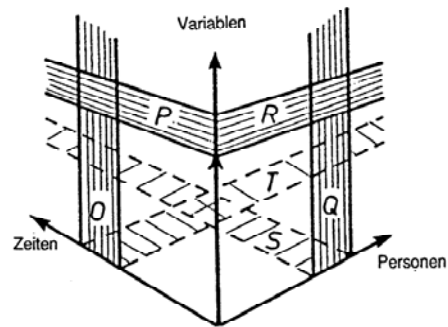


Abbildung 43: ‚Covariation Chart‘ verschiedene Techniken beim faktoranalytischen Vorgehen. (übernommen aus Überla (1971 S. 298)). Die Achsen sind die Personen, die Variablen und Zeiten. Die verschiedenen zweidimensionalen Techniken liegen jeweils in einer Ebene, durch Streifen angedeutet. In der üblichen R-Technik wird die Variablen über die Personen korreliert, in der Q-Technik die Personen über die Variablen, in der P-Technik die Variablen über die Zeiten usw.

Bei der Überprüfung des Gruppenerfahrungsbogens verfolgen Strauss und Eckert (1994) folgende Strategie: Zuerst ermitteln sie mit P-Faktorenanalysen (Integration über das Individuum) intra- und interindividuelle Unterschiede, um danach eine ‚faktorielle Kreuzvalidierung‘ mit der R-Technik durchzuführen (Integration über alle Messungen). Doblies (1996) hat mit der P-Technik bereits individuelle Stundenbogenfaktoren beim Berner Patientenstundenbogen extrahiert. Wir verzichten deshalb auf eine Wiederholung dieses Schrittes und führen Analysen mit der R-Technik durch, mit dem Ziel, über die Individuen hinausgehende, generalisierbare Faktoren zu finden.

Bevor wir auf die Vorgehensweise eingehen und die dabei zu erwartenden Resultate vergleichen werden, möchten wir als Diskussionsbeitrag einen Abschnitt von Höger (1997 S. 130) einfügen, der die zu beachtenden Aspekte bei der Extrahierung von Faktoren bei Stundenbogen oder ähnlichen Fragebogen zusammenfasst.

Die Interpretation der Ergebnisse solcher ‚Stundenbogen‘ erfolgte in Forschung und Praxis zumeist anhand der Einzelitems, ein wegen der unbekanntenen Reliabilität der Messwerte und der inhaltlichen Unübersichtlichkeit unbefriedigendes Verfahren. Verschiedene Stundenbögen wurden daher Faktorenanalysen unterzogen (Eckert, 1974; Stiles & Snow, 1984; Zielke, 1980; vgl. auch Grawe & Braun, 1994), die allerdings zu unterschiedlichen Dimensionen des Klientenerlebens führten. Die Ergebnisse solcher Faktorenanalysen stellen sich bei näherer Betrachtung als das Produkt mehrerer aufeinanderfolgender bzw. ineinandergeschachtelter Abbildungsprozesse dar:

- *die Abbildung der ‚objektiven‘ Ereignisse (Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle) während der Stunde im unmittelbaren Erleben der Klient/inn/en bzw. in der Rückschau;*
- *die Abbildung dieses Erlebens im semantischen Netzwerk des spezifischen sprachlichen Repräsentationssystems des einzelnen Klienten;*
- *die Abbildung dieser individuellen sprachlichen Repräsentationen in den (für alle Klienten einheitlich formulierten) Items des Stundenbogens;*

- *die Abbildung dieser Items im Modell der Faktorenanalyse, d.h. auf einer begrenzten Anzahl gemeinsamer, voneinander weitgehend unabhängiger Dimensionen.*

Andererseits ist die allgemeine Gültigkeit der Ergebnisse von Faktorenanalysen, abgesehen von den üblichen statistischen Voraussetzungen, von den folgenden Bedingungen abhängig:

1. *der interindividuellen Universalität der einem Fragebogen zugrundeliegenden Faktorenstruktur;*
2. *der weitgehenden funktionellen Unabhängigkeit dieser einzelnen Aspekte (enge funktionelle Zusammenhänge, etwa zwischen der Zufriedenheit mit dem Therapeuten und der Erfahrung von Fortschritten in der Therapie können entsprechende Items hoch miteinander korrelieren und auf ein und demselben Faktor gemeinsam auftreten lassen);*
3. *der hinreichend eindeutigen Formulierung der Items, so daß sie von allen Personen hinreichend ähnlich verstanden und den jeweiligen kognitiven Aspekten einheitlich zugeordnet werden.*

Anders gesagt: Die Aggregation der Stundenbögen einer Stichprobe von Klienten für eine Faktorenanalyse setzt deren strukturelle Homogenität bezüglich der verschiedenen darin enthaltenen Abbildungsvorgänge voraus. Diese interindividuelle Homogenität der kognitiven, sprachlichen und funktionalen Struktur wird gewöhnlich ungeprüft als gegeben unterstellt.

Die Vermutung, dass diese strukturelle Homogenität bei Stundenbögen nicht gegeben ist, wird durch Ergebnisse von Eckert (1974) gestützt. Hier hatten sich bei getrennten Faktorenanalysen des KEB für die Gruppen der erfolgreich und der nicht erfolgreich behandelten Klienten unterschiedliche Faktorenstrukturen ergeben. Eine Stichprobe, die sich zumindest aus diesen beiden Teilpopulationen zusammensetzt (was wohl für jede Klientenstichprobe gilt), kann also nicht als strukturell homogen in Bezug auf die dimensionale Struktur eines Fragebogens wie u. a. die des KEB angesehen werden, Ziel der vorliegenden Studie war es daher,

- *auf der Grundlage der Ergebnisse einer explorativen Vorstudie ggf. interindividuell übergreifende Aspekte des Klientenerlebens herauszuarbeiten und*
- *einen Stundenbogen zu entwickeln, der diese Aspekte in möglichst eindeutig formulierten Items erfasst.*

Diese beiden Anliegen hat auch die vorliegende Arbeit. Das Vorgehen unterscheidet sich aber in gewisser Hinsicht: Der Berner Patientenstundenbogen besteht bereits und hat mehrere erfahrungsgetriebene Überarbeitungen hinter sich. Die Analyse des individuellen Verständnisses mit der P-Technik wurde bereits von Doblies (1996) durchgeführt. Die vorliegende Arbeit will nicht wie Doblies den Einzelfall oder besser gesagt das Erleben des einzelnen Patienten näher verstehen, sondern allgemein gültige Faktoren definieren, die sich aus Items zusammensetzen, die inhaltlich von den Patienten möglichst gleich verstanden werden. Übrigens findet Doblies bei seinem

enten möglichst gleich verstanden werden. Übrigens findet Doblies bei seinem individuenzentrierten Vorgehen immer wieder ähnliche Faktoren, was dahin gedeutet werden kann, dass eine Generalisierung zulässig ist (siehe auch Kapitel 1.1.2.5).

2.3.3 Clusteranalyse

Für die Reduktion der Information aus den Symptom Checklisten (SCL-90R) und dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) wurden Clusteranalysen gerechnet. Nach Bortz (1993 S. 522) eignen sich Clusteranalysen als heuristisches Verfahren zur systematischen Klassifizierung von Objekten, wobei die untersuchten Objekte so gruppiert werden, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. eines ‚Clusters‘ möglichst gering und die Unterschiede zwischen den Clustern möglichst groß sind. Kritisch bemerkt Bortz, dass keine der verfügbaren Clustermethoden auf einer Theorie beruhen, die es gewährleistet, dass die beste Struktur der Objekte entdeckt wird. Die beiden robustesten Verfahren, Ward-Methode und k-means-Methode, werden zwar favorisiert, doch auch andere Algorithmen können gute Lösungen ergeben. Die Frage, welche Lösung die Beste sei, kann nur dadurch beantwortet werden, dass man den empirischen Datensatz mit mehreren Clusteralgorithmen analysiert und vergleichend interpretiert.

Die verwendete Ward-Methode fusioniert als hierarchisches Verfahren sukzessiv diejenigen Elemente (Cluster), mit deren Fusion die geringste Erhöhung der gesamten Fehlerquadratsumme einhergeht Bortz (1993 S. 532). Die Eigenschaften des Ward-Algorithmus lassen sich damit folgendermaßen zusammenfassen: mit den Fusionschritten werden bevorzugt kleine Cluster in Regionen mit hoher Objektdichte gebildet. Mit fortschreitender Fusionierung tendiert der Algorithmus dazu, Unterschiede in den Besetzungszahlen auszugleichen, d.h. es werden Cluster mit annähernd gleichgroßen Besetzungszahlen gebildet. Diese Eigenschaft wirkt sich nachteilig aus, wenn die beste Gruppierung aus Clustern unterschiedlicher Größe bestehen.

Bortz schlägt vor, die mit einem hierarchischen Verfahren (Ward) gefundene Lösung durch den Einsatz eines nicht hierarchischen Verfahrens (z.B. k-means-Methode) zu optimieren. Deshalb wurde zuerst mit der Ward-Methode eine Lösung gerechnet, deren klinische Plausibilität betrachtet und dann mit der k-means-Methode überprüft, ob die Gruppierungen optimiert werden können.

Ein weiteres Problem stellt sich bezüglich der Generalisierbarkeit einer clusteranalytischen Lösung. Clusteranalysen sind wie alle statistischen Analysen stichprobenabhängig. Diesem Umstand wurde insofern Rechnung getragen, dass der

Datensatz aufgrund eines Zufallskriteriums halbiert wurde und danach die Clusteranalysen noch einmal durchgeführt wurden.

2.3.4 Multiple Regression

Um die optimalen Items für die Prädiktion des Therapieerfolges zu bestimmen, wird eine Multiple Regression, genauer eine schrittweise Regression (stepwise regression), eingesetzt. Dieses Verfahren erlaubt es, aus einem Satz Prädiktorvariablen die Untergruppe herauszufiltern, die gegenüber den restlichen Variablen kein zusätzliches Vorhersagepotential hat (nach Bortz (1993 S. 427)).

Für die schrittweise Regression stehen zwei Techniken zur Verfügung. Bei der ersten Variante (Vorwärts-Technik) werden die Prädiktoren sukzessiv in das Regressionsmodell aufgenommen, wobei sich die Abfolge nach der Nützlichkeit (U) richtet. Das Verfahren nimmt zunächst die Variable mit der höchsten Validität (r_{ic}) auf und prüft dann Schritt für Schritt, durch welche weitere Variable das Vorhersagepotential (R^2) der bereits im Modell enthaltenen Variablen maximal erhöht werden kann. Das Verfahren wird solange fortgesetzt, bis die Nützlichkeit einer Variable unter einem Minimalwert liegt, der gerade noch als akzeptabel gehalten wird. Variablen, die diesen Wert nicht überschreiten, werden als redundante Variablen nicht in die Regressionsgleichung aufgenommen.

Die zweite Technik (Rückwärts-Technik) beginnt mit einer vollständigen Regressionsgleichung, in der alle Variablen enthalten sind. Es wird dann geprüft, welche Prädiktorvariable gegenüber den restlichen $k-1$ Prädiktorvariablen die geringste Nützlichkeit aufweist. Diese Variable wird – falls ihre Nützlichkeit einen vorgegebenen Wert unterschreitet – aus dem Modell genommen. Dieser Schritt wird sukzessiv wiederholt, bis schließlich eine Restmenge von $p = k-q$ Variablen mit hinreichender Nützlichkeit übrig bleibt.

Die Vorwärts- und Rückwärtstechnik können auch miteinander kombiniert werden. So lässt sich beispielsweise überprüfen, ob durch die Aufnahme einer neuen Variable im Kontext der ‚Vorwärts-Technik‘ eine bereits im Modell enthaltene Variable redundant geworden ist, die gemäß der ‚Rückwärts-Technik‘ dann aus dem Modell zu entfernen wäre.

Zur Überprüfung der Frage, ob sich eine multiple Korrelation mit einem Satz A von k Prädiktorvariablen durch die Aufnahme eines Satzes B mit p weiteren Prädiktorvariablen signifikant erhöht, kann ein Signifikanztest verwendet werden.

Zur schrittweisen Regression ist anzumerken, dass die Entscheidung darüber, welche Teilmenge von Prädiktorvariablen als die ‚beste‘ anzusehen ist, häufig vom Zufall bestimmt ist. Die Bedeutung der einer Prädiktorvariablen bzw. ihre Nützlichkeit ist bei hoher Multikollinearität in starkem Maße davon abhängig.

welche Prädiktoren schon (bei der Vorwärts-Technik) oder noch (bei der Rückwärts-Technik) im Regressionsmodell enthalten sind. Da hier oftmals nur geringfügige Nützlichkeitsunterschiede, die keine statistische Bedeutung haben, verantwortlich sind, gehört diese Technik eher in den Bereich der Hypothesenerkundung als zu den hypothesenprüfenden Verfahren. Um die Kontextunabhängigkeit der Nützlichkeit einer Prädiktorvariablen vollständig einschätzen zu können, wäre es erforderlich, alle $k!$ möglichen Abfolgen der k Prädiktorvariablen sequentiell zu testen. (Bortz, 1993 S. 427)

Bortz schlägt vor, die Auswahl der besten Variablen nicht dem Computer zu überlassen, sondern den Einsatz der schrittweisen Regressionstechnik theoretisch vorzustrukturieren und dafür inhaltlich begründete Vorgruppierung der Prädiktorvariablen vorzunehmen.

Wir haben uns für ein exploratives Vorgehen mit der Vorwärts-Technik und der Rückwärts-Technik entschieden und zusätzlich nach inhaltlichen Gesichtspunkten Prädiktorvariablengruppen zusammengestellt. Dabei sind wir uns im Klaren, dass ein solches Vorgehen stark stichprobenabhängig ist und nur als vorläufige Variablenanordnung betrachtet werden darf und das Resultat als ein vorläufiges zu betrachten ist.

2.3.5 Partitioning, Decisions Tree, Data-Mining

Verschiedene Auswertungsprogramme stellen unter den Begriffen Partitioning, Decisions Trees oder Data-Mining Berechnungsroutinen zur Verfügung. Die auch unter den technischen Namen CHAID™ oder CART™ bekannt sind (siehe auch Smith (2001)). Diese Auswertungsprogramme erlauben es, Beziehungen zwischen Variablen zu explorieren, ohne zuvor ein gutes Modell für die Zusammenhänge zu postulieren.

Die ursprünglich aus der Marktforschung stammenden Modelle eignen sich zur Identifizierung und Selektion besonders prädikativer Variablen aus einer großen Anzahl von Variablen in relativ großen Stichproben.

Die zweite Bedingung kann bei dem vorliegenden Datensatz nur beschränkt erfüllt werden. Wir verwenden die Methode trotzdem, weil sie einerseits das Bilden von Heuristiken bei der Beurteilung und Interpretation von Eintritts- und Verlaufsdaten zu Beginn einer Therapie unterstützt und andererseits für weiterführende Untersuchungen und Fragestellungen im Bereich der Qualitätssicherung von Psychotherapie eine wichtige Rolle übernehmen könnte.

Die Unterteilung erfolgt schrittweise, wobei immer diejenige Prädiktorvariable ausgewählt wird, welche den stärksten Zusammenhang mit den Kriteriumsvariablen enthält. Das Verfahren wird fortgesetzt bis das Hinzufügen einer weiteren Prädiktorvariablen keinen stärkeren Zusammenhang mit der Kriteriumsvariablen bewirkt oder eine zuvor eingestellte minimale Segmentgröße erreicht wird.

Die klassische Anwendung liegt darin eine Datentabelle mit Symptomen und Diagnosen einer bestimmten Krankheit in eine Fragenhierarchie zu bringen, die es erlaubt, bei neuen Patienten schnell zu einer initialen Diagnose zu kommen.

Genau diese Problematik liegt bei unserer Fragestellung vor. Wir haben eine unübersichtliche Menge Prädiktorvariablen die wir hierarchisch ordnen wollen, um dem praktizierenden Therapeuten Hinweise geben zu können, wie er Prozessergebnisse (Patientenstundenbogendaten) nach den ersten Sitzungen zu interpretieren hat.

Im Idealfall müssten wir dem Therapeuten sagen können, ob es bei der angetroffenen Konstellation Sinn macht eine Therapie fortzusetzen oder abubrechen (Therapeuten- oder Verfahrenswechsel).

Die statistischen Verfahren erlauben es intervall- oder kategorial skalierte Daten zu analysieren.

Die Güte einer Lösung lässt sich durch das Fehlklassifizierungsrisiko quantifizieren. Dafür werden die durch den Baum vorhergesagten Zuordnungen für jeden Fall mit der tatsächlichen Zuordnung verglichen und der Prozentsatz der Fehlzugeordnungen angegeben.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Kreuzvalidierung, bei der die Stichprobe in k Untergruppen unterteilt werden kann. Danach wird jeweils für die Stichprobe $k-1$ Lösungen gerechnet und diese Lösungen mit der 1. Lösung verglichen.

Bei dem relativ kleinen N unserer Untersuchung, können wir hier keine berauschenden Angaben erwarten. Auch hier gilt, dass die Analysen an weiteren Stichproben wiederholt werden müssen.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten durch die Einführung von Gewichten die Struktur des Baumes zu verändern. Auf diese Möglichkeiten wurden jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit und Transparenz aber auch wegen der geringen Fallzahl und der fehlenden Möglichkeit zur unabhängigen Überprüfung verzichtet.

3 Resultate

3.1 Korrelation mit den Therapie-Outcome-Maßen

Alle Items des Berner Patientenstundenbogens wurden auf ihren Zusammenhang mit dem Therapieerfolg geprüft.

Tabelle 17: Korrelation der Items des Berner Patientenstundenbogens gemittelt über alle Sitzungen mit den Output-Variablen (integrierte ES von U-Fragebogen, SCL-90R, EMI-B, GIS-Selbsteinschätzung, IPC, Goal Attainment Scaling, Patientennachbefragung, Therapeutennachbefragung, und VEV. DCM bezeichnet die Zusammenfassung von GAS, PNB, TNB und VEV). Die Stärke des Musters variiert mit der Höhe der Korrelationen, ab einer Korrelation von .25 erfolgt eine Einfärbung der Zelle. In der ersten Spalte wird die Anzahl Korrelationen über .25 angegeben. Berner Stichprobe N= 95.

Korrelation PatStbltem/integrierte Effektsärken											
Item	Kor>.25	ES_UFR	ES_SCL	ES_EMI	ESGIS	ESIPC	ES_GAS	ES_PNB	ES_TNB	ES_VEV	ES_DCM
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	0	0.17	0.00	0.11	0.09	0.11	0.40	0.49	0.35	0.22	0.44
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	3	-0.08	-0.11	-0.08	0.02	0.05	-0.06	-0.35	-0.30	-0.19	-0.28
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	8	0.25	0.21	0.14	0.32	0.28	0.39	0.39	0.26	0.32	0.42
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	6	0.14	0.30	0.12	0.12	0.05	0.43	0.48	0.45	0.33	0.50
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	3	-0.11	-0.15	-0.19	-0.05	0.12	-0.12	-0.34	-0.36	-0.22	-0.31
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	2	-0.16	-0.16	-0.19	-0.06	0.11	-0.19	-0.38	-0.18	-0.22	-0.29
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	2	-0.10	-0.14	-0.15	-0.05	-0.10	-0.17	-0.27	-0.22	-0.22	-0.28
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	4	0.15	0.15	0.12	0.21	0.18	0.35	0.41	0.30	0.24	0.39
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	3	0.12	0.09	0.18	0.05	-0.08	0.33	0.27	0.02	0.21	0.25
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	7	0.26	0.15	0.16	0.26	0.21	0.43	0.49	0.31	0.39	0.49
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	0	-0.04	-0.16	-0.20	0.02	0.05	-0.20	-0.19	-0.06	-0.21	-0.20
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	0	-0.15	-0.12	-0.24	-0.04	0.07	-0.08	-0.22	-0.21	-0.20	-0.22
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	7	0.22	0.18	0.25	0.28	0.11	0.49	0.51	0.33	0.27	0.47
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	5	0.14	0.19	0.04	0.25	0.13	0.35	0.34	0.21	0.30	0.35
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	4	-0.15	-0.19	-0.14	-0.01	0.04	-0.22	-0.50	-0.46	-0.33	-0.45
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	0	-0.07	-0.07	-0.18	0.12	0.09	-0.05	-0.06	0.00	-0.11	-0.10
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	5	-0.15	-0.20	-0.27	-0.10	0.03	-0.24	-0.40	-0.34	-0.33	-0.40
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	4	0.08	0.13	0.20	0.17	0.16	0.37	0.30	0.12	0.28	0.33
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	0	-0.18	-0.01	-0.07	0.04	0.11	0.08	0.09	0.04	-0.06	0.02
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	1	-0.17	0.03	-0.07	-0.04	-0.04	-0.21	-0.22	-0.19	-0.22	-0.26
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	4	0.17	0.21	0.23	0.24	0.16	0.55	0.41	0.18	0.37	0.48
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	2	-0.03	-0.02	-0.02	0.02	0.08	-0.07	-0.29	-0.32	-0.14	-0.24
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	4	-0.17	-0.11	-0.18	-0.06	-0.02	-0.19	-0.40	-0.31	-0.26	-0.36
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	6	0.16	0.23	0.28	0.27	0.17	0.59	0.40	0.23	0.43	0.53
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	3	-0.04	-0.05	-0.14	-0.06	0.06	-0.16	-0.31	-0.34	-0.14	-0.28
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	4	0.05	-0.03	0.09	0.15	0.10	0.34	0.25	0.04	0.25	0.27
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	3	-0.14	-0.08	-0.19	-0.11	-0.03	-0.09	-0.34	-0.35	-0.20	-0.30
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	0	-0.03	0.11	-0.11	-0.09	0.09	0.01	0.01	0.14	-0.09	0.00
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	2	0.24	0.20	0.12	0.21	0.23	0.23	0.37	0.22	0.23	0.32

Resultate

Für die Korrelationsberechnungen wurden die integrierten Effektstärken der oben beschriebenen Fragebogen verwendet.

Tabelle 18: Korrelation der Items des Berner Patientenstundenbogens (über die ersten 5 Sitzungen gemittelt) mit den Output-Variablen. Die Stärke des Musters variiert mit der Höhe der Korrelationen, ab einer Korrelation von .25 erfolgt eine Einfärbung der Zelle. In der ersten Spalte wird die Anzahl Korrelationen über .25 angegeben. Berner Stichprobe N= 95.

Korrelation PatStblern/integrierte Effektstärken													
Item	Kor>.25	ES_UFR	ES_SCL	ES_EMI	ESGIS	ESIPC	ES_GAS1	ES_GAS2	ES_GAS3	ES_PNB	ES_TNB	ES_VEV	
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	2	0.18	0.20	0.19	0.08	0.10	0.24	0.20	0.16	0.45	0.26	0.21	
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	0	0.00	-0.09	-0.04	0.09	0.09	0.04	0.04	-0.04	-0.23	-0.24	0.02	
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	4	0.13	0.19	0.13	0.12	0.29	0.13	0.11	0.28	0.30	0.17	0.25	
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	7	0.14	0.26	0.14	0.10	0.05	0.29	0.31	0.40	0.36	0.34	0.33	
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	2	-0.04	-0.19	-0.21	-0.03	0.10	-0.13	-0.11	-0.07	-0.33	-0.28	-0.23	
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	1	-0.07	-0.22	-0.24	-0.03	0.03	-0.12	-0.12	-0.08	-0.33	-0.13	-0.22	
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	1	0.07	-0.11	-0.15	0.06	0.09	-0.16	-0.02	-0.02	-0.26	-0.15	-0.09	
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	1	-0.01	0.12	0.09	0.01	0.18	0.21	0.09	0.20	0.30	0.12	0.20	
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	2	0.06	0.09	0.18	0.02	-0.16	0.27	0.24	0.24	0.27	0.04	0.19	
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	2	0.02	0.03	0.07	0.06	0.25	0.12	0.06	0.23	0.28	0.20	0.19	
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	0	0.04	-0.07	-0.09	0.14	0.14	-0.15	-0.13	-0.12	-0.11	-0.01	-0.10	
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	0	-0.07	-0.12	-0.24	0.04	0.12	-0.05	0.06	0.03	-0.20	-0.10	-0.11	
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	5	0.12	0.25	0.26	0.15	0.15	0.38	0.24	0.34	0.44	0.33	0.19	
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	0	0.11	0.14	0.03	0.07	0.08	0.12	0.06	0.11	0.17	0.18	0.10	
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	2	-0.07	-0.21	-0.11	0.04	0.10	-0.06	-0.11	0.03	-0.33	-0.26	-0.17	
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	0	-0.05	-0.10	-0.14	0.04	0.07	-0.09	-0.19	0.00	-0.15	0.05	-0.15	
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	1	0.07	-0.17	-0.22	-0.05	0.04	-0.16	-0.22	-0.03	-0.36	-0.18	-0.19	
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	2	0.00	0.04	0.13	0.08	0.16	0.24	0.10	0.28	0.32	0.07	0.23	
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	0	-0.02	0.06	0.10	0.13	0.12	0.12	-0.01	0.05	0.03	0.12	0.01	
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	0	-0.11	0.10	-0.08	0.05	0.08	0.01	-0.02	-0.07	-0.14	-0.11	-0.07	
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	5	0.06	0.14	0.21	0.13	0.24	0.31	0.32	0.44	0.33	0.08	0.32	
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	1	-0.02	-0.14	-0.14	-0.05	0.12	-0.10	-0.14	0.00	-0.28	-0.25	-0.11	
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	1	-0.13	-0.23	-0.24	-0.06	0.03	-0.09	-0.13	-0.11	-0.28	-0.23	-0.15	
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	4	-0.04	0.10	0.16	0.11	0.18	0.29	0.30	0.43	0.20	0.03	0.31	
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	2	-0.02	-0.19	-0.26	-0.03	0.03	-0.13	-0.13	-0.08	-0.29	-0.20	-0.04	
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	0	-0.06	-0.08	0.00	0.00	0.20	0.18	0.09	0.23	0.20	-0.02	0.18	
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinem Vorstellungen ausgegangen.	1	-0.05	-0.14	-0.27	-0.12	0.00	0.02	-0.10	0.05	-0.21	-0.17	-0.18	
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	0	0.03	0.21	0.06	0.00	0.17	0.02	0.04	0.17	0.09	0.21	0.00	
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	0	0.12	0.13	0.11	0.09	0.21	0.03	-0.01	0.19	0.18	0.19	0.07	

Beispielhaft werden die Tabellen für die Korrelationen der Items, gemittelt über alle Sitzungen und gemittelt über die ersten fünf Sitzungen, gezeigt. Durch die Stärke des Musters wird die Höhe der Korrelationen angezeigt, so dass auf einen Blick ersichtlich wird, welche Items mit welchen Erfolgsmessmitteln hoch korrelieren.

Die Korrelationen mit den standardisierten Erfolgsmaßen wie UFr, SCL-90R usw. sind nicht besonders beeindruckend, hingegen wird ein deutlicher Zusammenhang mit den direkten Veränderungsmaßen wie GAS, VEV und NBP/NPT gefunden. Besonders die Items 1, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 24 und 26 zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen. Bei der Auswahl der Items für die Kurzform des Fragebogens werden diese Zusammenhänge mit berücksichtigt.

3.2 Die besten Prädiktoren des Therapieerfolgs

Bereits im Theorieteil wurde darauf hingewiesen, dass die mit einer Multiplen Regression gewonnene Prädiktorenzusammensetzung stark Stichproben abhängig ist. Wir verfolgen mit dieser Analyse das Ziel, eine Gruppe von Stundenbogenitems zu finden, die besonders sensibel den Therapieerfolg vorhersagen. Die im Kapitel 3.1 beschriebenen Korrelationen mit dem Therapieerfolg stellen die Grundlage für diese Analyse dar, somit sind nicht völlig neue Ergebnisse zu erwarten. Items, welche hoch mit den Erfolgsmaßen korrelieren, sollten ebenfalls an prominenter Stelle in dieser Analyse auftauchen.

Alle Stundenbogenitems wurden als Prädiktoren für den Therapieerfolg in die Regression aufgenommen. Als Indikatoren für den Therapieerfolg wurde die Integration der individualisierten Messmittel (DCM), der Gesamtwert des SCL-90R und der Global Symptom Index (GSI) aus dem SCL-90R verwendet.

Die Analyse hilft Items zu identifizieren, die unterschiedliche Varianz einbringen und damit das Ziel unterstützen, die Gruppe der besonders sensiblen Items zu finden. Unser Vorgehen ist explorativ, die Itemselektion müsste korrekterweise an einer weiteren Stichprobe überprüft werden. Da wir diese Möglichkeit nicht hatten, wurde zur Kontrolle der Datensatz nach einem Zufallskriterium geteilt und erneut analysiert. Die im gesamten Datensatz gefundene Lösung konnte nur in einer Hälfte des Datensatzes wieder gefunden werden. In der anderen Hälfte zeigte sich eine leicht veränderte Itemkombination (siehe Anhang.) Dies überrascht aber nicht sonderlich, liegt das N in den halben Datensätzen nur noch bei 42. (Die vollständigen Analysen sind im Anhang zu finden. Hier werden nur die Itemkombinationen der durchgeführten Analysen einander gegenübergestellt.)

Beispielhaft sei hier die Analyse der über die ersten 10 Sitzungen gemittelten Itemwerte mit dem Indikator der integrierten individuellen Erfolgsmaße (DCM) gezeigt.

Tabelle 19: Die Stepwise Regression für die über die ersten 10 Sitzungen gemittelten Stundenbogenitems als Prädiktoren und den integrierten individuellen Erfolgsmaßen (DCM) als Indikator. Berner Stichprobe N=85.

Stepwise Regression Control

Prob to Enter	0.250
Prob to Leave	0.100

Direction: forward

Current Estimates

SSE	DFE	MSE	RSquare	RSquare Adj	Cp	AIC
21.30545	69	0.3087746	0.5574	0.4611	7.8424299	-85.6135

Step History

Step	Parameter	Action	"Sig Prob"	Seq SS	RSquare	Cp	p
1	I13_1B10	Entered	0.0000	10.24547	0.2129	27.197	2
2	I15_1B10	Entered	0.0065	3.294507	0.2813	19.789	3
3	I24_1B10	Entered	0.0447	1.689426	0.3164	16.964	4
4	I9_1B10	Entered	0.0528	1.516312	0.3479	14.634	5
5	I4_1B10	Entered	0.1470	0.82987	0.3651	14.264	6
6	I11_1B10	Entered	0.1015	1.039129	0.3867	13.297	7
7	I28_1B10	Entered	0.0760	1.190486	0.4115	11.897	8
8	I5_1B10	Entered	0.1517	0.760578	0.4273	11.725	9
9	I22_1B10	Entered	0.0177	2.005479	0.4689	7.9981	10
10	I26_1B10	Entered	0.1534	0.69891	0.4835	8.0022	11
11	I12_1B10	Entered	0.1503	0.69966	0.4980	8.0042	12
12	I23_1B10	Entered	0.0877	0.965597	0.5180	7.2467	13
13	I1_1B10	Entered	0.0941	0.903945	0.5368	6.6653	14
14	I17_1B10	Entered	0.2249	0.467511	0.5465	7.3302	15
15	I7_1B10	Entered	0.1983	0.520991	0.5574	7.8424	16

Die gefundenen Itemkombinationen sollen uns nur helfen, die günstigste Itemselektion für die Minimalform des Stundenbogens zu definieren. Deshalb werden die Resultate der Stepwise Regression nicht weiter diskutiert.

Um dem Leser eine einfache Übersicht zu geben, werden in der Tabelle 20 und Tabelle 21 die in den durchgeführten Regressionen gefundenen Itemkombinationen einander gegenübergestellt. Einerseits gegenüber dem integrierten Maß des individuell gemessenen Therapieerfolgs (DCM) und den beiden möglichen Zusammenfassungen

des SCL-90R, andererseits der Integration über die Skalen 1 bis 9 und dem Global Symptom Index (GSI).

Farblich wurden die am häufigsten auftauchenden Items hervorgehoben, um den Vergleich zu vereinfachen.

Tabelle 20: Reihenfolge der über die ersten 5 Sitzungen gemittelten Items wie sie in die Gleichung der ‚Stepwise Regression‘ aufgenommen wurden.

Step (forward)	ES_DCM	ES_SCL	GSI
1	I4_1B5	I13_1B5	I6_1B5
2	I1_1B5	I26_1B5	I13_1B5
3	I13_1B5	I6_1B5	I20_1B5
4	I11_1B5	I20_1B5	I26_1B5
5	I28_1B5	I15_1B5	I15_1B5
6	I15_1B5	I3_1B5	I24_1B5
7	I20_1B5	I2_1B5	I2_1B5
8	I14_1B5	I16_1B5	
9	I24_1B5	I19_1B5	
10		I1_1B5	
11		I21_1B5	
12			
13			
14			
15			

Tabelle 21: Reihenfolge der über die ersten 10 Sitzungen gemittelten Items wie sie in die Gleichung der ‚Stepwise Regression‘ aufgenommen wurden.

Step (forward)	ESDCM	ES_SCL	GSI
1	I13_1B10	I13_1B10	I13_1B10
2	I15_1B10	I26_1B10	I26_1B10
3	I24_1B10	I24_1B10	I6_1B10
4	I9_1B10	I6_1B10	I20_1B10
5	I4_1B10	I20_1B10	I24_1B10
6	I11_1B10	I18_1B10	I18_1B10
7	I28_1B10	I1_1B10	I1_1B10
8	I5_1B10	I15_1B10	I15_1B10
9	I22_1B10	I3_1B10	I16_1B10
10	I26_1B10	I16_1B10	I19_1B10
11	I12_1B10	I19_1B10	I3_1B10
12	I23_1B10	I2_1B10	I27_1B10
13	I1_1B10		I5_1B10
14	I17_1B10		I2_1B10
15	I7_1B10		

Als besonders gute Prädiktoren des Therapieerfolgs zeigen sich in der Berner Stichprobe die folgenden Items:

- 13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.
- 15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.
- 24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.
- 4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

Diese vier Items weisen auf mindestens drei unterschiedliche Inhalte hin: 1. die Kompetenzerwartung oder Hoffnungsinduktion (13 u. 24); 2. die vom Patienten

wahrgenommene Passung zum therapeutischen Vorgehen (15) und 3. der Unterstützung durch den Therapeuten oder der Beziehung zum Therapeuten(4). Wie wir im Kapitel der Faktorenanalysen zeigen, fallen die Items in drei unterschiedliche Faktoren.

Die drei weiteren Items, welche in der Regression immer wieder an prominenter Stelle auftraten, können denselben Themen zugeordnet werden. Wiederum sind es die Kompetenzerwartung oder Hoffnungsinduktion und die Beziehung zum Therapeuten. Sie könnten eventuell in anderen Stichproben Stellvertreter der oben aufgeführten Items darstellen.

- 26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.
- 6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.
- 20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.

Aufgrund weiterer Ergebnisse bilden die vier erst genannten Items den ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ oder die minimal Version des Stundenbogens (siehe dazu auch 3.4).

Wir konnten es nicht unterlassen auch mit anderen Itemkombinationen zu ‚spielen‘. Da die Resultate aber kein wesentlich anderes Bild abwarfen, verzichteten wir auf eine Darstellung dieser Ergebnisse.

3.3 Die Faktoren des Berner Patientenstundenbogens

Bereits die Faktorenanalysen von Doblies (1996) nach der P-Technik zeigten, dass über die individuellen Faktorenstrukturen hinaus generalisierbare Faktoren beschreibbar sind. Wir wählten bei unserem Vorgehen die R-Technik und variierten die Integrationszeit. Wir betrachteten die Veränderung der Faktorenstruktur anhand der Analyse der 1., 2. und 3. Sitzung. Wir konnten feststellen, dass die Anzahl der Faktoren (mit Eigenwert über 1) in der 1. Sitzung noch größer ist, bereits aber in den darauf folgenden Sitzungen auf 5 Faktoren (mit Eigenwert über 1) sinkt. Dies entspricht der Faktorenanzahl, die wir auch in der Faktorenanalyse des Gesamtdatensatzes fanden (die Resultate dazu finden sich im Anhang).

Danach integrierten wir die Daten der 1. bis 5. Sitzung und der 6. bis 10. Sitzung, um ebenfalls zu kontrollieren, ob sich die Faktorenstruktur in diesen Zeitabschnitten verändert. Auch hier konnten wir eine große Stabilität der Faktorenstruktur feststellen. Auch in den Analysen der Freiburger Stichprobe bestätigte sich dieses Bild. Wir zeigen im Text nur die wichtigsten Resultate, die auch die Grundlage der Itemselektion für die Kurzformen des Fragebogens liefern und verweisen auf die im Anhang zusammengestellten Resultate aller Faktorenanalysen.

Wie im Methodenteil diskutiert, wurde zuerst aufgrund des Eigenwertkriteriums (>1) eine 5-Faktorenlösung gerechnet. Diese 5-Faktorenlösung wird dann aufgrund des Scree-Tests auf eine 3-Faktorenlösung reduziert und mit dem Varimax-Verfahren rotiert.

Tabelle 22: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 5-Faktorenlösung (Eigenwert >1, R-Technik). Berner Stichprobe N=95 gemittelt über alle Sitzungen pro Patient.

Itemtext	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	0.92				I22_MA
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	0.91				I27_MA
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	0.88				I23_MA
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	0.88				I5_MA
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	0.83				I17_MA
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	0.82				I25_MA
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	0.81				I2_MA
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	0.81				I12_MA
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	0.81				I6_MA
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	0.80				I15_MA
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	0.71				I7_MA
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	0.59			-0.38	I20_MA
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	-0.58	0.57			I1_MA
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.		0.90			I21_MA
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.		0.86			I24_MA
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	-0.30	0.81			I13_MA
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.		0.77		0.34	I3_MA
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.		0.77		-0.53	I26_MA
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.		0.72			I8_MA
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.		0.72		0.31	I10_MA
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.		0.67			I9_MA
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.		0.67			I18_MA
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	0.36	-0.51	0.40	0.49	I11_MA
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	-0.48	0.51			I4_MA
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.			0.90		I19_MA
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.			0.84		I16_MA
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.		0.51		0.71	I29_MA
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.		0.55		0.57	I14_MA
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.			0.33		I28_MA
N=95	Variable	Communality Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	I1_MA	0.72859	1	11.5154	39.7
	I2_MA	0.68391	2	5.11242	17.6
	I3_MA	0.79102	3	2.70303	9.3
	I4_MA	0.69797	4	1.2247	4.2
	I5_MA	0.77558	5	1.10216	3.8

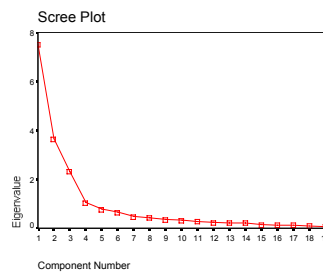


Abbildung 44: Scree-Test der oben dargestellten 5-Faktorenlösung, mit dem Knick beim 4. Faktor.

Wie wir im Weiteren zeigen werden, können diese drei Faktoren auch im Freiburger Datensatz und bei Integrationen über verschiedene Zeiträume dargestellt werden. Wir verzichten im Text auf die Darstellung der Faktorenanalysen über diese verschiedenen Zeitpunkte und Zeiträume (1., 2., 3. Sitzung, 1. bis 5. Sitzung 6. bis 10. Sitzung) und verweisen den interessierten Leser auf den Anhang.

Die drei Faktoren erklären noch knapp 67% der Varianz bei der Analyse der Berner Stichprobe. Bei der Freiburger Stichprobe werden mit drei Faktoren 71% der Varianz erklärt. Auffallend ist, dass der 1. Faktor der Freiburger Stichprobe dem 2. Faktor der Berner Stichprobe entspricht. Schaut man sich aber die Zusammensetzung der drei Faktoren an, können sie problemlos in einander übergeführt werden. In beiden Analysen setzen sich die Faktoren aus denselben Items zusammen. Auch die Reihenfolge der Items, wie sie auf den einzelnen Faktor laden, ist sehr ähnlich und kann auch in den weiteren Faktorenanalysen im Anhang immer wieder gefunden werden. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass die Faktorenstruktur stabil ist und über die Stichproben hinaus generalisiert werden darf.

Tabelle 23: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 3-Faktorenlösung nach Scree-Test (R-Technik), Varimax rotiert. Berner Stichprobe N=95 gemittelt über alle Sitzungen pro Patient.

Itemtext	Factor 1	Factor 2	Factor 3			
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	0.92			I22_MA		
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	0.90			I27_MA		
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	0.89			I23_MA		
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	0.86			I5_MA		
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	0.82			I15_MA		
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	0.82			I2_MA		
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	0.82			I17_MA		
42. Heute habe ich in der Therapiestunde eine klare Linie.	0.81			I25_MA		
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	0.80		0.39	I12_MA		
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	0.79			I6_MA		
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	0.72			I7_MA		
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	-0.61	0.57		I1_MA		
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	0.60	-0.35		I20_MA		
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	-0.53	0.51		I4_MA		
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.		0.89		I21_MA		
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.		0.84		I24_MA		
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.		0.83		I3_MA		
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	-0.31	0.81		I13_MA		
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	-0.32	0.77		I10_MA		
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.		0.74	-0.39	I26_MA		
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.		0.74		I8_MA		
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.		0.66	0.31	I14_MA		
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.		0.66		I18_MA		
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.		0.66	0.37	I29_MA		
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.		0.63		I9_MA		
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.			0.80	I16_MA		
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.			0.70	I28_MA		
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.			0.65	I19_MA		
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	0.38	-0.38	0.54	I11_MA		
N=95	Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	I1_MA	0.70375	1	11.5154	39.7	39.7
	I2_MA	0.68259	2	5.11242	17.6	57.3
	I3_MA	0.74476	3	2.70303	9.3	66.7

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist die Reduktion der Itemzahl. Ein Kriterium, das wir dafür verwenden, ist die eindeutige Zuordnung zu einem Faktor. Die Items 1, 2, 7, 9, 12, 15, 20, 25 und 27 laden in der Berner Stichprobe auf mehr als einen Faktor. Die Items 1, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 26 und 29 laden in der Freiburger Stichprobe auf mehr als einen Faktor. Gemeinsam sind folgende Items, die nicht eindeutig zugeordnet werden können.

- 1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt.
- 12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum der Therapeut gerade so vorgeht.
- 20. Ich glaube kaum, dass mir die Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.

Diese drei Items stehen bei der Verkürzung des Fragebogens zur Diskussion, falls sie nicht bei den weiter unten beschriebenen Kriterien eine wichtige Rolle spielen.

Um eine bessere Übersicht über die Resultate der verschiedenen Analysen zu erhalten, haben wir weiter unten alle Items des Berner Patientenstundenbogens in Tabelle 25 aufgelistet und noch weitere Resultate, die uns für die Selektion der Items für die Kurzform des Fragebogens wichtig scheinen, hinzugefügt.

Tabelle 24: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 3-Faktorenlösung (R-Technik), Vari-
max rotiert. Freiburger Stichprobe N=61.

Itemtext	Factor 1	Factor 2	Factor 3			
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	0.91			I21_MA		
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	0.90			I3_MA		
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	0.89			I10_MA		
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	0.87			I24_MA		
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	0.85			I8_MA		
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	0.85			I4_MA		
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	0.85	-0.31		I9_MA		
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	0.84			I13_MA		
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	0.84			I29_MA		
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	0.84			I26_MA		
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	0.77			I18_MA		
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	0.74			I14_MA		
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	0.72	-0.43		I1_MA		
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	-0.66	0.48		I7_MA		
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	-0.58	0.44		I2_MA		
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	-0.56	0.52		I20_MA		
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.		0.90		I22_MA		
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.		0.87		I23_MA		
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	-0.34	0.84		I27_MA		
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.		0.83		I5_MA		
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	-0.34	0.82		I15_MA		
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.		0.80		I17_MA		
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	-0.31	0.80		I25_MA		
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	-0.43	0.64	0.32	I12_MA		
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.		0.57		I6_MA		
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.			0.86	I19_MA		
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.			0.85	I16_MA		
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.			0.74	I11_MA		
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	0.31		0.49	I28_MA		
N=61	Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	I1_MA	0.70055	1	14.00058	48.3	48.3
	I2_MA	0.53527	2	4.33092	14.9	63.2
	I3_MA	0.85364	3	2.39947	8.3	71.5

3.3.1 Itemselektion für Kurzform

Bei Diskussionen über den Einsatz des Berner Patientenstundenbogens in der alltäglichen Psychotherapiepraxis wurde immer wieder dessen Länge bemängelt. Der Verkürzungswunsch ging von höchstens einer A4-Seite bis hinab zu maximal vier bis fünf Fragen. Dieser Wunsch widerspricht natürlich dem Interesse des Psychotherapeuten, der möglichst viele Aspekte abgedeckt haben möchte und immer noch zusätzliche interessante Fragen im Kopf hat, die vielleicht bis jetzt nicht erklärte Varianz erhellen würden.

Aufgrund einer Anzahl von Kriterien wurden aus den ursprünglich 29 Items 18 für die Kurzform ausgewählt. In der nachfolgenden Tabelle 25 sind die Itemselektion und die dazu verwendeten Kriterien zusammengestellt. Die Vorgehensweisen, die zu den Kriterien Zusammenhang mit dem Therapie-Outcome und Itemauswahl aufgrund einer Multiplen Regression geführt haben, wurden in den Kapiteln 3.1 und 3.2 vorgestellt.

3.3.1.1 Auswahlkriterien

Die Forderung der Praktiker nach einer Verkürzung des Patientenstundenbogens ist ein Teilziel dieser Arbeit. Hauptziel ist die Suche nach der kleinst möglichen Anzahl Items, die gerade noch ausreicht, um so früh wie möglich im Verlauf einer Therapie deren Erfolgchancen vorherzusagen. In der Beschreibung der Minimalform des Berner Patientenstundenbogens soll diesem Wunsch genüge getan werden. Zuvor wollen wir die Kurzform des Fragebogens mit 18 Items und der eingeschlagene Weg hin zu dieser Verkürzung vorstellen.

Die oben im Theorieteil referierten Kriterien werden herangezogen, um die 29 Items des Patientenstundenbogens zu prüfen und für die Kurzform auszuwählen. Anschließend werden die Kriterien noch einmal zusammengefasst.

- Sprachliche Klarheit: Unter sprachlicher Klarheit verstehen wir folgendes: Die Items sollten einfach und klar formuliert sein. Fragen, die zwei oder mehr Aspekte antizipieren, scheinen uns nicht geeignet zu sein, da nachträglich nicht eruiert werden kann, welcher Aspekt mit der Beantwortung gemeint war.
- Streuung: Die beibehaltenen Items sollten genügend Varianz aufweisen und keine wesentliche Abweichung von der Normalverteilung aufweisen.

- Faktorenstruktur 1: Die Items sollten, wenn immer möglich, nicht auf mehr als einen Faktor laden, so dass mit einem Faktor wirklich nur ein Teilbereich beschrieben wird.
- Faktorenstruktur 2: Die Items sollten in beiden Stichproben den gleichen Faktoren zugeordnet werden können.
- Korrelation mit dem Therapie-Outcome: Die beibehaltenen Items sollten mit möglichst vielen unterschiedlichen Outcome-Maßen korrelieren.
- Testgütekriterien (Cronbach-alpha, Trennschärfe, etc.): Die gebildeten Faktoren sollten eine hohe Reliabilität und Trennschärfe aufweisen.
- Inhaltlicher Aspekt: Falls Items, trotz Ungenügen in den oben genannten Kriterien, in die Kurzform aufgenommen werden, müssen sie einen inhaltlich relevanten Aspekt des Therapieprozesses abbilden.

Im nachfolgenden Unterkapitel werden die Resultate zu diesen Kriterien in einer Tabelle zusammengefasst und anschließend diskutiert.

3.3.1.2 Itemtabelle zur Auswahl der Items für die Kurzform des Berner Patientenstundenbogens

In der Itemtabelle wird versucht, die Resultate der unterschiedlichen Analysen und Beurteilungen übersichtlich zusammenzufassen. Die vollständigen Analysen befinden sich im Anhang.

Tabelle 25: Itemtabelle zur Auswahl der Items für die Kurzform des Berner Patientenstundenbogens mit den Zusammenfassungen der Ergebnisse aus den zwei Stichproben und den Faktorenanalysen über unterschiedliche Zeiträume. Die Anzahl der Zeichen +, - und * gibt an, wie das Item aufgrund des Kriteriums beurteilt werden muss. Die Farbtöne unterscheiden die Faktoren. Die rote (fette) Schrift hebt die Items der Minimalform des Stundenbogens hervor.

Items der Kurzversion	Höhe Faktorladung	Eindeutige Faktorladung	Verstärklichkeit	Verteilung	Korrelation mit Erfolgsmasser	Prädiktion DCM	Stepwise Regression	Faktor alle Sitzungen
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	+++	+++	***	OK	14		*	2
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	-	+	***	OK	11	1,2,3,4	***	1 u. 2
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	++	+++	***	OK	2	1,2,3,4,		1
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	+	+	***	OK	3		***	1
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	++	++	***	??	6			2
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	++	+	***	OK	11			2 u. 1
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	++	+	***	OK	3	1,	*	3
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	++	+	***	OK	13	2,3,	***	2 u.1
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	++	+	***	OK	5	2,3,4	***	1
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	++	+++	***	OK	0			3
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	++	++	***	OK	9			1
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaftes Gefühl erlebt.	++	+++	***	OK	0			3
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	+++	+++	***	OK	8			2
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	+++	+++	***	OK	2	3,		1
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	++	+++	***	OK	4	4,		1
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	++	+++	***	OK	11	1,2,3,4	***	2
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	++	+	***	OK	2			1
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft lösen.	+	++	***	OK	4			2 u. 3
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	-	+++	***	OK	0			3
Ausgeschiedene Items								
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zu Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	--	---	*	OK	4	1,		1 u. 2
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigezogen.	--	-	***	?	2			1
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	+	--	***	OK	1	2,		1
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	+	+	***	OK	5	2,3,	*	2
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	--	---	***	OK	2	4,		1 u. 3
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	+	-	***	OK	8			2 u. 3
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	+	+	*	OK	4		*	2
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	--	---	**	OK	0		***	1 u. 2
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	++	+	***	OK	2			1
29. Heute sind mir Zusammenhänge klarer geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	+	+	***	OK	8	1,		2 u. 3

3.3.1.3 Die beibehaltenen Items

3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.

Das Item 3 zeigt in allen Beurteilungskriterien ein gutes Ergebnis. Es lädt hoch und eindeutig auf den Faktor 2. Besonders hervorzuheben ist auch die Anzahl der Zusammenhänge mit verschiedenen Outcome-Maßen.

4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

Dieses Item ist nicht klar einem Faktor zuzuordnen. Es lädt sowohl auf den Faktor 1 wie 2. Da es die Reliabilität der Faktoren gemessen mit Cronbach-alpha verschlechtert, wurde es keinem Faktor zugeordnet. Da es bezüglich der Prädiktion des Therapieerfolgs nach 5 und 10 Sitzungen eine massgebliche Rolle spielt (siehe dazu Kapitel 3.2), wurde es im Fragebogen belassen.

5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.

Das 5. Item des Berner Patientenstundenbogens lädt eindeutig auf den 1. Faktor. Die Faktorladung ist nicht ausgesprochen hoch, aber ausreichend. Als Kritik-Item ist es vor allem zu Beginn der Therapie zu beachten. Es könnte ebenfalls in die Minimalform aufgenommen werden.

6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.

Das Item 6 hat bezüglich der methodischen Kriterien nicht die besten Noten und auch die Korrelation mit den Outcome-Maßen ist nicht überragend. Da es dem Therapeuten jedoch sehr wichtige Hinweise gibt über die Art, wie der Patient sein Interaktionsverhalten erlebt und Unstimmigkeiten in der Beziehungsgestaltung aufdeckt, wurde es in die Kurzform mit aufgenommen.

8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.

Das Item 8 hat nicht die besten Resultate bei der Faktorenanalyse und überzeugt auch nicht in seiner Verteilungscharakteristik. Die große Anzahl Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg spricht aber für die Aufnahme in die Kurzform.

10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.

Gleiches gilt für das Item 10. Es lädt nicht in beiden Stichproben gleich eindeutig auf denselben Faktor. Die große Anzahl Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg spricht aber für die Aufnahme in die Kurzform.

11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.

Alle Items, die zum Faktor 3 gehören, der die Emotionalisierung während der Sitzung beschreibt, haben nicht die gleiche direkte Bedeutung für die Vorhersage des Therapieerfolgs und sie laden auch nicht gleich stark auf den Faktor. Da sie einen inhaltlich wichtigen Aspekt des Therapieprozesses beschreiben, der möglicherweise in zukünftigen Fragestellungen eine größere Bedeutung erhalten könnte, wurden diese Items im Fragebogen belassen.

13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.

Das Item 13 wird dem Faktor 2 zugeordnet, es lädt leicht auch auf den Faktor 1. Bezüglich der Vorhersage des Therapieerfolgs hat es eine herausragende Bedeutung und wurde deshalb auch in die Minimalform aufgenommen.

15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

Dieses Item wird dem Faktor 1 zugeordnet, lädt aber in der Freiburger Stichprobe auch leicht auf den Faktor 2. Wie das Item 13 hat es eine große Bedeutung für die Prädiktion des Therapieerfolgs und wird deshalb auch in der Minimalform verwendet.

16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.

Item 16 spricht wieder die erlebten Emotionen während der Sitzung an, es wurde aufgrund der gleichen Argumentation, wie oben angesprochen, in die Kurzform aufgenommen (vgl. Frage 11).

17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.

Das Item 17 lädt eindeutig auf den 1. Faktor und zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit den Outcome-Maßen.

19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.

Item 19 spricht wieder die erlebten Emotionen während der Sitzung an. Es wurde aufgrund der gleichen Argumentation, wie oben angesprochen, in die Kurzform aufgenommen (vgl. Frage 11).

21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.

Das Item 21 wird eindeutig dem Faktor 2 zugeordnet, es hat einen deutlichen Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen.

22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.

Das Item 22 lädt hoch und eindeutig auf den Faktor 1. Der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ist nicht besonders stark ausgeprägt, aber noch vorhanden.

23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.

Item 23 lädt hoch und eindeutig auf den Faktor 1. Der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ist deutlich.

24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

Das Item 24 lädt relativ stark und eindeutig auf den 2. Faktor. Der Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen ist ausgeprägt, und es zeigt sich als guter Prädiktor für den Verlauf der Therapie. Es wurde deshalb auch in die Minimalform aufgenommen.

25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.

Dieses Item, welches auf den Faktor 1 lädt, ist zwar nicht in beiden Stichproben gleich eindeutig, weist aber einen Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen auf.

26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

Das Item 26 lädt eindeutig auf den 2. Faktor. Es hat einen mittleren Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen.

28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.

Die letzte in die Kurzfassung aufgenommene Frage beschreibt noch einmal die emotionale Aktivierung. Es wurde aufgrund der oben beschriebenen Gründe berücksichtigt.

3.3.1.4 Ausgeschiedene Items

Wenn die ausgeschiedenen Items genauer betrachtet werden, kann man bei dem einen oder anderen die Wahl sicher in Frage stellen. Gewisse Items sind austauschbar, ohne dass die Faktorenstruktur, die Ladungen oder die Reliabilität sich deutlich ändern. Bei Items, die unter diese Kategorie fallen, haben inhaltliche Überlegungen und gewisse persönliche Vorlieben die Entscheidung beeinflusst.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.

Das 1. Item hat mehrere Schwächen. Eine Frage, die immer wieder auch von Therapeuten eingebracht wurde, ist die, ob die Patienten wirklich die Beziehung zum Therapeuten einschätzen, oder ob sie einschätzen, sich generell in der Therapie ‚wohl gefühlt‘ zu haben. Möglicherweise ist ‚sich in Beziehung zu jemandem fühlen‘ eine zu psychologische Ausdrucksweise, die nicht jeder Patient gleich interpretiert. Aus dieser durch die Formulierung produzierten Zweideutigkeit mag auch die unklare Zuordnung zu den Faktoren 2 oder 1 herrühren. Obwohl dieses Item mit einer großen Anzahl der Erfolgsmaße korreliert, wurde es wegen der sprachlichen Unklarheit ausgeschieden.

2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.

Das 2. Item lädt wenig eindeutig und relativ schwach auf die Faktoren und wurde deshalb ausgeschieden.

7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.

Das 7. Item wurde ebenfalls wegen geringer Ladung auf den Faktor 1 und nicht eindeutiger Zuordnung (Freiburger Stichprobe) ausgeschieden.

9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.

Wegen der geringen Ladung auf den Faktor 2 wurde das Item 9, trotz deutlichen Korrelationen mit den Erfolgsmaßen, ausgeschieden.

12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.

Das Item 12 weist eine geringe Ladung auf den 1. Faktor auf. Der Zusammenhang mit den Erfolgsmaßen ist ebenfalls gering. Das Item wurde ausgeschieden.

14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.

Das Item 14 hätte an Stelle des Items 26 im Fragebogen verbleiben können. Die bessere Ladung auf den Faktor 2 gab den Ausschlag für das Item 26.

18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.

Dieses Item beinhaltet zwei Teilaspekte. Die sprachliche Unklarheit und die geringe Faktorladung führten zum Ausschluss.

20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.

Weder Faktorladung noch der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg geben Veranlassung, dieses Item im Fragebogen zu belassen.

27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.

Der geringe Zusammenhang mit dem Therapieerfolg und die nicht völlig überzeugende Faktorladung gaben den Ausschlag, dass dieses Item nicht mit einbezogen wurde. Es könnte aber Item 25 ersetzen.

29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.

Item 29 steht in Konkurrenz zu Item 26. Inhaltliche Gründe gaben den Ausschlag für das Item 26. Dieses Item zielt deutlich mehr auf die konkret umgesetzte Veränderung und gibt Auskunft darüber, ob die Therapie eventuell beendet werden kann.

3.3.2 Die Faktorenanalyse der Kurzform

Nach der Itemauswahl wurden die verbliebenen Items noch einmal innerhalb einer Faktorenanalyse überprüft, die hier nun vorgestellt wird. Die ausführlichen Resultate der Analysen finden sich im Anhang.

Wiederum wurde aufgrund des Scree-Plots eine 3-Faktorenlösung gerechnet. Die rotierten Komponentenladungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 26: Rotierte Komponentenmatrix der gekürzten Fassung des Berner Patientenstundenbogens. Ladungen < .30 werden nicht dargestellt (Berner Stichprobe N= 95).

Faktor	Item Kurzversion	Therapiebeziehung	Remoralisation	Emotionalität
1	22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	0.93		
1	23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	0.87		
1	05. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	0.86		
1	17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	0.85		
1	15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	0.84		
1	25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	0.81		
1	06. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	0.80		
	04. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	-0.55	0.51	
2	21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.		0.92	
2	24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.		0.86	
2	03. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.		0.83	
2	13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	-0.33	0.81	
2	10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	-0.32	0.77	
2	26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.		0.75	-0.32
2	08. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.		0.74	
3	16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.			0.87
3	19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.			0.73
3	28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.			0.72
3	11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	0.36	-0.44	0.47

Die Faktorenstruktur fällt recht eindeutig aus. Nur gerade die Items 4 und 11 laden deutlich auf zwei Faktoren. Aufgrund dieser Unklarheit wird das Item 4 keinem Faktor zugeordnet, sondern nur für die Minimalform und die Prädiktion des Therapieerfolgs verwendet. Item 11 wird beim Faktor drei belassen, obwohl keine eindeutige Zuordnung erreicht wurde. Die weiter unten dargestellten Reliabilitätskoeffizienten zeigen auf, dass dieser dritte Faktor nicht die gleiche Qualität hat wie die beiden andern. Eine Reduzierung auf 3 Items führt nicht zu einer Verbesserung des Koeffizienten. Die durch die drei Faktoren erklärte Varianz liegt bei 70%.

3.3.3 Die Faktoren der Kurzform

Im Folgenden sollen die drei Faktoren der Kurzform dargestellt werden.

3.3.3.1 Faktor I: Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung (B-Faktor)

Der Faktor ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘ bildet sich aus sieben Items. Inhaltlich sind es Items, die das Verhalten des Therapeuten oder des therapeutischen Vorgehens kritisieren. Die mit dem Cronbach-alpha geprüfte Reliabilität ist mit .95 hoch. Die Trennschärfen, ausgedrückt durch die Werte in der Spalte ‚Squared Multiple Correlation‘, sind, wie dies nach eine Faktorenanalyse zu erwarten ist, zufrieden stellend.

Tabelle 27: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).

Scale	ScScale Mean if Item Deleted	ScScale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	sSquared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
05. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	6.0889	13.4097	.7749	.7431	.9045
06. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	5.3160	13.8952	.6572	.5843	.9154
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	5.8838	13.7739	.7333	.6423	.9088
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	5.3472	13.5120	.7935	.6806	.9033
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	6.2243	12.2236	.8722	.8588	.8929
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	6.5191	12.4140	.7819	.8076	.9035
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	6.1268	12.7029	.6820	.5725	.9163
Reliability Coefficients 7 items Alpha = .9433 Standardized item alpha = .9456					

In unserem Interesse liegt die Unterscheidung zwischen erfolgreich und wenig erfolgreich verlaufenen Therapien. In der anschließenden Prozessfiguration werden die Werte der Erfolgsgruppen vor dem Hintergrund der Gesamtpopulation (n= 85) einander gegenübergestellt.

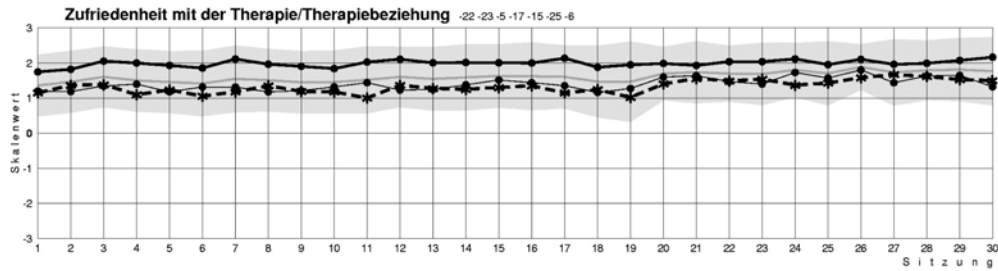


Abbildung 45: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwwertskala –3 ... +3.

Erstaunlicherweise unterscheiden sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapien bereits zu Beginn der Therapie. Zwischen der 1. und 3. Sitzung ist im Faktor ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘ ein leichter Anstieg feststellbar, danach bleibt das Niveau konstant um fast eine ganze Einheit der Skala über dem Wert der beiden anderen Gruppen. Daraus leitet sich die Frage ab, welche Variablen bereits in der 1. Sitzung zu diesem Unterschied führen.

3.3.3.2 Faktor 2: Remoralisation / Neue Perspektiven (R-Faktor)

Die Überprüfung des Faktors ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘ zeigt eine ebenfalls hohe Reliabilität (Cronbach-alpha). Auch die Trennschärfe, ausgedrückt durch die ‚Squared Multiple Correlation‘, ist für alle Items recht hoch. Inhaltlich geben die Items dieses Faktors Auskunft über die konkrete Problembewältigung oder zumindest über die erlebte Steigerung der Selbstwirksamkeit.

Tabelle 28: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘ und die dazugehörigen Kennwerte.

Scale	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
03. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	6.0889	13.4097	.7749	.7431	.9045
08. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	5.3160	13.8952	.6572	.5843	.9154
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	5.8838	13.7739	.7333	.6423	.9088
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	5.3472	13.5120	.7935	.6806	.9033
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	6.2243	12.2236	.8722	.8588	.8929

24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	6.5191	12.4140	.7819	.8076	.9035
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	6.1268	12.7029	.6820	.5725	.9163
Reliability Coefficients 7 items Alpha = .9188 Standardized item alpha = .9222					

Der in der Prozessfiguration dargestellte Vergleich der Erfolgsgruppen zeigt auch bei diesem Faktor einen deutlichen Niveauunterschied, der sich ebenfalls während der ersten Sitzung einstellt. Für die erfolgreichen Therapien ist bei diesem Faktor ein deutlich steigender Trend feststellbar, der bis zur 30. Sitzung anhält. Bei den mittel und wenig erfolgreichen Therapien ist zu Beginn der Therapie ebenfalls ein Trend zu höheren Werten feststellbar, danach bleiben die Werte aber stabil oder nehmen sogar ab.

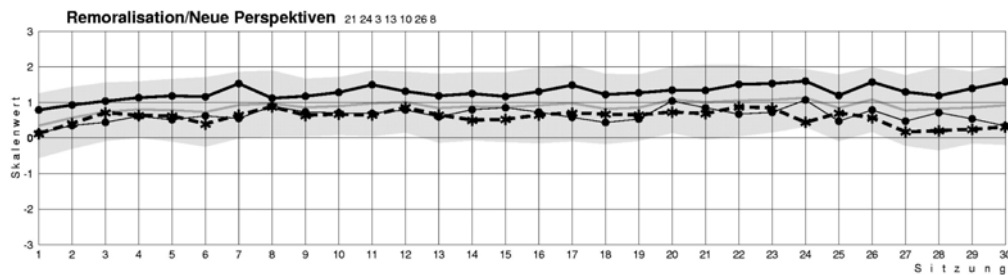


Abbildung 46: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3.

3.3.3.3 Faktor 3: Emotionale Verunsicherung (E-Faktor)

Ob der Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘ überhaupt beibehalten werden sollte, ist fraglich. Wie die Resultate der Reliabilitätsprüfungen zeigen, sind die Werte nicht sehr überzeugend. Auch die Trennschärfe liegt nur beim Item 16 in einer vergleichbaren Höhe mit den Items der anderen Faktoren.

Tabelle 29: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Emotionale Verunsicherung‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).

Scale	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	-1.0180	6.3605	.3825	.2398	.7083
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	-1.3023	5.1306	.7561	.6039	.4927
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	-1.5648	5.4398	.5603	.4703	.6039
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	-2.1811	5.8650	.3451	.2101	.7496
Reliability Coefficients 4 items Alpha = .7083 Standardized item alpha = .7221					

Dass wir diesen Faktor trotzdem im Messinstrument belassen, hat inhaltliche Gründe. Die Aktivierung von Emotionen scheint uns ein zentraler Aspekt psychotherapeutischer Sitzungen. Es ist aber klar, dass man nicht davon ausgehen kann, dass eine andauernde hohe Emotionalisierung generell als positiv für den Fortschritt in Therapien gesehen werden kann. Das Ausmaß der Emotionen, welches ein Therapeut aktiviert, hängt sehr mit dem Feingefühl des Therapeuten für den Prozess ab.

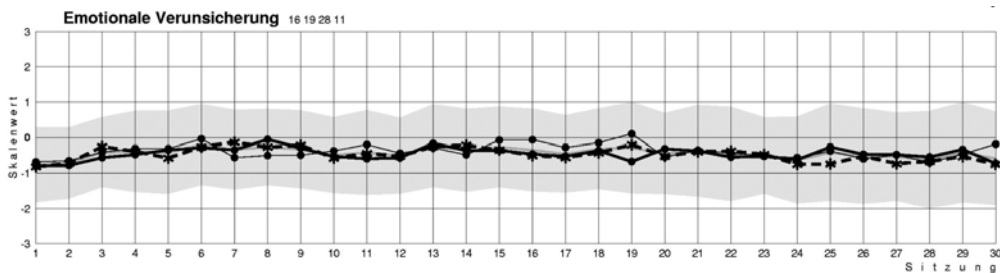


Abbildung 47: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwwertskala -3 ... +3.

3.3.3.4 Fallbeispiel zum Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘

Kommt es im Verlauf einer Therapie nie zur emotionalen Verunsicherung, werden wahrscheinlich keine problemrelevanten Schemata aktiviert. Wie weit dadurch der Therapieerfolg in Frage steht, ist innerhalb dieser Arbeit nicht zu beantworten. In der

anschließenden Prozessfiguration und deren Interpretation wird ersichtlich, wie hilfreich der Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘ für das Lesen der Auswertung des Stundenbogens ist.

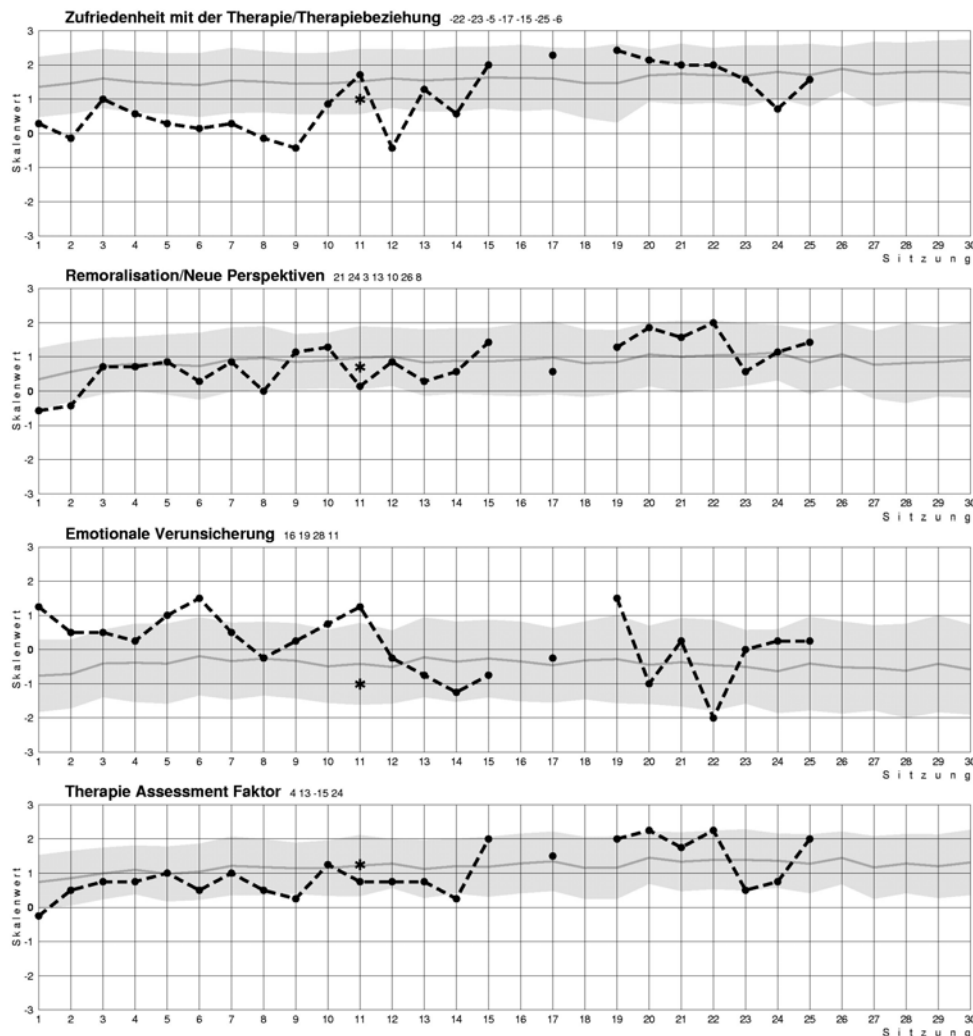


Abbildung 48: Prozessfiguration für eine 25 Sitzungen umfassende Therapie. In der 16. und 17. Sitzung ist nur der Partner der Patientin anwesend, deshalb fehlen dort die Messungen. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3.

Die 25 Sitzungen umfassende Therapie begann recht schwierig. Wie aus Abbildung 48 ersichtlich ist, liegen die Werte der Faktoren ‚Remoralisation/Neue Perspektiven‘ und ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘ in den ersten Sitzungen sehr tief. Die ‚Emotionale Verunsicherung‘ hingegen ist sehr stark ausgeprägt. Nach den ersten zwei Sitzungen war der Therapeut aufgrund des Sitzungsverlaufs und der Messungen im Stundenbogen ebenfalls stark verunsichert. In der Supervision wurde das Fallverständnis überarbeitet und die Beziehungsgestaltung überdacht. Wie zu sehen ist, hatte dies auch eine Veränderung in der Remoralisations-Einschätzung

der Patientin zur Folge. Die Bewertung der Beziehungsqualität blieb aber bis zur zehnten Sitzung tief. Es gelang zunehmend, die ‚Emotionale Verunsicherung‘ zu verringern und gleichzeitig das Vertrauen in die Therapie und die Therapiebeziehung zu verbessern. Die konkrete, durch die Therapie gestützte Bewältigung einer Krise in der Partnerschaft der Patientin führte dann zum Umschwung in der Beurteilung (Sitzungen 11-15). Die Therapie konnte nach 25 Sitzungen recht erfolgreich abgeschlossen werden.

Das kurze Beispiel zeigt, dass der Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘ nicht generell beurteilt werden kann. Je nach Therapieverlauf ist eine starke ‚Emotionale Verunsicherung‘ positiv oder negativ zu interpretieren. Bei Therapien, in denen die ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Beziehung‘ sehr hoch eingeschätzt wird, die Werte im Faktor ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘ mittel bis tief liegen und es zu keiner ‚Emotionalen Verunsicherung‘ kommt, muss sich der Therapeut fragen, ob die zentralen, konfliktreichen Themen in der Therapie wirklich zu Sprache kommen. Vielleicht beruht die positive Beziehungseinschätzung auch darauf, dass Patient und Therapeut die ‚wunden Punkte‘ gemeinsam vermeiden.

3.3.3.5 Interkorrelation der Patientenstundenbogen-Faktoren

Tabelle 30: Interkorrelation der Patientenstundenbogen-Faktoren. Berner Stichprobe N= 85, über alle Sitzungen integriert.

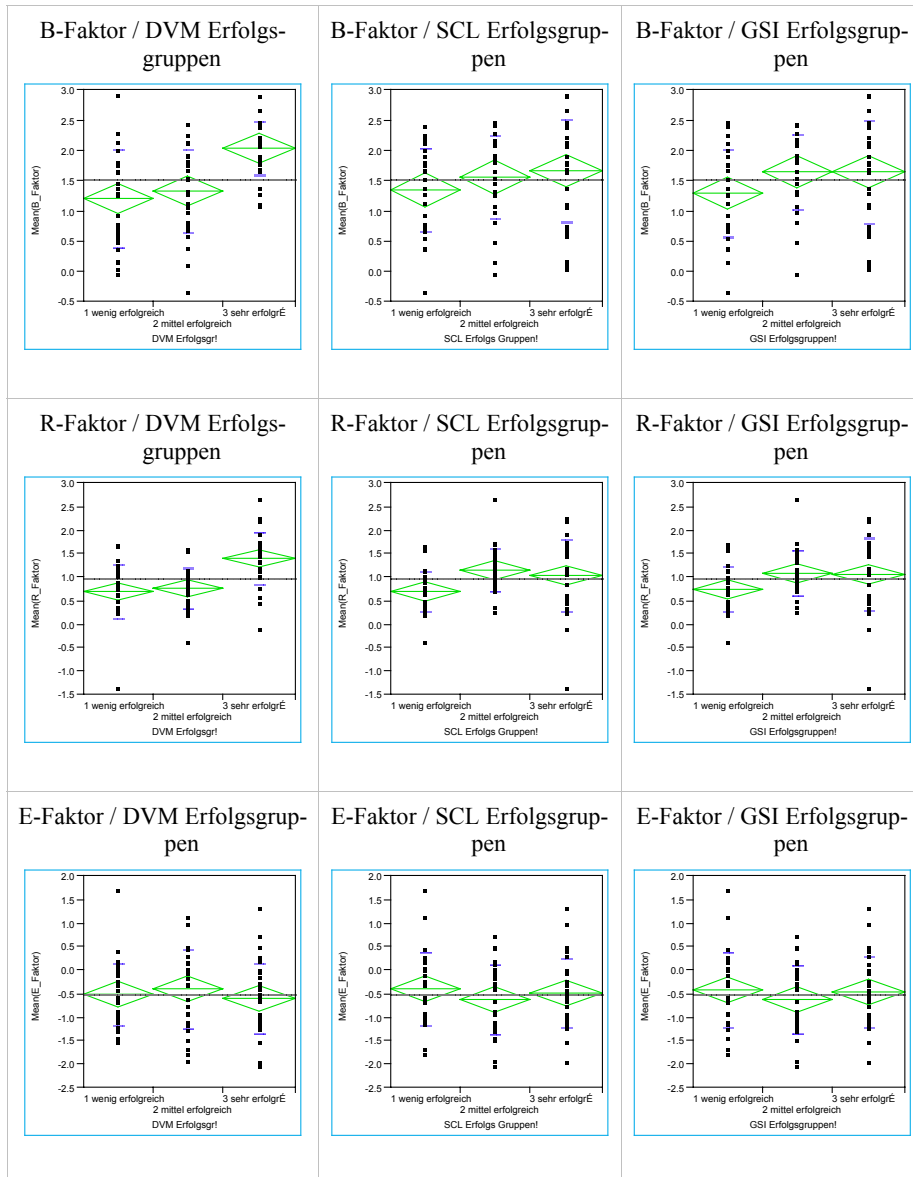
	B_Faktor	R_Faktor	E_Faktor	Q-Faktor
B_Faktor	1.0	0.35	-0.2	0.59
R_Faktor		1.0	-0.27	0.82
E_Faktor			1.0	-0.22
Q-Faktor			-	1.0

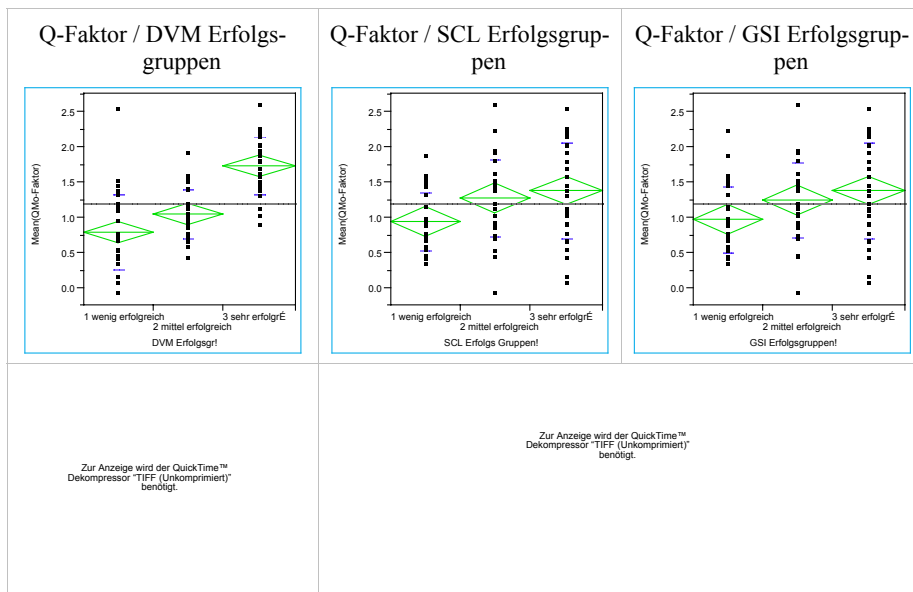
Die Interkorrelation der Patientenstundenbogen-Faktoren liegt zwischen -.2 und .35. Das heißt die Faktoren, die aufgrund der Faktorenanalyse gebildet wurden, sind relativ unabhängig. Hingegen korrelieren die Faktoren relativ hoch mit dem Therapie-Assessment-Faktor (Q-Faktor). Dies ist aufgrund der Itemzusammensetzung dieses Faktors auch zu erwarten.

3.3.3.6 Erfolgsgruppen und Stundenbogenfaktoren

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der Erfolgsgruppen aufgrund der direkten Veränderungsmaße (DVM) und den beiden SCL-90R Erfolgsmaße (Mittelwert der Skalen 1-9 und Globaler Symptom Index GSI).

Tabelle 31: Mittelwertvergleich der Patientenstundenbogen-Faktoren für die drei Erfolgsgruppen der Berner Stichprobe. Integrierte Werte über alle Sitzungen, n= 85. Die Diagonale in den Rhomben bezeichnet den Mittelwert, die Höhe der Rhomben den Vertrauensintervall.





3.4 Itemselektion für Minimalform

Für die Itemselektion der Kurzform wurde neben den Korrelationskoeffizienten der Fragebogenitems mit den Maßen für den Therapieerfolg auch eine Multiple Regression gerechnet. Es ist uns klar, dass ein solches Vorgehen stark Stichproben abhängig ist. Trotzdem haben wir dieses Vorgehen gewählt, um zumindest aufzuzeigen, wie viel Information in den wenigen Items des Patientenstundenbogens steckt. Mit dem Verfahren der schrittweisen Regression wurden die Items 4, 13, 15 (negativ gepolt) und 24 als ‚beste‘ Kombination gewählt und im ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ oder ‚Qualitäts-Monitoring Faktor‘ kurz Q-Faktor zusammengefasst.

Die Prozessfiguration (Abbildung 49) zeigt deutlich wie sich die drei Erfolgsgruppen im ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ unterscheiden. Der Unterschied zwischen erfolgreichen und mittel oder wenig erfolgreichen ist deutlich und ist stärker ausgeprägt, als bei den anderen Faktoren des Stundenbogens (siehe auch Tabelle 31).

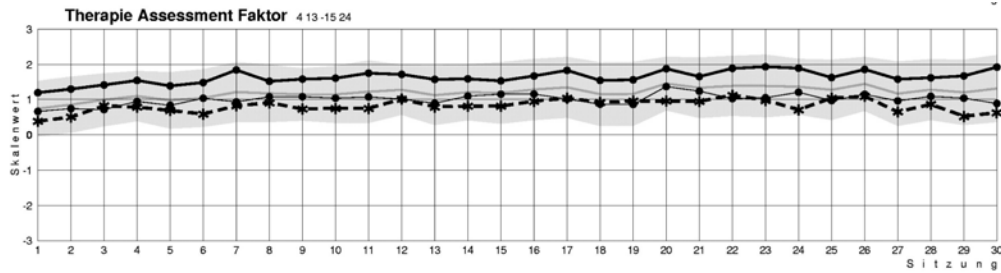


Abbildung 49: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für die Skala ‚Qualitäts-Monitoring‘ oder ‚Therapie-Assessment-Faktor‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwwertskala -3 ... +3.

In der Faktorenprüfung zeigt der ‚Therapie-Assessment-Faktor‘, wie zu erwarten ist, keinen hohen Reliabilitätskoeffizienten. Die Items sollten, weil sie ja ganz unterschiedliche Aspekte repräsentieren, auch nicht hoch korrelieren. Dies zeigen auch die Korrelationswerte in Tabelle 33.

Tabelle 32: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).

Scale	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
04. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	.4489	2.1194	.1259	.4337	.1762
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	.2541	1.7828	.4841	.5215	-.2435
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	3.3448	3.3484	-.3454	.3257	.7410
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	1.4260	1.2545	.5841	.4373	-.6507
Reliability Coefficients 4 items Alpha = .2366 Standardized item alpha = .3286					

Wenn wir die Itemzusammensetzung des ‚Therapie-Assessment-Faktors‘ betrachten, stellen wir fest, dass nur ein sehr global fragendes Item aus dem Beziehungsaspekt einfließt (15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.). Diese Frage scheint den Beziehungsaspekt gut abzudecken. Das Item 4 (Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.) konnte bei den Faktorenanalysen keinem Faktor eindeutig zugeordnet werden. Es beinhaltet ebenfalls einen Beziehungsaspekt, spricht aber auch eine individuelle Zielkomponente an. Die beiden anderen Items (13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken. & 24.

Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.) deuten auf ein deutliches Zuwachsen der Kompetenzerwartung hin.

Tabelle 33: Korrelation der Item des ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ (Berner Stichprobe N= 95).

Scale	Item 4	Item 13	Item 15	Item 24
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	1.0			
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	.54	1.0		
15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	-.52	-.32	1.0	
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	.36	.62	-.03	1.0

3.5 Prädiktion des Therapieerfolgs nach 5 Sitzungen

Auf den folgenden Grafiken wird die Prädiktion des Therapieerfolgs aufgrund des Wertes des Therapie-Assessment-Faktors (Q-Faktor) gezeigt. Wie bei den Erfolgsgruppen wurden auch aufgrund des Q-Faktors die Therapien in drei Gruppen aufgeteilt und dann die beiden Zuordnungen einander gegenübergestellt.

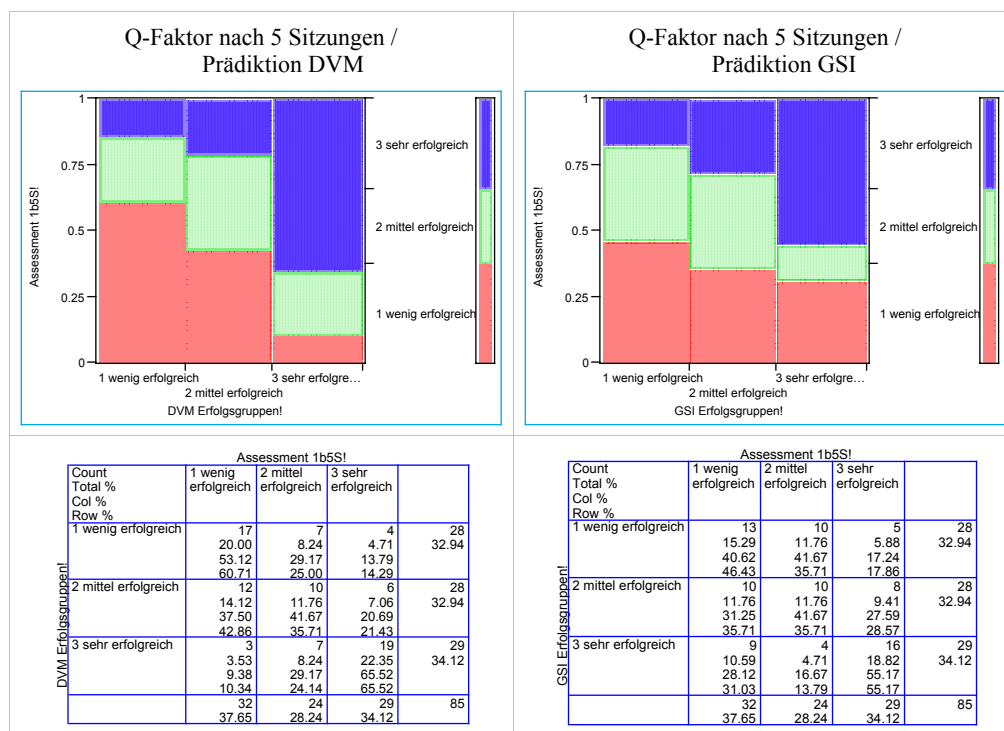


Abbildung 50: Die nach 5 Sitzungen definierten Prädiktionsgruppen werden den Erfolgsgruppen des DVM und GSI gegenübergestellt. Berner-Stichprobe N= 85

Die Vorhersage des Therapieerfolgs, gemessen durch die direkten Veränderungsmaße (DVM), ergibt mit dem Therapie-Assessment-Faktor folgende Resultate.

Es werden 60% der wenig erfolgreichen und 65% der erfolgreichen Therapien aufgrund des über die ersten fünf Sitzungen gemittelten Therapie-Assessment-Faktor richtig zugeordnet. Bei den mittel erfolgreichen Therapien können nur 35% richtig vorhergesagt werden.

Drei erfolgreiche Therapien werden nach 5 Sitzungen den wenig erfolgreichen zugeordnet. Vier wenig erfolgreiche Therapien werden nach 5 Sitzungen den erfolgreichen zugeordnet.

Die Prädiktion des Therapieerfolgs (gemessen mit dem SCL (GSI)) mit dem Q-Faktor nach fünf Sitzungen fällt deutlich schlechter aus. Dies ist nicht besonders erstaunlich, wir haben bereits im Kapitel 2.2.1.4 darauf hingewiesen, dass die beiden Erfolgsmaße

nur wenig korrelieren ($r=.43$). Es ist deshalb auch nicht zu erwarten, dass die Prädiktion gleich gut gelingt.

3.6 Prädiktion des Therapieerfolgs nach 10 Sitzungen

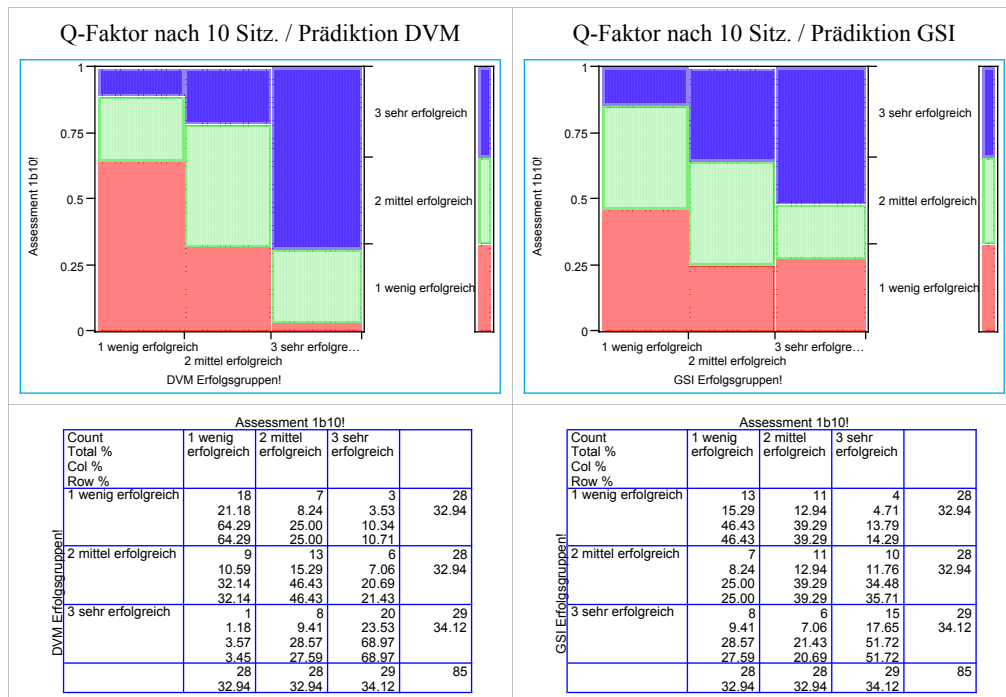


Abbildung 51: Die nach 10 Sitzungen definierten Prädiktionsgruppen werden den Erfolgsgruppen des DVM und GSI gegenübergestellt. Berner-Stichprobe N= 85

Die Qualität der Zuordnung steigt, wenn die Vorhersage des Therapieerfolgs (DVM) erst nach 10 Sitzungen (und nicht schon nach 5 Sitzungen) erfolgt, um 4%. Es können in den beiden Gruppen ‚erfolgreiche‘ und ‚nicht erfolgreiche‘ etwa 65-69% der Verläufe richtig zugeordnet werden. In der Gruppe der ‚mittel erfolgreichen‘ etwa 45 %.

Die Prädiktion des GSI verbessert sich durch die Verlängerung des Beobachtungszeitraums nicht.

3.6.1 Falsche Zuordnungen nach 10 Sitzungen

Mit verschiedenen deskriptiven Analysen (Geschlecht, Therapieverfahren, Therapeut usw.) wurde versucht, Gemeinsamkeiten bei den falsch zugeordneten Verläufen zu finden. Im vorliegenden Datenset konnten leider keine Variablen-Kombinationen gefunden werden, die einfach erklären würden, wie es zur falschen Zuordnung kommt.

Die anschließend im Kapitel 3.7 dargestellten Partition-Analysen geben Hinweise, wie die Resultate des Q-Faktors nach 10 Sitzungen dennoch interpretiert werden können,

falls er in zukünftigen Therapien zum Identifizieren von erfolgsgefährdeten Behandlungen verwendet wird.

3.6.2 Die Genauigkeit der Vorhersage bei unterschiedlicher Therapielänge

Können Therapien, die nur etwa 26 Sitzungen umfassen, besser vorhergesagt werden als längere? Die mittlere Therapielänge der 85 untersuchten Therapien beträgt 31 Sitzungen, der Median liegt bei 26 Sitzungen, der Quartil bei 45 Sitzungen.

Wir vergleichen in den untenstehenden Abbildungen die Gruppe der Therapie mit bis zu 26 Sitzungen und die Therapie mit mehr als 26 Sitzungen.

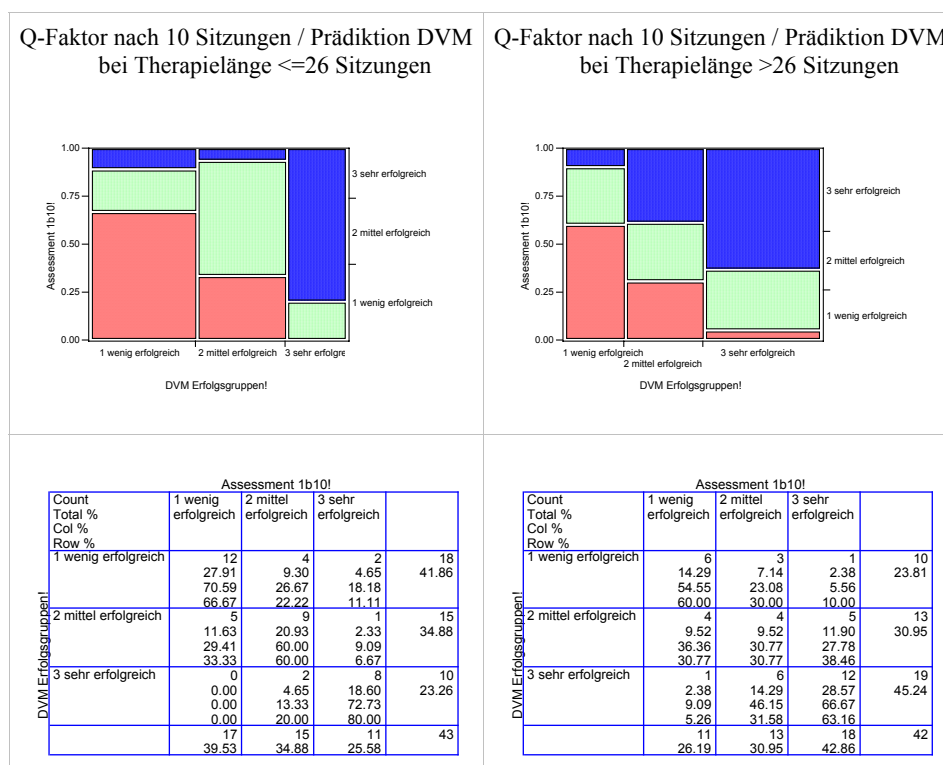
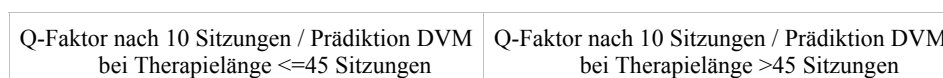


Abbildung 52: Gegenüberstellung der Prädiktionsgruppen von Therapien mit 26 oder weniger Sitzungen (n=43) und Therapien mit mehr als 26 Sitzungen (n=42).

Bei der Betrachtung der Abbildung 52 und 53 fällt auf, dass die kürzeren Therapien mit dem Q-Faktor besser vorherzusagen sind als die längeren. Beachtet werden muss, dass der Anteil erfolgreicher Therapien steigt, wenn die Therapien länger werden. (Dies kann auch bedeuten, dass weniger erfolgreiche Therapien früher beendet werden.)



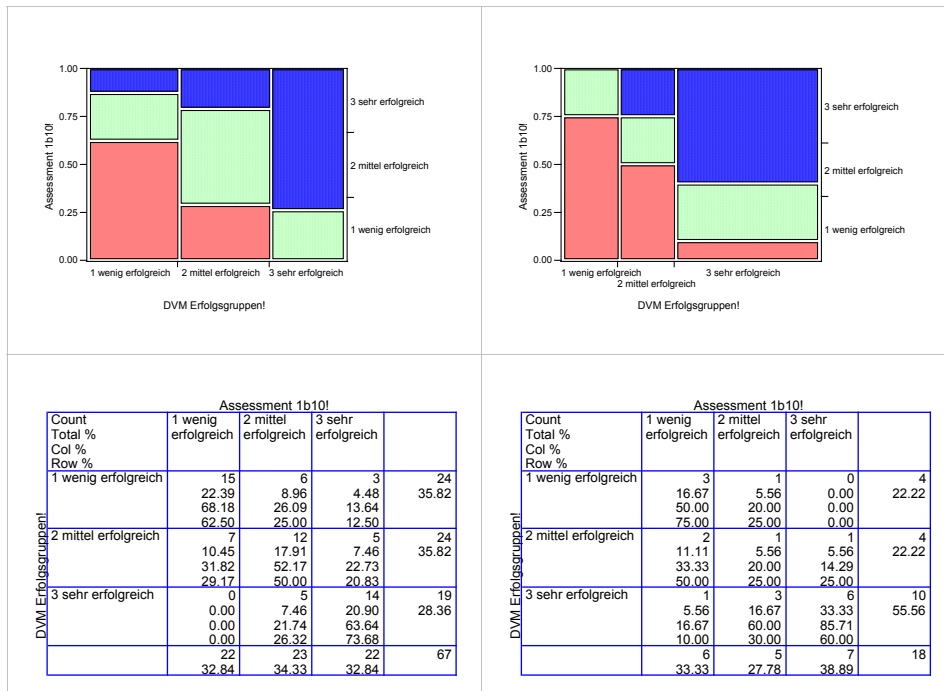


Abbildung 53: Gegenüberstellung der Prädiktionsgruppen von Therapien mit 45 oder weniger Sitzungen (n=67) und Therapien mit mehr als 45 Sitzungen (n=18).

Aufgrund dieser Beobachtung stellt sich die Frage, ob eventuell in längeren Therapien ein Umschwung möglich ist und ob sich dieser auch im Verlauf des Q-Faktors zeigt. Von den 29 erfolgreichen Therapien werden 9 nach 10 Sitzungen durch den Q-Faktor nicht richtig erkannt. Eine wird den nicht erfolgreichen zugeordnet, acht den mittel erfolgreichen. Sieben dieser 9 Therapien dauern mehr als 26 Sitzungen, fünf mehr als 45 Sitzungen. Es ist wahrscheinlich nicht vermessen, daraus zu schließen, dass dies durchaus ‚schwierigere‘ Therapien waren und die Zuordnung durch den Q-Faktor zu den gefährdeten, als berechtigt angesehen werden darf. Das heißt auch, dass sich bei diesen Therapien der zusätzliche Aufwand rechtfertigt, können sie doch erfolgreich beendet werden. Es ist zu hoffen, dass die vorliegende Arbeit gerade in solchen Situationen helfen kann, den Umschwung zum Erfolg gezielt herbeizuführen.

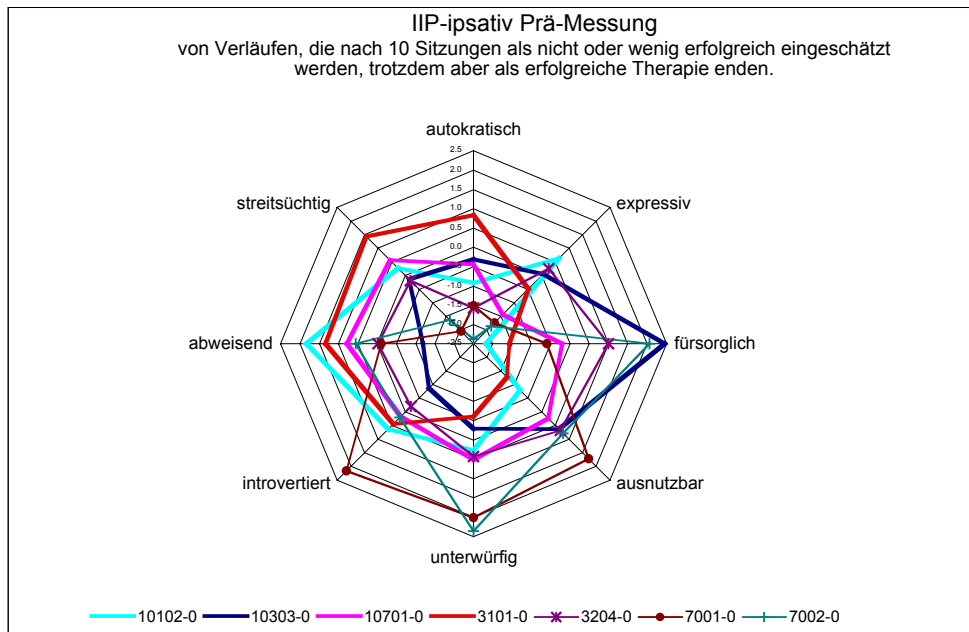


Abbildung 54: Die IIP-Prä-Messung der nach 10 Sitzungen falsch als gefährdet eingeschätzten Verläufe (z-Werte).

Wenn wir diese sieben IIP-Prä-Messung betrachten (leider existieren nur bei 7 von 9 Patienten eine Messung) sehen wir als Gemeinsamkeit, die relativ tiefen Werte in der oberen Hälfte des Interaktionskreises von Kiesler. Es ist aber kein eindeutiges gemeinsames interaktionelles Problemverhalten sichtbar. Erst die weiter unten durchgeführten Partition-Analysen geben weitere Hinweise, ob der IIP zur besseren Beurteilung der Einschätzung nach 10 Sitzungen hinzugezogen werden kann.

Bei den 10 Verläufen, die nach 10 Sitzungen bereits zu den erfolgreichen oder mittel erfolgreichen Therapien zugeordnet wurden, schließlich aber nicht erfolgreich endeten, sind keine offensichtlichen Muster zu erkennen. Diese Therapien dauern zwischen 8 und 46 Sitzungen, der Median liegt bei 24 Sitzungen. Auch hier kann erst die Partition-Analyse weitere Hinweise geben.

3.6.3 Trends in den ersten Sitzungen

Eine nahe liegende Möglichkeit um die Vorhersage zu verbessern, könnte die Berücksichtigung des Trends oder der Steigung des Q-Faktorwertes über die ersten 10 Sitzungen darstellen. Auch das wurde versucht. Da die Resultate keinen Erkenntnisgewinn brachten, wird hier nur eine Abbildung gezeigt, die diesen Sachverhalt darstellt.

Steigung Q-Faktor 1. – 10. Sitzung / DVM Erfolgsgruppen	Steigung Q-Faktor 1. – 10. Sitzung / Prädiktionsgruppen
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

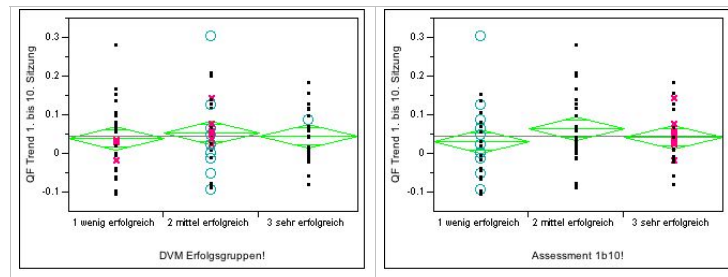


Abbildung 55: Vergleich der Q-Faktor-Steigungen (1. bis 10. Sitzung) einerseits in den Erfolgsgruppen des DVM, andererseits in den Prädiktionsgruppen des Q-Faktors. Die nach 10 Sitzungen fälschlich als nicht erfolgreich identifizierte Verläufe sind mit einem Kreuz gekennzeichnet, die fälschlich nach 10 Sitzungen als erfolgreich bezeichneten Verläufe mit einem Kreis hervorgehoben.

In der Abbildung 55 sind die Steigungen für die drei Erfolgsgruppen und die drei Prädiktionsgruppen zu sehen.

Die Steigungswerte der ersten 10 Sitzungen zeigen keine Unterschiede zwischen den Erfolgsgruppen. Ob andere Verfahren, die für die einzelnen Verläufe komplexere Funktionen (als lineare Steigungen) berechnen, mehr erklären könnten, müssten weitere Untersuchungen klären. Die immer mehr zur Anwendung kommenden hierarchischen linearen Modelle (Keller, 2003) könnten hier eingesetzt werden, wenn die Anzahl zur Verfügung stehender Verläufe 200 bis 300 betragen würde.

3.7 Resultate der Partition-Analysen

Bei den Untersuchungen mit dem ‚Partition‘ Tool der Statistik-Software JMP™ haben wir mehrere Strategien verfolgt. Als erstes haben wir alle Prädiktorvariablen (SCL-90R, IIP, UFr, IPC, EMI-B, Therapie-Assessment-Faktor (Q-Faktor) nach 5 und 10 Sitzungen, Cluster des IIP u. SCL-90R, Geschlecht und Therapieverfahren), die uns aus inhaltlichen Gründen interessant schienen, aufgenommen und dem Kriterium ‚Direktes Veränderungsmaß‘ (DCM o. DVM) gegenübergestellt.

All Rows			
Count	G^2 Level		Prob
85	53.869708	1 wenig erfolgreich	0.3294
		2 erfolgreich	0.6706

Candidates	
Term	Candidate G^2
TheBedingung	0.57751976
Sex.Patient	0.00577978
IIP1ip autokratisch	6.09733523
IIP2ip streitsYchtig	3.02295279
IIP3ip abweisend	2.96974728
IIP4ip introvertiert	4.45583041
IIP5ip unterwYrtig	9.08360458
IIP6ip ausnutzbar	2.56113525
IIP7ip fYrsorglich	4.45583041
IIP8ip expressiv	3.14010195
SCL1prae	2.56255103
SCL2prae	3.29304885
SCL3prae	5.01632292
SCL4prae	3.59955636
SCL5prae	2.24522959
SCL6prae	2.24522959
SCL7prae	3.12315289
SCL8prae	5.89859285
SCL9prae	3.59955636
UFr1prae	10.51447340
UFr2prae	9.29308183
UFr3prae	5.64185079
UFr4prae	8.60982995
UFr5prae	5.69462835
UFr6prae	6.58511502
EMI1prae	6.51129542
EMI2prae	4.14795425
EMI3prae	4.54074012
EMI4prae	9.29308183
EMI5prae	6.23741805
EMI6prae	9.62195068
EMI7prae	5.69462835
IPC1prae	6.51129542
IPC2prae	3.58752290
IPC3prae	9.41900809
A_F_1B5	10.51447340
A_F_1B10	19.22668137
IIP_ips_KMeans Cluster	2.86699824
SCL_KMeans_Cluster	1.00790366

Abbildung 56: Alle Prädiktorvariablen, welche in die erste explorative ‚data mining‘ Analyse einfließen. Der Prädiktor ‚Assessment Faktor Mw Sitzung 1-10‘ erhält den höchsten Wert und wird deshalb die erste Verzweigung darstellen.

Das Kriterium wurde so gewählt, dass die erfolgreichen und mittel erfolgreichen Therapien in der einen Gruppe (n: 57) und die wenig erfolgreichen in der anderen Gruppe (n: 28) zusammengefasst wurden. Wir gingen in der ersten Analyse von der Situation einer breit abgestützten Therapiestudie aus, in der eine große Anzahl Messmittel eingesetzt wurden. Diese Resultate stellen wir dann Analysen gegenüber, in denen ‚nur‘ die Resultate des SCL-90R oder des IIP neben dem Therapie-Assessment-Faktor zur Verfügung standen. Diese Analysen könnten auf Daten einer fortschrittlichen Psychotherapiepraxis beruhen, die aus ökonomischen Gründen nur eins bis zwei Messmittel einsetzen kann.

Als erstes zeigen wir, wie sich die Kandidaten (Prädiktorvariablen) für den ersten Knoten oder Ast darstellen (Abbildung 56). Der durch den Therapie-Assessment-Faktor (1-10 Sitzung) gebildete Prädiktor ergibt die beste Zuordnung.

Bereits durch diesen Prädiktor werden 49 (82%) erfolgreiche und 17 (68%) der wenig erfolgreichen Therapien richtig zugeordnet. 11 (32%) wenig erfolgreiche und 8 (18%) erfolgreiche werden falsch zugeordnet.

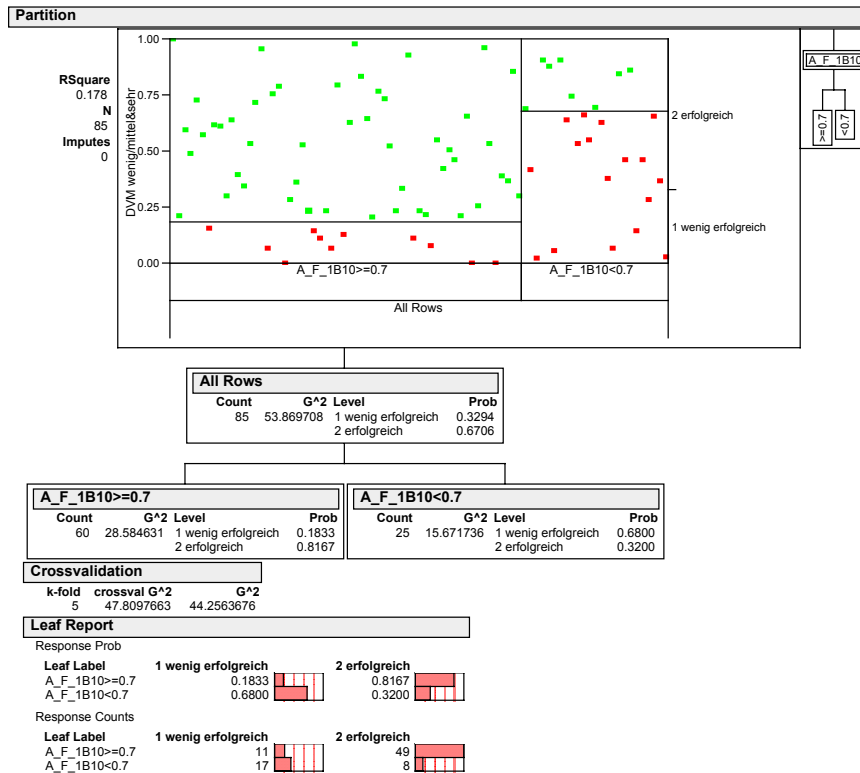


Abbildung 57: Erster Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘. Der erste Knoten bildet der Therapie-Assessment-Faktor (A_F_1b10). 82% der Therapie mit Mittelwerten über 0.7 erreichen ein erfolgreiches Resultat gemessen mit dem Direkten Veränderungsmaß.

Aus der Abbildung wird ersichtlich, welche Kandidaten für die nächste Zuordnung in Frage kommen.

A_F_1B10<0.7			
Count	G*2	Level	Prob
25	15.671736	1 wenig erfolgreich	0.8800
		2 erfolgreich	0.3200

Candidates	
Term	Candidate G*2
TheBedingung	7.83532624
Sex Patient	1.14507440
IIP1ip autokratisch	8.90501249
IIP2ip streitsYchtig	5.00761326
IIP3ip abweisend	4.96968248
IIP4ip introvertiert	3.67830651
IIP5ip unterwYrftig	7.40737725
IIP6ip ausnutzbar	2.72010535
IIP7ip tyrsorglich	7.40737725
IIP8ip expressiv	4.96968248
SCL1prae	10.89313908
SCL2prae	4.94110627
SCL3prae	3.79206757
SCL4prae	4.42300620
SCL5prae	2.50227483
SCL6prae	0.98343987
SCL7prae	3.79206757
SCL8prae	4.94110627
SCL9prae	7.76123775
UFR1prae	10.89313908
UFR2prae	4.94110627
UFR3prae	4.14848257
UFR4prae	4.42300620
UFR5prae	6.10300552
UFR6prae	3.54554197
EMI1prae	2.50227483
EMI2prae	2.36888481
EMI3prae	3.43327846
EMI4prae	3.43327846
EMI5prae	3.43327846
EMI6prae	2.50227483
EMI7prae	2.50227483
IPC1prae	4.70201272
IPC2prae	2.58517629
IPC3prae	3.13444052
A_F_1B5	2.36888481
A_F_1B10	2.46845656
IIP_ips_KMeans_Cluster	5.62783878
SCL_KMeans_Cluster	4.94110627

Abbildung 58: Die Kandidaten für weitere Knoten nach der ersten Auftrennung durch den Assessment-Faktor (Mw der ersten 10 Sitzungen). Die SCL-Somatisierungsskala und U-Fragebogen ‚Fehlschlag und Kritikangst‘ Skala sind die besten Kandidaten, dicht gefolgt von der IIP-Skala ‚autokratisch/dominant.

Für die genauere Zuordnung der Therapien des rechten Astes sind die 1. Skala des U-Fragebogens (Fehlschlag- und Kritikangst) und die 1. Skala des SCL-90R (Somatisierung) die besten Favoriten. Vier Patienten mit tiefem Wert im Assessment-Faktor aber relativ kleiner Fehlschlag- und Kritikangst schließen die Therapie erfolgreich ab. Hohe Werte auf der Somatisierungsskala trennen noch einmal zwei erfolgreiche Therapien ab. Der letzte Ast enthält noch 17 wenig erfolgreich verlaufende Therapien und 2 erfolgreich verlaufende.

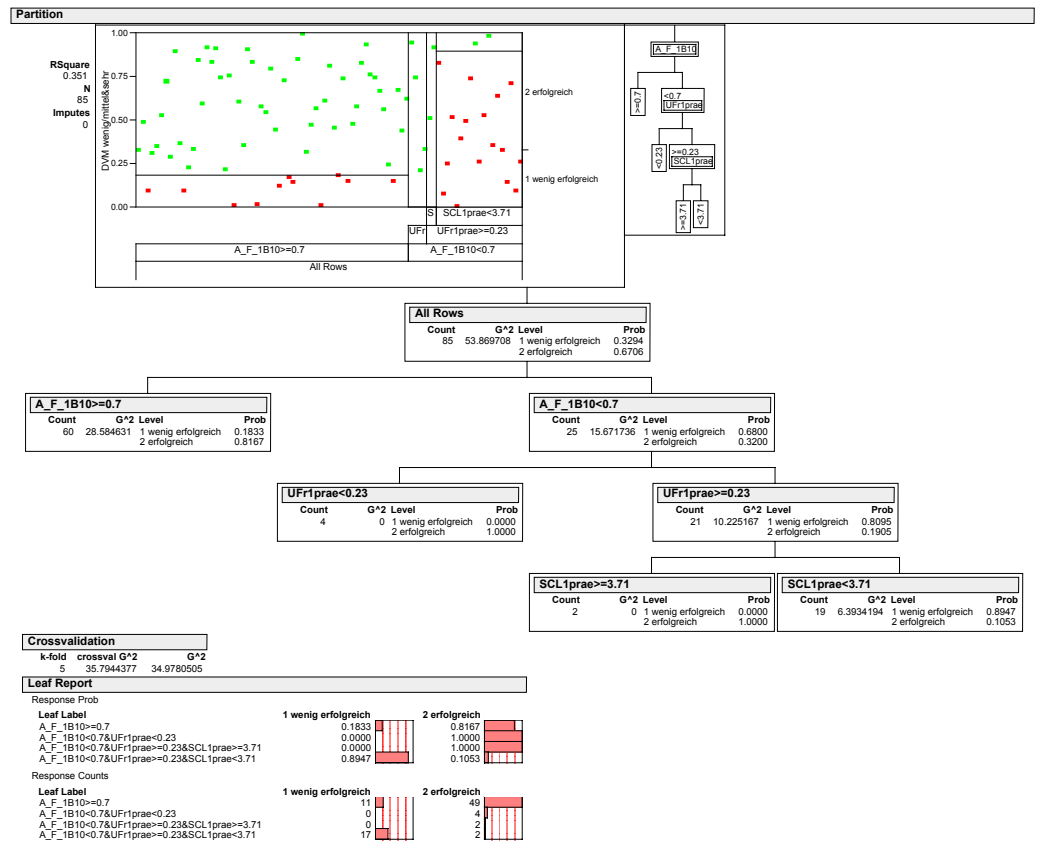


Abbildung 59: Die Aufgliederung des rechten Astes mit der U-Fragebogen-Skala ‚Fehlschlags- und Kritikangst‘ und der ‚SCL-Somatisierungsskala‘.

Wenn die Absicht verfolgt wird, die erfolgsgefährdeten Therapien zu identifizieren, interessieren natürlich die aufgrund des Therapie-Assessment-Faktors falsch zugeordneten erfolgreichen Verläufe. Wobei allein durch den Assessment-Faktor bereits 82% richtig zugeordnet sind. Die 18% fälschlich als erfolgreich zugeordneten Therapien müssen nun aufgrund weiterer Prädiktoren identifiziert werden. Dieses Unterfangen hat die Schwierigkeit, dass die untersuchte Gruppe immer kleiner wird und dadurch die Sicherheit der Schätzung deutlich abnimmt. Wiederholungen solcher Analysen an anderen Stichproben müssten die Resultate bestätigen, um gesicherte Aussagen tätigen zu können (siehe dazu Kapitel 4).

Elf der insgesamt 60 Verläufe des linken Astes werden falsch zugeordnet. Die IIP-Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ erlaubt eine Auftrennung der Gruppe. Patienten, die eher nachgiebig und ausnutzbar sind ($\geq .54$), schließen die Therapie erfolgreich ab. Dies entspricht der Erkenntnis aus der Forschung zur Verhaltenstherapie, dass weniger autonome Personen von einem direktiven Vorgehen profitieren

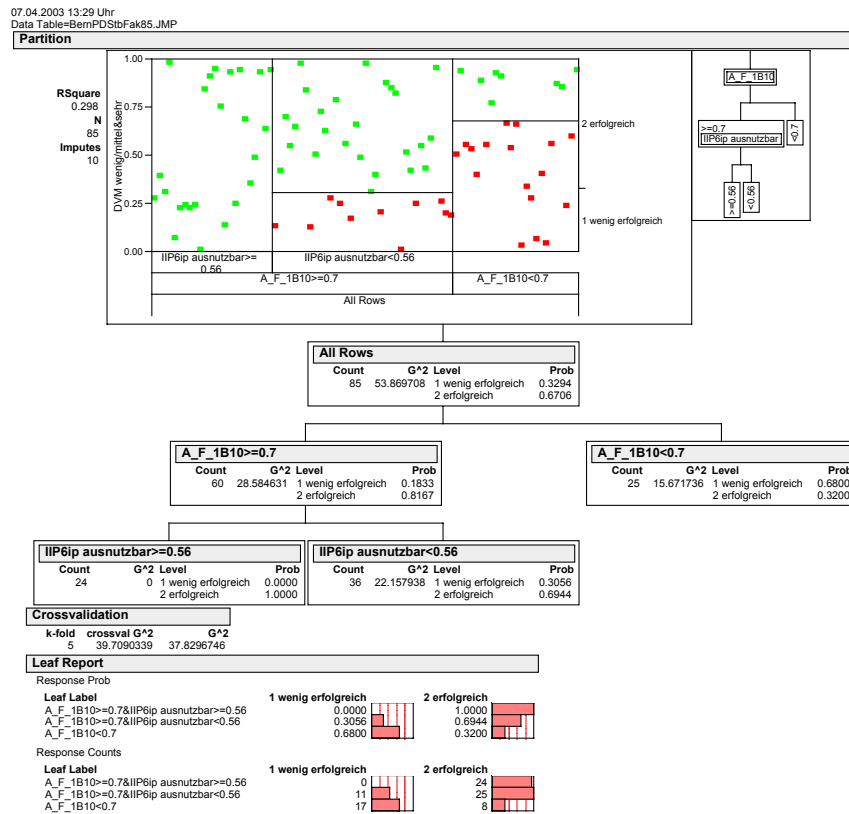


Abbildung 60: Zweiter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘. Der linke Ast lässt sich mit dem Prädiktor IIP ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ in eine eindeutige Gruppe mit nur erfolgreichen Verläufen und in eine mit 11 wenig erfolgreichen und 25 erfolgreichen Verläufen auftrennen.

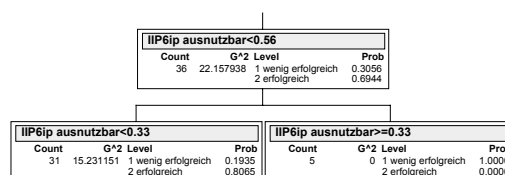


Abbildung 61: Dritter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘: Ausschnitt aus der ‚Partition-Analyse‘. Vom Programm wird als ‚besten Prädiktor‘ die IIP-Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ gewählt.

Das ‚Partition-Tool‘ wählt dann als nächsten ‚besten Prädiktor‘ noch einmal denselben und trennt eine eindeutige Fünfergruppe mit wenig ausnutzbaren/nachgiebigen Patienten ab.

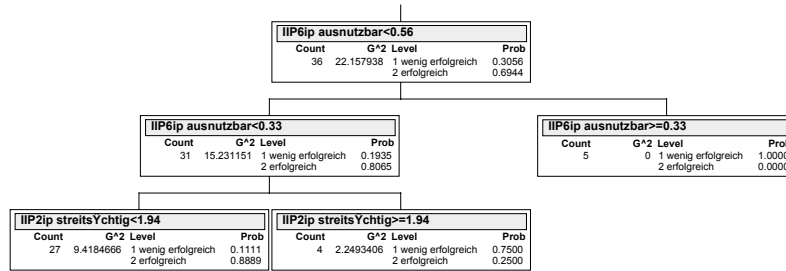


Abbildung 62: Vierter und fünfter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘: Ausschnitt aus der ‚Partition-Analyse‘. Vom Programm gewählte ‚beste Prädiktoren‘. Die IIP-Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ und danach die IIP-Skala ‚streitsüchtig/dominant‘.

Obwohl sämtliche anderen Prädiktoren der Berner Studie zur Verfügung standen, konnten nur mit der Verwendung des Therapie-Assessment-Faktors und den beiden Skalen aus dem IIP eine recht eindrückliche Zuordnung vollzogen werden. Wir möchten kurz darstellen, wie sich die Gruppen im Gesamtbild des IIP unterscheiden.

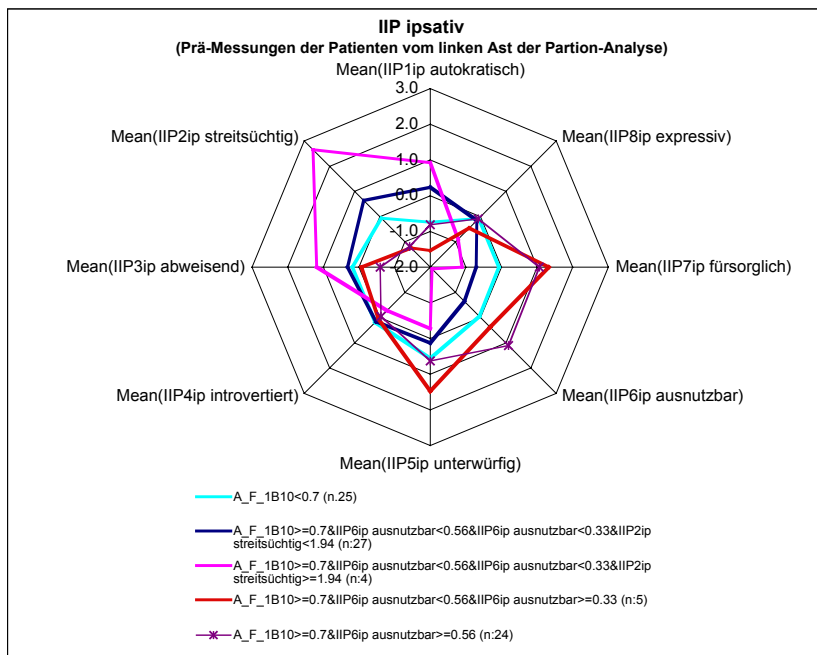


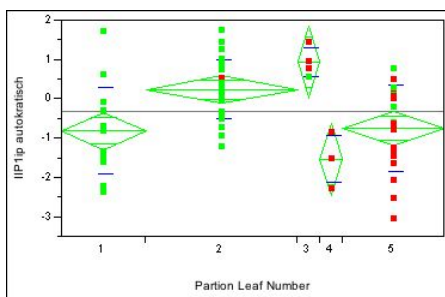
Abbildung 63: Die in der Partition-Analyse gebildeten Gruppen im Vergleich. Mittelwerte der IIP-Skalen.

Aus der Gegenüberstellung der durch die Partition-Analyse gebildeten Gruppen in Abbildung 63 und Abbildung 64 zeigen sich deutliche Differenzen und spezifische Ausprägungen. Interessant ist der Vergleich mit den durch die Clusteranalysen des IIP gefundenen Gruppen (siehe Abbildung 33). Zwei Gruppen, die ‚streitsüchtigen‘ und ‚unterwürfigen‘, sind sich sehr ähnlich. Drei der vier ‚streitsüchtigen>=1.94‘ Patienten aus der Partition-Analyse finden sich im Cluster der ‚streitsüchtigen‘. In der Cluster-Analyse und auch bei Gruppe der ‚ausnutzbaren>=0.33‘ zeigt sich eine große

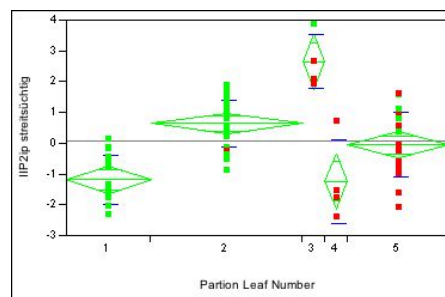
Übereinstimmung mit der Zuordnung zur Gruppe der ‚unterwürfigen‘ in der Cluster-Analyse. (Diese Resultate zeigen sich auch im Chi²-Test, dieser darf aber wegen zu kleiner Zellenbesetzung nur mit Vorbehalt interpretiert werden und wird deshalb nicht angefügt.)

Um diesen Zusammenhang für die IIP-Skalen zu verdeutlichen, werden anschließend die Mittelwerte der durch die Partition-Analyse gebildeten Gruppen (Äste) verglichen (Abbildung 64). Die Unterschiede treten vor allem in den Skalen ‚autokratisch/dominant‘, ‚streitsüchtig/konkurrierend‘, ‚selbstunsicher/unterwürfig‘ und ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ zu Tage.

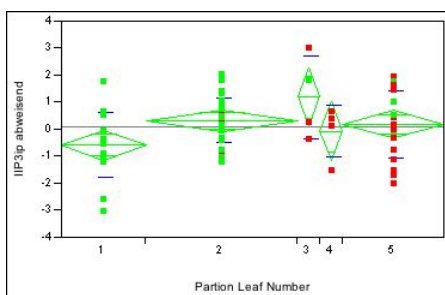
autokratisch/dominant



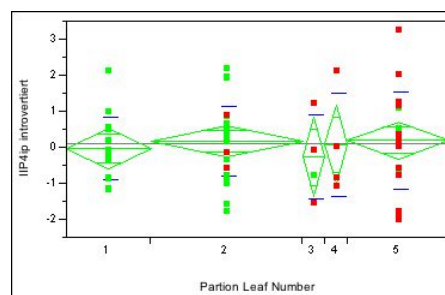
streitsüchtig/konkurrierend



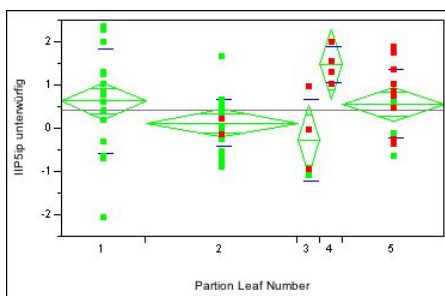
abweisend/kalt



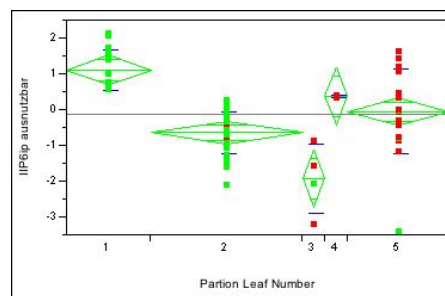
introvertiert /sozial vermeidend



selbstunsicher/unterwürfig



ausnutzbar/nachgiebig



fürsorglich/freundlich

expressiv/aufdringlich

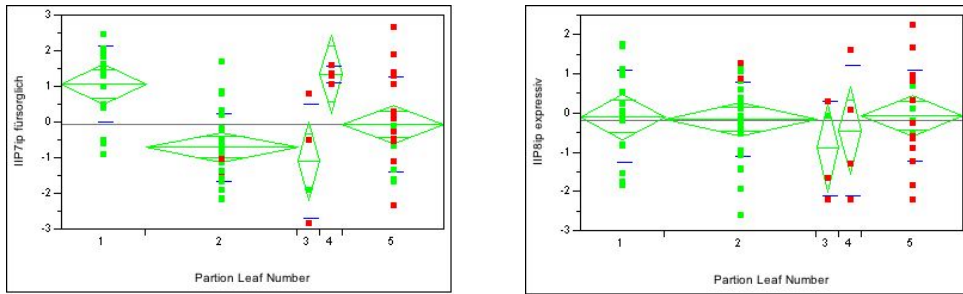


Abbildung 64: Die Skalen des IIP im Vergleich der einzelnen Äste der Partition-Analyse. Die Gruppe 1 bildet sich aus den 24 erfolgreich verlaufenden Therapien die mit dem Ast ausnutzbar ≥ 0.56 abgetrennt werden. Gruppe 2 sind die 27 Therapien die durch den Ast streitsüchtig ≤ 1.94 dargestellt werden. Die Gruppe 3 umfasst die 4 Therapien, die durch den Ast streitsüchtig > 1.94 abgetrennt werden. Die Gruppe 4 umfasst 5 Therapien mit einem mittleren Niveau auf der Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ aber einem deutlich höheren Wert in der Skala ‚unterwürfig/selbstunsicher‘. Die Gruppe 5 stellt den rechten Ast (nach 10 Sitzungen) aufgrund des Therapie-Assessment-Faktors als nicht erfolgreich gekennzeichnete Verläufe dar. Rote Punkte bezeichnen die erfolgreichen Therapien (DVM), grüne Punkte die wenig erfolgreichen Therapien.

Abbildung 65: Erklärung zu der grafischen Darstellung in Abbildung 64.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei hohen Werten im Therapie-Assessment-Faktor eine Gruppe von wenig ausnutzbaren und nachgiebigen und eher selbstunsicher und unterwürfigen Patienten nicht bereits nach 10 Sitzungen mit dem Therapie-Assessment-Faktor als Verläufe mit erfolgsgefährdetem Ausgang erkannt werden. (Diese Konstellation im IIP weist auf ein widersprüchliches Beziehungsverhalten hin, möglicherweise stellt dies ein Hinweis auf die Problematik dieser Patientengruppe dar.)

Da die deutlich ‚unterwürfig/selbstunsicheren‘ Patienten durch die Partition-Analyse erkannt wurden, liegt der Gedanke nahe, diese Skala für die Auftrennung zu verwenden. Manuell kann die Partition-Analyse so beeinflusst werden, dass diese Skala zur Auftrennung des Astes benutzt wird. Die dadurch definierten Untergruppen sind nicht eindeutig, aber den oben gefundenen sehr vergleichbar (Abbildung 66). Bei einer

Wiederholung dieses Versuches an einer anderen Stichprobe müsste diese Variante sicher mit einbezogen werden.

IIP6ip ausnutzbar<0.56			
Count	G*2	Level	Prob
36	22.157938	1 wenig erfolgreich	0.3056
		2 erfolgreich	0.6944

IIP5ip unterwYrfig<0.96			
Count	G*2	Level	Prob
29	13.331098	1 wenig erfolgreich	0.1724
		2 erfolgreich	0.8276

IIP5ip unterwYrfig>=0.96			
Count	G*2	Level	Prob
7	2.8708142	1 wenig erfolgreich	0.8571
		2 erfolgreich	0.1429

Abbildung 66: Ausschnitt aus der 'Partition-Analyse'. Der manuell gewählte zweitbeste Prädiktor, die IIP Skala ,unterwürfig/selbstunsicher', trennt keine eindeutige Gruppe ab, zeigt aber, dass wenig unterwürfige/selbstunsichere (83%) in der Gruppe der erfolgreichen Verläufe deutlich übervertreten sind.

Wir haben eingangs erwähnt, dass wir zwei Auswertungsstrategien anwenden werden. In der ersten Auswertung flossen alle möglichen Prädiktoren ein, die vorhanden waren. In der zweiten wollen wir nur die Skalen des IIP und des SCL-90R verwenden. Wobei sich schon in der ersten Auswertung gezeigt hat, dass die IIP-Skalen eine recht eindrückliche Zuordnung der Therapieverläufe erlaubten, wenn es um die vom Therapie-Assessment-Faktor fälschlich als ,nicht gefährdete' Verläufe geht und es gar nicht notwendig wurde, auf die anderen zur Verfügung stehenden Prädiktoren zurück zu greifen.

Die vom Therapie-Assessment-Faktor fälschlich als gefährdet eingestuften Verläufe konnten oben durch die Skala 1 ,Fehlschlag und Kritikangst' des U-Fragebogens und der 1. Skala des SCL-90R ,Somatisierung' erkannt werden.

Falls es gelingt, mit einer der U-Fragebogen-Skala 1 ähnlichen SCL-90R Skala die falsch zugeordneten Verläufe zu erkennen, kann davon ausgegangen werden, dass mit den beiden Messmitteln IIP und SCL-90R als Ergänzung zum Freiburger Stichprobe recht verlässliche Heuristiken formuliert werden können, um erfolgsgefährdete Therapien zu identifizieren.

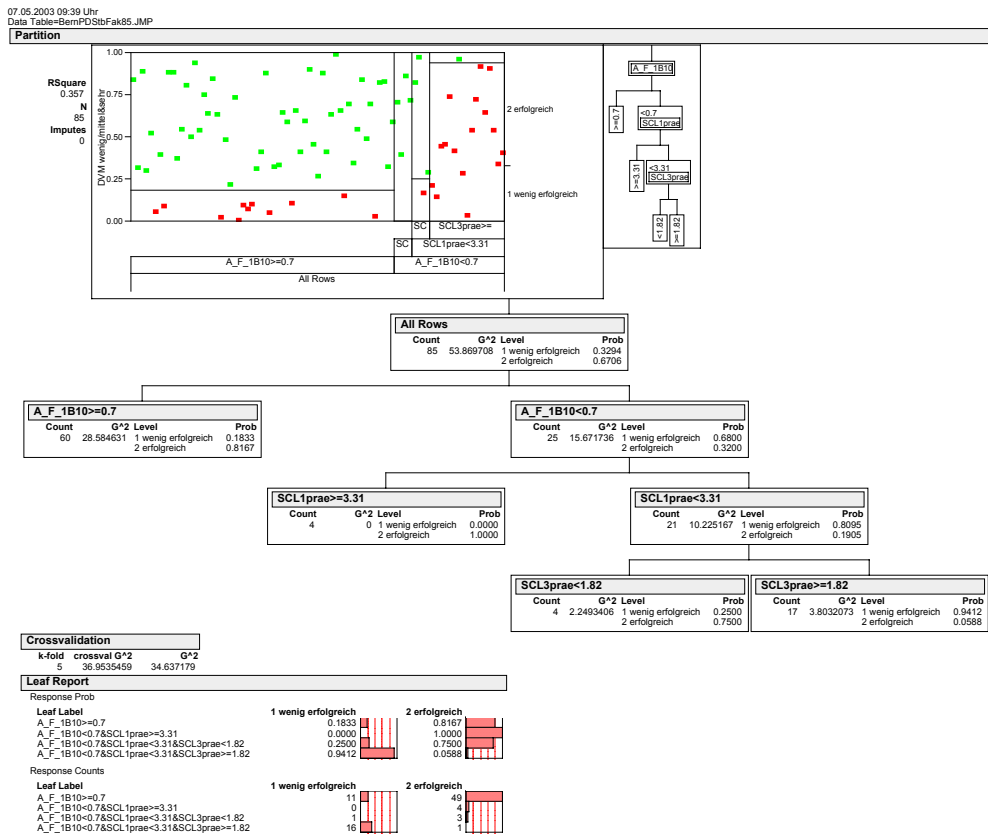


Abbildung 67: Partition-Analyse unter Einbezug des Therapie-Assessment-Faktors und den beiden Prä-Messungsinstrumente IIP und SCL-90R. Nur der rechte Ast wird gezeigt, der linke wurde bereits oben beschrieben.

Wie aus der Abbildung 67 ersichtlich ist, gelingt dies mit der SCL-90R Skala ‚Unsicherheit‘. Inhaltlich liegen die Skalen ‚Unsicherheit‘ des SCL-90R und die Skala ‚Fehlschlag und Kritikangst‘ des U-Fragebogen nahe beieinander. Die Korrelation liegt bei $RSquare = 0.4$. Einerseits bestätigt diese Analyse inhaltlich die erste. Das heißt die Unsicherheit oder Kritikangst ist unabhängig vom Messmittel ein wichtiger Prädiktor. Andererseits können wir daraus schließen, dass auch nur mit dem SCL-90R eine Zuordnung möglich ist.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Resultate zeigen, dass es möglich sein sollte, aufgrund der 4 Items des Stundenbogens und der Skalen des IIP und SCL-90R aussagekräftige Heuristiken zu formulieren, um die Erfolgsaussichten von Therapien nach 10 Sitzungen zu beurteilen. Die Interpretationsheuristiken werden im Kapitel 4.3 vorgestellt.

4 Diskussion

4.1 Die eingangs gestellten Fragen und die Kurz- und Minimalform des Berner Patientenstundenbogens

Wir haben die von Praktikern gestellten Fragen als Anlass zu unserer Untersuchung genommen. Der Reihe nach möchten wir nun diese Fragen beantworten und die Resultate der Arbeit diskutieren. Nicht jede Frage lässt sich gleich gut aufgrund der Resultate der Untersuchung beantworten. Die wissenschaftlich sorgfältig prüfende Seite des Autors stand häufig im Konflikt mit der praktisch-pragmatischen. Da die Arbeit den Graben zwischen Wissenschaft und praktisch therapeutischem Handeln überbrücken will, ist dieser Konflikt vorgegeben. Die Diskussion versucht einen Lösungsansatz aufzuzeigen.

Braucht es überhaupt einen Patientenstundenbogen? Kann der Therapeut nicht aufgrund seines Eindrucks und seiner Erfahrung ebenso gut beurteilen, wie die Therapie läuft? Welche Vorteile bringt die Verwendung eines Patientenstundenbogens?

Ob es überhaupt einen bestimmten Fragebogen braucht, ist die Gretchenfrage, die bei allen Messmitteln, welche im Psychotherapie Kontext verwendet werden, gestellt werden kann. Wir möchten die Sicherheit der klinischen Beurteilung erfahrener Psychotherapeuten nicht schmälern, jedoch darauf hinweisen, dass auch bei hoch wirksamen therapeutischen Verfahren, wie der kognitiv-behavioralen Angst- und Depressionstherapie, nach wie vor 25% bis 35% der Patienten nicht von der Behandlung profitieren, das bedeutet, es wird nicht frühzeitig erkannt, dass eine Therapie nicht erfolgreich endet. Es wird somit auch die Chance verpasst, noch während der Therapie das Vorgehen zu ändern und doch noch ein befriedigendes Resultat zu erzielen.

Bei anderen Störungen sind die Erfolgsaussichten psychotherapeutischer Behandlungen deutlich geringer, umso wichtiger ist es, gerade bei diesen Behandlungen die Erfolgsgefährdung frühzeitig zu erkennen. Patient und Therapeut bemühen sich sonst in langen Behandlungen vergebens. Für beide Seiten ein demotivierendes Unterfangen, das in mehrfacher Hinsicht schädlich ist. Der Patient kann die für den Erfolg so wichtige Erhöhung der Kompetenzerwartung nicht erleben. Im Gegenteil, er wird trotz seines Bemühens weiter frustriert und wird einem weiteren Anlauf, seiner Problematik mit Psychotherapie Herr zu werden, eher ablehnend gegenüber stehen. Der Therapeut sieht sich, vielleicht trotz sorgfältiger Arbeit und intensiver Supervision, einem Misserfolg gegenüber, den er post hoc sicher erklären kann. Meistens wird der Misserfolg

dem Patienten oder der Situation zugeschrieben, ohne dass es zu genauen Analysen des Therapieverlaufs kommt. Systematische Analysen, die zu veränderten oder neuen therapeutischen Vorgehensweisen führen, sind in der therapeutischen Praxis kaum machbar. Die Zeit dafür fehlt. Verfahrensänderungen erfolgen daher intuitiv oder aus der ‚Erfahrung‘ heraus und bleiben auf den Einzelfall beschränkt. Weder Veränderungen im Vorgehen noch alle anderen Variablen der Therapie werden systematisch erfasst. Die Modifikationen im Vorgehen können somit auch nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Eine praktikable Erfassung der wichtigsten Variablen und Parameter könnte hier Abhilfe schaffen, dazu kommen wir später in diesem Kapitel.

Zurück zur 1. Frage: Wir glauben, dass ein frühes Erkennen einer Erfolgsgefährdung dem Therapeuten wie auch dem Patienten die Chance gibt, das gemeinsame Unternehmen zu überdenken und ohne allzu großen Gesichtsverlust zu beenden oder zumindest das therapeutische Vorgehen bewusst zu verändern. Die zweite Variante setzt eine transparente Therapieplanung voraus, wie es zum Beispiel durch Fallkonzeptionen (siehe Kapitel 2.2.1.8) gegeben ist. Unter dieser Voraussetzung ist es möglich, gezielte Veränderungen im therapeutischen Vorgehen vorzunehmen und eine erfolgsgefährdete Therapie fortzusetzen. Wir werden weiter unten darstellen, wie wir uns eine durch ein fortlaufendes Qualitäts-Monitoring begleitete Therapiepraxis vorstellen.

Braucht es so viele Fragen (29), um eine sichere Aussage zu erhalten?

Diese Frage kann ganz eindeutig mit nein beantwortet werden. Wir können zeigen, dass der Berner Patientenstundenbogen deutlich verkürzt werden kann. Wir schlagen dafür zwei Varianten vor: die Kurzform und die Minimalform. Die Kurzform kann als ausführlicheres Instrument verwendet werden. Da die Kurzform nur eine Seite lang ist, wird sie von Patienten wie auch von Therapeuten gut akzeptiert. Ausfüllen und Auswerten beansprucht weniger als fünf Minuten. Die drei Faktoren ‚Zufriedenheit mit der Therapie/Therapiebeziehung‘ (B-Faktor), ‚Remoralisation/Neue Perspektiven‘ (R-Faktor) und ‚Emotionale Verunsicherung‘ (E-Faktor) bilden das Therapiegeschehen sehr anschaulich ab und können dem wissenschaftlich interessierten Psychotherapeuten wichtige Informationen geben. Eine grafische Darstellung für die Interpretation ist aber unabdingbar. Der für den Therapieausgang bis jetzt nicht eindeutig interpretierbare E-Faktor meldet einem die Emotionalisierung während einer einzelnen Sitzung zurück und macht den Therapeuten eventuell auf Widersprüche zwischen seiner klinischen Wahrnehmung und dem Patientenerleben aufmerksam. Solche Widersprüche lassen sich in einer folgenden Sitzung mit dem Patienten thematisieren, was von den Patienten meistens geschätzt wird.

Patientenstundenbogen (V.03)*		Therapeuten-Nr:				
		Patienten -Nr:				
		Datum:				
		stimmt....				
		überhaupt nicht				ja ganz genau
			weder noch			
1.	Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	§1	§2	§3	§4	§5 ² / ₃
2.	Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	§1	§2	§3	§4	§5
3.	Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	§1	§2	§3	§4	§5 ¹ / ₅
4.	Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	§1	§2	§3	§4	§5
5.	Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	§1	§2	§3	§4	§5 ² / ₈
6.	Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	§1	§2	§3	§4	§5
7.	Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	§1	§2	§3	§4	§5 ³ / ₁₁
8.	Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	§1	§2	§3	§4	§5
9.	Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	§1	§2	§3	§4	§5 ¹ / ₁₅
10.	Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	§1	§2	§3	§4	§5
11.	Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	§1	§2	§3	§4	§5 ¹ / ₁₇
12.	Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	§1	§2	§3	§4	§5
13.	Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	§1	§2	§3	§4	§5 ² / ₂₁
14.	Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	§1	§2	§3	§4	§5
15.	Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	§1	§2	§3	§4	§5 ³ / ₂₃
16.	Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	§1	§2	§3	§4	§5
17.	Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	§1	§2	§3	§4	§5 ¹ / ₂₅
18.	Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	§1	§2	§3	§4	§5
19.	Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	§1	§2	§3	§4	§5 ¹ / ₂₅

*Die Item 1-18 wurden vom Berner Patientenstundenbogen (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Grawe & Braun, 1994) übernommen.

Abbildung 68: Die Kurzform des Berner Patientenstundenbogens. Die 19 Items wurden vom ursprünglichen Berner Patientenstundenbogen übernommen. In der Spalte neben der Skala sind die ursprünglichen Itemnummern und die Faktorenzugehörigkeit zu sehen.

Für den Einsatz als Qualitäts-Monitoring Instrument in einer Praxis oder Institution mit nicht universitären Mitteln ist das Messmittel weiterhin recht ausführlich, und es fehlen darin Informationen zur Symptombelastung, Suizidalität sowie Sucht- und Arbeitsplatzgefährdung, wie es zum Beispiel ein OQ-45 (M.J. Lambert et al., 1996) beinhaltet. Dem OQ-45 fehlen hingegen die Informationen zum Therapieprozess.

Wie M. Lambert mündlich an einem Q-Workshop in Stuttgart mitteilte, waren die von ihm befragten Therapeuten nicht bereit, Daten, welche direkt die therapeutische Beziehung und das therapeutische Procedere betrafen, bei ihren Klienten zu erfassen und der neutralen Auswertungsstelle zur Verfügung zu stellen. Ein nach unserer Meinung deutlicher Mangel des OQ-45, einem Messinstrument, dem es mit nur 45 Items ge-

lingt, wesentliche Aspekte des Therapie-Outcomes abzudecken und das bereits im Verlauf der Therapie Aussagen zum Therapieerfolg ermöglicht.

Zu einer Ergänzung des OQ-45 mit entsprechenden Fragen möchten wir später in diesem Kapitel Stellung nehmen und nun auf die Anzahl notwendiger Items und die Bedeutung der Remoralisation eingehen.

Welche Items sind die besten Prädiktoren für den Therapieerfolg?

Welche Rolle spielt die Remoralisation? Kann die Remoralisation mit dem Patientenstundenbogen gemessen werden?

Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde, ist es möglich, mit nur vier Items sehr zuverlässig den Therapieverlauf vorherzusagen. Diese vier Items möchten wir nochmals vorstellen und deren Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess diskutieren.

- 04. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.
- 13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.
- 15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.
- 24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

Das erste Item spricht sehr direkt die Unterstützung durch den Therapeuten an, und zwar in zentralen Zielen. Dies kann als eine Ressourcenaktivierung angesehen werden. Die Ressourcenaktivierung stellt eine unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf von Sitzungen und Psychotherapie dar. Eindrücklich wird die Bedeutung der Ressourcenaktivierung im Vortrag ‚Wie wirkt Psychotherapie‘ von Grawe (2003) dargestellt. Deutlich wird die Bedeutung des Items, wenn die Korrelationsmatrix mit den anderen Items des Patientenstundenbogens betrachtet wird. Die Abbildung 69 zeigt die Integration über alle Sitzungen, im Anhang finden sich auch die Integrationen über andere Zeiträume.

Das Item 4 ‚Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte‘ korreliert mit fast allen anderen Items des Stundenbogens deutlich. Ausgenommen sind die Items des E-Faktors und den Items 18 und 26, beide Items des R-Faktors.

Wie in dem Vortrag von Grawe (2003) zeigt sich hier, aufgrund ganz anderer Variablen, ebenfalls die grundlegende Bedeutung der Ressourcenaktivierung.

Itemtext	4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.	0.54	0.73	-0.32	0.57
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.	0.48	0.70	-0.20	0.46
18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	0.18	0.53	-0.07	0.59
21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	0.45	0.67	-0.12	0.89
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	0.16	0.56	-0.01	0.71
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	-0.44	-0.26	0.67	0.02
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.	-0.45	-0.45	0.61	-0.11
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.	-0.51	-0.35	0.74	-0.12
22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.	-0.51	-0.34	0.74	0.03
23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.	-0.44	-0.43	0.69	-0.10
25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.	-0.43	-0.45	0.66	-0.15
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	-0.42	-0.47	0.25	-0.43
16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	0.07	-0.16	0.12	-0.21
19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	0.02	-0.11	0.10	-0.04
28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	0.27	0.00	-0.11	-0.09
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.	0.60	0.69	-0.69	0.41
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	-0.49	-0.25	0.72	0.06
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt.	-0.40	-0.26	0.55	-0.08
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.	0.45	0.61	-0.27	0.49
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.	0.52	0.68	-0.44	0.56
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.	-0.37	-0.39	0.58	-0.17
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	0.46	0.51	-0.27	0.47
20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.	-0.48	-0.40	0.52	-0.21
27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.	-0.41	-0.34	0.68	-0.03
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.	0.38	0.51	-0.25	0.40

Abbildung 69: Korrelationsmatrix der vier Items der Freiburger Stichprobe und den restlichen Items des Berner Patientenstundenbogens. Für die Korrelation wurden die Daten der Berner Stichprobe gemittelt über alle Sitzungen verwendet. In der oberen Hälfte der Matrix finden sich die Items, welche auch in der gekürzten Version des Stundenbogens verblieben. Ab Item 1 sind die ausgeschiedenen Items aufgelistet.

Ein weiterer Aspekt des Items 4 gibt den Patienten die Möglichkeit, die wahrgenommene Wertschätzung durch den Therapeuten zu bewerten, sicherlich ein bedeutender Beziehungsaspekt. Wie weit die beiden Aspekte Ressourcenaktivierung und wahrgenommene Wertschätzung zusammenfallen, müssten weitere Untersuchungen klären.

Das Item 13 ‚Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.‘ ist eine Beurteilung der Hoffnungsinduktion oder Remoralisation. Es zeigt die wachsende Überzeugung des Patienten seinen Problemen zu begegnen. Inhaltlich kann es als eine Aussage zur Kompetenzerwartung im Sinn von Bandura (1977; 1978; 1997) verstanden werden und als eine notwendige Voraussetzung für eine angestrebte Veränderung. Ebenso kann es als eine Beurteilung der Motivation im ‚Rubikonmodell‘ (Grawe, 1998; Heckhausen, 1987a, 1987b) verstanden werden. Auch das Item 4 und 24 lassen sich den Phasen des ‚Rubikonmodells‘

zuordnen. Item 4 in der Motivationsphase beim Wählen der Handlungsstrategie vor der Volition, Item 24 eher in der Bewertungsphase nach dem Handeln.

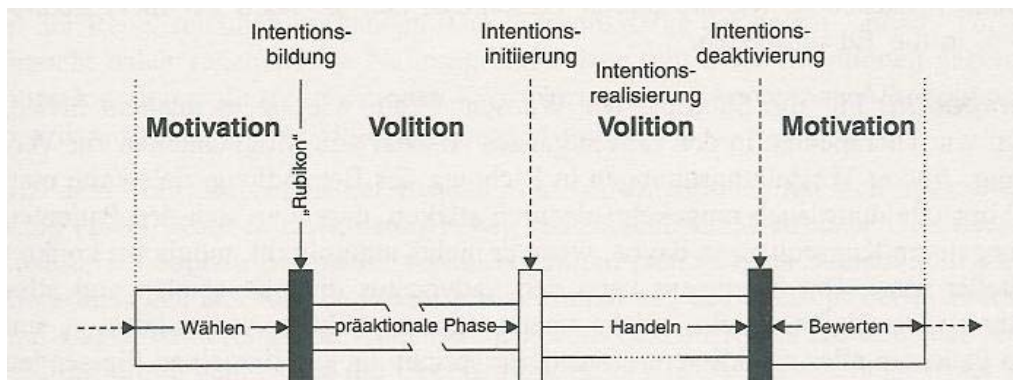


Abbildung 70: Das handlungspsychologische Phasenmodell („Rubikonmodell“) von Heckhausen. Die Abbildung wurde von Grawe (1998 S. 61) übernommen.

Das Item 24 ‚Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.‘ beschreibt eher die wahrgenommene Veränderung oder zumindest die wahrgenommene veränderte Kompetenzerwartung. Auch hier gibt die Korrelationsmatrix weitere Hinweise für inhaltliche Zusammenhänge (Item 21 und 26). Auffallend ist der beinahe fehlende Zusammenhang zu den Items des B-Faktors.

Einzig das Item 15 ‚Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.‘ hat, wenn man die Korrelationen in der Matrix betrachtet, ‚nur‘ eine Beziehungskomponente. Die Korrelationen mit den B-Faktor Items sind sehr hoch, hingegen mit den R-Faktor Items fast unbedeutend. Es scheint, als ob in diesem Item die ganze Unzufriedenheit mit dem Therapeuten ausgedrückt werden kann.

Die Items des Therapie-Assessment-Faktors oder Q-Faktors decken die Therapiebeziehung, die Motivation, die Volition und das Erreichen des Veränderungswunsches ab und dies durch eine Selektion, die rein Daten getrieben war. Diese Selektion ist klinisch sehr plausibel. (Ob sie rein zufällig inhaltlich die beschriebenen Themen abdeckt, ist aufgrund der vorliegenden Untersuchung nicht entscheidbar. Dass die Selektion klinisch plausibel ist, entspricht dem Ziel der Arbeit, Praxis und Forschung unter einen Hut zu bringen.) Das ‚Rubikonmodell‘ könnte, falls die Itemformulierungen verbessert oder ergänzt werden sollten, hilfreiche sinnvolle Hinweise geben. Natürlich könnten mit mehr Items auch mehr Einzelheiten des therapeutischen Prozesses abgebildet werden, wie das bei Doblies (1996) der Fall ist. Die vorliegende Arbeit wollte aber nicht den therapeutischen Prozess tiefer verstehen und ergründen, sondern mit einem Minimum an Aufwand möglichst genaue Information über die Erfolgchancen einer Therapie erhalten. Dieses Ziel ist sicher mit der Auswahl der vier Items erfüllt, die inhaltlich plausiblen Zusammenhänge mit Untersuchungen, die aus einer

anderen Perspektive (Grawe, 2003) vorangetrieben wurden, scheinen die Auswahl zumindest nicht in Frage zu stellen.

Ist ein Fragebogen nach jeder Sitzung dem Patienten überhaupt zumutbar?

Ist der Aufwand für Erfassung und Auswertung gerechtfertigt?

Diese Frage lässt sich kaum aus der Sicht der Datenanalyse allein beantworten. Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen aber dafür. Es ist eine Einstellungs- und Interessensfrage, ob man Patienten nach jeder Sitzung befragen möchte. Bei den knapp werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen könnte aber genau die Möglichkeit früher Misserfolgswarnungen, ein Argument für den Messmitteleinsatz sein. Je kleiner der Erfassungsaufwand ist und je einfacher die Auswertungen sind, desto leichter wird es sein, Psychotherapeuten zu solchen Messungen zu bewegen. Wir werden weiter unten eine mögliche Umsetzung für den Praxisalltag vorschlagen.

4.2 **Wie sind die Resultate zu interpretieren?**

Allen Resultaten der Untersuchung, außer der an der Freiburger Stichprobe replizierten Faktorenanalyse, haften die fehlende Überprüfung an weiteren Stichproben und die geringe Anzahl Fälle an. Die Interpretationen müssen deshalb immer unter diesem Vorbehalt betrachtet werden.

Bezüglich der untersuchten Stichprobe können die positiven Argumente der großen Heterogenität, die bereits im Kapitel 2.2.1 erwähnt wurden, hervorgehoben werden. Es bleibt die Einschränkung, dass die Daten innerhalb einer Institution (Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern) mit einem einheitlichen Therapiemodell durchgeführt wurden. Die Therapeuten waren aufgrund dieses Modells besonders geschult, die Therapiebeziehung bewusst zu gestalten. Eine Generalisierung auf Therapien in anderen Settings ist deshalb nicht ohne weiteres statthaft.

Wie sind die bereits in der ersten Sitzung bestehenden Niveauunterschiede zu erklären?

Wir wollen dafür noch einmal die Prozessfiguration des Therapie-Assessment-Faktors zeigen. Eigentlich würde man erwarten, dass zu Beginn der Therapie die Unterschiede zwischen den Erfolgsgruppen noch nicht ausgeprägt sind. Wie die Abbildung unten aber zeigt, sind bereits in der ersten Sitzung zwischen den Erfolgsgruppen deutliche Niveauunterschiede zu sehen.

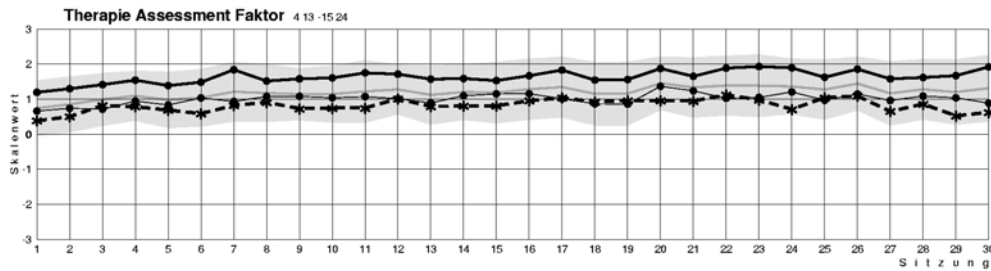
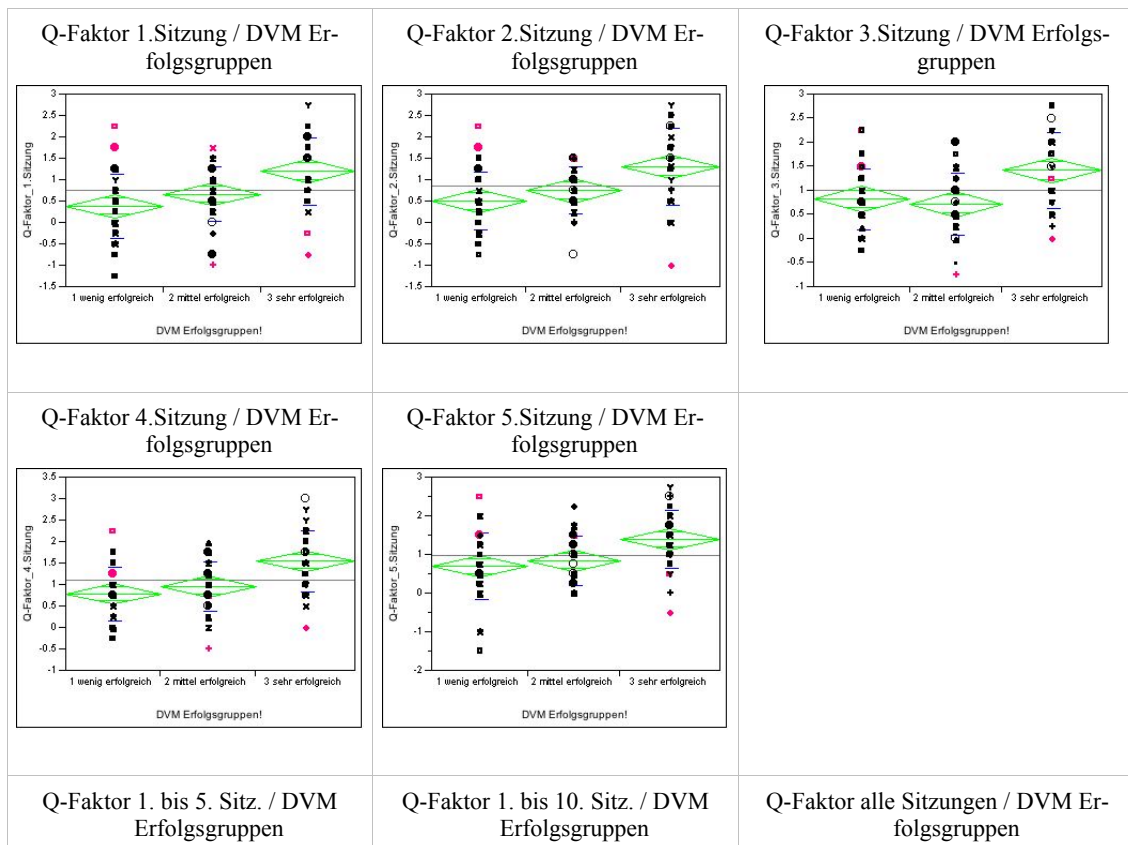


Abbildung 71: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für die Skala ‚Q-Faktor‘ oder ‚Therapie-Assessment-Faktor‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala –3 ... +3.

Wir wollen anhand der nachfolgenden Abbildung die einzelnen Werte für die ersten drei Sitzungen und die integrierten Werte der 1. bis 5., der 1. bis 10. Sitzung und aller Sitzungen genauer betrachten.

Die in der Prozessfiguration dargestellten Niveauunterschiede können nun zusammen mit den Streuungen beurteilt werden. Zudem ermöglicht die grafische Darstellung mit den Rhomben eine Abschätzung, ob die Mittelwerte sich signifikant unterscheiden. (Decken sich die Rhomben nicht mehr, d.h. liegen sie deutlich auseinander, kann davon ausgegangen werden, dass die Mittelwerte sich bei einer statistischen Überprüfung signifikant unterscheiden.)



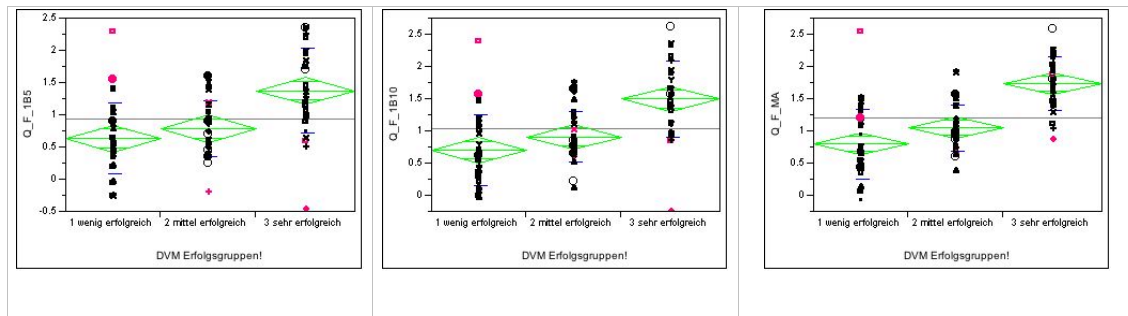


Abbildung 72: Die Werte des Q-Faktors der ersten 5 Sitzungen und die Mittelwerte des Q-Faktors der Zeiträume 1. bis 5., 1 bis 10. Sitzung und über alle Sitzungen in den Erfolgsgruppen des DVM. In den einzelnen Erfolgsgruppen wurden jeweils die Fälle mit Farbe gekennzeichnet, die in der 1. Sitzung deutlich gegen den Gruppentrend lagen. (Berner Stichprobe N=85).

Nur gerade in der 3. und 4. Sitzung und bei den Mittelwerten über die Zeiträume ist dies der Fall. Die Streuungen unterscheiden sich in den ersten fünf Sitzungen kaum, bei den integrierten Werten sind die Streuungen aufgrund der Integration kleiner. Offensichtlich sind die extremen Ankreuzungen recht stabil, wie das aus den rot hervorgehobenen Fällen zu ersehen ist.

Auch die genauere Betrachtung der Niveauunterschiede lässt keine verlässliche Interpretation zu. Es gibt mindestens zwei Vermutungen, die dieses Phänomen erklären könnten. Erstens, die Patienten bewerten schon in der ersten Sitzung mit einer recht guten Verlässlichkeit, wie gut das Therapieangebot für sie stimmt. Das heißt, sie schätzen mit recht hoher Verlässlichkeit ein, ob sie mit dem Therapeuten und mit dem in der ersten Sitzung wahrgenommenen Therapieangebot erfolgreich arbeiten können. Zweitens, es gibt eine oder mehrere Wirkgrößen, die nicht im Datensatz repräsentiert waren und die unabhängig vom Therapieangebot sind, die das Ankreuzverhalten für den Q-Faktor deutlich beeinflussen und stark mit dem ‚Outcome‘ zusammenhängen. Beide Vermutungen müssten mit weiteren Untersuchungen geklärt werden. (Eventuell könnte es sich auch um einen Persönlichkeitsfaktor handeln, mindestens deuten die Zusammenhänge mit den IIP-Prä-Messungen dies an.)

Die hohe Verlässlichkeit der ersten Einschätzungen scheint durch Untersuchungen zum nonverbalen Verhalten unterstützt zu werden. Grawe (1998, S. 309 ff) diskutiert in seinem Buch die Bedeutung des nonverbalen Verhaltens des Therapeuten und weist daraufhin, dass sich schon nach 20 Sekunden eines Interviews nur aus dem Tonfall über wenig Merkmale verlässliche Voraussagen über Beurteilung des Therapeuten machen lassen. Es scheint als ob wir Menschen wirklich hoch trainiert sind, solche Merkmale (unbewusst) wahrzunehmen und unsere Beurteilung darauf abzustützen. Patienten sind in einer Erstkontaktsituation aus verständlichen Gründen besonders aufmerksam und prüfen mit Recht, ob die Situation für sie wohlwollend und unterstützend ist.

Bevor wir vorschlagen, wie wir uns die Umsetzung eines Qualitäts-Monitorings in der Alltagpraxis vorstellen und wie begleitende, weiterführende Studien gestaltet sein müssten, wollen wir die Interpretationsheuristiken für Praktiker vorstellen.

4.3 Interpretationsheuristiken

Wir haben die Einfachheit zum Motto der Arbeit gemacht. In diesem Kapitel wollen wir ein paar Interpretationsheuristiken vorstellen, die sich aus den Ergebnissen der Arbeit ableiten lassen. Sie beziehen sich direkt auf die Resultate der vorgängig vorgestellten Analysen. Zugrunde liegen die beiden Fragen:

Wie kann ein Praktiker die Resultate für die Gestaltung des Therapieprozesses nutzen?

Bei welchen Patienten ist die Vorhersage des Therapieerfolgs besonders schwierig?

Ziel dieser Heuristiken ist es, Praktikern, welche die Minimalform oder die Kurzform des Patientenstundenbogens verwenden, eine Anleitung zur Interpretation zu geben. Aufgrund dieser Heuristiken sollte es ihnen möglich sein, nach fünf bis zehn Sitzungen relativ sicher beurteilen zu können, ob die Therapie erfolgsgefährdet ist oder nicht. Heuristiken verstehen wir als ‚Faustregeln‘ einer Perspektiventheorie im Sinne von Foppa (1984) und nicht als wissenschaftliche Erklärungstheorie.

Für die Interpretation und Vorgehensweise bei der Verwendung der Kurzform des Berner Patientenstundenbogens sei auf das Kapitel 3.3.3.4 verwiesen. An dieser Stelle sei ausschließlich das Vorgehen bei der Verwendung der vier Items des Q-Faktors beschreiben.

In Anlehnung an die von Grawe (1994) vorgeschlagenen drei bzw. vier Wirkfaktoren (Grawe, 1995) formulieren wir ein Modell, das den Therapeuten unterstützen soll, den durch den Q-Faktor gezeichneten Verlauf einzuordnen. Drei der vier Items des Q-Faktors können nicht nur dem Rubikon-Modell, sondern auch den Wirkfaktoren zugeordnet werden. Beide Modelle eignen sich, um die Bedeutung der Items für die Beschreibung des Therapieprozesses zu erfassen, wobei das Wirkfaktoren-Modell eher eine statische Einordnung zulässt, das Rubikon-Modell zusätzlich auch eine Dynamik assoziiert. (Die Dynamik oder die Veränderungen der einzelnen Items und der Abhängigkeit voneinander konnte leider nicht empirisch überprüft werden. Die Überprüfung der hier postulierten Zusammenhänge mit linearen hierarchischen Modellen drängt sich bei einem größeren Datensatz geradezu auf.)

- 04. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

Dieses Item erfasst mit Sicherheit den Beziehungsaspekt der Therapie, es geht aber darüber hinaus, da es auf die Unterstützung wichtiger Ziele des Patienten fokussiert

und dadurch eine Ressourcen aktivierende Bedeutung erhält. Es gibt nach unserer Ansicht Auskunft über die Basis oder den Boden für eine veränderungsorientierte Therapie. In der Sprache der Plananalyse von Caspar (1996) stellt es die Frage, ob es dem Therapeuten gelungen ist, an die hohen interaktionellen Ziele des Patienten anzuschließen. Auch Smith (2001 S. 239) zeigt in ihrer aufwändigen Arbeit über produktive Psychotherapiesitzungen, wie bedeutend es ist, Ziele und Fähigkeiten des Patienten zu nutzen, um problematische Bereiche überhaupt bearbeiten zu können.

- 13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.

Dieses Item spricht die Wirkfaktoren Problemaktualisierung und Bewältigung an. Wobei die Veränderung der Kompetenzerwartung („self efficacy expectation“ (Bandura, 1977, 1978, 1997)) und/oder die Erhöhung der Handlungsorientierung ein wesentlicher Faktor darstellt. Die Resultate einer neueren Studie zur Bedeutung der Handlungs- und Lageorientierung (Kosfleder & Schulte, 2003) deuten daraufhin, dass die Erhöhung der Handlungsorientierung ein zentraler Veränderungsaspekt bei erfolgreichen Therapien von Patienten mit Angststörungen darstellt. Wie weit das Item 13 mit dem in der oben angesprochenen Untersuchung korreliert, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht gesagt werden. Beim Vergleich mit einem Beispiel-Item aus der HOLO-Angstskala (Hartung, 1995) (Wenn ich einen Angstanfall hatte, tue ich etwas was mich wieder stark macht.) ist zumindest eine Ähnlichkeit bzgl. der Handlungsorientierung nicht zu bestreiten.

- 24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

Das Item 24 kann ebenfalls dem Wirkfaktor Problembewältigung zugeordnet werden. Es scheint eine bereits gefestigte Kompetenzerwartung anzusprechen. Es beschreibt eine Orientierung hin zur Handlung, deren Ausführung sich der Patient auch zutraut zu beschreiben. Im Rubikon-Modell könnte das Item auch der Bewertungsphase zugeordnet werden.

- 15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

Das 4. Item stellt eine globale Beurteilung des therapeutischen Angebots dar.

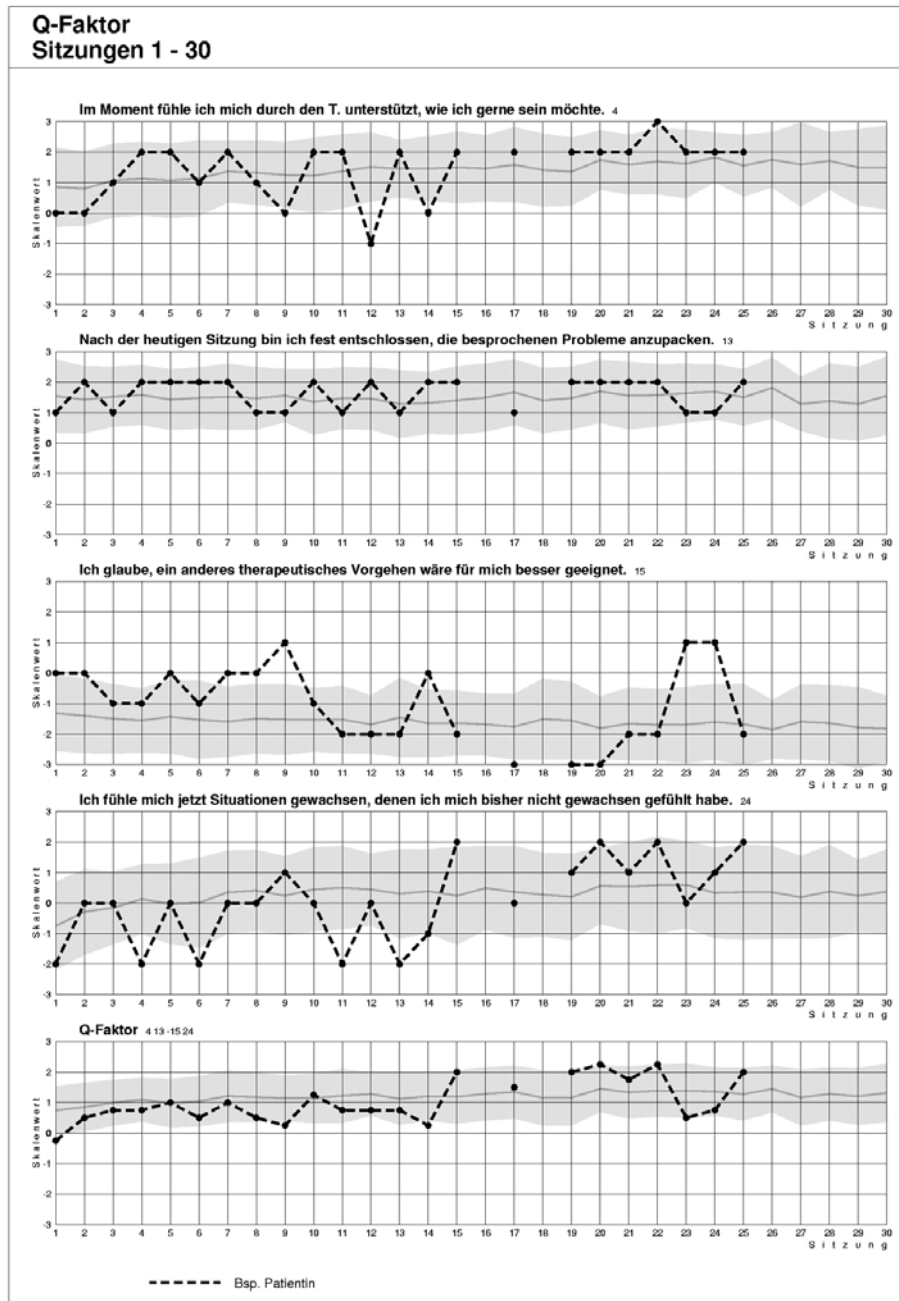


Abbildung 73: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor im Verlauf einer Therapie über 25 Sitzungen. In den Sitzungen 16 und 18 war der Partner der Patientin anwesend, deshalb fehlen dort die Werte. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet.

Ein Therapeut sieht sich nach 5 bis 10 Sitzungen neben seinem klinischen Eindruck einer Reihe von Messwerten gegenüber, die er interpretieren möchte. Es stehen ihm die Q-Faktor-Items und die Prä-Messungsergebnisse des SCL-90R und des IIP zur Verfügung. Zur Veranschaulichung noch einmal der im Kapitel 3.3.3.4 diskutierte Fall, diesmal eine Verlaufsgrafik (Abbildung 73), wie sie sich einem Praktiker präsentieren könnte. Die vier Items des Q-Faktors werden einzeln mit ihren Rohwerten über den

Verlauf der 25 Sitzungen umfassenden Therapie dargestellt. Zusätzlich wird der Q-Faktor abgebildet.

Natürlich haben wir nach 10 Sitzungen nur den Verlauf bis zur 10. Sitzung zur Verfügung. Die Informationen, die wir daraus erhalten sind aber schon umfangreich.

Der in der Partition-Analyse gefundene Grenzwert für das Selektieren erfolgreicher und weniger erfolgreicher Therapien mit dem Q-Faktor liegt bei 0.7. Wenn wir eine Grenzlinie beim Rohwert .7 einziehen, liegen 5 Messpunkte bis zur 10. Sitzung unter diesem Grenzwert und 5 knapp darüber. Der Mittelwert 1.-10. Sitzung liegt bei .625. Aufgrund des Q-Faktors kommt die erste Heuristik zur Anwendung.

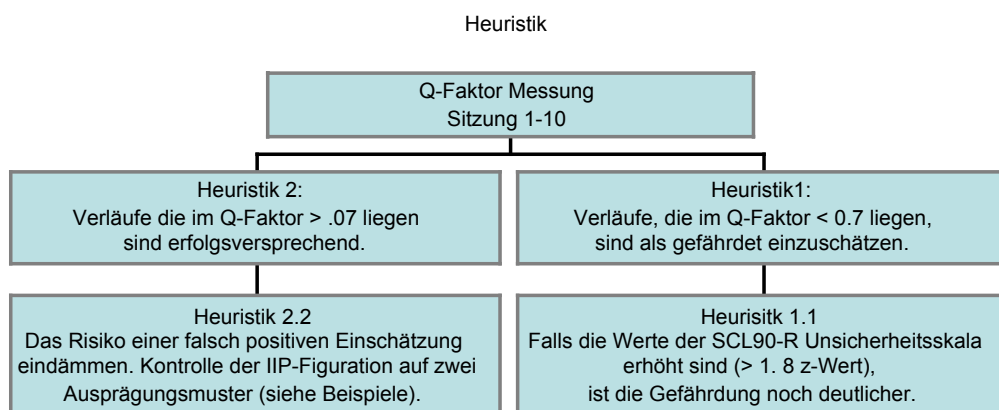


Abbildung 74: Heuristik für die Beurteilung der Messwerte nach 10 Sitzungen.

Heuristik 1: Verläufe, die in den ersten 10 Sitzungen im Q-Faktor unter dem Grenzwert von 0.7 liegen, sind als gefährdet einzuschätzen.

Die Zweite Heuristik bezieht die Prä-Messung im SCL-90R mit ein.

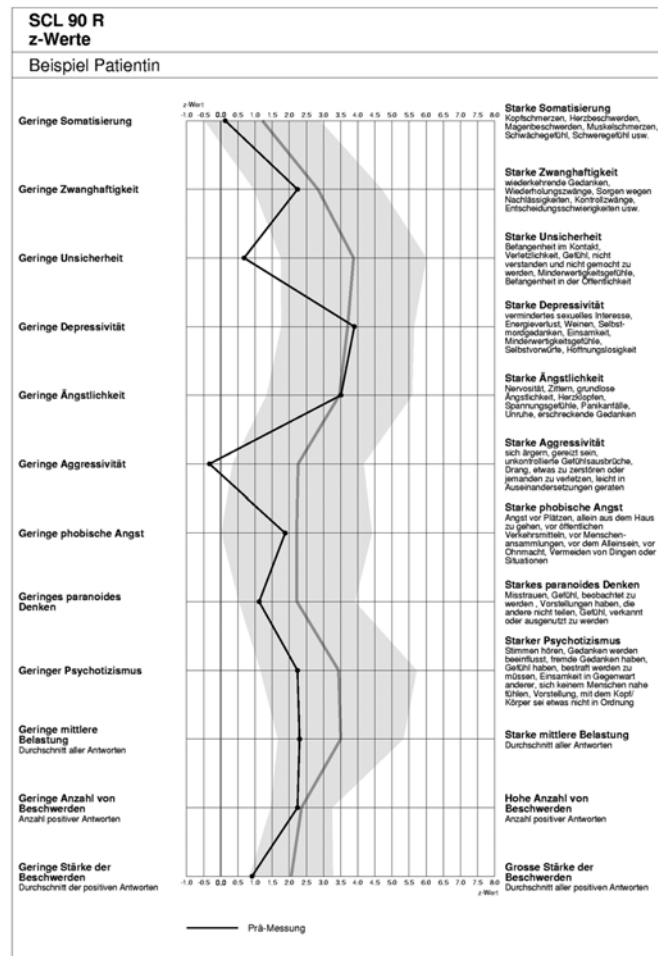


Abbildung 75: SCL-90R Figuration der Beispielpatientin. Der z-Wert in der Unsicherheitskala liegt deutlich unter 1.

Heuristik 1.1: Falls die Werte der SCL-90R Unsicherheitskala erhöht sind (> 1.8 z-Wert), ist die Gefährdung deutlich.

Die Werte in der Unsicherheitskala sind bei der Beispiel-Patientin nicht erhöht. Das heißt jedoch nicht, dass der Therapieerfolg nicht gefährdet ist. Die Gefährdungseinschätzung ist nur mit mehr Unsicherheit behaftet.

Dem Therapeuten ist in diesem Moment zu raten, das Vorgehen zu prüfen und die Unzufriedenheit der Patientin anzusprechen.

Betrachten wir zusätzlich die Verläufe auf Itemebene, können wir dem Therapeuten noch weitere Hinweise geben. Bis zur 10. Sitzung fühlt sich die Patientin bezüglich der Umsetzung ihrer Problemlösungen sehr unsicher. Sie fühlt sich den Problemen nicht gewachsen. In den anderen Items hingegen erhält sie die notwendige Hilfe durch die Therapie.

Für den Therapeuten bedeutet dies, dass sein Angebot mehr auf die Umsetzung gerichtet sein sollte oder noch besser, dass er sich erkundigen sollte, wo die Patientin mehr Unterstützung erhalten müsste.

(Im konkreten Fall gelingt dies erst um die 10. Sitzung. Die problematische Paarbeziehung der Patientin wird dann thematisiert und der Partnereinbezug in die Therapie wird vorbereitet.)

Q_F_1B10>=0.7			
Count	G^2	Level	Prob
60	28.584631	1 wenig erfolgreich	0.1833
		2 erfolgreich	0.8167

Candidates	
Term	Candidate G^2
IIP1ip autokratisch	1.608088999
IIP2ip streitsüchtig	6.307103205
IIP3ip abweisend	3.302251860
IIP4ip introvertiert	1.608088999
IIP5ip unterwürfig	4.146934012
IIP6ip ausnutzbar	8.161371153
IIP7ip fürsorglich	3.398233321
IIP8ip expressiv	3.336155848
SCL1prae	3.469934944
SCL2prae	1.464091386
SCL3prae	2.243472250
SCL4prae	3.469934944
SCL5prae	3.469934944
SCL6prae	1.683192969
SCL7prae	1.683192969
SCL8prae	2.124995661
SCL9prae	2.475389742
Q_F_1B10	2.475389742

Abbildung 76: Die Kandidatenliste des linken Astes nach der Auftrennung durch den Q-Faktor. Von den 60 Verläufen wurden 82% richtig zugeordnet, 18% falsch. Für die falsch zugeordneten wird nun der beste Kandidat zur weiteren Zuordnung gesucht. Die IIP-Skalen ‚ausnutzbar‘, ‚streitsüchtig‘ und ‚unterwürfig‘ sind die Favoriten.

Das Erkennen kritischer Verläufe kann durch die Beobachtung des Q-Faktors sicher erleichtert werden. Schwierigkeiten bei der Identifikation der gefährdeten Verläufe ergeben sich, wenn die Therapie trotz guten Werten im Q-Faktor nicht auf Erfolgskurs ist. Wir haben dann (neben der klinischen Erfahrung) nur das IIP, das uns hilft, falsch positiv eingeschätzte Verläufe zu erkennen, und diese Hinweise sind nicht ganz einfach zu interpretieren. Welche Skalen des IIP geben uns Hinweise?

Die Kandidaten aus der Partition-Analyse sind die IIP-Skalen ‚ausnutzbar‘, ‚streitsüchtig‘ und ‚unterwürfig‘.

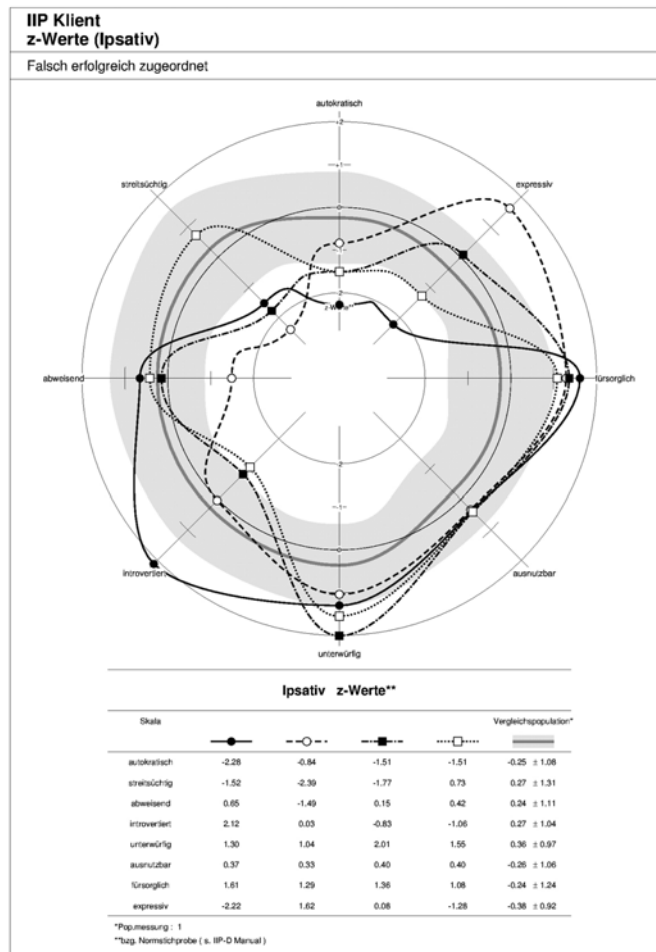


Abbildung 77: Die vier Patienten mit deutlich submissiver, fürsorglicher und wenig dominierender Figuration, welche nach 10 Sitzungen durch den Q-Faktor nicht der Erfolg gefährdeten Gruppe zugewiesen wurden. Als Vergleichspopulation (grauer Schatten) dienen die Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle.

Um die elf (von 60) durch den Q-Faktor falsch zugeordneten Verläufe genauer betrachten zu können, müssen wir auf die Einzelfallebene wechseln. Unsere Interpretationen gründen hier auf einer sehr schmalen Datenbasis und sind deshalb mit großer Vorsicht zu behandeln.

Trotzdem möchten wir dem Leser ein paar Eindrücke vermitteln, wie sich die IIP-Figurationen darstellen, weil die Daten klinisch plausibel erscheinen und Anlass zu weiteren Untersuchungen geben könnten.

Leider weisen nur 9 von den 11 falsch zugeordneten Therapien eine Prä-Messung mit dem IIP auf. Wir haben für diese 9 Patienten versucht Untergruppen zu bilden, welche die IIP-Skalen ‚ausnutzbar‘, ‚streitsüchtig‘ und ‚unterwürfig‘ besonders berücksichtigen.

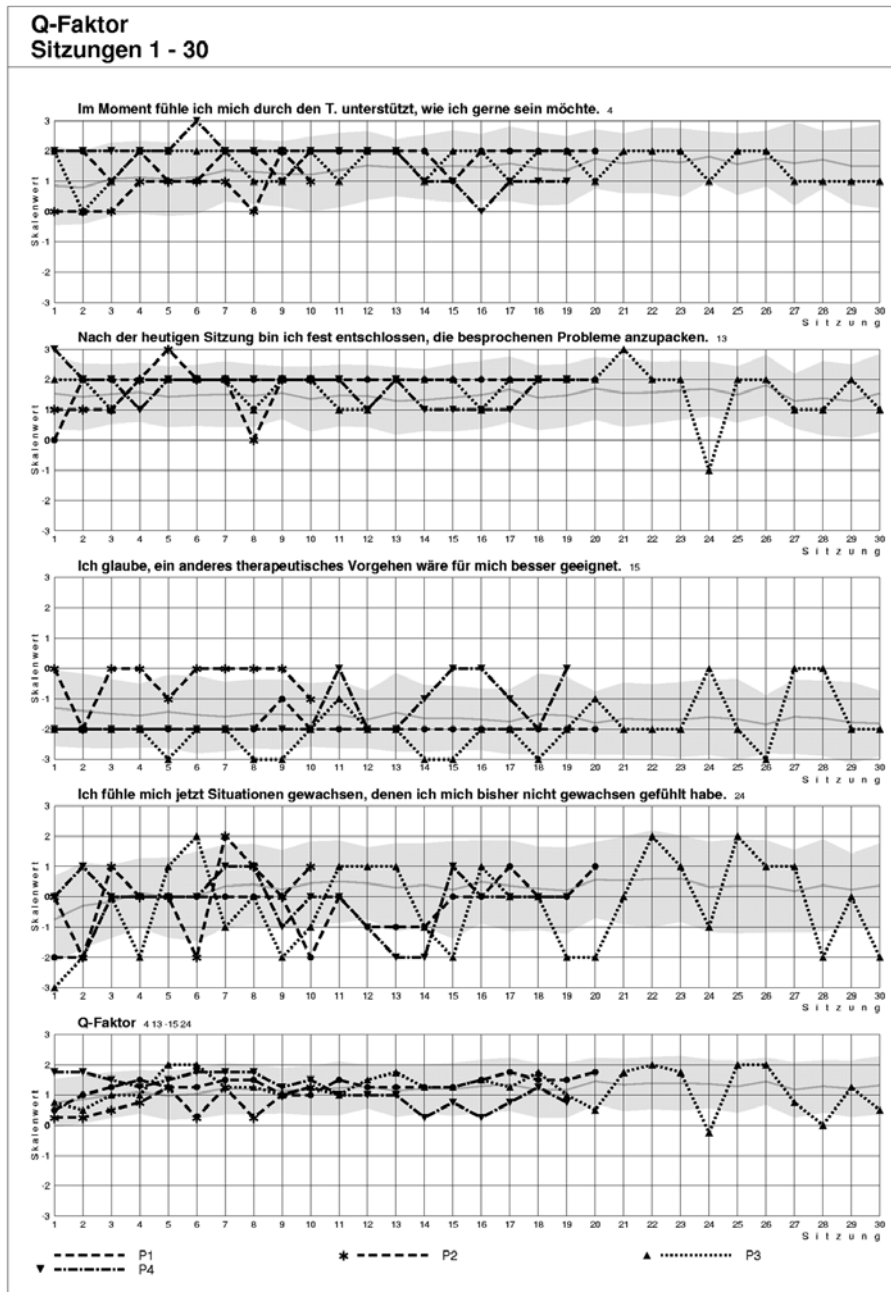


Abbildung 78: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor von vier Therapieverläufen bei Patienten mit ‚submissiver IIP-Figuration‘, bei denen die Prädiktion fehlschlug. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet.

Eine erste Gruppe von vier Patienten zeigt im IIP ein fast einheitliches Bild in den Skalen ‚ausnutzbar‘, ‚fürsorglich‘ und ‚unterwürfig‘, wobei die Werte auf der Skala ‚ausnutzbar‘ nicht stark erhöht sind, hingegen in den anderen beiden Skalen die Werte der vier Patienten am Rande der Vergleichspopulation oder sogar außerhalb der Vergleichspopulation liegen.

Sie zeigen fast durchs Band tiefe Werte im gegenüberliegenden Quadranten (streitsüchtig, konkurrierend, dominant und abweisend). Es sind eher (zu) submissive

Patienten, die vom Therapeuten eine Führung übernehmende Rolle erwarten (siehe auch Braun, 1991; Braun & Grawe, 1993).

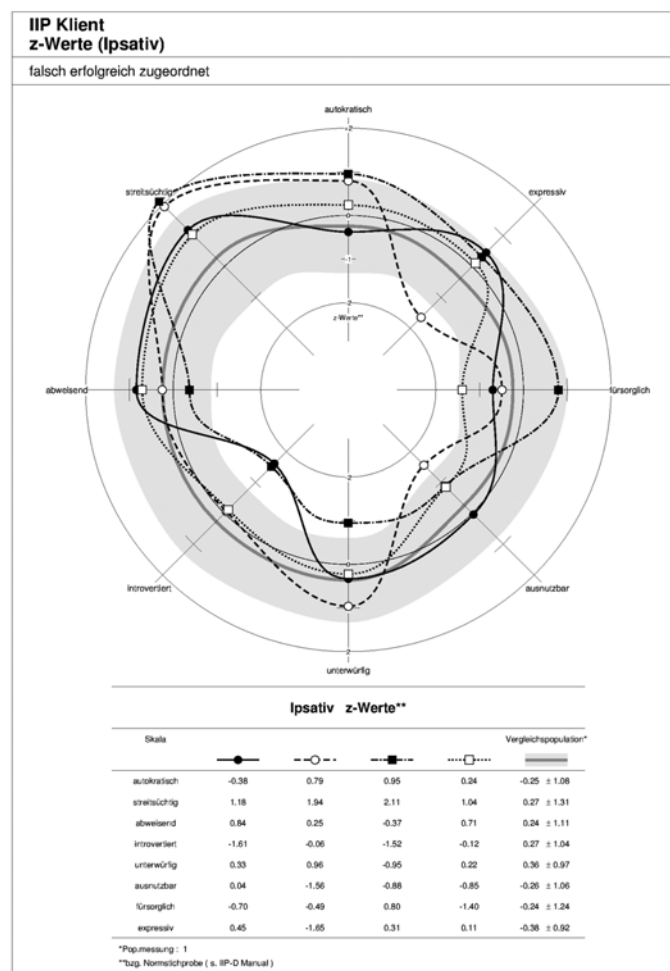


Abbildung 79: Die vier Patienten mit deutlich konkurrierender, streitsüchtiger dominierender Figurati-on, welche nach 10 Sitzungen durch den Q-Faktor nicht der Erfolg gefährdeten Gruppe zugewiesen wurden. Als Vergleichspopulation (grauer Schatten) dienen die Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle.

Es ist nicht zu erwarten, dass der Verlauf in den einzelnen Items des Q-Faktors ein einheitliches Bild zeigt. Wir möchten die Darstellung trotzdem anfügen, um die Verläufe zu zeigen und damit die Möglichkeit zu geben eigene Interpretationen anzustellen. Beim Verlauf des Items 24 (Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.) sind Hinweise zu finden, dass die Therapien nicht optimal verlaufen. Ein solches Antwortverhalten müsste den Therapeuten anregen, beim Patienten genauer nach der Umsetzung der therapeutischen Erfahrungen im Alltag fragen. Eine weitere Interpretation der Verläufe ist hier nur mit genauen Kenntnissen der Fallgeschichte statthaft. Diese stehen aber nicht zur Verfügung.

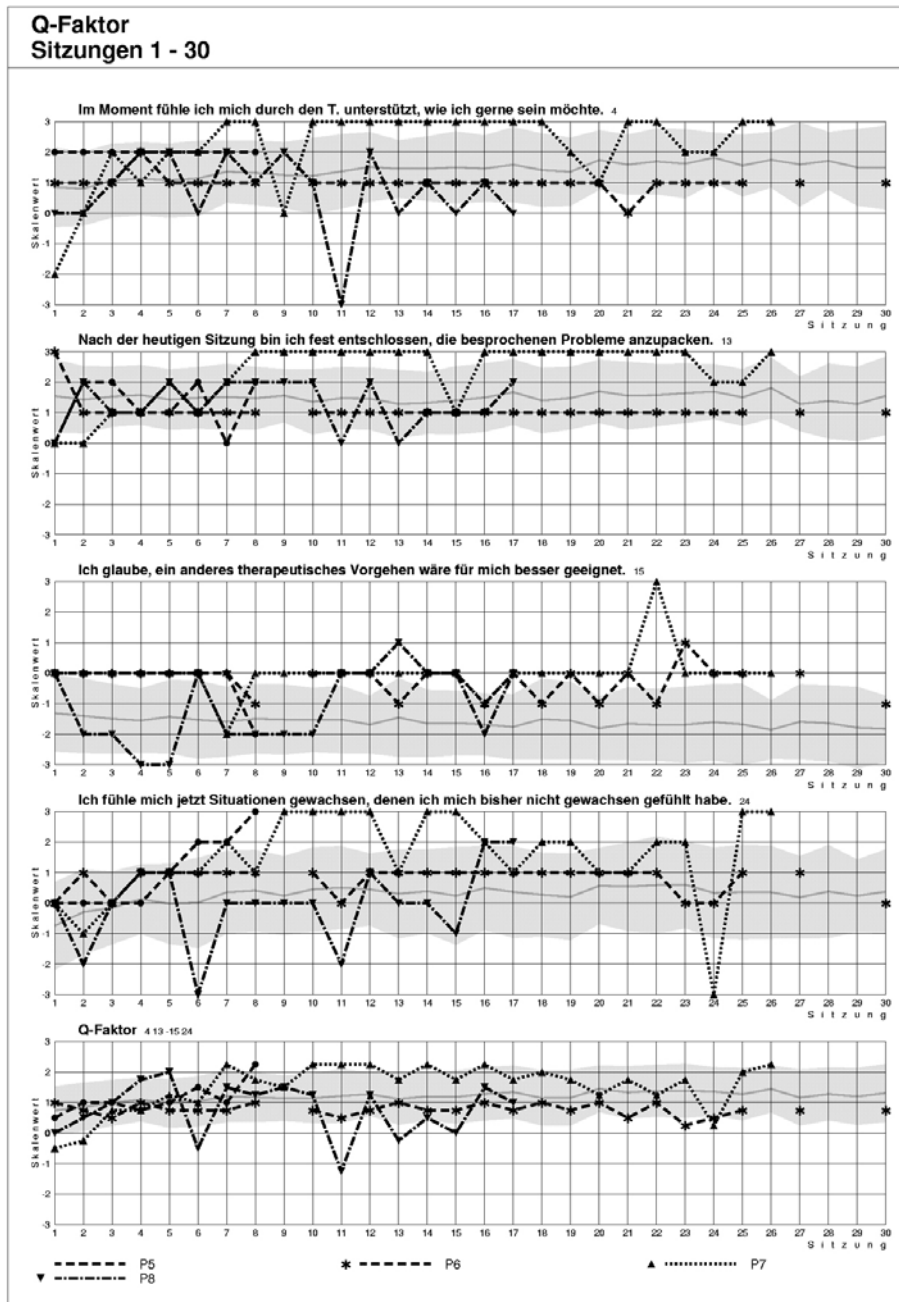


Abbildung 80: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor von vier Therapieverläufen bei Patienten mit ‚dominanter IIP-Figuration‘, bei denen die Prädiktion fehlschlug. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet.

Eine zweite Gruppe von 4 Patienten, die nicht im Q-Faktor durch tiefe Werte während der ersten 10 Sitzungen auffällig wurden, zeigen im IIP ein genau entgegengesetztes Bild. Die Figurationen zeigen erhöhte Werte im oberen rechten Quadranten. Die IIP-Skalen ‚streitsüchtig‘, ‚abweisend‘ und ‚autokratisch‘ sind auffällig, hingegen sind die Werte im unteren linken Quadranten kaum erhöht.

Es stellt sich die Frage, was diese beiden Patientengruppen auszeichnet, dass der Therapieverlauf bei ihnen nicht mit der gleichen Sicherheit mit dem Q-Faktor

vorhergesagt werden kann. Nur weitere Untersuchungen an größeren Stichproben können Klärung geben. Therapeuten kann empfohlen werden, bei ähnlichen IIP-Figurationen positiven Q-Faktor-Werten kritisch gegenüber zu stehen.

Der Verlauf der Q-Faktor-Prozessfiguration ist zumindest bei 3 von 4 Patienten mit ‚dominanter IIP-Figuration‘ auffällig, nach der 10. Sitzung liegen die Werte deutlich unter dem Mittelwert der Gesamtpopulation. Da wir auch bei diesen Patienten nicht im Besitz der Fallgeschichten sind, möchten wir darauf verzichten, die Prozessfigurationen weiter zu interpretieren.

Der neunte Patient, bei dem eine IIP-Prä-Messung zur Verfügung steht, zeigt im IIP ein wenig auffälliges Bild. Der Vollständigkeit halber ist es unten angefügt.

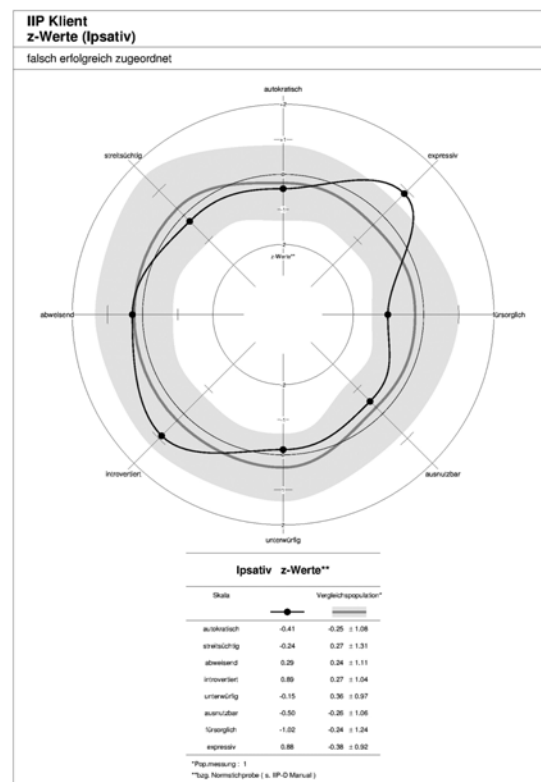


Abbildung 81: IIP-Figuration des neunten Patienten, des Q-Faktor Werte nach den ersten 10 Sitzung nicht auf einen Therapiemisserfolg hinwiesen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich ein genaues Verfolgen der Entwicklungen auch auf der einzelnen Itemebene lohnen kann und die Beobachtung der Entwicklung des Q-Faktors über die 10. Sitzung hinaus sinnvoll ist. Weiteren Untersuchungen, bei denen die Heuristiken angewendet und verfeinert werden, könnte die Qualität der Interpretation der Q-Faktor-Verläufe sicher deutlich verbessern.

4.4 Wie weiter? Vorschlag für eine praxisnahe Studie

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass mit wenig Aufwand eine Risikoanalyse von Therapieverläufen möglich ist und es Sinn machen würde, Therapien mit einem solchen Instrument zu beobachten.

Wie könnte nun eine Umsetzung in der Therapiepraxis aussehen, die gleichzeitig den Anspruch an ein Forschungsprojekt der Phase IV erfüllen würde?

Der mit einer neugierigen Forscherseele ausgestattete Therapeut möchte natürlich soviel Messinstrumente einsetzen wie möglich, um viele Ebenen des therapeutischen Geschehens einfangen zu können und die Items des Q-Faktors dadurch noch besser in ein therapeutisches Modell einfügen zu können.

Der über mehrere Jahre in verschiedenen Institutionen tätige Qualitätsmanager möchte mit so kleinem Aufwand wie möglich das Maximum an Information gewinnen, um Therapien frühzeitig vor dem Scheitern zu bewahren, aber auch die Therapeuten mit möglichst wenig Mehrarbeit zu belasten.

Die beiden Messinstrumente SCL-90R und IIP sind für Prä-Messung und diagnostisches Screening sehr geeignet. Das IIP hilft bei der geplanten Beziehungsgestaltung, Veränderungen lassen sich damit meist nur bei länger dauernden Therapien aufzeigen.

Um Praktiker vom Einsatz von Messmitteln zu überzeugen, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (siehe auch Grünwald, Hegemann, Eggel, & Anthenien, 1999):

- Die Zeit für das Erfassen und Auswerten muss minimal sein.
- Die Auswertungen müssen grafisch und tabellarisch vorliegen und auch für den Patienten verständlich dargestellt sein.
- Die Inhalte müssen für die Diagnostik und den Therapieverlauf relevant sein.
- Die Copyright-Kosten müssen sich im vertretbaren Rahmen halten.

Je nach Haltung des Therapeuten sind die beiden Messinstrumente SCL-90R und IIP schon zuviel. Aus diesem Grunde könnte als Minimalvariante der OQ-45 plus die vier Items des Q-Faktors zu Verwendung kommen (OQ-45plus). (Das Copyright für den OQ-45 kann durch eine einmalige Zahlung einer vertretbaren Gebühr erworben werden.)

Bei der Verwendung von OQ-45 plus Q-Faktor Items könnten die oben definierten Bedingungen erfüllt werden. Zusätzlich wäre es möglich, praxisnahe Forschung zu betreiben, welchen die Therapeuten bei ihrer Arbeit unterstützt, und die im OQ-45

vernachlässigte Dimensionen der Therapiebeziehung und der Kompetenzerwartung würde mit gemessen.

Die beim OQ-45 bereits ausgefeilten Auswertungsmethoden (Finch, Lambert, & Schaalje, 2001; M. J. Lambert et al., 2002), welche die erfolgsgefährdeten Verläufe früh identifizieren, könnten mit der simplen Methode des Q-Faktors verglichen werden.

Lambert (2002) gelingt es mit dem OQ-45-System und einem empirisch entwickelten Beurteilungssystem auf dem Hintergrund von hierarchisch linearen Modellen um die 80% der Verläufe richtig zuzuordnen. Das Auswertungssystem wurde an großen Stichproben entwickelt und überprüft. Es zeigte sich den von Korody, Hannover und Richard (2001) entwickelten Algorithmen, die ebenfalls das Ziel haben, Therapie ‚at risk for treatment failure‘ zu identifizieren, überlegen. Beide Methoden beruhen auf recht komplexen statistischen Methoden und benötigen entsprechende Auswertungskompetenzen, die Praktikern nicht unmittelbar zugänglich sind.

Es ist natürlich vermessen, die simple Methode einer Beurteilung der Verläufe mit dem Q-Faktor diesen beiden methodisch ausgefeilten Instrumenten gegenüber zu stellen. Es wäre aber verlockend zu sehen, wie in einem Vergleich die drei Beurteilungsmethoden abschneiden würden. Bei der Beurteilung des Gesamtnutzens müssten neben der Vorhersagegenauigkeit auch der Aufwand an Ressourcen und Know-How verglichen werden.

Um eine verlässliche Vergleichsgrundlage zu erreichen, müsste eine deutlich größere Anzahl Therapien (N=1000) in die Studie einfließen, als das bei der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Da die vorgeschlagene Studie aber so angelegt ist, dass sie in Praxen durchgeführt werden kann, sollte dies problemlos möglich sein. Dies unter der Bedingung, dass eine Software wie PsyQOS (Braun & Rothenfluh, 1999) zur Verfügung steht, welche dem Psychotherapeuten die vollständige Verwaltung seiner Praxis ermöglicht und gleichzeitig die Auswertungsbasis bildet, die Daten dezentral nach exakten Vorgaben zu sammeln, ohne dass der Therapeut dadurch wesentlich mehr belastet wird.

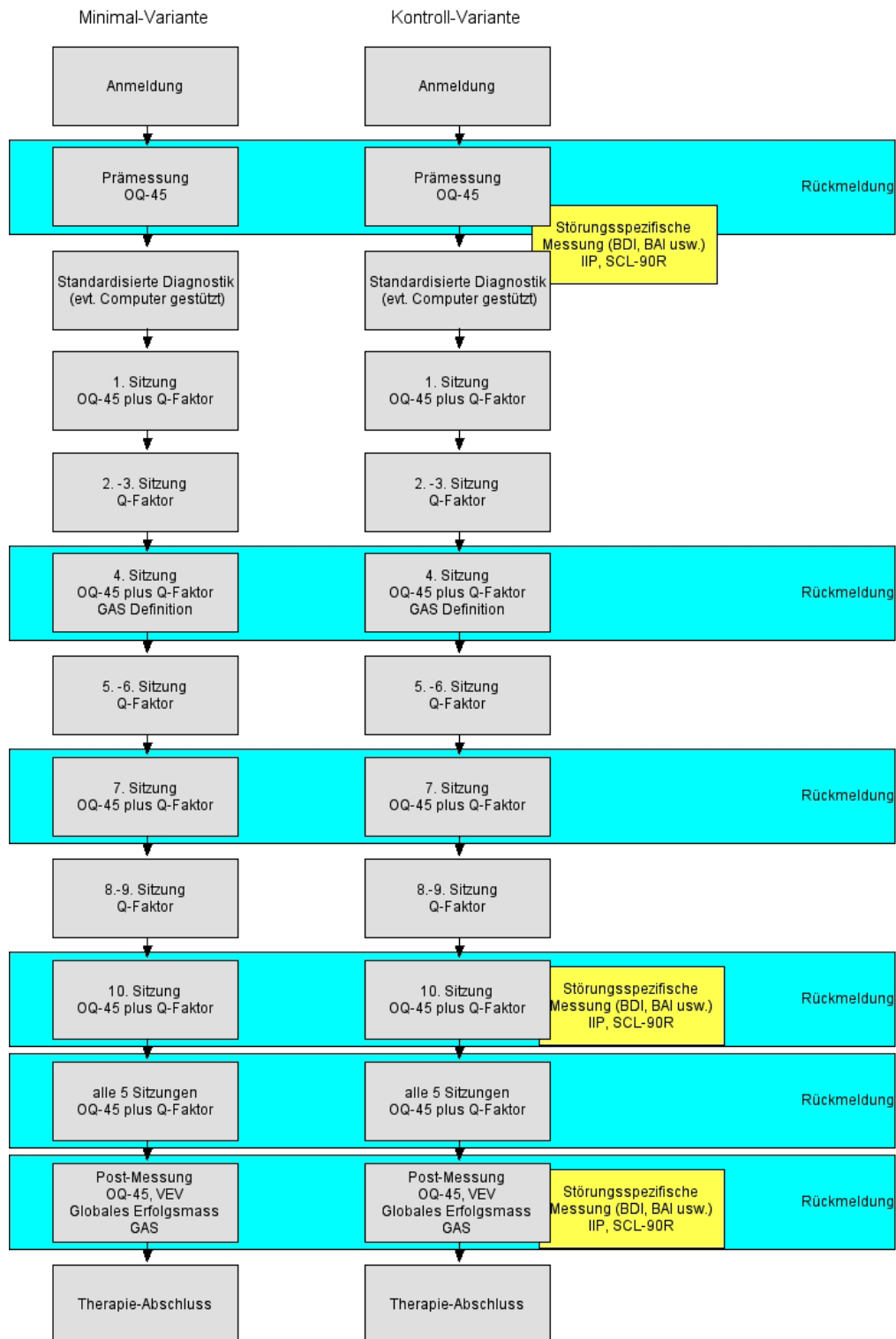


Abbildung 82: Die Abbildung zeigt, wie sich ein Studiendesign gestalten könnte, das einerseits den Psychotherapeuten konkrete Unterstützung in ihrer Arbeit geben könnte, andererseits die Entwicklung der Messmittel und Messverfahren ermöglichen würde. Links ist die Minimal-Variante zusehen, rechts die Variante mit den Kontrollerhebungen (SCL-90R, IIP, störungsspezifische Messmittel). Die Rückmeldungen finden unmittelbar nach der Datenerhebung durch die in der Praxis vorhandene Auswertungssoftware statt. In den Rückmeldungen werden die Messwerte grafisch dargestellt und der Therapeut erhält evt. eine Warnung, falls die Therapie aufgrund der Messungen erfolgsgefährdet ist. Die Therapeuten haben zusätzlich die Möglichkeit Gruppenauswertungen und Interpretationsfragen in Q-Zirkeln zu diskutieren.

Neben dem OQ-45plus sollte es den Therapeuten freigestellt werden, symptomsspezifische und symptomunspezifische Messmittel zu verwenden, wie das im Artikel von Braun (1998) vorgeschlagen wird. Je spezifischer die Erfolgsmessung von Psychotherapie auf die eigentliche Störung ausgerichtet ist, desto deutlicher lässt sich auch die erreichte Veränderung nachweisen und der gesellschaftliche Nutzen von Psychotherapie belegen.

Auch eine individuelle Erfolgsmessung mit GAS, Globalem Erfolgsmaß und VEV wäre sehr empfehlenswert, weil diese Art der Einschätzung sehr direkt den Nutzen für den einzelnen Patienten zurückmeldet.

Ob zuerst in einer Testphase Daten gesammelt werden müsste, ohne Rückmeldeprozedere (um eine Vergleichsbasis zu schaffen), müsste diskutiert werden. Eventuell könnte direkt mit Rückmeldungen begonnen werden, um so den Nutzen für den Therapeuten zu erhöhen. Dadurch könnte dieser Nutzen nicht mehr direkt belegt werden, hingegen würden die Beteiligten Therapeuten und Patienten bereits von den postulierten Verbesserungen profitieren.

Um die Qualität der Rückmeldungen zu sichern, müssten die Therapeuten natürlich in das ‚Lesen‘ oder Interpretieren der Auswertungen eingeführt werden. Von Qualitätsexperten geleitete ‚Q-Zirkel‘ sind dazu hilfreich und stoßen bei Therapeuten meist auf hohe Akzeptanz.

Mit dieser Studienanordnung würde ‚Phase IV Forschung‘ für die Psychotherapie umgesetzt und gleichzeitig der oft beklagte Graben zwischen Psychotherapieforschung und Psychotherapie-Praxis geschmälert.

4.5 Schlusswort

Rückblickend kann gesagt werden, dass es gelungen ist zwei Verkürzungsvarianten des Berner Patientenstundenbogens zu beschreiben und Hinweise für deren Anwendung in der psychotherapeutischen Alltagspraxis zu geben. Falls Therapeuten trotz der vielen Argumente, die für den Einsatz eines solchen Prozessmessmittels, (noch) nicht bereit sind, solche Messmittel einzusetzen, kann ihnen mindestens der Rat gegeben werden, ab und zu die folgenden Aussagen durch ihre Patienten beurteilen zu lassen.

- Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.
- Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.
- Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.
- Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

Es ist anzunehmen, dass bereits die erhöhte Aufmerksamkeit auf diese Aspekte des Patientenempfindens die Erfolgchancen der Therapie verbessert.

5 Literatur

- Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 325-366). New York: The Guilford Press.
- Ambühl, H. (1992). *'The missing link' oder die Verbindung zwischen Problemanalyse und Therapiedurchführung*. Paper presented at the Kongress der Dt. Gesellschaft für Psychologie, Berlin.
- Anthenien, L., & Grünwald, H. (1996). Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung - Dre Jahre Erfahrungen mit einem Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis. *Schweizerische Ärztezeitung*, 77, 1393-1399.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections of self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*(1), 237-269.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bassler, M., Potraz, B., & Krauthammer, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Beckmann, D., & Richter, H. E. (1972). *Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik*. Bern: Huber.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4 ed.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaften* (2 ed.). Berlin: Springer.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J., & Strauss, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme. *PPmP*, 49, 422-431.
- Braun, U. (1991). *Die zeitliche Struktur SASB-codierter Therapie-Interaktionen. Zeitreihen- und Steuerungsanalysen - Theorie und Anwendung*. Unpublished Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Psychologisches Institut, Bern.
- Braun, U. (1998). Qualitäts-Monitoring: Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Braun, U., Brütsch, E., & Grawe, K. (1994). *Initial disturbance level in relation to standardized and tailor-made outcome criteria*. Paper presented at the annual international meeting of the Society of Psychotherapy Research, York (UK).
- Braun, U., & Grawe, K. (1993). *Differences in interaction patterns in three modes of therapy*. Paper presented at the Paper presented at the annual international meeting of the Society of Psychotherapy Research, Pittsburgh.
- Braun, U., & Grawe, K. (1995). *Predicting therapy outcome after the fifth and tenth sessions*. Paper presented at the annual international meeting of the Society of Psychotherapy Research, Vancouver.
- Braun, U., & Regli, D. (2000). *Psychotherapie Evaluation in der Praxis*. Unpublished manuscript, Berlin.
- Braun, U., & Rothenfluh, T. (1999). *PsyQOS, Psychotherapie Qualitätsmanagement und Office System. (Version 1)*. Brig: easy-solutions GmbH.
- Brütsch, E. (1994). *Personenspezifizierte Erfolgsmessung und Diagnosen nach DSM-III-R für die PatientInnen der Berner Psychotherapievergleichsstudie*. Unpublished Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Psychologisches Institut, Bern.
- Caspar, F. (Ed.). (1996). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Caspar, F., & Grawe, K. (1996). Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalysen*. Tübingen: DGVT.
- Cattell, R. B. (1946). *The description and measurement of personlity*. New York: World Book.
- Cattell, R. B. (Ed.). (1966). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicaco: Rand McNally.

- Cohen, J. (1990). Things E have learned (so far). In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 315-333). Washington, DC: APA.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual for the (R)evised version*: Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Doblies, G. M. (1996). *Inszenierte Erkenntnis*. Unpublished Dissertation, Universität Bern, Bern.
- Eckert, J. (1974). *Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg*. Unpublished Unveröff. Diss, Universität Hamburg, Hamburg.
- Eckert, J., Bolz, W., & Pfuhlmann, K. (1979). Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der "Ansprechbarkeit" des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169-180.
- Eckert, J., Schwartz, H. J., & Tausch, R. (1977). Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6, 177-184.
- Eggel, T. (1996). Jenseits von Fundamentalismus und Beliebigkeit: pragmatische Systemtherapie. *System Familie*, 9, 183-187.
- Elliot, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychother Theory Res Pract*, 20, 47-55.
- Elliott, R., & Wexler, M. M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174.
- Finch, A. E., Lambert, M. J., & Schaalje, B. G. (2001). Psychotherapy Quality Control: The Statistical Generation of Expected Recovery Curves for Integration into an Early Warning System. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 231-242.
- Foppa, K. (1984). Operationalisierung und der empirische Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*, 26, 539-551.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2 ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Franke, H. G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis -Deutsche Version-. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Fürntratt, E. (1969). Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktoranalysen mit psychologischer Daten. *Diagnostica*, 15, 62-74.
- Grawe, K. (1980a). Die Prognose des Therapieerfolgs in Assertivness-Training-Gruppen. In K. Grawe, D. Zimmer, R. Ullrich de Muynck & R. Ullrich (Eds.), *Soziale Kompetenz 2. Experimentelle Ergebnisse zum Assertivness-Trainong-Program ATP* (pp. 180-205). München: Pfeiffer.
- Grawe, K. (1980b). Vergleichende Psychotherapieforschung. In W.-R. Minsel & R. Scheller (Eds.), *Brennpunkte der klinischen Psychologie* (Vol. 1 Psychotherapie, pp. 149-183). München: Kösel.
- Grawe, K. (1987). *Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie* (Forschungsbericht No. 1987/1). Bern: Universität Bern, Psychologisches Institut.
- Grawe, K. (1988). Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Integrative Therapie*, 4, 309-324.
- Grawe, K. (1991). Über den Umgang mit Zahlen. In K. Grawe, R. Hänni, N. Semmer & F. Tschan (Eds.), *Über die richtige Art, Psychologie zu betreiben* (pp. 89-105). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1993). *Figurationsanalyse: Eine neue Lösung für ein altes Problem in der Psychotherapieforschung*. Unpublished unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bern, Bern.
- Grawe, K. (1995). Grundrisse einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologisch Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2003). *Wie wirkt Psychotherapie*. Paper presented at the DGP.
- Grawe, K., & Baltensperger, C. (1998). Figurationsanalyse - ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung von Psychotherapie - Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.

- Grawe, K., & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*, 23(4), 242-267.
- Grawe, K., & Braun, U. (1995). *Standardized profiles for process and outcome evaluation*. Paper presented at the Paper presented at the annual international meeting of the Society of Psychotherapy Research, Vancouver.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990a). Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14(4), 294-315.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14(4), 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990c). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 19, 292-376.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Dziewas, H. (1978). Das Ineraktionelle Problemlösungsvorgehen (IPV) in Gruppen. *Partnerberatung*, 3, 188-204.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H., & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (Vol. 23). Tübingen: dgvt.
- Grünwald, H., Hegemann, U., Eggel, T., & Anthenien, L. (1999). Ergebnisqualität systemischer Therapie. *System Familie*, 12, 17-24.
- Hartmann, A., Schulgen, G., Olschewski, M., & Herog, t. (1996). Modeling psychotherapy outcome as a event in time: An application of multi state analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, in press.
- Hartung, J. (1995). Die HOLO-Angstskala. Erfassung dispositioneller Handlungs- und Lageorientierung in angstrelevanten Kontexten. *Diagnostica*, 41, 261-282.
- Heckhausen, H. (1987a). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Eds.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1987b). Wünschen - Wählen - Wollen. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Eds.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (pp. 3-9). Berlin: Springer.
- Heiniger, B., Grawe-Gerber, M., Ambühl, H., Grawe, K., & Braun, U. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Ein elaboriertes Beispiel zum Leitfaden. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (Vol. 23). Tübingen: dgvt.
- Herzog, T., Hartmann, A., & Sandholz, A. (1996). Psychotherapiedauer und Psychotherapiedosis. Die Freiburger prospektive kontrollierte Studie zur Kurz-Psychotherapie der Bulimia Nervosa. In H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke & W. Rosendahl (Eds.), *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis*. Legerich: Pabst Science Publishers.
- Höger, D., & Eckert, J. (1997). Der Bielfelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session-Outcome" bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(2), 129-137.
- Horowitz, L. M. (1979). On th cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 47, 5-15.
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A resource handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Howard, K. I. (1992). A phase theory of psychotherapy.
- Howard, K. I., Brill, P. L., Lueger, R. J., & O'Mahoney, M. T. (1991). The Howard Outpatient Tracking System: Integra Inc.
- Howard, K. I., Brill, P. L., Lueger, R. J., O'Mahoney, M. T., & Grisson, G. R. (1993). *Integra outpatient tracking assessment: Psychometric Properties*. Radnor, PA: Integra, Inc.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Mailing, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome. *Journal of Counsuting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.

- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1992). *A phase theory of psychotherapy*. Paper presented at the Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, USA.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Martinovich, Z., & Lutz, W. (Eds.). (1996). *The cost effectiveness of psychotherapy: Theory and modeling*. ? : in press.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). The evaluation of psychotherapy. *American Psychologist*, *51*, 1059-1064.
- Howard, K. L. (1992). *The Howard Outpatient Tracking System*: Dep. Psychology, Northwestern University.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Keller, F. (2003). Analyse von Längsschnittdaten: Auswertungsmöglichkeiten mit hierarchischen linearen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *32*(1), 51-61.
- Kiesler, D. J. (1971). Experimental design in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 36-74). New York: Wiley.
- Kiesler, D. J. (1992). Interpersonal circle Inventories. *J. Psychoth. Integr.*, *2*, 77-97.
- Kiresuk, T., & Lund, S. H. (1979). Goal attainment scaling: Research, evaluation and utilization. In H. C. Schulberg & F. Baker (Eds.), *Program evaluation in the health fields* (Vol. II, pp. 314 - 237). New York: Human Services Press.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, *4*, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kiresuk, T. J., Stelmachers, Z. T., & Schulz, S. (1982). Quality assurance and Goal Attainment Scaling. *Professional Psychology*, *13*, 145-152.
- Kordy, H., Hannover, W., & Richard, M. (2001). Computer assisted feedback driven active quality management for psychotherapy provision: The Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 173-183.
- Kosfleder, J., & Schulte, D. (2003). Die volitionale Ebene der Angst. Die Bedeutung der Handlungs- und Lageorientierung in der Therapie von Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *32*(3), 176-183.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- LaFerrier, L., & Calsyn, R. (1978). Goal Attainment Scaling: An effective treatment technique in short term therapy. *American Journal of Community Psychology*, *6*(3), 271-282.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Yancher, S. C., Vermeersch, D., et al. (1996). The reliability and validity of a new psychotherapy Outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *3*, 249-258.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Bishop, M. J., Vermeersch, D., Gray, G. V., & Finch, A. E. (2002). Comparison of Empirically-Derived and Rationally-Derived Methods for Identifying Patients at Risk for Treatment Failure. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 149-164.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York.
- Levenson, H. (1972). *Distinctions with the internal-external control: Development of a new scale*. Summary). Paper presented at the Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association.
- Linden, M. (1989). Die Phase IV der Therapieevaluation. *Der Nervenarzt*, *60*, 453-461.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner, Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., et al. (1980). Predicting the outcomes of psychotherapy. Findings of the Pennpsychotherapy project. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 471-481.

- Lueger, R. J. (1993). *Assessing quality in outpatient psychotherapy: Implications for designing and selecting cost-efficient mental health care benefits*. Wisconsin: International Foundation of Employee Benefit Plans, Inc.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- Lutz, W. (1997). *Evaluation eines Qualitätssicherungsprogramms in der Psychotherapie* (1 ed.). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 25-32.
- Mallinckrodt, B. (1994). Session impact in counseling process research: Comment on Elliott and Wexler (1994) and Stiles et al. (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 186-190.
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. *J*(1), 74-78.
- Meresman, J. F., & Horowitz, L. M. (1995). *The ability of the inventory of interpersonal problems to predict outcome in cognitive-behavioral treatment of depression*. Paper presented at the SPR Conference Vancouver.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, K. B. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. London: Sage.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Selbmann, H. K. (1990). Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Massnahmen im Krankenhaus. *Das Krankenhaus*, 11, 470-474.
- Selbmann, H. K. (1992). Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Sicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Fortschritte der Medizin*, 110(183-186).
- Selbmann, H. K. (1995). Konzepte und Definitionen medizinischer Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Ed.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (pp. 3-10). Berlin: Springer.
- Smith, E. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der Psychologischen Therapie*. Selbstverlag, Bern.
- Spörri-Fahrni, A. (1994). *Interaktionelle Verhaltenstherapie, Heuristische Psychotherapie, Schematheoretische Psychotherapie. Ein erster Vergleich*. Unpublished Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Psychologisches Institut, Bern.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., & et al. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185.
- Strauss, B., & Eckert, J. (1994). Dimensionen des Gruppenerlebens: Zur Skalenbildung im Gruppenerfahrungsbogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23(3), 188-201.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton Press.
- Tally, P. F., Strupp, H., & Butler, S. F. (1994). *Psychotherapy research and practice: bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Tschacher, W., & Grawe, K. (1996a). *Order and pattern in formation in psychotherapy* (Forschungsbericht No. 96-3). Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Tschacher, W., & Grawe, K. (1996b). Selbstorganisation in Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 55-60.

- Überla, K. (1971). *Faktoranalyse* (2. ed.). Berlin: Springer.
- Ullrich de Mynck, R., & Ullrich, R. (1977a). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmass*. München: Pfeiffer.
- Ullrich de Mynck, R., & Ullrich, R. (1977b). *Der Unsicherheitsfragebogen; Testmanual*. München: Pfeiffer.
- Zielke, M. (1980). Untersuchung der Gütekriterien des Klienten-Erfahrungs-Bogens (KEB). *Diagnostica, 14*, 57-73.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erleben und Verhaltens. Manual*. Weinheim: Beltz Test.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leicht vereinfachtes ‚Generic Model of Psychotherapy‘. Die in die vorliegenden Arbeit eingehenden Variablenbereiche sind grau unterlegt.	10
Abbildung 2: Aufwand-Wirkungsbeziehung für die unterschiedlichen Dimensionen des Phasenmodells für erfolgreich behandelte Patienten (aus Lueger 1995, S 271).	34
Abbildung 3: Beispielgrafik: Deskriptive Statistik VEV-Gesamtwert.	39
Abbildung 4 Erklärung zu den Outlier Box Plots JMP© SAS.	39
Abbildung 5: Geschlechtsverteilung der Patienten der Berner Stichprobe N= 95.	41
Abbildung 6: Geschlechtsverteilung der Indexpatienten der Berner Stichprobe n= 85.	41
Abbildung 7: Die Altersverteilung der Berner Stichprobe (Median= 50.0% bei 35 Jahre)	41
Abbildung 8: Die Indexpatienten der Berner Stichprobe (Median= 50.0% bei 34 Jahre)	42
Abbildung 9: SCL-90R Figuration mit Prä- und Post-Messung. Die Werte des Patienten werden vor dem Mittelgrund einer Vergleichsgruppe (Prä-Messungen der Patientenpopulation der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern) und dem Hintergrund der Normalpopulation (Testmanual) auf einer z-Wertskala dargestellt.	44
Abbildung 10: GSI Prä z-Werte Berner Stichprobe: Mean= 3.23 Std Dev= 1.93 n= 85; es sind drei Ausreisser zu sehen.	46
Abbildung 11: GSI Post z-Werte Berner Stichprobe: Mean= 1.03 Std Dev= 1.56 N= 94.	46
Abbildung 12: GSI Post ES Berner Stichprobe: Mean 0.63 Std Dev 0.77 n= 85	47
Abbildung 13: Dendrogram (Hierarchical Clustering, Method = Ward) der 95 Patienten aus der Berner Stichprobe. Im unteren Diagramm ist bei 4 Clustern ein deutlicher Knick in der Kurve ersichtlich. Alle weiteren statistischen Auswertungen finden sich im Anhang.	48
Abbildung 14: Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe n= 85.	49
Abbildung 15: Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe splithalf n= 43.	50
Abbildung 16: : Die SCL-Cluster der Berner Stichprobe n= 42.	51
Abbildung 17: U-Fragebogen z-Werte Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.68 Std Dev= 0.98 n= 94.	52
Abbildung 18: U-Fragebogen ES Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.52 Std Dev= 0.62 n= 93.	52
Abbildung 19: EMI z-Werte der Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 0.60 Std Dev:0.69 n= 94.53	
Abbildung 20: ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert) Mean= 1.11Std Dev= 1.16 n= 92.	53
Abbildung 21: GiS z-Wert der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.73 Std Dev= 0.85 n= 94.	54
Abbildung 22: GiS ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.55 Std Dev= 0.73 n= 93.	55
Abbildung 23: IPC z-Wert der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.14 Std Dev= 0.81 n= 94.56	
Abbildung 24: IPC ES der Berner Stichprobe (integrierter Wert): Mean= 0.35 Std Dev= 0.64 n= 93.	56
Abbildung 25: VEV der Berner Stichprobe: Mean= 221.38 Std Dev= 37.7 n= 94.	57
Abbildung 26: VEV z-Werte der Berner Stichprobe zum Postzeitpunkt: Mean= 1.42 Std Dev= 1.0 n= 93. Bei Punktmessungen werden die Rohwerte mit der Streuung standardisiert => z-Werte.	58
Abbildung 27: GAS-Einschätzung des 1. Problembereichs auf der Skala von -2 bis +4. Absolute und relative Anzahl (Y -Achse). Mean= 2.53 Std Dev= 1.14 n= 87.	59
Abbildung 28: Mittelwert der GAS-Einschätzungen in den drei Problembereichen bei der Post-Messung; z-Wert Skala. Mean= 1.92 Std Dev= 0.87 n= 87.	59
Abbildung 29: Patientennachbefragung; z-Wert Skala. Mean= 2.63 Std Dev= 0.94 n= 93.	60
Abbildung 30: Therapeutennachbefragung; z-Wert Skala. Mean= 2.39 Std Dev= 0.94 n= 89.	60
Abbildung 31: Zirkumplex-Modell.	63

Abbildung 32: Dendrogram (Hierarchical Clustering, Method = Ward) der 68 Patienten aus der Berner-Stichprobe. Im unteren Diagramm ist bei 4 Clustern ein deutlicher Knick in der Kurve ersichtlich. Alle weiteren statistischen Auswertungen finden sich im Anhang.....	65
Abbildung 33: Die IIP-Cluster der Berner Stichprobe n= 68	66
Abbildung 34: Cluster Analyse des IIP splithalf 1	67
Abbildung 35: Cluster Analyse des IIP splithalf 2	68
Abbildung 36: Therapeuten (x-Achse) der Berner-Stichprobe (absolute und relative Anzahl).....	69
Abbildung 37: Therapeuten-Geschlechterverteilung der Berner Stichprobe; M/W oder W/M stehen für Therapeut und Co-Therapeutin oder Therapeutin und Co-Therapeut	69
Abbildung 38: Berner Stichprobe therapeutische Verfahren: Heuristische Psychotherapie (HPT), Schematheoretische Psychotherapien, Einzel- (SPE), Paar- (SPP), Mehrpersonen- (SPM) und Gruppensetting (SPG)	70
Abbildung 39: ICD-10 Diagnosen der Freiburger Stichprobe n= 61.....	75
Abbildung 40: Es kamen zwei therapeutische Settings zur Anwendung K (2 Sitzungen pro Woche und L (eine Sitzung alle 2 Wochen). N= 61.....	76
Abbildung 41: Darstellung der Verteilungsformen: Normalverteilung, der positiven und negativen Schiefe (skewness) und des positiven oder negativen Exzess (kurtosis)	78
Abbildung 42: ‚Scree-Test‘ für die Faktorenanalyse des Patientenstundenbogens (MW über alle Sitzungen) N=95. Der Knick liegt beim 4. Faktor, d.h. es sollte eine 3 Faktoren-Lösung rotiert werden.....	80
Abbildung 43: ‚Covariation Chart‘ verschiedene Techniken beim faktoranalytischen Vorgehen. (übernommen aus Überla (1971 S. 298)). Die Achsen sind die Personen, die Variablen und Zeiten. Die verschiedenen zweidimensionalen Techniken liegen jeweils in einer Ebene, durch Streifen angedeutet. In der üblichen R-Technik wird die Variablen über die Personen korreliert, in der Q-Technik die Personen über die Variablen, in der P-Technik die Variablen über die Zeiten usw.	82
Abbildung 44: Scree-Test der oben dargestellten 5-Faktorenlösung, mit dem Knick beim 4. Faktor.....	99
Abbildung 45: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3.114	
Abbildung 46: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3.	115
Abbildung 47: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für den Faktor ‚Emotionale Verunsicherung‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3	116
Abbildung 48: Prozessfiguration für eine 25 Sitzungen umfassende Therapie. In der 16. und 17. Sitzung ist nur der Partner der Patientin anwesend, deshalb fehlen dort die Messungen. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3	117
Abbildung 49: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für die Skala ‚Qualitäts-Monitoring‘ oder ‚Therapie-Assessment-Faktor‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3.....	121
Abbildung 50: Die nach 5 Sitzungen definierten Prädiktionsgruppen werden den Erfolgsgruppen des DVM und GSI gegenübergestellt. Berner-Stichprobe N= 85	123
Abbildung 51: Die nach 10 Sitzungen definierten Prädiktionsgruppen werden den Erfolgsgruppen des DVM und GSI gegenübergestellt. Berner-Stichprobe N= 85	124
Abbildung 52: Gegenüberstellung der Prädiktionsgruppen von Therapien mit 26 oder weniger Sitzungen (n=43) und Therapien mit mehr als 26 Sitzungen (n=42).....	125
Abbildung 53: Gegenüberstellung der Prädiktionsgruppen von Therapien mit 45 oder weniger Sitzungen (n=67) und Therapien mit mehr als 45 Sitzungen (n=18).....	126

Abbildung 54: Die IIP-Prä-Messung der nach 10 Sitzungen falsch als gefährdet eingeschätzten Verläufe (z-Werte).....	127
Abbildung 55: Vergleich der Q-Faktor-Steigungen (1. bis 10. Sitzung) einerseits in den Erfolgsgruppen des DVM, andererseits in den Prädiktionsgruppen des Q-Faktors. Die nach 10 Sitzungen fälschlich als nicht erfolgreich identifizierten Verläufe sind mit einem Kreuz gekennzeichnet, die fälschlich nach 10 Sitzungen als erfolgreich bezeichneten Verläufe mit einem Kreis hervorgehoben.....	128
Abbildung 56: Alle Prädiktorvariablen, welche in die erste explorative ‚data mining‘ Analyse einfließen. Der Prädiktor ‚Assessment Faktor Mw Sitzung 1-10‘ erhält den höchsten Wert und wird deshalb die erste Verzweigung darstellen.....	129
Abbildung 57: Erster Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘. Der erste Knoten bildet der Therapie-Assessment-Faktor (A_F_1b10). 82% der Therapie mit Mittelwerten über 0.7 erreichen ein erfolgreiches Resultat gemessen mit dem Direkten Veränderungsmaß.....	130
Abbildung 58: Die Kandidaten für weitere Knoten nach der ersten Auftrennung durch den Assessment-Faktor (Mw der ersten 10 Sitzungen). Die SCL-Somatisierungsskala und U-Fragebogen ‚Fehlschlag und Kritikangst‘ Skala sind die besten Kandidaten, dicht gefolgt von der IIP-Skala ‚autokratisch/dominant‘.....	131
Abbildung 59: Die Aufgliederung des rechten Astes mit der U-Fragebogen-Skala ‚Fehlschlags- und Kritikangst‘ und der ‚SCL-Somatisierungsskala‘.....	132
Abbildung 60: Zweiter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘. Der linke Ast lässt sich mit dem Prädiktor IIP ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ in eine eindeutige Gruppe mit nur erfolgreichen Verläufen und in eine mit 11 wenig erfolgreichen und 25 erfolgreichen Verläufen auftrennen.....	133
Abbildung 61: Dritter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘: Ausschnitt aus der ‚Partition-Analyse‘. Vom Programm wird als ‚bester Prädiktor‘ die IIP-Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ gewählt.....	133
Abbildung 62: Vierter und fünfter Auswertungsschritt mit dem ‚Partition-Tool‘: Ausschnitt aus der ‚Partition-Analyse‘. Vom Programm gewählte ‚beste Prädiktoren‘. Die IIP-Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ und danach die IIP-Skala ‚streitsüchtig/dominant‘.....	134
Abbildung 63: Die in der Partition-Analyse gebildeten Gruppen im Vergleich. Mittelwerte der IIP-Skalen.....	134
Abbildung 64: Die Skalen des IIP im Vergleich der einzelnen Äste der Partition-Analyse. Die Gruppe 1 bildet sich aus den 24 erfolgreich verlaufenden Therapien die mit dem Ast ausnutzbar ≥ 0.56 abgetrennt werden. Gruppe 2 sind die 27 Therapien die durch den Ast streitsüchtig ≤ 1.94 dargestellt werden. Die Gruppe 3 umfasst die 4 Therapien, die durch den Ast streitsüchtig > 1.94 abgetrennt werden. Die Gruppe 4 umfasst 5 Therapien mit einem mittleren Niveau auf der Skala ‚ausnutzbar/nachgiebig‘ aber einem deutlich höheren Wert in der Skala ‚unterwürfig/selbstunsicher‘. Die Gruppe 5 stellt den rechten Ast (nach 10 Sitzungen) aufgrund des Therapie-Assessment-Faktors als nicht erfolgreich gekennzeichnete Verläufe dar. Rote Punkte bezeichnen die erfolgreichen Therapien (DVM), grüne Punkte die wenig erfolgreichen Therapien.....	136
Abbildung 65: Erklärung zu der grafischen Darstellung in Abbildung 64.....	136
Abbildung 66: Ausschnitt aus der ‚Partition-Analyse‘. Der manuell gewählte zweitbeste Prädiktor, die IIP Skala ‚unterwürfig/selbstunsicher‘, trennt keine eindeutige Gruppe ab, zeigt aber, dass wenig unterwürfige/selbstunsichere (83%) in der Gruppe der erfolgreichen Verläufe deutlich übervertreten sind.....	137
Abbildung 67: Partition-Analyse unter Einbezug des Therapie-Assessment-Faktors und den beiden Prä-Messungsinstrumente IIP und SCL-90R. Nur der rechte Ast wird gezeigt, der linke wurde bereits oben beschrieben.....	138
Abbildung 68: Die Kurzform des Berner Patientenstundenbogens. Die 19 Items wurden vom ursprünglichen Berner Patientenstundenbogen übernommen. In der Spalte neben der Skala sind die ursprünglichen Itemnummern und die Faktorenzugehörigkeit zu sehen.....	141
Abbildung 69: Korrelationsmatrix der vier Items der Freiburger Stichprobe und den restlichen Items des Berner Patientenstundenbogens. Für die Korrelation wurden die Daten der Berner Stichprobe gemittelt über alle Sitzungen verwendet. In der oberen Hälfte der Matrix finden sich die Items, welche auch in der gekürzten Version des Stundenbogens verblieben. Ab Item 1 sind die ausgeschiedenen Items aufgelistet.....	143
Abbildung 70: Das handlungspsychologische Phasenmodell (‚Rubikonmodell‘) von Heckhausen. Die Abbildung wurde von Grawe (1998 S. 61) übernommen.....	144

- Abbildung 71: Vergleich der Erfolgsgruppen in einer Prozessfiguration für die Skala ‚Q-Faktor‘ oder ‚Therapie-Assessment-Faktor‘. Erfolgreiche Therapien (n= 29): stark durchgezogene Linie; mittel erfolgreiche Therapien (n= 28): fein gezogene Linie; wenig erfolgreiche Therapien (n= 28): gestrichelte Linie. Hintergrund: Gesamtpopulation (n= 85). Itemrohwerskala -3 ... +3. 146
- Abbildung 72: Die Werte des Q-Faktors der ersten 5 Sitzungen und die Mittelwerte des Q-Faktors der Zeiträume 1. bis 5., 1 bis 10. Sitzung und über alle Sitzungen in den Erfolgsgruppen des DVM. In den einzelnen Erfolgsgruppen wurden jeweils die Fälle mit Farbe gekennzeichnet, die in der 1. Sitzung deutlich gegen den Gruppentrend lagen. (Berner Stichprobe N=85). 147
- Abbildung 73: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor im Verlauf einer Therapie über 25 Sitzungen. In den Sitzungen 16 und 18 war der Partner der Patientin anwesend, deshalb fehlen dort die Werte. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet. 151
- Abbildung 74: Heuristik für die Beurteilung der Messwerte nach 10 Sitzungen. 152
- Abbildung 75: SCL-90R Figuration der Beispielpatientin. Der z-Wert in der Unsicherheitsskala liegt deutlich unter 1. 153
- Abbildung 76: Die Kandidatenliste des linken Astes nach der Auftrennung durch den Q-Faktor. Von den 60 Verläufen wurden 82% richtig zugeordnet, 18% falsch. Für die falsch zugeordneten wird nun der beste Kandidat zur weiteren Zuordnung gesucht. Die IIP-Skalen ‚ausnutzbar‘, ‚streitsüchtig‘ und ‚unterwürfig‘ sind die Favoriten. 154
- Abbildung 77: Die vier Patienten mit deutlich submissiver, fürsorglicher und wenig dominierender Figuration, welche nach 10 Sitzungen durch den Q-Faktor nicht der Erfolg gefährdeten Gruppe zugewiesen wurden. Als Vergleichspopulation (grauer Schatten) dienen die Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle. 155
- Abbildung 78: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor von vier Therapieverläufen bei Patienten mit ‚submissiver IIP-Figuration‘, bei denen die Prädiktion fehlschlug. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet. 156
- Abbildung 79: Die vier Patienten mit deutlich konkurrierender, streitsüchtiger dominierender Figuration, welche nach 10 Sitzungen durch den Q-Faktor nicht der Erfolg gefährdeten Gruppe zugewiesen wurden. Als Vergleichspopulation (grauer Schatten) dienen die Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle. 157
- Abbildung 80: Die Items des Q-Faktors und der Q-Faktor von vier Therapieverläufen bei Patienten mit ‚dominanter IIP-Figuration‘, bei denen die Prädiktion fehlschlug. Die Werte zur Darstellung des Items 15 wurden nicht umgepolt, negative Werte bedeuten eine Verneinung des Iteminhaltes. Der graue Schatten wird durch die Untersuchungsstichprobe von 85 Patienten gebildet. 158
- Abbildung 81: IIP-Figuration des neunten Patienten, des Q-Faktor Werte nach den ersten 10 Sitzung nicht auf einen Therapiemisserfolg hinwiesen. 159
- Abbildung 82: Die Abbildung zeigt, wie sich ein Studiendesign gestalten könnte, das einerseits den Psychotherapeuten konkrete Unterstützung in ihrer Arbeit geben könnte, andererseits die Entwicklung der Messmittel und Messverfahren ermöglichen würde. Links ist die Minimal-Variante zusehen, rechts die Variante mit den Kontrollerhebungen (SCL-90R, IIP, störungsspezifische Messmittel). Die Rückmeldungen finden unmittelbar nach der Datenerhebung durch die in der Praxis vorhandene Auswertungssoftware statt. In den Rückmeldungen werden die Messwerte grafisch dargestellt und der Therapeut erhält evt. eine Warnung, falls die Therapie aufgrund der Messungen erfolgsgefährdet ist. Die Therapeuten haben zusätzlich die Möglichkeit Gruppenauswertungen und Interpretationsfragen in Q-Zirkeln zu diskutieren. 162

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Deutschsprachige Fassung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (Bassler et al., 1995) .	16
Tabelle 2 Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB) (Eckert, 1974). Die mit einem Stern * versehenen Items werden in der Untersuchung von (Eckert et al., 1979) zur Messung der ‚Ansprechbarkeit‘ des Klienten verwendet.....	18
Tabelle 3 Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) (Höger & Eckert, 1997). Leider kann aus dem Artikel nicht in Erfahrung gebracht werden, welchem Faktor die Items zuzuordnen sind.....	21
Tabelle 4 Gruppenerfahrungsbogen (Strauss & Eckert, 1994).....	23
Tabelle 5 Berner Patientenstundenbogen mit den Skalen wie sie im Artikel von Grawe und Braun (1994) publiziert wurden.....	25
Tabelle 6 Session Evaluation Questionnaire SEQ (Stiles, 1980) eingeschätzt wird auf einem 7-stufigen semantischen Differential. Der Klient wird in der Instruktion aufgefordert, auf jeder Zeile anzugeben, wie er sich nach der Sitzung gefühlt hat.	28
Tabelle 7 Session Impacts Scale SIS (Elliott & Wexler, 1994).....	29
Tabelle 8: Splithalf 1 Zuordnung auf die Störungscluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.	50
Tabelle 9: Splithalf 2 Zuordnung auf die Störungscluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.	51
Tabelle 10: Splithalf 1 Zuordnung auf die IIP-ipsativ-Cluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.	67
Tabelle 11: Splithalf 2 Zuordnung auf die IIP-ipsativ-Cluster der gesamten Stichprobe. Die Tabelle zeigt mit absoluten und relativen Werten an, wie die Cluster aus der Analyse der gesamten Stichprobe mit den Cluster aus der Analyse der nach einem Zufallskriterium geteilten Stichprobe übereinstimmen.	68
Tabelle 12: Therapeuten-Geschlechterverteilung der Berner Stichprobe; M/W oder W/M stehen für Therapeut und Co-Therapeutin oder Therapeutin und Co-Therapeut.....	69
Tabelle 13: Berner Stichprobe therapeutische Verfahren: Heuristische Psychotherapie (HPT), Schematheoretische Psychotherapien, Einzel- (SPE), Paar- (SPP), Mehrpersonen- (SPM) und Gruppensetting (SPG).....	70
Tabelle 14: Leitfaden Schematheoretische Fallkonzeption (Grawe et al., 1996 S. 205)	72
Tabelle 15: Deskriptive Analyse der Items des Berner Patientenstundenbogens. Integration über 95 Patienten.....	74
Tabelle 16: Deskriptive Analyse der Items des Berner Patientenstundenbogens. Integration über 61 Patienten der Freiburger Stichprobe. Die deutlichen Unterschiede in den Werten zur Berner Stichprobe ergeben sich durch eine gegenüber dem original Berner Stundenbogen veränderten Skalierung (1...7 anstelle von original -3...+3).....	77
Tabelle 17: Korrelation der Items des Berner Patientenstundenbogens gemittelt über alle Sitzungen mit den Output-Variablen (integrierte ES von U-Fragebogen, SCL-90R, EMI-B, GIS-Selbsteinschätzung, IPC, Goal Attainment Scaling, Patientennachbefragung, Therapeutennachbefragung, und VEV. DCM bezeichnet die Zusammenfassung von GAS, PNB, TNB und VEV). Die Stärke des Musters variiert mit der Höhe der Korrelationen, ab einer Korrelation von .25 erfolgt eine Einfärbung der Zelle. In der ersten Spalte wird die Anzahl Korrelationen über .25 angegeben. Berner Stichprobe N= 95.	91
Tabelle 18: Korrelation der Items des Berner Patientenstundenbogens (über die ersten 5 Sitzungen gemittelt) mit den Output-Variablen. Die Stärke des Musters variiert mit der Höhe der Korrelationen, ab einer Korrelation von .25 erfolgt eine Einfärbung der Zelle. In der ersten Spalte wird die Anzahl Korrelationen über .25 angegeben. Berner Stichprobe N= 95.....	92

Tabelle 19: Die Stepwise Regression für die über die ersten 10 Sitzungen gemittelten Stundenbogenitems als Prädiktoren und den integrierten individuellen Erfolgsmaßen (DCM) als Indikator. Berner Stichprobe N=85.....	95
Tabelle 20: Reihenfolge der über die ersten 5 Sitzungen gemittelten Items wie sie in die Gleichung der ‚Stepwise Regression‘ aufgenommen wurden.....	96
Tabelle 21: Reihenfolge der über die ersten 10 Sitzungen gemittelten Items wie sie in die Gleichung der ‚Stepwise Regression‘ aufgenommen wurden.....	96
Tabelle 22: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 5-Faktorenlösung (Eigenwert >1, R-Technik). Berner Stichprobe N=95 gemittelt über alle Sitzungen pro Patient.....	99
Tabelle 23: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 3-Faktorenlösung nach Scree-Test (R-Technik), Varimax rotiert. Berner Stichprobe N=95 gemittelt über alle Sitzungen pro Patient. ..	101
Tabelle 24: Faktorenanalyse des Berner Patientenstundenbogens, 3-Faktorenlösung (R-Technik), Varimax rotiert. Freiburger Stichprobe N=61.	103
Tabelle 25: Itemtabelle zur Auswahl der Items für die Kurzform des Berner Patientenstundenbogens mit den Zusammenfassungen der Ergebnisse aus den zwei Stichproben und den Faktorenanalysen über unterschiedliche Zeiträume. Die Anzahl der Zeichen +, - und * gibt an, wie das Item aufgrund des Kriteriums beurteilt werden muss. Die Farbtöne unterscheiden die Faktoren. Die rote (fette) Schrift hebt die Items der Minimalform des Stundenbogens hervor.	106
Tabelle 26: Rotierte Komponentenmatrix der gekürzten Fassung des Berner Patientenstundenbogens. Ladungen < .30 werden nicht dargestellt (Berner Stichprobe N= 95).	112
Tabelle 27: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiebeziehung‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).....	113
Tabelle 28: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Remoralisation / Neue Perspektiven‘ und die dazugehörigen Kennwerte.	114
Tabelle 29: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Emotionale Verunsicherung‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).....	116
Tabelle 30: Interkorrelation der Patientenstundenbogen-Faktoren. Berner Stichprobe N= 85, über alle Sitzungen integriert.	118
Tabelle 31: Mittelwertsvergleich der Patientenstundenbogen-Faktoren für die drei Erfolgsgruppen der Berner Stichprobe. Integrierte Werte über alle Sitzungen, n= 85. Die Diagonale in den Rhomben bezeichnet den Mittelwert, die Höhe der Rhomben den Vertrauensintervall.....	119
Tabelle 32: Reliabilitätsprüfung des Faktors ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ und die dazugehörigen Kennwerte (Berner Stichprobe N= 95).....	121
Tabelle 33: Korrelation der Item des ‚Therapie-Assessment-Faktor‘ (Berner Stichprobe N= 95).....	122