

Differentielle Veränderungsmuster im psychotherapeutischen Prozess

Mikroanalyse psychotherapeutischer Prozesse unter besonderer
Berücksichtigung depressiver Patienten
sowie
interpersonaler und motivationaler Veränderungsprozesse

Inauguraldissertation
der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät
zur Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

Marielle Sutter
von Rebstein, St. Gallen

Selbstverlag, Bern 2007

Von der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät auf Antrag von Prof. Dr. Hansjörg Znoj
und PD Dr. Martin Grosse Holtforth angenommen.

Bern, den 12. Oktober 2007

Der Dekan: Prof. Dr. Rolf Becker

Effective psychotherapy is clearly more than a set of technical procedures, but it is also more than a warm, supportive relationship. Both the common factors of relationship and specific therapeutic interventions have an impact on outcome (Orlinsky et al., p. 363).

Vorwort

Ich möchte mich von Herzen bei allen Personen bedanken, welche zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank geht an Klaus Grawe, ohne den diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Er hat das Forschungsprojekt in die Wege geleitet und mit grossem Interesse begleitet. Seine Begeisterung und sein Fachwissen waren für mich von unschätzbarem Wert. Sein tragischer Tod vor zwei Jahren hat uns alle erschüttert. Klaus bleibt sowohl menschlich wie auch fachlich Vorbild.

Hansjörg Znoj danke ich dafür, dass er das Projekt auf eine motivierende und fördernde Art weiterbetreut hat. Seine Hilfe und Unterstützung waren wichtig für das Fertigstellen der Arbeit.

Ich danke Oliver Egger für die angenehme und kompetente Zusammenarbeit. Sein Engagement vor, während und nach meinem Schwangerschaftsurlaub war in jeder Hinsicht eine grosse Bereicherung.

Mein Dank geht an die Lizentiandinnen Martina Brunthaler, Cathrin Buchli, Medea Cusati, Astrid Frey, Gabriela Kummer, Tina Schindler, Joëlle Thélin und Chantal Verdun für ihren Einsatz während der Datenerhebung. Ohne sie wäre die Durchführung eines so grossen Forschungsprojektes nicht möglich gewesen.

Ich danke Roger Schmied für die gute Zusammenarbeit zu Beginn des Projekts. Danken möchte ich auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Lehrstuhls für Klinische Psychologie für die gute Atmosphäre im Team sowie für die fachliche und persönliche Unterstützung. Speziell danken möchte ich Martin Grosse Holtforth für seine Hilfe bei der Konzeptualisierung meiner Arbeit und Daniel Regli für wertvolle Rückmeldungen betreffend des Manuals.

Ohne die Hilfe meiner Eltern wäre diese Arbeit nicht entstanden. Ich danke meiner Mutter für die Zeit, in welcher sie sich während meiner Abwesenheit um Max gekümmert hat. Meinem Vater danke ich für das Korrekturlesen der Arbeit.

Der grösste Dank geht an meine Männer Jörg und Max. Jörg hat sowohl durch seine enorme Unterstützung und Ermutigung wie auch durch seine Flexibilität und stete Bereitschaft, bei der Kinderbetreuung anzupacken, die familiären Rahmenbedingungen geschaffen, in denen eine solche Arbeit überhaupt entstehen kann. Max danke ich für seine Geduld, seine Kooperationsbereitschaft und für die Freude, die er mir bereitet.

Zusammenfassung

Ziel dieser *retrospektiven Prozess-Outcome-Studie* ist es, Wirkfaktorenmuster im psychotherapeutischen Prozess herauszuarbeiten und die durch Grawe (1998, 2004) formulierten *konsistenztheoretischen Annahmen* sowie dessen *Leitregeln zum Therapieprozess* einer empirischen Untersuchung zu unterziehen. Insbesondere interessiert das Zusammenspiel therapeutisch realisierter *Interventionen* (*spezifische Interventionen* i.S. angewandter Techniken sowie bedürfnisorientierte Interventionen i.S. einer *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung*) und der *motivationalen Ausrichtung* der Patienten (Annäherungsmodus, Vermeidungsmodus).

57 Therapiesitzungen (von 57 Patienten) wurden mit dem Selektionsverfahren *Selektion aus Natürlicher Variation (SNV)* hinsichtlich eines doppelten Erfolgskriteriums (Sitzungserfolg, GAS-Zielerreichung) ausgewählt und mit einem zu diesem Zweck neu entwickelten Messinstrument (*SAWIM*, Spezifische und Allgemeine Wirkfaktorenmikroprozessanalyse) untersucht. Das reliable und valide Kategoriensystem ermöglicht es, den psychotherapeutischen Prozess durch externe Beurteiler auf der Analyseeinheit *einer Minute* einzuschätzen.

Die Auswertungen fanden einerseits an der *diagnostisch heterogenen Gesamtstichprobe* (n = 57), wie auch an einer *depressionsspezifischen Teilstichprobe* (n = 25) statt. Die Auswertungsstrategien basieren sowohl auf *deskriptiven Verfahren* (Verlaufsanalysen), wie auch auf *parametrischen* (Effektstärkenprofile aus T-Tests, Pearsonkorrelationen, ANOVA mit Messwiederholung, Kreuzkorrelationen, Strukturgleichungsmodellen) und *nonparametrischen* (U-Test, Spearmankorrelationen) Verfahren.

Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen, dass in erfolgreichen und wenig erfolgreichen Sitzungen *differentielle Veränderungsmuster* zwischen therapeutisch realisierten Interventionen und motivationaler Ausrichtung der Patienten stattfinden. Besonders eindrücklich sind folgende Ergebnisse:

- (1) In *erfolgreichen* Sitzungen verhalten sich Therapeuten bei der Umsetzung (spezifischer und bedürfnisorientierter) *Interventionen* sensitiv bezüglich der *Annäherungsmotivation* der Patienten und die Interventionen stehen im weiteren Sitzungsverlauf mittelfristig in einem positiven Zusammenhang mit derselben (*Annäherungspriming*). In der heterogenen Gesamtstichprobe ist das durch bedürfnisorientierte Interventionen evozierte Annäherungspriming von zeitlich *nachhaltigem* Effekt, während dies bei Depressiven von *kürzerer Dauer* ist.
- (2) Therapeutische Interventionen (bedürfnisorientierte und spezifische) stehen in *erfolgreichen* Stunden mit der *Abnahme der Vermeidungsmotivation* im weiteren Stundenverlauf in Beziehung.
- (3) Unterschiedliche statistische Ergebnisse zeigen auf, dass *motivationale* und *interpersonale* Variablen bedeutsamer für den Sitzungserfolg Depressiver sind als für Patienten mit gemischten Störungsbildern. Von besonderer Relevanz sind bei Erstgenannten die *annähernde motivationale Ausrichtung* und die hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses komplementäre Beziehungsgestaltung*.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
1. THEORETISCHER HINTERGRUND	7
1.1 Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie und deren Erforschung	9
1.1.1 Die Debatte über die Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie	9
1.1.2 Allgemeine und Spezifische Wirkfaktoren und die Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie	12
1.1.3 Prozessforschung	18
1.2 Konsistenztheoretische Sicht der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen	24
1.2.1 Konsistenztheorie nach Klaus Grawe	24
1.2.2 Wirkungsweise von Psychotherapie aus konsistenztheoretischer Sicht	27
1.2.3 Konsistenztheoretische Auffassung über die Entstehung der Depression	30
1.2.4 Veränderungsfaktoren und Wirkmechanismen der Depressionsbehandlung	33
1.3 Theoretische Annahmen und empirische Untersuchungen über relevante Prozessvariablen	37
1.3.1 Perspektive der Therapiebeziehung	37
1.3.2 Perspektive der Strukturierung	44
1.3.3 Motivationale und emotionale Perspektive	48
1.3.4 Perspektive der therapeutischen Interventionen	53
1.4 Fragestellungen und Hypothesen	59
2. METHODE	63
2.1 Untersuchungsdesign	65
2.1.1 Entstehungsrahmen und –ablauf des Projektes	65
2.1.2 Untersuchungsdesign	67
2.1.3 Kontrolle der Abhängigkeit der Daten	73
2.2 Beschreibung der Stichproben	74
2.2.1 Soziodemographische und therapierelevante Merkmale der Patienten	74
2.2.2 Beschreibung der Ausgangsmerkmale der Patienten	77
2.2.3 Merkmale der Therapeuten	78
2.2.4 Störungsspezifische Teilstichproben	79
2.3 Beschreibung des Kategoriensystems SAWIM	81
2.3.1 Kontext der Problembearbeitung (Erster Teil des Kategoriensystems)	81
2.3.2 Inhalt der Problembearbeitung (Zweiter Teil des Kategoriensystems)	85
2.4 Datenerhebung	89
2.5 Überprüfung der Reliabilität	90
2.5.1 Interraterreliabilitäten	90

2.6 Überprüfung der Validität	97
2.6.1 Konstruktvalidität	97
2.6.2 Konvergente Validität	101
2.6.3 Diskriminante Validität	130
2.6.4 Prädiktive Validität	132
2.7 Auswertungen	134
2.7.1 Methodische Aspekte der Auswertungen	134
2.7.2 Statistische Auswertungsverfahren	137
3. ERGEBNISSE	153
3.1 Deskriptive Analyse	155
3.1.1 Kontext der Problembearbeitung	155
3.1.2 Inhalt der Problembearbeitung	163
3.2 Erste Fragestellung: Vergleich der Erfolgsgruppen	165
3.2.1 Vergleich der Erfolgsgruppen in der heterogenen Gesamtstichprobe	165
3.2.2 Vergleich der Erfolgsgruppen in der Teilstichprobe Depressiver	171
3.3 Zweite Fragestellung: Vergleich der Diagnosegruppen	179
3.3.1 Kontext der Problembearbeitung	179
3.3.2 Inhalt der Problembearbeitung	183
3.4 Dritte Fragestellung: Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen	185
3.4.1 Vorhersage des Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der heterogenen Gesamtstichprobe	185
3.4.2 Vorhersage des Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der Teilstichprobe depressiver Patienten	187
3.5 Vierte Fragestellung: Zusammenspiel zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung der Therapeuten und Patientenvariablen	189
3.5.1 Interaktion zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung der Therapeuten und motivationaler Ausrichtung der Patienten	189
3.5.2 Zusammenhang zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung und Interaktionsstilen	200
3.5.3 Zusammenspiel zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung der Patienten	204
3.6 Fünfte Fragestellung: Stringenz und Zeitpunkt durchgeführter Interventionen	206
3.6.1 Stringenz durchgeführter Interventionen	206
3.6.2 Zeitpunkt durchgeführter Interventionen	209
3.7 Sechste Fragestellung: Motivationaler und interpersonaler Kontext realisierter Interventionen	213
3.7.1 Interventionen (Skala)	215
3.7.2 Bewältigungsorientierte Interventionen	217
3.7.3 Klärende Interventionen	219
3.7.4 Interpersonale Interventionen	221

3.8 Siebte Fragestellung: Wirkungsweise von Psychotherapie	223
3.8.1 Einleitung	224
3.8.2 Überprüfung der Hypothesen	228
4. DISKUSSION	237
4.1 Kritik der Methode	239
4.1.1 Stichprobe	239
4.1.2 Untersuchungsdesign	240
4.1.3 Kategoriensystem	242
4.1.4 Auswertungsstrategien	244
4.2 Diskussion der Ergebnisse	246
4.2.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung	246
4.2.2 Perspektive der Strukturierung	255
4.2.3 Perspektive der Techniken und Interventionen	258
4.2.4 Perspektive der emotionalen Aktivierung und motivationale Ausrichtung der Patienten	264
4.3 Zusammenfassung und Fazit	271
4.4 Ausblick	275
LITERATURVERZEICHNIS	277
ANHANG	301

EINLEITUNG

Auf einen Zeitraum von 12 Monaten leiden in der Schweiz gegenwärtig rund 10 Prozent der Menschen an psychischen Störungen und 1 Prozent erkrankt neu. In absoluten Zahlen ausgedrückt umfasst die jährliche Prävalenz 600-800'000 Menschen, die jährliche Inzidenz 60-80'000 (Adjacic-Gross & Graf, 2003). Der Anteil diagnostizierter und behandelter psychischer Störungen ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen (Meyer & Hell, 2004). Mit einer Lebenszeitprävalenz von je 25 Prozent gehören *affektive Störungen* (v.a. Depression), *Angststörungen* und *Substanzstörungen* zu den häufigsten psychischen Störungen (Adjacic-Gross & Graf, 2003).

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 begeben sich im Zeitraum eines Jahres lediglich 4.5 Prozent der Schweizer und Schweizerinnen wegen eines psychischen Problems in Behandlung, d.h. dass ein grosser Prozentsatz der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen unbehandelt bleibt (Rüesch & Manzoni, 2003). Von den Behandelten sucht rund ein Drittel Hilfe bei einem Psychotherapeuten, ein Drittel geht zu einem Psychiater und ein weiteres Drittel zu einem Allgemeinarzt (BFS, 2003). Das bedeutet, dass ein erheblicher Anteil der Personen, welche eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung nötig haben, *nicht* oder *nicht richtig* behandelt werden, was entsprechende volkswirtschaftliche Kosten zur Folge hat.

Die in einem Jahr anfallenden Gesamtkosten für ambulante Psychotherapie betragen in der Schweiz 579 Mio. Franken (Beeler, Lorenz & Szucs, 2003).¹ Den *volkswirtschaftlichen Nutzen* von Psychotherapie bei deren *optimalen Einsatz* wird in einer Arbeit von Frei und Greiner (2001) ermittelt. Die Autoren stellen die effektiven *Kosten der Psychotherapie* den durch den „richtigen“ Einsatz von Therapien *eingesparten direkten Kosten* im somatischen Bereich gegenüber. Das Sparpotential in der somatischen Medizin (durch fachgerechte Behandlung psychogener Erkrankungen sowie Operationsvorbereitungen) bezifferten die Autoren auf 1'090 Mio. Franken.² (Als besonders kosteneffektiv gilt der richtige Einsatz von Psychotherapie bei Depressionen und Angststörungen). Obwohl der durch die Autoren angenommene „optimale“ Einsatz von Psychotherapie in der Schweiz nicht als realistisch eingeschätzt wird (Meyer & Hell, 2004)³, belegen diese Zahlen eindrücklich das *Kosten-Effektivitäts-Potenzial*, welches Psychotherapie in der Schweiz haben könnte. Die Voraussetzungen für dessen Realisierung sind (1) das Etablieren von *Rahmenbedingungen* in den Krankenversicherungen, welche es ermöglichen, das Einsparungspotenzial zu verwirklichen und (2) die Annäherung der Psychotherapiepraxis an die *Erkenntnisse wissenschaftlicher Wirksamkeitsstudien* (Spycher, Margraf & Meyer, 2005) und an *empirisch fundierte therapeutische Handlungsregeln* (Grawe, 1999).

An diesem Punkt knüpft vorliegende Arbeit an. Ziel der Arbeit ist es, neue Erkenntnisse über zentrale Veränderungsmechanismen (Process of Change) zu erlangen, deren Anwendung im klinischen Alltag einen Beitrag zur Wirksamkeitssteigerung psychotherapeutischer Verfahren leisten kann. Vor dem Hintergrund zunehmender behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sowie der – nicht zuletzt durch das Fehlen einer angemessenen Finanzierung der nichtärztlichen, selbständigen

¹ Zu tieferen Zahlen gelangt das Bundesamt für Statistik (BFS), welches für das Jahr 2000 Psychotherapiekosten von lediglich 149 Mio. Franken berechnete. Das BFS berücksichtigte dabei nur die selbständige Psychotherapie der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.

² Jährliche Einsparungen von 2'050 Mio. Franken in der somatischen Medizin abzüglich 960 Mio. Franken zusätzlicher Kosten für Psychotherapie.

³ Gesamtschweizerisch müssten 8500 Psychotherapeuten Kurztherapien von durchschnittlich 15 Stunden leisten, alle Patienten müssten eine hohe Therapiemotivation aufweisen und es darf zu keiner Ausweichreaktion bei anderen Leistungserbringern kommen.

Psychotherapie durch die obligatorische Grundversicherung – resultierenden Unter- und Fehlversorgung psychisch Erkrankter und daraus entstehenden volkswirtschaftliche Kosten, ist das Bestreben, Psychotherapien durch empirische Erkenntnisse wirksamer und effizienter zu machen, nicht nur aus wissenschaftlicher, sondern vor allem auch aus politischer und sozialer Sicht von grösster Bedeutung.

Die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen konnte durch Metaanalysen zweifelsfrei belegt werden. Smith, Glass und Miller (1980) analysierten 475 empirische Studien, in welchen behandelte und unbehandelte Gruppen miteinander verglichen wurden und ermittelten eine durchschnittliche Effektstärke von .85, was bedeutet, dass es den behandelten Patienten im Schnitt am Ende der Behandlung besser geht als 80 Prozent der unbehandelten Patienten. Obwohl neuere Metaanalysen aufgrund konservativerer Berechnungen zu moderateren Ergebnissen (Effektstärken im Bereich von .40 bis .60) gelangen (z.B. Shadish et al., 1997), untermauern die konsistent gefundenen positiven Effekte die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren sowohl über verschiedene therapeutische Methoden hinweg wie auch hinsichtlich unterschiedlicher Störungsbilder (Lambert & Ogles, 2004). Das Bestreben, die klinische Praxis zunehmend den Erkenntnissen empirischer Wirksamkeitsstudien anzunähern, führte Mitte der 90er Jahre zur Bewegung der „Evidence-based practices“ (EBP) (Norcross, Beutler & Levant, 2006), im Rahmen derer unterschiedliche Arbeitsgruppen empirisch gestützte Interventionen und Richtlinien erarbeiteten⁴ (vgl. Theoretischer Hintergrund, Abschnitt 1.1.1). Vergleichsstudien mit randomisiertem Kontrollgruppendesign (randomized controlled trials (RCT)) gelten als Goldstandard für das Ableiten von „empirically supported treatments“ (EST) (Hollon, 2006). Der Nachteil dieser Studien ist, dass keine Aussagen darüber gemacht werden können, welche aktiven Ingredienzien oder Veränderungsmechanismen zum Erfolg führen. Damit bleibt die Frage unbeantwortet, ob verschiedenen, als wirksam erkannten Behandlungsmethoden, dieselben *allgemeinen Wirkfaktoren* oder unterschiedliche *spezifische Veränderungsmechanismen* zu Grunde liegen.

The emphasis placed on RCTs in identifying EBPs overlooks the integral role of psychotherapy process research. Process Research is necessary to explicate, test, and revise the theoretical premises and technical ingredients of specific treatments, as well as to enable researchers to identify the active change ingredients (Greenberg & Watson, 2006, p. 81).

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, bei denjenigen durch Wirksamkeitsstudien als effektiv und effizient erkannten Behandlungen (ESTs) auch vermehrt den *Veränderungsprozess* (Process of Change) zu untersuchen (Greenberg und Watson, 2006; Stiles, 2006). „Without studying the process of change, it is impossible to determine what portion of the outcome is attributable to the specific change process represented by therapeutic models and what portion is attributable to other factors“ (Greenberg & Watson, 2006, p.83). Neuere integrative Forscher betonen dabei die Wichtigkeit, die

⁴ Auf der Grundlage randomisierter, kontrollierter Studien entwickelte die Task Force Division 12 der American Psychological Association (APA) eine Liste mit empirisch gestützten, manualisierten psychologischen Interventionen („empirically supported treatments ETSs) (Chambless & Hollon, 1998; Chambless et al., 1996, 1998; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Die Task Force Division 29 der APA setzte sich zum Ziel, relevante Elemente wirksamer Therapiebeziehungen herauszuarbeiten „empirically supported (psychotherapy) relationships“ (ESRs) (Norcross, 2002).

Dialektik zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren aufzuweichen, indem der Forschungsfokus nicht *entweder* auf die Therapiebeziehung, Patienten- oder Therapeutenvariablen (Norcross, 2002) *oder* auf therapeutisch realisierte Interventionen und Methoden (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Nathan & Gorman, 1998, 2002) gerichtet wird, sondern vielmehr auf deren *Zusammenspiel* und *wechselseitigen Beeinflussung* (Beutler & Johannsen, 2006).

A different perspective is necessary to represent accurately the complexity of psychological treatments and to guide effective practice. This new approach must consider the ways in which all relevant variables work individually and interact with one another to optimally affect a patient's problems. One effective way of integrating participant, context, relationship, and treatment variables is through the establishment of research-informed principles of change. Principles, when established firmly in the cumulative body of psychotherapy research, can serve as effective guidelines for planning and implementing treatments (Beutler & Johannsen, 2006, p.277).

Solche methodenübergreifende und ursprünglich als „Systematic Treatment Selections“ (STS) bezeichnete Veränderungsprinzipien wurden erstmals durch Beutler, Clarkin & Bongar (2002) für die Behandlung depressiver Störungen formuliert. Ausgeweitet wurde der Ansatz durch die „Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change“ (ESP, Castonguay & Beutler, 2006) im Hinblick auf verschiedene Störungsbilder (Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen) und Perspektiven (Therapiebeziehung, Patientenvariablen, Behandlung) (vgl. Theorieteil, Abschnitt 1.1.1).

An dieses Forschungsparadigma knüpft vorliegende Arbeit an. Es ist das erklärte Ziel der Arbeit, *Zusammenspiel* und *Interaktion* von für therapeutische Veränderungen zentralen Prozessvariablen (wie der Therapiebeziehung, Interventionen, motivationale Ausrichtung der Patienten (Grawe, 2004)) zu untersuchen, um daraus integrative Prinzipien therapeutischer Veränderungen abzuleiten. Dabei sollen sowohl störungsübergreifende, als auch störungsspezifische (Depression) Veränderungsmuster oder Wirkfaktorenmuster herausgearbeitet werden. Mit diesem Anspruch bewegt sich vorliegende Arbeit an vorderster Front der psychotherapeutischen Prozessforschung und leistet einen Beitrag zur Überwindung des Dualismus zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren und zum integrativen Verständnis der Wirkungsweise psychotherapeutischer Prozesse.

Unipolare Depressive Störungen gehören weltweit zu den verbreitetsten psychischen Erkrankungen. 20 Prozent der Frauen und 10 Prozent der Männer sind im Verlauf ihres Lebens davon betroffen (APA, 1994). Die meisten Personen erleiden mehrere depressive Episoden und die Gefahr eines chronischen Verlaufs ist gross. Zudem begehen 15 Prozent der Personen mit einer Depression Selbstmord (Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Obwohl die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsbedingungen empirisch gut belegt ist⁵ (Hollon et al., 2002) und deren Anwendung im klinischen Alltag zunehmend realisiert wird, kann lediglich eine Minderheit der an Depression Erkrankten auf *langfristige Besserung* hoffen. Aufgrund einer Metaanalyse von Gallati (2003) kommt

⁵ Als ESTs gelten die Interpersonale Therapie (IPT), sowie die Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT), aber auch neuere Ansätze gelten als vielversprechend, so zum Beispiel CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy, McCullough, 2000) zur Behandlung chronischer Depression, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Teasdale, Segal & Williams, 1995, Teasdale et al., 2000) sowie Behavioral Activation (BA) (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001) (Hollon et al., 2002).

Grawe (2004) zum Schluss, dass von 100 Depressiven mit heutigen Behandlungsansätzen lediglich *13 Personen* dauerhaft geholfen wird. Dies deshalb, weil 25 Prozent der Patienten, denen eine Behandlung angeboten wird, diese ablehnen und von den verbleibenden 75 Prozent 13 (Gallati, 2003) bis 25 Prozent (Hautzinger & DeJong-Meyer, 1996) die Behandlung abbrechen. Von denjenigen, welche die Behandlung abschliessen, erreichen etwa 50 Prozent eine klinisch signifikante Verbesserung (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998) und von diesen erleiden 60 Prozent im Verlauf von zwei Jahren einen Rückfall (Elkin, 1994).

Dieser Missstand legt nahe, dass trotz der in den vergangenen Jahrzehnten erzielten Verbesserungen in der psychosozialen Versorgung Depressiver, weiterhin grosser Entwicklungsbedarf für die optimierte Behandlung des Störungsbildes besteht. Eine in Amerika im Rahmen des NIMH gegründete Arbeitsgruppe („The National Institute of Mental Health Psychosocial Intervention Development Workgroup“, Hollon et al., 2002) formulierte diesbezüglich drei Forderungen: (1) Die Entwicklung neuer und effektiverer Depressionsbehandlungen, (2) neuer Methoden zur Rückfallverhütung und (3) Erforschung der Entstehungsbedingungen der Depression sowie deren *Veränderungsmechanismen im therapeutischen Prozess*. In Anlehnung an diese Forderung wird in vorliegender Arbeit neben störungsübergreifenden Veränderungsmechanismen ein spezifischer Fokus auf den psychotherapeutischen Prozess *depressiver Patienten* gerichtet. Neben der Notwendigkeit, therapeutische Veränderungsmechanismen in der Behandlung Depressiver besser zu verstehen, drängt sich dieses konzeptionelle Vorgehen auch deshalb auf, weil das für diese Arbeit entwickelte *Messinstrument zur Erfassung allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren* (SAWIM, „Spezifische und allgemeine Wirkfaktoren-Mikroprozessanalyse“) sowohl *interpersonalen*, wie auch *motivationalen* Aspekten besondere Beachtung schenkt und diese sowohl bei der Entstehung, wie auch bei der Behandlung von Depression von zentraler Bedeutung sind (vgl. Grawe, 2004, sowie Theoretischer Hintergrund, Abschnitt 1.2.3). Dies rechtfertigt es auch, den Hauptfokus auf die Depression zu richten und andere Störungsbilder (z.B. Angststörungen) lediglich am Rande zu behandeln.

Diese Arbeit entstand mit dem Ziel, die durch Grawe (2004) auf Grund der neuropsychologisch fundierten *Konsistenztheorie* formulierten *Leitregeln für den Therapieprozess* (Grawe, 2004, S. 435ff.) empirisch zu untersuchen und abzustützen. Geistige Heimat und theoretischer Hintergrund der Arbeit, sowie Basis für die Entwicklung des Messinstruments SAWIM bildet somit in erster Linie Grawes Konsistenztheorie (1998, 2004). Als Forschungsstrategie drängt sich für diese Fragestellung der Prozess-Outcome-Forschungsansatz auf. Wie erwähnt wird versucht, integrative Aussagen über das *Zusammenspiel* und die *Interaktion* relevanter Prozessvariablen (Principles of Change) zu formulieren und damit über die reine Deskription von einzelnen Prozessvariablen hinausgehende Aussagen zu machen. Das Hauptanliegen ist es, neue Erkenntnisse über psychotherapeutische Wirkprinzipien zu erlangen, um daraus sowohl störungsübergreifende adaptive, wie auch depressionsspezifische selektive (und adaptive) Handlungsregeln für die produktive therapeutische Arbeit zu formulieren und damit einen Beitrag zur Effizienzsteigerung psychotherapeutischer Verfahren zu leisten.

1. THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie und deren Erforschung

Vorliegende Arbeit hat zum Ziel, einen Beitrag zum Verständnis von *Wirkprinzipien und Wirkungsweisen psychotherapeutischer Prozesse* zu leisten. Um einen Einblick in das Gebiet der Psychotherapieforschung zu geben, welche sich der Erforschung von Wirksamkeit und Wirkungsweisen therapeutischer Methoden verpflichtet, beginnt der Theorieteil mit der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung und den daraus gewonnenen Erkenntnissen. Im ersten Abschnitt (1.1.1) wird die Entwicklung der Psychotherapieforschung mit den ihren Entwicklungsstadien immanenten Forschungsparadigmen skizziert. Der darauf folgende Abschnitt (1.1.2) widmet sich der Frage nach der *Wirkungsweise* von Psychotherapie, d.h. der Frage danach, welche aktiven Ingredienzien einer Psychotherapie für den Erfolg verantwortlich sind. Nach der Konzeptualisierung *allgemeiner* und *spezifischer Wirkfaktoren* wird das *integrative Wirkfaktorenmodell* vorgestellt. Das dieser Arbeit zu Grunde liegende Forschungsprojekt ist methodisch dem Ansatz der *Prozess-Outcome-Forschung* zuzuordnen. Wichtige Aspekte dieses Forschungsansatzes und damit einhergehende *Probleme* werden in Abschnitt 1.1.3 besprochen. Der Abschnitt mündet in Anforderungen an die *Konzeptualisierung empirischer Prozess-Outcome-Studien*.

1.1.1 Die Debatte über die Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie

1.1.1.1 Entwicklung der Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung hat im Verlauf ihrer Entwicklung verschiedene Forschungsparadigmen hervorgebracht (Grawe, 1992). In der ersten Phase der empirischen Psychotherapieforschung wurde der Frage nachgegangen, ob Psychotherapie überhaupt wirksam sei. Dieser als *Legitimationsphase* bezeichneter Zeitraum wurde durch eine Studie Eysencks (1952) ausgelöst, deren Schlussfolgerung lautete, dass Psychotherapie nicht mehr Wirkung zeige als Spontanremission. Trotz zahlreicher inhaltlicher und methodischer Einwände unmittelbar nach Erscheinen des Artikels (De Charms, Levy & Wertheimer, 1954; Luborsky, 1954; Rosenzweig, 1954), welche Eysencks Resultate zu entkräften vermochten (Grawe, 1992), hielt die dadurch evozierte und z.T. hitzig geführte Debatte bis Mitte der 80er Jahre an (Wampold, 2001). Mittlerweile kann die Wirksamkeit von Psychotherapie als gesichert erachtet werden (Lambert & Ogles, 2004). Der Nachweise der Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen konnte insbesondere durch Studien mit metaanalytischem Design zweifelsfrei erbracht werden. (z.B. Lipsey & Wilson, 1993; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold et al., 1997). Die in Metaanalysen ermittelte (Smith et al., 1980) und durch Übersichtsarbeiten (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) bestätigte durchschnittliche Wirkung von Psychotherapie liegt in Effektstärken ausgedrückt bei .85 (Grawe, 1991).

Später stand die Frage im Mittelpunkt, welche der verschiedenen Therapieformen oder -schulen die Wirksamste sei (*Konkurrenzphase*). Sowohl kontrollierte Wirksamkeitsstudien (z.B. Bergin & Lambert,

1987; Beutler, 1979), wie auch Untersuchungen mit metaanalytischem Design (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Wampold et al., 1997), replizierten meistens das durch Luborsky, Singer und Luborsky (1975) postulierte „Dodo-Verdikt“. Demnach ist *keine* Therapieform der anderen eindeutig überlegen. „Everybody has won and all must have prizes“⁶. Shapiro, Elliott und Stiles (1986) prägten in diesem Zusammenhang den Begriff des „Äquivalenzparadox“, welches besagt, dass die wichtigsten Psychotherapieverfahren, trotz aller ihrer Unterschiedlichkeiten im Hinblick auf theoretischen Hintergrund, ätiologische Modelle und Veränderungstheorien, zu ähnlichen Resultaten gelangen. Diese für viele Fachpersonen nicht unmittelbar einleuchtende Befundlage wurde sowohl unter methodischen (Grawe, 1992; Lambert & Ogles, 2004) wie auch inhaltlichen (Strauss, 2001) Gesichtspunkten kritisch diskutiert (vgl. hierzu Abschnitt 1.1.2).

Die Erkenntnis darüber, dass nicht alle Therapieverfahren für alle Patienten gleich gut geeignet sind, leitete die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage der differentiellen Indikation ein (*Phase der differentiellen Indikation*). Im Aufmerksamkeitsfokus stand die durch Paul (1976) erstmals aufgeworfene Frage danach, welche Behandlung, von wem durchgeführt, für welchen Patienten mit welchem spezifischen Problem unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten sei. Dieser Paradigmenwechsel führte zum Abwenden dessen, was durch Kiesler (1966) als „Uniformitätsmythos“ bezeichnet worden war, nämlich der impliziten Annahme, dass in der Psychotherapieforschung und –behandlung von *dem* Patienten (und *dem* Therapeuten) ausgegangen werden kann. Die aus dieser Forschungsphase resultierenden Erkenntnisse führten dazu, dass interindividuellen Unterschieden in Wissenschaft und Praxis fortan mehr Beachtung geschenkt wurde.

1.1.1.2 Aktuelle Entwicklungen in der Psychotherapieforschung

Aus der Phase der differentiellen Indikation entwuchsen zwei Forschungsstränge mit unterschiedlichen Wirkparadigmen (*Phase des Wirkfaktorstreits*): (1) Das Interesse von Vertretern der ersten Forschungsrichtung galt dem *therapeutischen Prozess*. Dieser als *Prozessforschung* bezeichnete Forschungsstrang beschäftigt sich mit der empirischen Untersuchung der Wirkungsweise und der *Wirkmechanismen von Psychotherapie*. Die Prüfung des Einflusses von experimentell *nicht* manipulierbaren Variablen auf den Therapieerfolg erfolgt dabei meist über Korrelationen von Merkmalen des Therapieprozesses mit dem Therapieerfolg (Grawe, 1992). Diese auf naturalistischen oder quasiexperimentellen Designs beruhende korrelative Forschung ist zwar weniger systematisch als die experimentelle Parameterforschung, doch sie führt auch zu einem grossen Erkenntnisgewinn, insbesondere über die durch zahlreiche Wechselwirkungen bedingte Komplexität des therapeutischen Prozesses. Ziel der Prozess-Outcome-Forschung ist es, Veränderungsmuster abzubilden und Aussagen über qualitative (statt quantitative) Wirkungseigenarten von Therapieformen zu machen (Grawe, 1992). Ein Meilenstein der Prozessforschung stellt das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1986) dar. Das Modell macht deutlich, dass man sich die Wirkungsweise von

⁶ Der von Rosenzweig (1936) erstmals im Kontext der Psychotherapieforschung verwendete Begriff des Dodo-Verdikts wurde dem Märchen „Alice im Wunderland“ entnommen.

Psychotherapie als Muster vorzustellen hat, in welchem verschiedene funktional miteinander verbundene Faktoren miteinander interagieren und Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass sich das Forschungsinteresse der Prozessforschungsvertreter auf *unspezifische Wirkfaktoren* und den dynamischen Veränderungsprozess richtet. Die Division 29 der American Psychological Association gilt als typischer Repräsentant dieser Forschungsrichtung.

(2) Dem gegenüber steht eine andere Forschungsrichtung mit dem Ziel, *störungsspezifisches Wissen* auszubauen und die Effizienz *störungsspezifischer Behandlungen* zu verbessern. Diese Gruppierung fokussiert auf randomisierte, kontrollierte Therapiestudien (RCT) und beschreibt spezifische technische Faktoren, welche Eingang in störungsspezifische Behandlungsmanuale finden. Repräsentativster Vertreter dieser Richtung ist die Division 12 der American Psychological Association, deren Ziel es ist, „wichtige Ergebnisse und Befunde zu Innovationen bei psychologischen Behandlungen zu fördern und zu verbreiten“ (Chambless et al., 1996, zit. nach Hubble, Duncan & Miller, 2001, S.329). Durch diese Task Force wurde eine Liste der geprüften Behandlungsformen erstellt (sog. „empirically validated treatments“ EVT, später „empirically supported treatments“ EST genannt) (Chambless et al., 1996; 1998; Chambless & Hollon, 1998; Nathan & Gorman, 1998, 2002; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

Als Reaktion auf die durch die Division 12 der APA formulierten ESTs gründete auch die Division 29 der APA eine Task Force mit dem Ziel, die relevanten Elemente wirksamer *Therapiebeziehungen* herauszuarbeiten und die Passung von Therapie und Patienten aufgrund derer Charakteristika zu verbessern („Task Force on Empirically Supported Therapy Relationship“, ESR) (Norcross, 2002). Kritisiert wurde, dass das Fokussieren auf spezifische Wirkfaktoren zu reduktionistisch sei und ausser Acht lasse, dass der grösste Teil der Wirkung von Psychotherapie auf unspezifische Wirkfaktoren, wie beispielsweise die Therapiebeziehung, zurückzuführen sei (Lambert & Barley, 2002).

In der jüngsten Phase der Psychotherapieforschung, der *Phase der Integration*, werden die beiden genannten Forschungswelten wieder miteinander vereinigt. Aus den Gruppierungen 12 und 29 der APA bildete sich eine dritte Task Force („The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change“, ESP), welche *allgemeine Veränderungsmechanismen für verschiedene Störungsbilder* formuliert (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Goldfried, 2003). Diese Veränderungsmechanismen sind flexible Heuristiken, welche störungsspezifische Behandlungsmanuale und Interventionen ergänzen und auch vermehrt Aspekte der Therapiebeziehung sowie Patienten- und Therapeutenvariablen berücksichtigen und integrieren.

In dieses Paradigma des *integrativen Wirkfaktorenmodells* ist vorliegende Arbeit konzeptionell einzuordnen. Methodisch der Schule der Prozess-Outcome-Forschung zugehörig, verfolgt sie den *integrativen Anspruch, differentielle Aussagen* über das Zusammenspiel relevanter Prozessvariablen hervorzubringen und damit einen Beitrag zur Aufhebung des Dualismus zwischen *allgemeinen* und *spezifischen Wirkfaktoren* zu leisten.

1.1.2 Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren oder die Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie

1.1.2.1 Wie kommt die Wirkung von Psychotherapie zu Stande?

Vergleichende Therapiestudien und Metaanalysen konnten wiederholt den Befund replizieren, dass Psychotherapie *effektiv*, *effizient* und *nachhaltig* in der Wirkung ist (Hubble, Duncan & Scott, 2001). Ihre Berechtigung konnte somit eindeutig belegt werden. Der Nachweis der *Überlegenheit* einer Therapieschule oder –methode über die anderen konnte bis heute nicht eindeutig erbracht werden. Dieser Mangel an gefundenen Wirksamkeitsunterschieden zwischen den verschiedenen Therapieschulen und –methoden ist einer der für die psychotherapeutische Praxis am schwierigsten zu nutzender und für die Psychotherapieforschung am schwersten zu deutender Befund. Als Ursache für das Äquivalenzparadox werden drei Erklärungen diskutiert (Grawe, 2005; Hubble, Duncan & Scott, 2001; Lambert & Ogles, 2004): (1) Die erste Erklärung besagt, dass unterschiedliche Therapien ähnliche Ziele mit *unterschiedlichen Prozessen* erreichen können (d.h. unterschiedliche Vorgehensweisen oder der Einsatz unterschiedlicher Techniken führen zu einem ähnlichen Ergebnis). (2) Zweitens wird argumentiert, dass tatsächlich vorliegende unterschiedliche Ergebnisse durch herkömmliche Forschungsstrategien nicht aufgedeckt werden. (3) Drittens ist denkbar, dass verschiedenen Therapien *gemeinsame Faktoren* zugrunde liegen (allgemeine Wirkfaktoren), welche massgeblich für den Therapieerfolg verantwortlich sind. Vor allem die dritte Erklärung fand in den vergangenen Jahren vermehrt Beachtung, weshalb in diesem Abschnitt die Debatte zwischen *allgemeinen* und *spezifischen* Wirkfaktoren aufgegriffen wird.

Die Frage danach, welche Elemente einer Psychotherapie massgeblich mit dem Therapieerfolg in Beziehung stehen, wird von verschiedenen Vertretern therapeutischer Schulen ganz unterschiedlich beantwortet. Während die Einen die Ingredienzien wirksamer Therapie in den Techniken, Modellen und Interventionen (*spezifische Wirkfaktoren*) sehen, verfechten andere Protagonisten die Ansicht, allen Therapien seien gemeinsame Faktoren eigen, welche zu therapeutischem Erfolg führen (*allgemeine Wirkfaktoren*).

Eine Übersicht über die Psychotherapieforschung der letzten Jahre findet sich bei Lambert & Barley (2002). Auf der Grundlage von über 100 Studien, in welchen der Therapieerfolg auf Grund von Prädiktorvariablen statistisch ermittelt worden war, arbeiteten die Autoren vier Wirkprinzipien heraus, und eruierten deren durchschnittlichen Beitrag zur Erklärung der Varianz im Therapieerfolg.⁷ Als übergeordnete Wirkprinzipien nennen sie (1) *extratherapeutische Faktoren* (extratherapeutic factors), unter welchen die Autoren sowohl Spontanremission, wie auch das Vorkommen glücklicher Ereignisse ausserhalb der Therapie und soziale Unterstützung subsumieren, (2) *Erwartungseffekte* (expectancy), die sowohl Placeboeffekte, wie auch den Glauben an die Behandlung umfassen, (3) *Techniken und Interventionen* (techniques), mit denen die spezifischen, in einer Therapie durchgeführten

⁷ Für eine Kritik des methodischen Vorgehens vgl. Wampold, 2001

Interventionen bezeichnet werden und (4) *allgemeine Wirkfaktoren* (common factors), welche allen therapeutischen Situationen eigenen sind, wie die Therapiebeziehung, Prozessfaktoren, Empathie, Wärme sowie Eigenschaften und Ressourcen von Patienten und Therapeuten. Die Autoren fassen die Beiträge, welche die Faktoren zur Erklärung der Varianz im Therapieerfolg beitragen, wie folgt zusammen: 15 Prozent beruhen auf Placebo- und Erwartungseffekte, 15 Prozent sind auf Techniken und Interventionen zurückzuführen, 30 Prozent auf allgemeine Wirkfaktoren und 40 Prozent auf therapieexterne Faktoren (Abbildung 1.1)

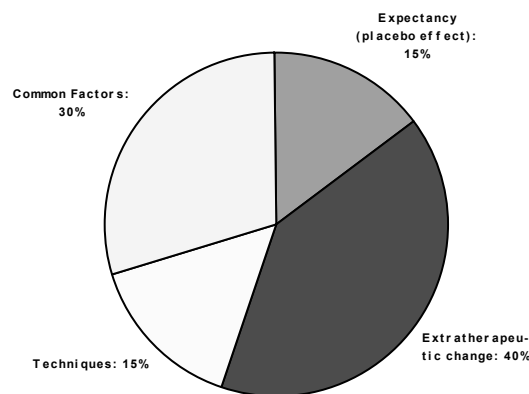


Abbildung 1.1. Beitrag therapeutischer Wirkfaktoren zur Erklärung der Varianz im Therapieerfolg (Quelle: Lambert & Barley, 2002, p.18)

Gemäss diesen Autoren ist der Einfluss von Techniken und Interventionen nicht grösser als der Effekt von Placebo oder von Erwartungen. Es finden sich jedoch zahlreiche Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, welche die empirische Evidenz für ein allgemeines gegenüber einem spezifischen Modell noch stärker betonen, ja in welchen die spezifischen Wirkfaktoren kaum einen Beitrag zum Therapieergebnis beizutragen scheinen. Zu einem provokativen Ergebnis gelangt beispielsweise Wampold (2001) in seiner Übersichtsarbeit über die Psychotherapieforschung der letzten Jahre: Aus Effektstärken verschiedener Untersuchungen, welche er heranzieht, folgert er, dass 70 Prozent der Effekte von Psychotherapie auf *allgemeinen Wirkfaktoren* basieren und *spezifische Faktoren* höchstens 1 bis 8 Prozent im Therapieerfolg erklären. Die verbleibenden 22 Prozent der ungeklärten Varianz führt er auf Patientenvariablen zurück.

Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangen Baskin, Tierney, Minamy & Wampold, 2003 in ihrer Metaanalyse, in welcher Behandlungen mit kontrollierten Placebobedingungen verglichen wurden. Den Autoren zu Folge reduziert sich der Effektstärkenunterschied zwischen aktiver Behandlung und kontrollierter Placebo-Bedingung auf 0.15, wenn gewährleistet wird, dass sich Behandlung und Placebo in nichts anderem als den spezifischen Interventionen unterscheiden. Dies führt die Autoren zum Schluss, dass Behandlungsfaktoren nahezu unbedeutend für das Therapieergebnis sind.

Ahn & Wampold (2001) untersuchten Komponentenanalysen, welche über 18 Jahre gemacht worden waren und kamen zum Schluss, dass das Hinzufügen oder Wegnehmen einer Komponente den Effekt

der Kernbehandlung nicht änderte. „There is little evidence, that specific ingredients are necessary to produce psychotherapeutic change“ schlussfolgert Wampold (2001, p. 126).

Auch störungsspezifische Studien und Übersichtsarbeiten replizieren diese Befunde. Untersuchungen zur Behandlung von Depression kommen überwiegend zum Schluss, dass allgemeine Wirkfaktoren wie die Therapiebeziehung stärker mit Therapieerfolg verbunden sind als Komponenten depressionsspezifischer Behandlungsmanuale (Arkowitz, 1992; Castonguay, Goldfried, Wisner & Raue, 1996; Ilardi & Craighead, 1994; Wampold, 2001). So konnten Castonguay et al. (1996) in ihrer empirischen Arbeit mit dreissig depressiven Patienten den Nachweis erbringen, dass Therapieerfolg sowohl durch die *Therapiebeziehung*, als auch dadurch vorhergesagt werden konnte, ob die Patienten *emotional involviert* waren („experiencing“) (allgemeine Wirkfaktoren), wohingegen das Fokussieren auf die *Auswirkungen dysfunktionaler Gedanken* auf die *depressionsspezifischen Symptome* (spezifischer Wirkfaktor) negativ mit Erfolg in Beziehung stand.

Ein anderes Bild zeichnet sich bei der Behandlung von Angststörungen ab. In einer Reihe von Untersuchungen (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Chambless, Foa, Groves & Goldstein, 1978; Emmelkamp, 1982, 1994) konnte empirisch belegt werden, dass (in vivo) Exposition eine Schlüsseltechnik zur erfolgreichen und nachhaltigen Behandlung von Angststörungen (insbesondere Phobien, Agoraphobie und Zwangsstörungen) ist (Ogles, Anderson & Lunnen, 2001). Im Gegensatz zu anderen Störungsbildern scheinen bei Angststörungen spezifische Wirkfaktoren einen wichtigen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolgs zu leisten. Ebenso ist das Dodo-Verdikt, wonach alle Behandlungen dieselbe Wirksamkeit aufweisen, für Angststörungen nicht zutreffend.

Es scheint klar, dass allgemeine Wirkfaktoren einen wichtigen Beitrag zur Veränderung in der Therapie bewirken, während spezifische Wirkfaktoren dies zumindest bei einigen Störungen zu tun scheinen. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Konzeptualisierung allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren gegeben.

1.1.2.2 Konzeptualisierungen allgemeiner Wirkfaktoren

Allgemeine Wirkfaktoren sind diejenigen Elemente einer Therapie, welche nicht an eine Schule oder an ein Modell gebunden sind und in *allen* Therapien (mit mehr oder weniger Erfolg) realisiert werden. Gemäss Rosenzweig (1936) sind dies die Persönlichkeit von Therapeut und Patient sowie das Interpretationsgeschick des Therapeuten. Carl Rogers (1951) sah als oberstes Wirkprinzip die therapeutische Beziehung, respektive die Beziehungsgestaltung. In der Konzeption von Jerome Frank (1971) bestehen die Wirkfaktoren jeder fundierten wissenschaftlichen Psychotherapie in einer emotional involvierenden, vertrauensvollen Beziehung, therapeutischen Rahmenbedingungen und deren Einhaltung sowie im Aufbau von Erklärungskonzepten für die Probleme des Patienten. Neuere Konzeptionen stammen von Weinberger (1995), Grenavage & Norcross (1990) und von Grawe (1998, 2004, 2005). Gemäss Grawe sind wirkungsvollen Therapien fünf Merkmale eigen, welche sie auszeichnen (Grawe, 2005).

1. **Wirkfaktor Ressourcenaktivierung:** Das gezielte Nutzen von motivationalen Bereitschaften und Fähigkeiten von Patienten, welche sie in die Therapie bringen, wird als Ressourcenaktivierung bezeichnet.
2. **Wirkfaktor Problemaktualisierung:** Die prozessuale Aktivierung der Probleme, welche verändert werden sollen, wird als Wirkfaktor Problemaktualisierung definiert. Problemaktualisierung kann dadurch erfolgen, dass gezielt reale Situationen aufgesucht oder hergestellt werden, in welchen sich die Probleme manifestieren, sie kann durch den Einbezug bestimmter Personen erfolgen oder durch die Anwendung besonderer therapeutischer Techniken (Rollenspiel, Imagination).
3. **Wirkfaktor Problembewältigung:** Mit dem Wirkfaktor Problembewältigung ist gemeint, dass Patienten darin unterstützt werden, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen zu machen, indem dafür bewährte, problemspezifische Massnahmen eingesetzt werden.
4. **Wirkfaktor motivationale Klärung:** Wenn durch therapeutische Arbeit bewirkt werden kann, dass Patienten ein klareres Bewusstsein der Determinanten ihres problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnen, wird dies als Wirkfaktor motivationale Klärung umschrieben.
5. **Wirkfaktor Therapiebeziehung:** Bezeichnet die Qualität der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten.

1.1.2.3 Konzeptualisierung spezifischer Wirkfaktoren

Orlinsky et al. (2004) definieren therapeutische Interventionen wie folgt: „Therapist interventions or „techniques“ are the formal and deliberate responses that therapists make to help resolve their patients' personal difficulties, based on their expert understanding of the patients' presentation and the recommendations of the treatment model they follow“ (p. 337). Wie oben erwähnt, liefert die Durchsicht von vergleichenden Studien, Komponentenanalysen („Dismantling Studies“) und Metaanalysen der letzten Jahre überzeugende Belege für die relativ unbedeutende Rolle, die spezielle Modelle und Techniken (mit einigen Ausnahmen) spielen, um Veränderungen beim Patienten zu evozieren. Dies steht im krassen Gegensatz zur aktuellen therapeutischen Praxis. Angehende TherapeutInnen werden in störungsspezifischem Wissen geschult und der Einsatz von Manualen im klinischen Alltag nimmt zu (Beutler et al., 2004). Dies obwohl es nur eine schwache empirische Evidenz für die Verbesserung des Behandlungserfolgs durch Behandlungsmanuale gibt (Emmelkamp, Bouman & Blaauw, 1995). Der Einsatz von Manualen wird daher auch kontrovers diskutiert (Castonguay, Schut, Constantio & Halperin, 1999; Chambless & Hollon, 1998; Davison, 1998; Newman & Castonguay, 1999; Weisz, Hawley, Pilkonis, Woody & Follette, 2000). Gemäss Hubble et al. (2001) leisten Techniken und Modelle ihren Beitrag zur Veränderung dadurch, dass sie die Wirkkraft der anderen gemeinsamen Faktoren vergrössern. Dies beispielsweise indem sie durch das Vermitteln einleuchtender Behandlungskonzepte helfen, bei Patienten positive Besserungserwartungen zu fördern. Die Autoren vertreten die Ansicht, dass Techniken und Modelle dann wirksam sind, wenn sie zum Patienten passen, seinen Erwartungen entsprechen, wenn sie

geeignet sind, die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten zu fördern und wenn sie beim Patienten das Gefühl von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Selbstbeherrschung stärken. Es scheint also weniger von Bedeutung zu sein, *was* getan wird, sondern *wie* es getan wird.

1.1.2.4 Integration allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren

Wie die Konzeptualisierung der spezifischen Wirkfaktoren durch Hubble et al. (2001) deutlich macht, ist die klare Trennung zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren in der Empirie nicht haltbar. Veränderung in der Psychotherapie entsteht nicht durch den einen *oder* anderen Faktor, sondern vielmehr durch das *wechselseitige Zusammenspielen* beider Elemente.

Allgemeine „Interventionen“ sind durchaus in der Lage, spezifische Störungen oder Symptome zu beeinflussen, während umgekehrt störungsspezifische Interventionen auch allgemeine Effekte haben (...) und eine Integration störungsspezifischer und allgemeiner Interventionen zumindest bei einer ganzen Reihe von Störungsbildern angebracht erscheint und wohl die Psychotherapie der Zukunft sein wird (Strauss, 2001, S.428).

Zu einem ähnlichen Schluss gelangen Castonguay und Grosse Holtforth (2005), welche die in der Diskussion um die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsweisen vorherrschende Dichotomisierung zwischen Technik und Beziehung kritisieren. Ihnen zufolge gibt es genügend Hinweise darauf, dass *sowohl die Beziehung als auch die Techniken* wichtige Komponenten therapeutischer Veränderungen sind, welche miteinander interagieren. So können einerseits gewisse Aspekte der Beziehungsgestaltung als Technik eingesetzt werden und andererseits Techniken ihren Effekt immer nur im Kontext der Therapeuten-Patienten Beziehung entfalten. Gemäss Hubble et al. (2001) eignet sich die Unterteilung zwar als praktische Heuristik, um die Bestandteile verschiedener Therapien zu unterscheiden, nicht aber um die Komplexität des Veränderungsprozesses in der Therapie zu beschreiben.

In der aktuellen Psychotherapieforschung herrscht zunehmend Einigkeit darüber, dass die Dialektik zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren zu Gunsten einer integrativen Sicht aufzugeben ist. Als wichtigster Vertreter dieser neuen Forschungsrichtung ist die „Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change“ (ESP, Castonguay & Beutler, 2006) zu nennen, deren Bestreben es ist, Veränderungsmechanismen für verschiedene Störungsbilder und hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte zu formulieren, welche störungsspezifische Behandlungsmanuale ergänzen.

Ziel dieser Arbeit ist, das *Zusammenspiel* „allgemeiner“ und „spezifischer“ Wirkfaktoren zu untersuchen. Die definitorische Heuristik „spezifisch“ versus „unspezifisch“ wird im Wissen um deren Problematik beibehalten, wobei die allgemeinen Wirkfaktoren auch als „Kontext der Problembearbeitung“ (Beziehungsgestaltung, Strukturierung, motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Aktivierung der Patienten) und die spezifischen Wirkfaktoren als „Inhalt“ (Techniken und Interventionen) der Problembearbeitung bezeichnet werden.

1.1.3 Prozessforschung

In der psychotherapeutischen Forschung fand in den vergangenen zwanzig Jahren eine Abwendung von der Erfolgs- und eine Hinwendung zur Prozessforschung statt (Grawe, 1989). Ziel der psychotherapeutischen Prozessforschung ist es, den *Prozess der Veränderung* („Process of Change“) abzubilden (Bastine, Fielder & Kommer, 1989). Dabei gilt es, Muster und Strukturen herauszuarbeiten, welche sequentielle Veränderungen beschreiben können (Kanfer et al., 1991). Die Frage nach dem „Wie“ von Veränderung erfordert neue Überlegungen beim methodischen Vorgehen der empirischen Analyse und bei der Theorienbildung (Schindler, 1996). Auf diese wird im folgenden Abschnitt eingegangen. Zu Beginn des Abschnitts werden verschiedene Aspekte der Prozessforschung erläutert, worauf Schwierigkeiten dieser Art von Forschung diskutiert werden. Ziel des Abschnittes ist es, Anforderungen an empirische Prozess-Outcome-Studien herauszuarbeiten.

1.1.3.1 Aspekte der Prozessforschung

Bei der Suche nach veränderungsrelevanten Mustern und Sequenzen stehen sich zwei *Forschungsstrategien* gegenüber (Hill & Lambert, 1990): Die *explorative Strategie* („discovery-oriented“ z.B. Clara Hill, 1990) und das *theoriegeleitete Vorgehen* („theory-based“, z.B. Luborsky, 1990). Bei der pragmatisch orientierten *explorativen Forschung* lässt man sich von der Beobachtung klinischer Phänomene leiten. Die Beschreibung dieser Phänomene führt zur Formulierung von Hypothesen, welche wiederum der empirischen Überprüfung unterzogen werden können. Beim *theoriegeleiteten Vorgehen* bildet eine Prozesstheorie den Ausgangspunkt. Von dieser Theorie werden Hypothesen abgeleitet, welche zur Operationalisierung theoretischer Konstrukte führen, die wiederum empirisch überprüft werden. Da bis heute keine allgemeingültige Prozesstheorie existiert (Schindler, 1996) und auch das explorative Vorgehen theoretisch fundierter Konstrukte bedarf, empfiehlt sich eine *Kombination beider Ansätze*, indem man sich bei der Hypothesengenerierung von einem vorläufigen Prozessmodell leiten lässt, welches durch die empirischen Ergebnisse fortlaufend korrigiert und ergänzt wird.

Die *Beschreibung des Prozessgeschehens* kann auf unterschiedlichen *Ebenen* erfolgen. Hill und Lambert (2004) unterscheiden vier Ebenen der Beschreibung: (1) Am häufigsten wird *das Verhalten* untersucht, welches in *offenes* (direkt beobachtbares) und *verdecktes* Verhalten (aus der Beobachtung erschlossenes Verhalten, z.B. die Intention des Therapeuten) unterteilt werden kann. (2) Es kann auch der *Inhalt oder die Bedeutung des Gesprochenen* analysiert (3) oder die *Art und Weise* beschrieben werden, in der etwas getan wird (z. B. empathisch), respektive (4) ein *qualitatives Urteil* über die Güte des Beobachteten (z.B. Kompetenz) gemacht werden. Gemäss Hill und Lambert (2004) konnte nachgewiesen werden, dass Daten, welche auf direkter Verhaltensbeobachtung beruhen (z.B. Hill & Stephany, 1990) zu besseren Interraterreliabilitäten führen, als solche, welche aus Inferenzen gewonnen werden (z.B. Dollar & Auld, 1959). Dies deshalb, weil direkte Verhaltenbeobachtung operationalisiert werden kann, während Inferenzen auf Grund von Schlussfolgerungen erfolgen.

Das therapeutische Geschehen kann auch aus *verschiedenen Perspektiven beurteilt* werden. Die Einschätzung kann durch die *direkt* in das therapeutische Geschehen involvierten Personen (Therapeut und Patient), oder durch *externe Beobachter* (Supervisoren, Rater) erfolgen (Hill & Lambert, 2004). Der Vorteil der Einschätzung durch direkt involvierte Personen liegt darin begründet, dass sie über mehr Informationen verfügen (z.B. die Stimmung im Therapieraum) als externe Beobachter. Von diesen wird jedoch angenommen, dass sie neutraler sind als direkt in den Prozess involvierte Personen. In verschiedenen empirischen Studien konnte belegt werden, dass die Korrelationen zwischen den verschiedenen Beurteilerperspektiven tief sind (z.B. Hill, 1974; Truax, 1966). Wenn die Datenerhebung durch selber nicht therapeutisch tätige externe Beobachter erfolgt, muss sichergestellt werden, dass diese gut geschult sind, da gewisse psychotherapeutische Prozesse für Laien nur schwer einzuschätzen sind.

Prozessstudien unterscheiden sich auch im *Abstraktionsniveau* der erhobenen Daten. Ist der Abstraktionsgrad gering, können leicht quantifizierbare und reliabel beobachtbare Variablen erhoben werden, welche aber nur einen geringen Beitrag zur Erklärung der Veränderungsprozesse liefern. Ist der Abstraktionsgrad hoch, sind die Variablen häufig komplex, wodurch sich die Operationalisierbarkeit erschwert und die Interraterreliabilitäten geringer ausfallen (Marmar, 1990). Verschiedene Autoren (Elliott, 1991; Greenberg & Pinsof, 1986; Marmar, 1990; Schindler, 1996) empfehlen einen *mittleren Abstraktionsgrad* und ein *gestuftes Vorgehen*: Die Forschung soll mit der Beobachtung kleiner, leicht beobachtbarer und verhaltensnaher Einheiten beginnen und mit zunehmenden empirisch gesicherten Erkenntnissen zu komplexeren Konstrukten fortschreiten.

Ein weiterer Aspekt des Prozessgeschehens betrifft die *Zeiteinheit*, in welcher das Prozessgeschehen eingeschätzt wird.

the unit chosen, be it word, phrase, utterance, problem area, initial period of therapy, and so on, will depend on the constructions of interest and on the question being asked by a particular study (Greenberg, 1986a, p.715).

Von einem Auflösungsgrad auf der *Makroebene* wird dann gesprochen, wenn der gesamte Therapieverlauf (Orlinsky & Howard, 1986), eine Phase (Kanfer & Grimm, 1980) oder längere Sequenzen (Greenberg, 1984) innerhalb der Therapie betrachtet werden. Analysen von Sprechakten (Schulte, 1992), Minutensequenzen (Gassmann, 2002) oder veränderungsrelevanten Episoden (Greenberg, 1984) können als *Mikroprozessanalysen* bezeichnet werden.

Bordin et al. (1954) halten fest, dass die Beobachtung des Prozesses in kleinen, standardisierten Einheiten deren Essenz zerstört, da relevante Prozesse längere Zeit andauern. Marmar (1990) konstatiert zudem, dass definierte standardisierte Einheiten wenig klinische Information beinhalten, da deren Kontext ignoriert wird. Dem stellt Fiske (1977) gegenüber, dass die Einschätzung von längeren Prozesssequenzen weniger reliabel ist, da das Verhalten innerhalb der Sequenzen fluktuiert. Gemäss Hill und Lambert (2004) hat die Auswahl des Auflösungsgrades einen Einfluss auf die Ergebnisse. Die

Autoren empfehlen, die einzuschätzende Einheit dem Konstrukt anzupassen und diese auch immer *innerhalb des Kontextes* zu betrachten. Zudem wird empfohlen, *Gesamtverläufe* (oder einzelne Stunden daraus) zu untersuchen. Schindler (1996) legt nahe, Einzelsitzungen, die sich im Hinblick auf die Gesamtzielsetzung der Psychotherapie als besonders „wichtig“ oder „erfolgreich“ erwiesen haben zu analysieren und diese mit Sitzungen zu kontrastieren, welche „wenig hilfreich“ oder „wenig erfolgreich“ waren.

Was die Definition des Erfolgs anbelangt, gehen die Meinungen auseinander. Greenberg (1986b) postuliert dafür, den Erfolg durch „little“ statt „big Os“⁸ zu operationalisieren, da ein solches Zeitkriterium einen zeitlich näheren Bezug zur beobachteten Variable aufweist. Dem gegenüber steht die Auffassung von Schindler (1996), welcher dafür plädiert, den Erfolg mittels doppelten Kriteriums zu erfassen (d.h. sowohl Erfolgskriterien für Zwischenziele zu formulieren, als auch das Gesamtergebnis bei Ende der Therapie einfließen zu lassen). Das Erfolgsmass muss sich zudem an den Zielen der Patienten orientieren, damit Aussagen über klinisch signifikante Veränderungen gemacht werden können (Kazdin, 1999; Schulte, 1993).

Was die Stichprobe anbelangt, ist es von Vorteil, wenn diese hinsichtlich Symptomatik und anderen persönlichen Daten *homogen* ist. Laut Schindler (1996) ist anzunehmen, dass bei unterschiedlichen Störungsbildern Veränderungsprozesse unterschiedlich verlaufen und unterschiedliche Strategien zu verschiedenen Zeitpunkten zum Einsatz kommen. Auch die *Therapeuten* sollten sich hinsichtlich ihres Ausbildungsstandes nicht voneinander unterscheiden und die *miteinander verglichenen Behandlungen* sollten in Inhalt und Dauer vergleichbar sein.

1.1.3.2 Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Prozessforschung

Die grösste Herausforderung im Erforschen therapeutischer Prozesse liegt in der *Komplexität des Untersuchungsgegenstandes*. Die Vielfalt der Wechselwirkungen zwischen Patienten, Therapeuten, dem Behandlungsprozess und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in welche die Therapie eingebettet ist, konnten Orlinsky, Grawe und Parks (1994) im „Generic Model of Psychotherapy“ aufzeigen. Prozessforschung ist daher immer ein Balanceakt. Auf der einen Seite steht das Bemühen um *Einfachheit und Stringenz* mit dem Ziel, die Forschungsergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen und auf der anderen Seite ist der Forscher bemüht, der *Komplexität* des psychotherapeutischen Prozesses gerecht zu werden. Dieser Sachverhalt führt zu einem nur schwer überwindbaren Dilemma.

Die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes macht es notwendig, *verschiedene Ebenen des therapeutischen Prozesses* zu untersuchen und Prozessvariablen *innerhalb ihres Kontextes* zu interpretieren (Greenberg & Pinsof, 1986). Dies deshalb, weil dieselben beobachteten Variablen (z.B. Intervention des Therapeuten oder Reaktion des Patienten) in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Bedeutungen erlangen können (Grosse Holtforth, Castonguay & Borkovec, 2004).

⁸ „O“ steht für „Outcome“. Mit „little o“ werden Teilerfolge während des Therapiegeschehens bezeichnet, wohingegen sich „big O“ auf den Therapieerfolg bezieht.

Zum Beispiel kann das Verhalten eines Patienten im Kontext einer guten Therapiebeziehung eine andere Bedeutung haben als im Kontext einer schlechten Therapiebeziehung (Smith & Grawe, 2005). Zudem kann eine *Kombination verschiedener Interventionen* zu einem Effekt führen, welcher durch die Betrachtung einer isolierten Intervention nicht erkannt würde. Beutler et al. (2004) empfehlen deshalb, immer sowohl Aspekte des Prozesses, des Therapeuten, des Patienten und der Therapiebeziehung in die Prozessforschung einzubeziehen.

Es existiert bis heute kaum ein breit anerkanntes *theoretisches Modell des Prozessgeschehens* (Schindler, 1996).⁹ Die Folge davon sind vielfältige Studienergebnisse, welche nur bedingt miteinander verglichen werden können, weil sie sich in ihrem Auflösungs- und Abstraktionsgrad unterscheiden („little p“ versus „big P“)¹⁰, weil darin unterschiedliche Perspektiven¹¹ durch unterschiedliche Beobachter¹² eingeschätzt werden und die Veränderungsmuster mit unterschiedlichen Outcomes in Beziehung gebracht werden („little o“ versus „big O“)¹³ (Hill & Lambert, 2004, Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Dies erschwert das Anknüpfen an bereits veröffentlichte Studienergebnisse und wirkt sich negativ auf Kontinuität und Akkumulation von Wissen im Bereich der Prozessforschung und therapeutischer Veränderungsprozesse aus.

Experimentelle Manipulation der unabhängigen Variablen ist in der Psychotherapieprozessforschung häufig nicht möglich, nicht durchführbar oder unethisch (z.B. kann die Therapiebeziehung nicht experimentell manipuliert werden). Der Einfluss von Störvariablen kann selten kontrolliert werden. Prozessforschung basiert daher häufig auf quasiexperimentellen Designs und korrelativen Forschungsstrategien. Darunter leidet die interne Validität der Untersuchung erheblich. Zudem erlaubt das so gewonnene Datenmaterial häufig lediglich deskriptive Analysen und korrelative Berechnungen, auf Grund derer keine Kausalaussagen gemacht werden können. Die Richtung des Zusammenhanges bleibt somit unklar.

Ein neues Selektionsverfahren wurde durch Grawe (1999) und Smith und Grawe (2005) vorgeschlagen. Es handelt sich um die „*Selektion aus Natürlicher Variation*“ (SNV). Dabei werden aus einem grossen Datenpool Sitzungen mit bestimmten Merkmalen ausgewählt (z.B. Sitzungen, in denen die Therapiebeziehung besonders gut oder schlecht realisiert wurde). Die Subgruppenbildung (in diesem Fall Gruppen mit guter versus schlechter Therapiebeziehung) kann als Ersatz für die experimentelle Manipulation betrachtet werden. Die Untergruppen können dann im Hinblick auf therapierelevante Variablen (z.B. Interventionen) miteinander verglichen werden. Gemäss Smith und Grawe (2005) können so gewonnene Resultate nicht als empirisch gesicherte Befunde, sondern als *klinisch plausible Resultate* erachtet werden. Um die Kausalität der Prozesse besser abzusichern empfiehlt Doss (2004) zudem, auch in der Prozessforschung über korrelative Berechnungen hinauszugehen und weiterführende inferenzstatistische Analysen durchzuführen.

⁹ Ein Vorschlag, wie der therapeutische Veränderungsprozess erhoben werden könnte stammt von Doss (2004) und wird weiter unten ausgeführt.

¹⁰ „little p“ steht für die Analyse des Prozesses („process“) auf der Mikroebene, während „big P“ für Prozesse auf der Makroebene steht.

¹¹ Die Bedeutung eines Prozesses aus der Perspektive eines Patienten ist nicht vergleichbar mit der Bedeutung desselben Prozesses aus der Perspektive des Therapeuten.

¹² Erfolgt die Beobachtung durch externe Rater, den Therapeuten oder den Patienten?

¹³ „Little o“ steht für Teilerfolge während des Therapiegeschehens, wohingegen „big O“ sich auf den Therapieerfolg bezieht.

Eine weitere Schwierigkeit korrelativer Prozessforschungsstrategien liegt in der *Wechselwirkung zwischen Therapeutenverhalten und Veränderungsprozessen des Patienten*. Dieses Problem wurde von Stiles und Shapiro (1989, 1994) als *responsiveness critique* bezeichnet und wird von Doss (2004) folgendermassen beschrieben: Therapeuten passen ihr Verhalten den Bedürfnissen der Patienten an. Daher sind die Veränderungsprozesse des Patienten nicht nur Konsequenz der therapeutischen Interventionen, sondern auch *deren Vorläufer*. Patienten, welche sich nur wenig verändern (oder weniger gesund sind) veranlassen Therapeuten dazu, *mehr Interventionen* zu realisieren als gesunde Patienten (oder solche, die sich schon stark verändert haben) (Abbildung 1.2). Bei stark eingeschränkten Patienten führen Interventionen weniger unmittelbar zu Therapieerfolgen als bei weniger eingeschränkten Patienten. Die Korrelation zwischen der Häufigkeit durchgeführter Interventionen und dem Therapieergebnis fällt folglich negativ aus. Ein solches negatives Muster wurde in zahlreichen Studien gefunden, in welchen Interventionen mit dem Therapieerfolg korreliert wurden, so beispielsweise bei Castonguay et al. (1996), welche die Häufigkeit kognitiver Interventionen bei depressiven Patienten untersuchten.

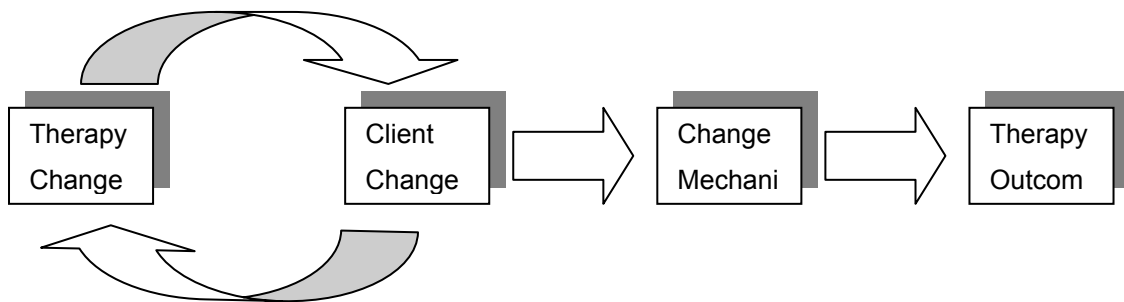


Abbildung 1.2: Komponenten therapeutischer Veränderungen (Quelle: Doss, 2004, p.369)

Zur Überwindung dieses Problems empfiehlt Doss (2004), verschiedene Komponenten der Therapeutischen Veränderung zu erfassen: (1) *Therapy Change Process* (z.B. Kognitive Techniken, welche es dem Patienten ermöglichen, dysfunktionale Gedanken zu erkennen), (2) *Client Change Process* (z.B. die Fähigkeit des Patienten, depressive Gedanken zu erkennen und zu verändern) und (3) *Change Mechanism* (z.B. die Gedanken im Alltag des Patienten sind adäquater und beeinflussen Emotionen und Verhalten positiv). Eine Kritik betreffend Methodik und Durchführbarkeit dieses Ansatzes findet sich bei Grosse Holtforth et al. (2004).

In vorliegender Arbeit wurde versucht, den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Nachfolgend wird beschrieben, in welcher Weise den Anforderungen Rechnung getragen wurde.

- (1) Es wird eine *kombinierte (theoriengeleitete und explorative) Forschungsstrategie* angewandt: Theoretischer Hintergrund für die Operationalisierung der Konstrukte und die Hypothesengenerierung bildet Grawes Konsistenztheorie (1998, 2004) sowie weiterführend empirische Studien aus der aktuellen Forschungslandschaft. Die Datenauswertung erfolgt sowohl hypothesengeleitet wie auch explorativ.
- (2) Erhoben werden *Mikroprozesse auf Minutenebene* mit operationalisierten Konstrukten auf *mittlerem Abstraktionsgrad*. Im Fokus der Aufmerksamkeit liegt das *direkt beobachtbare Verhalten* des Therapeuten und des Patienten. Aus Inferenzen gewonnene Schlüsse werden vermieden.
- (3) Um *veränderungsrelevante Muster* herauszuarbeiten, werden sowohl der Kontext wie auch der Inhalt der Problembearbeitung erhoben. Zudem erfolgt die Erfassung des Kontexts der Problembearbeitung mehrdimensional (Aspekte der Beziehungsgestaltung, Strukturierung, Qualität der emotionalen Aktivierung und motivationale Ausrichtung des Patienten), welche allerdings auf *derselben Bedeutungsebene* zu lokalisieren sind.
- (4) Die Datenerhebung wird durch externe Beobachter (Rater) durchgeführt. Da diese über keine klinisch-psychotherapeutische Erfahrung verfügen, wird eine gute Reliabilität der Daten durch *ein intensives Ratertraining* angestrebt.
- (5) Die Prozessmerkmale werden mit einem *doppelten (subjektiven) Erfolgskriterium* in Beziehung gesetzt, in welches sowohl ein „little o“ (Klärungs- und Bewältigungserfahrungen aus dem Patientenstundenbogen) als auch ein „big, resp. medium O“ (GAS-Zielstufenerreichung aus den Zwischenmessungen) einfließt.¹⁴
- (6) Das Selektionsverfahren SNV (Selektion aus natürlicher Variation) führt dazu, dass nicht Gesamtverläufe von Therapien sondern lediglich einzelne Therapiesitzungen ausgewählt werden. Die gebildeten *Extremgruppen* werden hinsichtlich ihrer (durch externe Beobachter) eingeschätzten Therapieprozesse miteinander kontrastiert.
- (7) Die Stichprobe ist – aufgrund des Auswahlverfahrens – weder bezüglich Diagnose noch anderer Patientenmerkmale homogen und auch die Erfahrung der Therapeuten ist heterogen. Um dennoch Aussagen über *homogene Teilstichproben* machen zu können, werden diagnosespezifische Subgruppen gebildet und getrennt analysiert.
- (8) Neben Korrelationen, Mittelwertsvergleichen und deskriptiven Verlaufsdarstellungen werden weiterführende statistische Berechnungen durchgeführt (z.B. Logistische Regressionen, Kreuzkorrelationen und Strukturgleichungsmodelle). Zwar können daraus (meist) keine kausalen Aussagen abgeleitet werden, da keine Therapieverläufe untersucht werden und der Zeitaspekt dadurch unberücksichtigt bleibt, die hypothetisch postulierten Zusammenhänge und deren Richtung erhalten jedoch durch die Ergebnisse mehr Glaubwürdigkeit.

¹⁴ vgl. hierzu Abschnitt 2.1.2

1.2 Konsistenztheoretische Sicht der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen

Theoretischer Hintergrund dieser Arbeit bildet die Konsistenztheorie von Klaus Grawe (1998, 2004). Diese soll in nachfolgendem Kapitel kurz skizziert werden. Es folgt zuerst ein Abriss über die Grundzüge der Konsistenztheorie (Abschnitt 1.2.1), worauf die konsistenztheoretische Sicht der Entstehung psychischer Störungen erläutert und die Wirkungsweise von Psychotherapie erklärt wird (Abschnitt 1.2.2). Am Schluss des Abschnitts wird auf die konsistenztheoretische Sicht der Entstehung und Behandlung depressiver Störungen eingegangen (Abschnitt 1.2.3), da diese einen Schwerpunkt der statistischen Analysen darstellen. Die Ausführungen dieses Kapitels wurden mehrheitlich den Werken von Grawe (1998, 2004) entnommen.

1.1.1 Konsistenztheorie nach Klaus Grawe

Im Mittelpunkt der Konsistenztheorie von Klaus Grawe steht das Konstrukt der Konsistenz. Mit Konsistenz wird ein Zustand beschrieben, in welchem die gleichzeitig ablaufenden neuronalen und psychischen Prozesse eines Menschen miteinander vereinbar sind und sich nicht gegenseitig behindern. Gemäss Grawe ist das Streben nach Konsistenz der Motor der psychischen Aktivität, denn Konsistenz bildet die Grundlage für eine gute psychische Gesundheit.

Inhaltlich wird die psychische Aktivität durch Grundbedürfnisse geleitet. In Übereinstimmung mit den in der „Cognitive Experiential Self Theory“ von Epstein (1990) formulierten Grundbedürfnissen, wird auch in der Konsistenztheorie von vier Grundbedürfnissen ausgegangen, welche allen Menschen eigen sind und nach deren Befriedigung Menschen streben. Dies sind:

- Das Bindungsbedürfnis
- Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Für die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse bilden Menschen im Verlauf ihres Lebens motivationale Schemata heraus. Je nachdem, welche (v.a. frühkindlichen) Erfahrungen ein Mensch macht, bilden sich vorwiegend positive, von Annäherungszielen geleitete Schemata oder negative, von Vermeidungszielen geleitete Schemata heraus. Die motivationalen Schemata bestimmen wiederum darüber, welche Erfahrungen ein Mensch in der Interaktion mit seiner Umwelt macht, wie gut er damit seine Bedürfnisse befriedigen kann und in welchem Ausmass diese Erfahrungen konsistent mit seiner psychischen Struktur sind. Wenn ein Kind beispielsweise in den ersten Lebensmonaten eine primäre Bezugsperson hat, welche sein Bedürfnis nach Nähe und Aufgehobensein gut befriedigen kann, bildet sich mit grosser Wahrscheinlichkeit ein starkes und stabiles Annäherungsschema und mit diesem die Gewissheit, dass Menschen grundsätzlich gut sind, man ihnen trauen und sich auf sie einlassen kann.

Dieses Kind hat gute Chancen, einen sicheren Bindungsstil zu entwickeln und es wird ihm wahrscheinlich gelingen, als erwachsene Person eine stabile Beziehung einzugehen. Somit wird sein Bedürfnis nach Bindung gut befriedigt werden, was wiederum zu einer Konsolidierung des bindungsrelevanten Annäherungsschemas führt. Im Bindungsbereich würde man in diesem Fall von einer hohen Konsistenz sprechen. In Abbildung 1.3 ist das Zusammenspiel zwischen Grundbedürfnissen, Schemata und Konsistenz graphisch dargestellt.

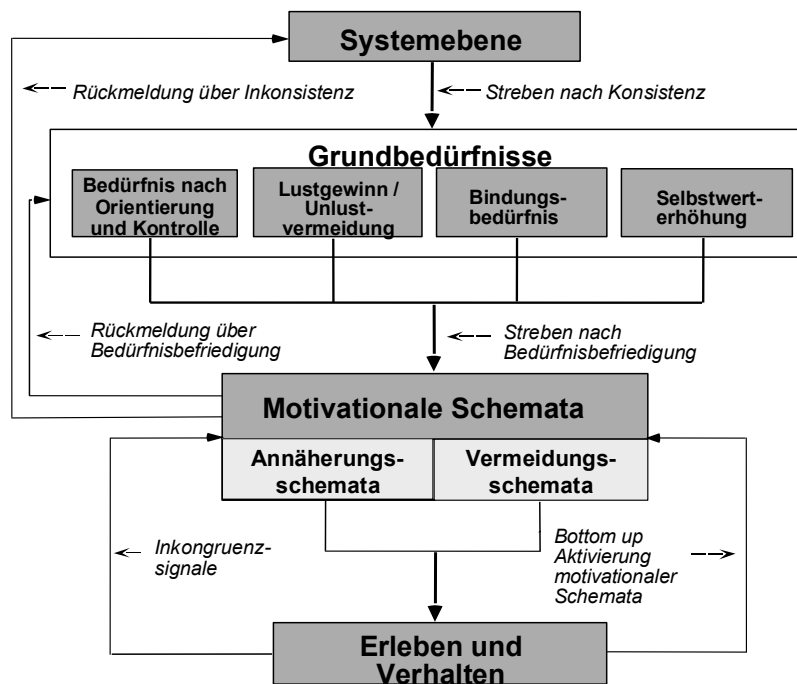


Abbildung 1.3: Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (Quelle: Grawe, 2004, S. 189).

1.2.1.1 Entstehung psychischer Störung aus konsistenztheoretischer Sicht

Bei einem Menschen, der frühkindlich verletzende Erfahrungen bezüglich seiner Bedürfnisse macht, bilden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeidende Schemata zum Schutz weiterer Verletzungen. Wird die psychische Aktivität vorwiegend durch Vermeidungsschemata geleitet, ist eine gute Bedürfnisbefriedigung erschwert und es kommt zu Inkonsistenz im psychischen Geschehen. Ein Beispiel dafür wäre ein Mensch, dessen primäre Bezugsperson unter einer Depression leidet und dem Bedürfnis des Kindes nach Schutz und Sicherheit nicht gut entsprechen kann. Das Kind lernt frühkindlich, dass Beziehungen nicht sicher sind und wird in seinem Verhalten als erwachsene Person Mühe haben, sich auf Beziehungen einzulassen, was mit ungünstigen Folgen für die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses und daraus resultierenden Inkongruenz einhergehen kann. Inkongruenz bildet den Nährboden für die Entwicklung psychischer Störungen.

In der Konsistenztheorie werden zwei Formen der Inkonsistenz unterschieden:

(1) **Inkongruenz** ist gegeben, wenn aktivierte motivationale Ziele nicht mit den realen Wahrnehmungen übereinstimmen.

(2) Von **Diskordanz** wird dann gesprochen, wenn sich intern ablaufende Prozesse gegenseitig behindern. Dies kann geschehen, wenn ein motivationaler Konflikt vorliegt, weil gegenläufige motivationale Ziele neuronal eng miteinander verbunden sind und gleichzeitig aktiviert werden.

Neuronale Erregungsmuster, welche psychischen Störungen zu Grunde liegen, entstehen nach konsistenztheoretischer Sicht in Situationen akut erhöhter Inkonsistenz. Diese erhöht den Spannungszustand im psychischen Geschehen. Es kann vorkommen, dass neue, maladaptive Verhaltensweisen, Wahrnehmungen oder Gedanken funktional für die kurzfristige Reduktion von Inkonsistenz sind. Die kurzfristige Inkonsistenzreduktion führt zu einer negativen differentiellen Verstärkung der maladaptiven Komponenten. Wird dieser Vorgang nun vermehrt vollzogen, weil die Inkonsistenz anhält, bildet sich auf neuronaler Ebene ein neues, maladaptives Ordnungsmuster. Nach Hebb's (1949) Prinzip „neurons that fire together wire together“, werden alle gleichzeitig aktivierten Komponenten des Erregungsmusters durch wiederholte Bahnung miteinander verbunden, so dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder gemeinsam auftreten werden, wenn erneut inkonsistente Zustände das psychische Geschehen bestimmen. Falls das neue Ordnungsmuster maladaptiv ist, führt es nur kurzfristig zu Inkonsistenzreduktion. Langfristig bleibt die Inkonsistenz vorhanden und wird durch das maladaptive Ordnungsmuster sogar noch erhöht. Psychische Störungen können als solche maladaptive Erregungsmuster, entstanden durch misslungene Inkonsistenzregulation, verstanden werden.

1.2.2 Wirkungsweise von Psychotherapie aus konsistenztheoretischer Sicht

Nach dieser Sichtweise muss in einer Psychotherapie vor allem die Konsistenz im psychischen Geschehen verbessert werden, damit es zur Abnahme der Störung und zur Besserung des Wohlbefindens kommen kann. Die Verbesserung der Konsistenz kann grundsätzlich über zwei verschiedene Wege erfolgen, wie dies in Abbildung 1.4 ersichtlich wird.

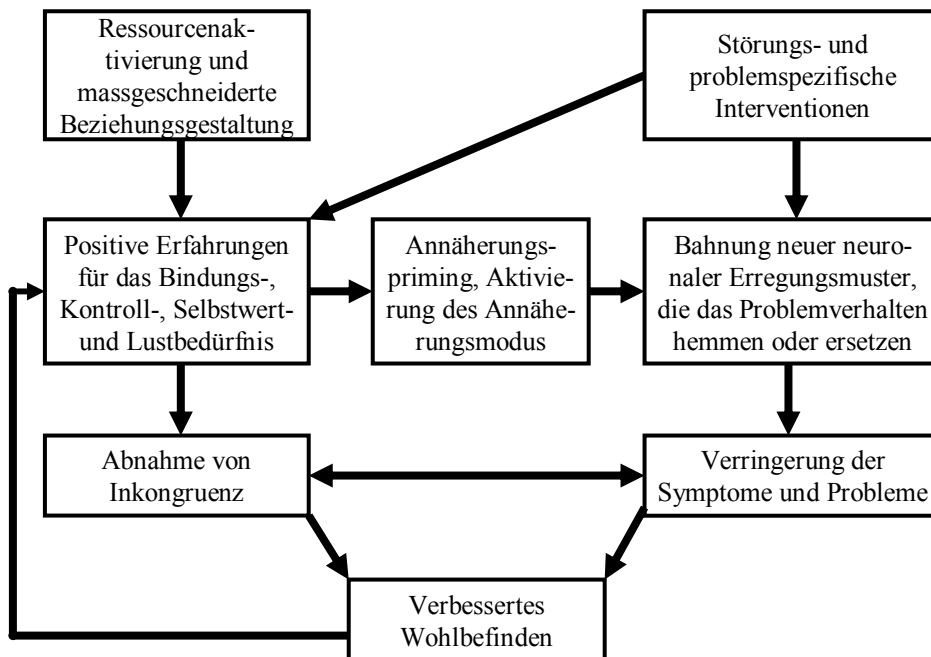


Abbildung 1.4: Wirkungsweise von Psychotherapie aus konsistenztheoretischer Sicht (Quelle: Grawe, 2004, S. 408).

(1) Der erste Weg, in dieser Abbildung auf der rechten Seite dargestellt, setzt direkt an der Behandlung der Symptomatik an. Ein Beispiel dafür wären wiederholte Expositionsübungen bei einem Patienten mit einer Angststörung. Diese **störungsspezifische Behandlung** führt direkt zur Destabilisierung des maladaptiven Ordnungsmusters und zur Bahnung neuer Erregungsmuster, welche das Problemverhalten ersetzen oder hemmen.

(2) Der zweite Weg der Inkonsistenzreduktion, in der Abbildung auf der linken Seite dargestellt, erfolgt im Therapieprozess durch **Ressourcenaktivierung** und durch eine **massgeschneiderte Beziehungsgestaltung**. Hier steht nicht das manualisierte Vorgehen im Vordergrund, sondern die Art und Weise, wie der Therapeut sein Beziehungsangebot und sein therapeutisches Vorgehen auf die motivationalen Ziele und Fähigkeiten des Patienten abzustimmen vermag. Gelingt es dem Therapeuten, dem Patienten positive Wahrnehmungen im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse zu vermitteln, führt dies beim Patienten direkt zur Abnahme von Inkongruenz.

Eine massgeschneiderte Beziehungsgestaltung und kontinuierliche Ressourcenaktivierung kann aber nicht nur über diesen direkten Weg das Therapieergebnis verbessern. Ein indirekter Weg führt darüber, dass ein positiver, annäherungsorientierter Kontext für die Problembearbeitung hergestellt wird. Diesen Vorgang bezeichnet Grawe in Anlehnung an Ito & Cacioppo (1999) als „motivationale Priming“. Damit ist gemeint, dass ein positiver Kontext das Annäherungssystem¹⁵ fördert und negative Emotionen sowie Vermeidungsreaktionen hemmt. Da in der Psychotherapie vorwiegend an Problemen und Schwierigkeiten gearbeitet wird, können schnell negative Emotionen und vermeidende Tendenzen beim Patienten ausgelöst werden. Aus den Ergebnissen der Berner Prozessanalysen ist bekannt, dass dies für ein gutes Therapieergebnis nicht förderlich ist. Die Problembearbeitung eines Patienten führt vor allem dann zu guten Bewältigungserfahrungen, wenn sie in einem positiven Kontext stattfindet (Gassmann & Grawe, 2004; Smith, Regli & Grawe, 1999).

Wird die Konsistenztheorie nach Grawe mit der Diskussion über allgemeine und spezifische Wirkfaktoren¹⁶ verknüpft, so ist der störungsspezifische Weg der Problembearbeitung den *spezifischen Wirkfaktoren* zuzuordnen, während die massgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung zu den *unspezifischen Wirkfaktoren* gehören. Auch in Grawes Konzeption wird den unspezifischen Wirkfaktoren die grössere funktionale Bedeutung für das Therapieergebnis zugeschrieben, was sich mit der in Abschnitt 1.1.2 aufgeführten Befundlage deckt, dass sich nur ein geringer Teil der Wirkung von Psychotherapie auf Unterschiede zwischen den Therapiemethoden zurückführen lässt.

1.2.2.1 Konsistenztheoretische Leitregeln für die Therapiepraxis

Im vorangehenden Abschnitt wurde erwähnt, dass eine massgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung wichtige Wirkprinzipien erfolgreicher Therapien sind. Grawe (2004, S. 436 ff.) hat deshalb klare Leitregeln für die Therapiepraxis formuliert. Da in vorliegender Arbeit (u.a.) diese Leitregeln operationalisiert und der empirischen Überprüfung unterzogen wurden, seien die Wichtigsten hier sinngemäss aufgeführt:

- **Stärkung des Bindungsbedürfnisses:** Der Therapeut verhält sich komplementär in Bezug auf das Bindungsbedürfnis des Patienten, in dem er sich feinfühlig, empathisch und engagiert zeigt. Er wirkt kompetent und der Patient kann sich bei ihm gut aufgehoben fühlen.
- **Vermitteln positiver Erfahrungen im Hinblick auf das Kontrollbedürfnis:** Der Therapeut ermöglicht es dem Patienten, positive Erfahrungen im Hinblick auf sein Kontrollbedürfnis zu machen. Er gestaltet das therapeutische Vorgehen transparent und in einer Art, dass der Patient dabei gut mitmachen kann. Der Patient ist sich darüber im Klaren, was in dieser Sitzung erreicht werden soll und was er selbst dazu beitragen kann.

¹⁵ Der Begriff Annäherungssystem wird in Abschnitt 1.3.3.3 erläutert.

¹⁶ vgl. Abschnitt 1.1.2.

- **Fördern des Selbstwertbedürfnisses:** Der Therapeut stellt aktiv Situationen her, in denen sich der Patient auch von seiner positiven Seite zeigen kann. Er zeigt Interesse an den Stärken und Fähigkeiten des Patienten.
- **Angenehme Zustände erleben lassen:** Der Therapeut nutzt Gelegenheiten dazu, den Patienten positive Zustände erleben zu lassen, indem er mit dem Patienten gemeinsam über etwas lacht oder Erfolge auskostet. Er ermöglicht es dem Patienten, während der Sitzung positive Emotionen zu erleben und setzt dafür geeignete Techniken ein (z.B. Hypnose, autogenes Training, Entspannung mit positiven Vorstellungsübungen).
- **Klarer Fokus einnehmen, an wichtigen Zielen arbeiten, Veränderungsfokus einnehmen und intensiv „dran bleiben“:** Der Therapeut gibt jeder Sitzung einen klaren Fokus. Er arbeitet vorwiegend an den für den Patienten relevanten Zielen. Wenn er mit der Bearbeitung eines Problems begonnen hat, bleibt er längere Zeit „am Ball“ und vermeidet es, zwischen Problemen hin und her zu springen. Auch über die Sitzungen hinweg bleibt er stringent an der Bearbeitung eines Problembereiches. Während der Therapiesitzung nimmt der Therapeut einen bewältigungs- oder veränderungsorientierten Fokus ein.
- **Fördern des Annäherungsmodus:** Der Therapeut bereitet jede Problembearbeitung durch ein „Annäherungspriming“ vor. Dies erfolgt sowohl durch die Vermittlung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen, wie auch durch die Aktivierung positiver Ziele und Emotionen. Er bringt den Patienten dadurch in einen Annäherungsmodus.
- **Problembearbeitung im Annäherungsmodus:** Der Therapeut arbeitet an Therapiezielen, für welche der Patient erkennbar motiviert ist. Wichtige Interventionen führt er dann durch, wenn die motivationale Ausrichtung des Patienten auf Annäherung statt auf Vermeidung ausgerichtet ist.

1.1.3 Konsistenztheoretische Auffassung über die Entstehung der Depression

Da in dieser Arbeit vor dem Hintergrund konsistenztheoretischer Annahmen differentielle psychotherapeutische Veränderungsprozesse depressiver Patienten untersucht werden sollen, widmet sich der folgende Abschnitt essentiellen Kernannahmen über der Entstehung und Behandlung depressiver Störungen aus konsistenztheoretischer Sicht. Die Ausführungen orientieren sich grösstenteils an Grawe (2004) und werden bewusst kurz gefasst. Ausführlichere Beschreibungen der Entstehung der Depression sowie Ausführungen über neuropsychologische Korrelate der Depression finden sich in genanntem Werk.

Nach konsistenztheoretischer Auffassung spielen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression *motivationale* und *interpersonale* Faktoren eine besonders wichtige Rolle. Aufgrund zahlreicher empirischer und neurobiologischer Befunde konzipiert Grawe (2004) die Depression als „*generalisierte Schutzhaltung*“ welche dann entsteht, wenn es Menschen auf Grund einer stark ausgeprägten *motivationalen Vermeidungstendenz* über einen längeren Zeitraum nicht gelingt, motivationale Annäherungsziele zu erreichen oder sich vor der Verletzung motivationaler Vermeidungszielen¹⁷ zu schützen.

Die Depression ist ein logischer nächster Schritt, wenn alle Bemühungen, die Bedrohung dessen, was einem so wichtig ist, abzuwehren, scheitern. Wenn man trotz verzweifelter Kontrollbemühungen in wichtigsten Bedürfnissen, Werten und Zielen immer weiter verletzt wird, was bleiben einem da noch für Reaktionsmöglichkeiten? Wie soll man sich davor schützen?

Es gibt einen Weg: Wenn man alles Wünschen und Wollen aufgibt, wenn man gar keine Gefühle mehr entstehen lässt, wenn man auf alle Ansprüche verzichtet, wenn man sich vor der Umwelt ganz klein macht und selber abwertet, wenn man sich in seiner Lebensfunktion total reduziert, indem man nicht einmal mehr isst, wenn man alles sein lässt, was einem Spass gemacht hat, wenn man sich von allen Menschen zurückzieht, wenn man alles aufgibt, was einem wichtig war, wenn man jedes Hineinwirken in die Umgebung unterlässt, dann ist man recht gut vor weiteren Verletzungen geschützt. Die Depression ist aus dieser Sicht eine generalisierte Schutzhaltung, ein auf die Spitze getriebenes Vermeiden von Verletzungen (Grawe, 2004, S. 368).

Grawe (2004) nennt zwei zentrale *Vulnerabilitätsfaktoren* für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung. (1) Einerseits eine, durch genetische Prädispositionen¹⁸ begünstigte *habituelle Vermeidungstendenz*. Ungünstige genetische Prädispositionen fördern die Aktivierung negativer Emotionen und eine vermeidende motivationale Ausrichtung (Tellegen et al., 1988). Es wird angenommen, dass Individuen mit stark ausgeprägt vermeidendem Motivationssystem¹⁹ (BIS, Gray & McNaughton, 1996) dazu tendieren, vermehrt Vermeidungsziele zu entwickeln (Grosse Holtforth & Grawe, 2002a), was die Realisierung von Annäherungszielen hemmt. Das Überwiegen von Vermeidungs- gegenüber Annäherungszielen (Vermeidungsdominanz) steht mit schlechtem

¹⁷ Vgl. für die begriffliche Abgrenzung zwischen den verschiedenen Vermeidungsterminologien (Vermeidungsmotivation, -ziele, -tendenz) Abschnitt 1.3.3.

¹⁸ Beispielsweise durch ein kurzes HTT-Allel (Suomi, 2000) oder dem Überwiegen des BIS-Systems gegenüber dem BAS-System (Gray & McNaughton, 1996).

¹⁹ vgl. hierzu Abschnitt 1.3.3.

Wohlbefinden, erhöhter psychopathologischer Symptombelastung und erhöhter Depressivität in Beziehung (Grawe, 2004). (2) Als zweiten Vulnerabilitätsfaktor nennt Grawe (2004) verletzenden *frühkindliche Erfahrungen*²⁰, insbesondere im interpersonellen Bereich. Durch ungünstige frühkindliche Bindungserfahrungen wird die Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils (vgl. Bowlby, 1975, 1988) begünstigt (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Dieser erhöht die Vulnerabilität für die Entwicklung interpersonaler Probleme (Grawe, 2004). Der Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsstil sowie interpersonaler Schwierigkeiten (Anderson, Beach & Kaslow, 1999; Holahan, Moos & Bonin, 1999; Dill & Anderson, 1999) und affektiven Störungen (Dozier, 1990; Dozier & Kobak, 1992; Strauss & Schmidt, 1997) ist empirisch breit abgestützt. Gemäss Grawe (2004) führen bindungsverletzende Erfahrungen und ein daraus resultierendes unsicheres Bindungsmuster auch zu anderen weitreichenden Schwierigkeiten, wie verminderte Stresstoleranz, schlechte Emotionsregulation, geringe Selbstwirksamkeitserwartung und schlechtes Selbstwertgefühl, welche wiederum mit einer Vermeidungstendenz in Beziehung stehen. In Abbildung 1.5 sind die aufgeführten Zusammenhänge stark vereinfacht dargestellt. Nach konsistenztheoretischer Auffassung kennzeichnet Depression eine durch oben beschriebene Abläufe entstandene Imbalance zwischen Annäherung und Vermeidung. Die Überaktivierung des Vermeidungssystems ist sowohl Folge wie auch Vorläufer von Veränderungen auf motivationaler, neurobiologischer²¹ und Verhaltensebene.

Bei Depressiven spielt das Vermeiden von Verletzung (...) eine grosse Rolle. Es ist ein wichtiger Teil der depressiven Symptomatik. Nach meiner Auffassung ist es sogar der zentrale Teil der depressiven Symptomatik. Die Veränderungen, welche im Gehirn von Depressiven gefunden wurden, kann am besten so interpretiert werden, dass der Depression letztlich eine Überaktivierung des Vermeidungssystems zu Grunde liegt. Das Vermeiden ist der Ursprung der anderen neuronalen Veränderungen. Es hemmt das Annäherungssystem. Die Überaktivierung des Vermeidungssystems geht mit einer Dauerausschüttung von Stresshormonen einher, die den Hippocampus schädigen. Das immer extremer werdende Vermeiden mündet schliesslich in eine generalisierte Schutzhaltung, bei der gar keine aktive Auseinandersetzung mehr mit den Anforderungen der Umgebung stattfindet. Das geht einher mit der auffälligen Deaktivierung des Anterioren Circularcortex (Grawe, 2004, S. 287).

Die stark ausgeprägte Vermeidungsmotivation Depressiver ist kurzfristig funktional, da sie den Schutz vor weiteren Verletzungen gewährt. Dies führt zu einer negativen Verstärkung der Vermeidung. Langfristig wird dadurch jedoch eine gute Bedürfnisbefriedigung verhindert und die depressive Symptomatik bleibt aufrecht erhalten. Nach konsistenztheoretischer Auffassung besteht somit ein *funktionaler Zusammenhang* zwischen Vermeidung, Inkonsistenz und Aufrechterhaltung des Störungsbildes. Dies unterscheidet die Depression von anderen Störungsbildern (z.B. Angst). Bei denen *kein* funktionaler Zusammenhang zwischen Vermeidung, Inkonsistenzregulation und Symptomatik angenommen wird.

²⁰ Als Risikofaktoren gelten Eltern mit einem unsicherem Bindungsstil (Main, Kaplan & Cassidy, 1985, Strauss & Schmidt, 1997) oder mit psychischen Störungen (Gaensbauer et al., 1984, Radke-Yarrow et al., 1985).

²¹ Als neuronale Korrelate der Depression nennt Grawe (2004) die Hypoaktivierung des linken Präfrontalen Cortex (PFC, Annäherungsverhalten, positive Emotionen) bei gleichzeitiger Hyperaktivierung des rechten Präfrontalen Cortex (Vermeidungsverhalten, negative Emotionen), die Unteraktivierung des Anterioren Circularen Cortex (ACC, „Konfliktmonitor“), verringertes Volumen des Hippocampus und Überaktivierung der Amygdala („Alarmzentrale“).

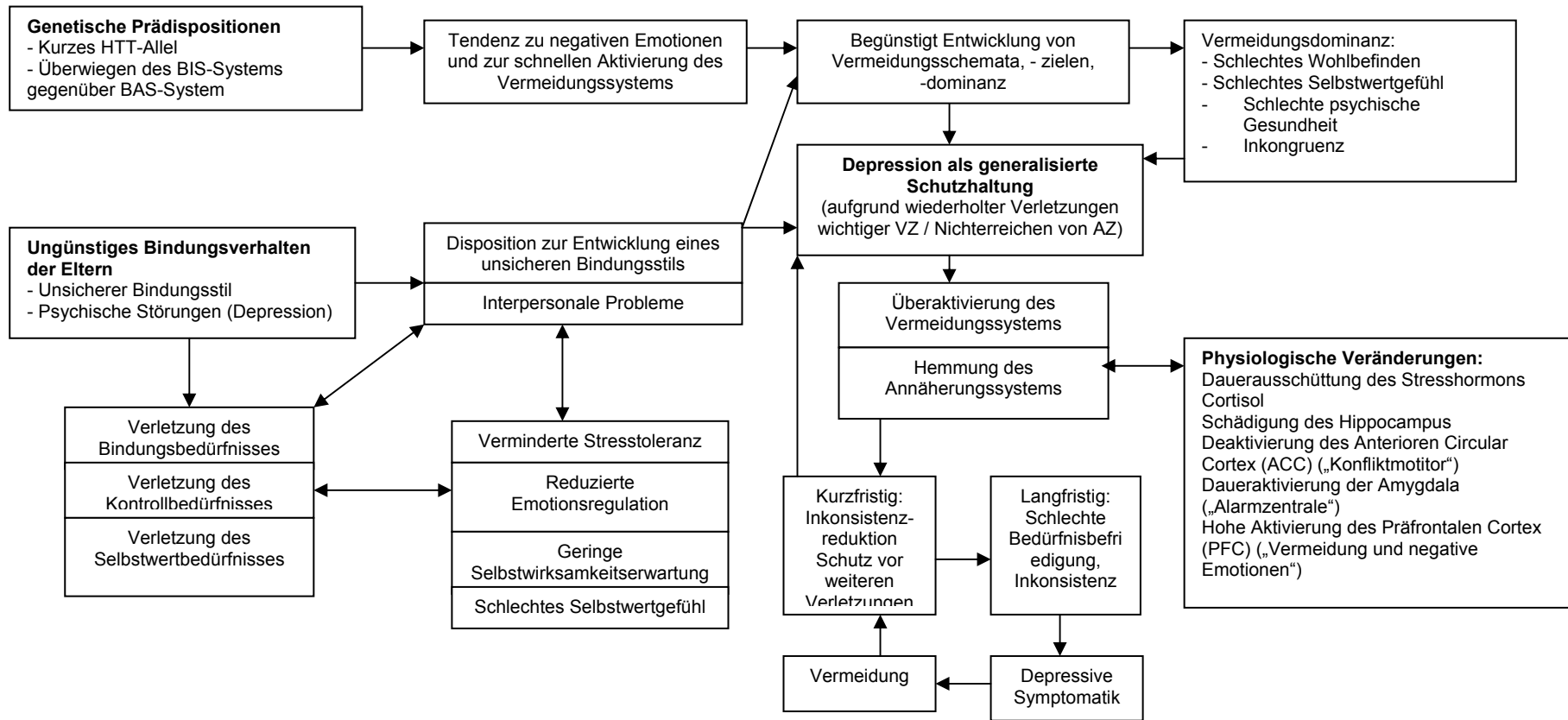


Abbildung 1.5: Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression nach konsistenztheoretischer Auffassung (Grawe, 2004)

1.2.4 Veränderungsmechanismen und Wirkfaktoren der Depressionsbehandlung

Herkömmliche evidenzbasierte Behandlungsansätze der Depression fokussieren auf unterschiedliche Aspekte der kognitiven, behavioralen und interpersonalen Dysregulation. Die kognitive Therapie (CBT) nach Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, Beck, 1995) arbeitet an der Veränderung depressogener Kognitionen und die interpersonale Therapie (IPT) (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984; Weissmann & Klerman, 2000) verbessert das interpersonale Funktionsniveau. In neueren Ansätzen wird vermehrt auf die im Zusammenhang mit Vermeidung in Beziehung stehende emotionale und motivationale Dysregulation fokussiert. Deren Ätiologiemodelle weisen Parallelen zu der Konzeption von Grawe (2004) auf, in welcher die Wichtigkeit motivationaler Aspekte betont wird. Einige dieser Ansätze seien nachfolgend kurz beschrieben.

Greenberg und Watson (2006) vertreten eine konstruktivistische Sicht der Depression, in welcher sie diese als Störung der Emotionsregulation konzipieren. Danach entstehen dysfunktionale negative (emotionale) Selbstschemata durch verletzende frühkindliche Erfahrungen (z.B. Verlust oder Erniedrigung). Diese Schemata und die damit einhergehenden selbstbezogenen negativen Emotionen (z.B. Schuld, Selbstzweifel) können durch zahlreiche Erfahrungen in der Gegenwart aktiviert werden. Aufgrund des Unverständnisses der dadurch ausgelösten *situationsinadäquaten* negativen Emotionen und Gedanken und der mangelnden Fähigkeit, damit umzugehen, werden diese *vermieden*, was wiederum zur Bestätigung und Konsolidierung der negativen selbstrelevanten Schemata führt. Eine aktive und konstruktive Auseinandersetzung mit der Situation, den Emotionen und Gedanken wird dadurch verhindert. An dieser Stelle setzt die durch die Autoren entwickelte Emotionsfokussierte Therapie (Emotion-Focused Therapy, EFT) an. EFT fördert die Auseinandersetzung mit den auf den dysfunktionalen Schemata basierenden negativen Emotionen und Gedanken und fördert damit einen anderen, aktiven Umgang damit, was letztendlich mit einer Schemamodifikation in Beziehung steht. Das Ziel von EFT ist die Veränderung der emotionalen Schemata durch Bewusstseinsförderung der depressionsgenerierenden Gedanken und Emotionen und eine damit einhergehende verbesserte Emotionsregulation.

Auch Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau und Perlman (2005) konzipieren Depression als Störung der Emotionsregulation. Die Autoren vermuten, dass Depressive der Tendenz zum Grübeln (rumination) und dadurch ausgelösten negativen Emotionen durch Vermeidung negativer Emotionen und Gedanken begegnen (Ottenbreit & Dobson, 2004). In Anlehnung an Brewin, Reynolds und Tata (1999) vermuten die Autoren, dass die Vermeidung ähnlich wie bei PTSD-Patienten zu Intrusion von Erinnerungen, Gedanken und Emotionen führt und dadurch der Teufelskreis von Vermeidung, Intrusion und Grübeln aufrecht erhalten bleibt. „Thus, important tasks in treating depression are to reduce the patterns of avoidance and rumination and to facilitate processing“ (Hayes et al., 2005, p. 112). Ähnlich wie Greenberg et al. (2006) schlagen die Autoren eine expositionsorientierte Therapieform vor, in welcher Depressive mit dysfunktionalen Emotionen und Gedanken konfrontiert

werden, was die Reduktion von Vermeidung und eine aktivere Auseinandersetzung mit diesen herbeiführen soll.

Ein ähnliches Ziel verfolgt die Behavioral activation therapy (BA), welche durch Martell, Addis und Jacobson (2001) entwickelt und durch Jacobson, Martell und Dimidjian (2001) weiterentwickelt wurde, welche jedoch stärker auf die verhaltensorientierte Vermeidung abzielt. BA umfasst die aktiven, verhaltensorientierten Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie. Im Zentrum der Therapie steht das TRAP und TRAC Modell, wobei das Ziel darin besteht „TRAP“ (T steht für „trigger“, R für „depressive response“, AP für „avoidance pattern“) durch „TRAC“ (T steht für „trigger“, R für „response“ und AC für „active coping“) zu ersetzen (Jacobson et al., 2001). In Komponentenanalysen zur kognitiven Verhaltenstherapie der Depression mit einer randomisierten Stichprobe mit 150 Patienten konnte der Nachweis erbracht werden, dass der Einsatz aktivierender Interventionen (BA) in gleichem Ausmass effektiv für die akute Depressionsbehandlung wie auch im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe war, wie die Durchführung der gesamten kognitiven Verhaltenstherapie (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996).

Kern dieser Modelle ist die Annahme, dass die *Reduktion motivationaler oder verhaltensorientierter Vermeidung* eine aktive Auseinandersetzung mit depressionsauslösenden- und aufrechterhaltenden Faktoren begünstigt. Dass bei Depressiven die *Vermeidung* stärker ausgeprägt ist als bei Gesunden konnten Pinto-Meza, Caseras, Soler, Puigdemont, Perez & Torrubia (2006) aufzeigen. Sie verglichen 15 Depressive mit 30 Gesunden und konnten zeigen, dass das Behavioral Inhibition System (BIS, Gray & McNaughton, 1996) bei Depressiven über- und das Behavioral Activation System (BAS) unteraktiviert war. Keine Unterschiede im BIS zeigten sich im Vergleich zwischen 35 remittierten Depressiven und den gesunden Personen.

Nach Hayes, Wilson, Gifford, Follette und Strohsal (1996) wird *experiential avoidance* definiert als „effort to escape and avoid emotions, thoughts, memories, and other private experiences“ (p. 1152). Vermeidung im therapeutischen Prozess ist somit das Gegenteil von Offenheit. Offenheit und Engagement sind zentrale Prozessvariablen für Therapieerfolg (Eugster & Wampold, 1996; Orlinsky et al., 1994).

Dass sich die Reduktion der vermeidenden und die Zunahme der annähernden motivationalen Ausrichtung im Therapieprozess positiv auf das Therapieergebnis depressiver Patienten auswirkt, konnte in verschiedenen empirischen Studien nachgewiesen werden. Hayes et al. (2005) fanden in einer Stichprobe mit 29 Depressiven, welche im Verlauf oben beschriebener Therapieform kurze Essays über ihre depressiven Gedanken verfassten (und damit konfrontiert wurden), dass erhöhte Offenheit (engl. processing) mit vermehrter Verbesserung der depressiven Symptomatik, mehr Hoffnung und einem differenzierten (positiven und negativen) Selbstbild einherging, während vermehrte Vermeidung mit weniger Verbesserung der depressiven Symptomatik, mehr Hoffnungslosigkeit und einem negativen Selbstbild in Beziehung stand. Auch Hayes und Strauss (1998) fanden in einer Stichprobe mit 107 Depressiven, dass weniger Vermeidung (engl. protection) im Therapieverlauf mit mehr Verbesserung depressiver Symptome in Beziehung stand.

Annäherung und Vermeidung im Therapieprozess scheinen somit nicht nur einen Effekt auf die erfolgreiche Auseinandersetzung mit relevanten, die Depression aufrechterhaltenden Emotionen und

Gedanken und damit auf das Therapieergebnis zu haben, auch die *Therapiebeziehung* scheint damit in Beziehung zu stehen. Kolden, Strauman, Tierney, Mullen und Schneider (2006) beispielsweise konnten mittels Pfadanalysen den signifikanten positiven Einfluss der Patientenoffenheit auf die Therapiebeziehung nachweisen (die Stichprobe umfasste 97 depressive Patienten). Die Therapiebeziehung wiederum nahm einen günstigen Einfluss auf die therapeutischen Veränderungsprozesse, welche positiv mit dem Sitzungsoutcome in Beziehung stehen. Umgekehrt haben interpersonale Vermeidung und vermeidende Bindungsmuster einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Therapiebeziehung (Clarkin & Levy, 2004; Eames & Roth, 2000; Staatsi, Hardy & Cahill, 2007).

Es scheint ein *wechselseitiges Zusammenspiel* zwischen Annäherung oder Vermeidung des Patienten und der Therapiebeziehung zu geben. Offenheit des Patienten begünstigt das Etablieren einer guten Therapiebeziehung und diese wiederum beeinflusst das Ausmass, in dem sich der Patient in das therapeutische Geschehen einlässt und Vermeidungstendenzen überwinden kann. Diese Mechanismen sind nach konsistenztheoretischer Theorie gerade bei Depressiven von grosser Bedeutung. Gemäss Grawe (2004) „kommt es bei der Therapie depressiver Patienten in erster Linie darauf an, einen Raum zu schaffen, in dem sie sich sicher vor erneuten Verletzungen fühlen können. Dafür ist die Beziehungsgestaltung sicher von entscheidender Bedeutung“ (S. 288). Seiner Auffassung zu Folge führt eine sich an den *Patientenbedürfnissen* orientierende Therapiebeziehung zur Reduktion der vermeidenden motivationalen Ausrichtung. Darüber hinaus fördert eine hinsichtlich der Grundbedürfnisse komplementäre Therapiebeziehung über ein Annäherungspriming den Annäherungsmodus (sprich Offenheit und Engagement). Stärkung von annähernden und Abschwächen vermeidender motivationaler Ausrichtung führen *längerfristig* zu Veränderungen in den motivationalen Zielen der Patienten. Reduktion von Vermeidungsmotivation im Therapieverlauf steht insbesondere bei Depressiven mit starken Veränderungen in Therapieerfolgsmassen in Beziehung. Grosse Holtforth, Grawe, Egger und Berking (2005) konnten an einer Stichprobe mit 76 ambulanten Patienten den Nachweis erbringen, dass die Reduktion der Vermeidungsmotivation (erhoben mit dem FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002)) im Therapieverlauf mit der Abnahme psychopathologischer Symptome (BSI (Franke, 2000)), der Zunahme von Optimismus (VEV (Willutzki, 1999)), besserer Therapiezielerreichung (GAS (Kieresuk & Lundt, 1979)) und der Abnahme interpersonaler Probleme (IIP (Horowitz, 1994)) in Beziehung stand. Diese Zusammenhänge waren besonders bei einer Teilstichprobe Depressiver stark ausgeprägt, die Korrelationen zeigten sich nicht bei Angstpatienten.

Die Therapiebeziehung²² ist in der Arbeit mit Depressiven somit einerseits zentral, weil sie Einfluss auf die motivationale Ausrichtung im Therapieprozess nimmt, welche wiederum mit verschiedenen Veränderungsmechanismen zusammenhängt. Es kommt ihr jedoch in der Depressionsbehandlung auch deshalb ein wichtiger Stellenwert zu, weil Depression in einem interpersonalen Kontext entsteht (Joiner & Coyne, 1999). „The strongest implication of the interpersonal approach is that depression not only has interpersonal features and consequences but also is fundamentally interpersonal in

²² Vgl. zum Thema Therapiebeziehung in der Depressionsbehandlung Abschnitt 1.3.1

nature“ (Joiner, Coyne & Blalock, 1999, p. 7f.). Dies zeigt sich nicht zuletzt im Umstand, dass depressive Patienten im Vergleich zu Angst- oder Schmerzpatienten bedeutend häufiger Therapieziele im interpersonalen Bereich haben (Berking, Jacobi & Masuhr, 2001; Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl, Berking & Grawe, 2004). Die interaktionelle Natur der Störung legt nahe, dass neben der Verbesserung des interpersonalen Funktionsniveaus im Sinne der IPT (Klerman et al., 1984) auch die Interaktionen zwischen Therapeut und Patient einen wichtigen Einfluss auf die Behandlung und das Therapieergebnis haben (Castongauy et al., 2006). Aus konsistenztheoretischer Sicht wird angenommen, dass bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich des Bindungsbedürfnisses korrektive Erfahrungen im Therapieprozess und somit wichtige Veränderungsmechanismen darstellen (Grawe, 2004).

Zusammenfassend lassen diese Ausführungen den Schluss zu, dass die Aktivierung der Annäherungsmotivation und die Reduktion der Vermeidungsmotivation zentrale Wirkprinzipien der Depressionsbehandlung sind. Ferner wird angenommen, dass eine gute Therapiebeziehung (insbesondere das Vermitteln bedürfnisbefriedigender Erfahrungen hinsichtlich des Bindungsbedürfnisses) bei der Depressionsbehandlung mit Erfolg in Beziehung steht und ein wechselseitiges Zusammenspiel zwischen motivationaler Ausrichtung und Qualität der Therapiebeziehung besteht.

1.3 Theoretische Annahmen und empirische Untersuchungen über relevante Prozessvariablen

Dieser Abschnitt dient der näheren Beleuchtung der in dieser Arbeit untersuchten Konstrukte. Ziel ist es, diese in die aktuelle empirische Forschungslandschaft einzubetten und sie sowohl mit dem konsistenztheoretischen Hintergrund, wie auch mit anderen theoretischen Zugängen zu verknüpfen. Sowohl konsistenztheoretische Annahmen, wie auch unten aufgeführte empirische Befunde führen zur Formulierung der Hypothesen und Fragestellungen (Abschnitt 1.4). Die Abschnitte wurden wie folgt gegliedert: Auf die *Definition* der Konstrukte folgen *störungsübergreifende* theoretische Überlegungen, worauf differentielle Aussagen zu *spezifischen Störungsbildern* (v.a. depressive Störungen und z.T. Angststörungen) aufgeführt werden. Zuerst werden die Konstrukte diskutiert, welche als *Kontext der Problembearbeitung* bezeichnet wurden (bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung (respektive Therapiebeziehung), Strukturierung, emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung der Patienten), worauf auf den *Inhalt der Problembearbeitung* (Techniken und Interventionen) eingegangen wird.

1.3.1 Perspektive der Therapiebeziehung

Dieser Abschnitt behandelt zuerst den Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und Therapieergebnis (sowohl störungsübergreifend, wie auch –spezifisch), danach folgt die Diskussion über den Zusammenhang zwischen Therapeutenkompetenz und Therapieergebnis. Da sich mehrere Fragestellungen und Hypothesen auf die Beziehungsgestaltung beziehen, liegt der Schwerpunkt dieses Abschnittes auf dem Aspekt der Therapiebeziehung (und nicht auf der Therapeutenkompetenz).

1.3.1.1 Die Therapiebeziehung im psychotherapeutischen Prozess

Kaum ein anderer Aspekt des therapeutischen Prozesses erhielt bis anhin mehr (empirische) Aufmerksamkeit als die Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Orlinsky et al., 2004). Die Bedeutung der Therapiebeziehung wird breit gefasst und beinhaltet verschiedene Facetten. Dies wird durch zahlreiche die Therapiebeziehung umschreibenden englischen Begriffe deutlich: (working) Alliance, Bond, therapeutic (oder therapy) relationship (Caspar, 2003). Verschiedene *Definitionen* der Therapiebeziehung (z.B. Bordin, 1994; Gaston et al, 1995; Horvath & Luborsky, 1993) streichen unterschiedliche Aspekte heraus. Gemäss Gaston (1990) umfasst die Therapiebeziehung (1) die *emotionale Beziehung* des Patienten zum Therapeuten, (2) die Fähigkeit des Patienten, sich *zielgerichtet in den therapeutischen Prozess einzulassen*, (3) das *empathische und verständnisvolle Engagement* des Therapeuten und (4) die *Übereinstimmung* zwischen Therapeut und Patient bezüglich der therapeutischen *Ziele und Aufgaben*. Carter (1985, 1994, zit. nach Norcross, 2002)

umschreibt die Therapiebeziehung folgendermassen: „The relationship is the feelings and attitudes that therapist and client have towards one another, and the manner in which these are expressed.“

Die Therapiebeziehung lässt sich nur schwer von persönlichen Eigenschaften, interpersonalen Fertigkeiten und Verhaltensweisen des Therapeuten (und des Patienten) trennen (Norcross, 2002b). Empirisch konnten Verhaltensweisen nachgewiesen werden, welche erfolgreichen Therapeuten eigen sind: Diese kennzeichnen sich durch eine verständnisvolle, akzeptierende, empathische, warme und unterstützende Haltung aus und sie weisen weniger negative Verhaltensweisen wie Schuldzuweisung, Ignoranz und Zurückweisung auf (Lambert & Barley, 2002). Es existieren jedoch empirisch Hinweise, welche nahe legen, dass nicht das Ausmass bestimmter Variablen (z.B. Ausmass an Empathie) ausschlaggebend für die Therapiebeziehung sind, sondern die *Anpassungsfähigkeit des Therapeuten* an den Patienten (Beutler et al., 2004; Norcross, 2002b). Dies wurde durch Stiles, Honos-Webb & Surko (1998) als „*responsiveness*“ bezeichnet. Bis anhin gibt es nur wenige empirische Prozessstudien, welche die Passung zwischen Therapeutenangebot und *Bedürfnissen* des Patienten untersuchen (Caspar, 2003, 2005).

Nach dem Dualen Therapiemodell von Schulte und Eifert (2002) ist eine tragfähige Therapiebeziehung eine *Voraussetzung* für das „eigentliche“ technische Vorgehen. Sie stellt nach dieser Auffassung eine *notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung* für therapeutische Veränderungen dar (Caspar, 2003). Ebenso ist jede Intervention in den Kontext der Beziehung eingebettet. Das wechselseitige Zusammenspiel wird durch Norcross (2002b) folgendermassen beschrieben: “The relationship does not exist apart from what the therapist does in terms of technique, and we cannot imagine any techniques that would not have some relational impact” (p.8). Gemäss Caspar (2003) geht die Kausalität zwischen Therapiebeziehung und Therapieerfolg keineswegs, wie oftmals vereinfachend angenommen, von ersterem zu letzterem. Viel mehr sind erste Therapieerfolge wichtige positive Einflussgrössen für eine gute Therapiebeziehung.

1.3.1.2 Empirische Befunde

Da der Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und Therapieergebnis häufig Gegenstand empirischer Untersuchungen war und der positive Zusammenhang ein stabiles Ergebnis der Psychotherapieforschung darstellt, wird in der Forschungsliteratur geschlossen, dass die Therapiebeziehung als einer der am besten gesicherten Prädiktoren für therapeutische Veränderungen und Therapieerfolg erachtet werden kann (Beutler et al., 2004; Norcross, 2002; Orlinsky et al., 2004). Dies schlossen bereits Orlinsky et al. (1994) auf Grund ihrer Metaanalyse: „The strongest evidence linking process to outcome concerns the *therapeutic bond* or alliance” (p. 360). Auch die Konsistenztheorie von Grawe konzipiert die Therapiebeziehung als einen der fünf zentralen Wirkfaktoren (Grawe, 1998, 2004, 2005).

In ihrer Übersichtsarbeit über die Therapiebeziehung, in welche 110 empirische Studien einfließen, kam die Task Force Division 29 der APA („Task Force on Empirically Supported Therapy

Relationship“, ESR) (Horvath & Bedi, 2002) zum Schluss, dass die Effektstärke (r) zwischen Therapiebeziehung und Therapieergebnis zwischen .21 und .25 liegt. Dieses Resultat deckt sich beinahe mit der in zwei Metaanalysen gefundenen Effektstärken von .22 (Martin, Garske & Davis, 2000), respektive .26²³ (Horvath & Symonds, 1991). Somit kann geschlossen werden, dass die Therapiebeziehung einen stabilen, wenn auch moderaten Einfluss auf das Therapieergebnis hat.

Orlinsky et al. (2004) stellen basierend auf 53 Studien und 4 Metaanalysen, welche seit 1994 erstellt worden waren fest, dass der positive Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und -ergebnis zwar eines der am besten gesicherten Ergebnisse der Therapieforschung ist, einschränkend halten sie jedoch fest, dass das Bild differenzierter ausfalle, wenn lediglich der *Beitrag des Therapeuten* untersucht wird. Wenn der Therapeutenbeitrag durch den Patienten eingeschätzt wird, fällt der Zusammenhang positiv aus. Wenn der Therapeutenbeitrag jedoch durch externe Beobachter beurteilt wird, zeigen sich vermehrt Nullkorrelationen und auch negative Zusammenhänge. Diese Aussage ist für vorliegende Arbeit von Bedeutung, da der Aspekt der Beziehungsgestaltung ausschliesslich auf Grundlage des Therapeutenbeitrags operationalisiert und dieser durch externe Beobachter eingeschätzt wurde. Der Therapeutenbeitrag wurde im Sinne der *massgeschneiderten Beziehungsgestaltung nach konsistenztheoretischer Auffassung* operationalisiert. Demnach zeigt sich eine gute Therapiebeziehung darin, dass es dem Therapeuten gelingt, dem Patienten positive Wahrnehmungen im Hinblick auf seine Bedürfnisse nach Bindung, Selbstwerterhöhung, Orientierung und Kontrolle sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung zu vermitteln (Grawe, 1998, 2004).

Eine Studie, in welcher die *motivorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung* mit dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt wurde, stammt von Caspar et al. (2005). Als komplementäre oder motivorientierte Therapiebeziehung wurde ein massgeschneidertes Beziehungsangebot des Therapeuten bezeichnet, welches sich an den wichtigsten *Motiven* des Patienten orientiert. Die Motive des Patienten wurden mittels plananalytischer Fallkonzeption ermittelt (Caspar, 1995, 1996). Die untersuchte Stichprobe umfasste 22 depressive Patienten. Es ergab sich ein positiver Zusammenhang zwischen der durch den Therapeuten spontan verwirklichten motivorientierten Komplementarität und den auf Selbsteinschätzung beruhenden Veränderungsmassen seitens des Patienten (SCL-90-R, BDI). Das Ausmass realisierter Komplementarität wurde zudem mit der Position auf dem interpersonalen Kreis (gemessen mit dem IIP) in Beziehung gesetzt. Es zeigte sich, dass Komplementarität mit Patienten aus dem freundlichen Teil des Interpersonalen Zirkels am besten realisiert wurde, während sie mit Patienten aus dem feindseligen Teil am schwersten fiel.

Die motivorientierte Komplementarität ist abzugrenzen von der *interpersonalen Komplementarität*, nach dem Circumplex-Modell. Interpersonaler Theoretiker – als Pionier gilt Sullivan (1953) – richten den Aufmerksamkeitsfokus auf *interaktionelle Abläufe* und deren Einfluss auf Persönlichkeit und Psychopathologie. Demnach stellt die interessierende Analyseeinheit der Prozessforschung für interpersonale Forscher (Benjamin, 1974; Kieser, 1982, 1996) die interpersonale Transaktion dar. Das *interpersonale Kreismodell* geht auf Leary (1957) zurück. Dieser beschrieb die Persönlichkeit auf einem Circumplex, einem Kreis interpersonaler Ausprägungen mit zwei Dimensionen: Die horizontale

²³ Relativierend zu den ähnlichen Ergebnissen muss darauf hingewiesen werden, dass Horvath und Bedi auf eine grosse Anzahl der in letztgenannten Metaanalysen verwendeten Studien zurückgriffen

Achse der *Affiliation* (engl: Affiliation) stellt ein Kontinuum mit den Endpunkten Liebe und Hass dar, die vertikale Achse der *Kontrolle* ist ein Kontinuum mit den Endpunkten Submission und Dominanz (Stiles, Honos-Webb, Lynne & Knobloch, 1999; Plutchik & Conte, 1997). Die theoretische Annahme besagt, dass das Interaktionsverhalten zweier Protagonisten sich gegenseitig beeinflusst, wobei davon ausgegangen wird, dass *Ähnlichkeit* in der Affiliationsdimension (freundliches Verhalten wird durch freundliches Verhalten erwidert, feindseliges Verhalten durch feindseliges) und *Reziprozität* in der Kontrolldimension besteht (Dominanz bewirkt Unterwürfigkeit beim Gegenüber und umgekehrt). Freundliches Therapeuten- und Patientenverhalten wurde – in Analogie zu einer guten Therapiebeziehung – in verschiedenen Studien mit gutem Therapieergebnis in Beziehung gebracht (Coady, 1991 2004; Henry, Schacht & Strupp, 1990; Thompson & Hill, 1993). Intuitiv einleuchtend und durch Caspar (2003) hervorgehoben, lässt sich zu interaktionell freundlichen Patienten relativ einfach eine gute Therapiebeziehung herstellen, hingegen ist dies mit dominant-feindseligen Patienten erwiesenermassen schwieriger.

Der Zusammenhang zwischen Kontrolldimension und therapeutischem Outcome scheint indes weniger klar. *Dominanz* des Patienten konnte in einigen Studien nicht mit Therapieergebnis in Beziehung gebracht werden (Filak, Abeles & Norquist, 1986; Schauenburg, Sammet, Kuda & Strack, 2000), andere Studien kamen zu einem negativen (Davis-Osterkamp, Strauss & Schmitz, 1996) oder positiven Ergebnis (Dinger, Strack, Leichsenring & Schauenburg, 2007). Auch der Zusammenhang zwischen Therapeutendominanz und Therapieergebnis führt zu gemischten Ergebnissen, was darauf hinweist, dass weniger der rigide Interaktionsstil als viel mehr das Zusammenspiel zwischen Patient und Therapeut, die Fähigkeiten des Therapeuten, passend (im Sinne des Vermittelns korrekativer Erfahrungen) auf Patientenverhalten zu reagieren, sowie die situative Angemessenheit der Verhaltensweisen ausschlaggebend ist.

Eine interessante empirische Studie, in welcher die Qualität der Therapiebeziehung mit der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* des Patienten (im Sinne des Behavioral Inhibition Systems, BIS nach Gray & McNaughton, 2000) in Beziehung gestellt wurde, stammt von Michalak, Wiethoff und Schulte (2005). An einer Stichprobe mit 40 Patienten mit heterogenen Diagnosen fanden die Autoren empirische Hinweise darauf, dass eine schlechte Therapiebeziehung mit einer vermeidenden motivationalen Ausrichtung in Beziehung steht. Die Richtung des Zusammenhangs bleibt indes unklar. Eine schlechte Therapiebeziehung kann zur Aktivierung einer vermeidenden Verhaltensausrichtung beim Patienten führen. Ebenso denkbar ist, dass die vermeidende motivationale Ausrichtung des Patienten das Etablieren einer warmen und empathischen Therapiebeziehung erschwert. Es existieren empirische Hinweise darauf, dass letztgenannter Kausalität Bedeutung zukommt. Gemäss Grosse Holtforth und Grawe (2000), sowie Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking (2005) korreliert die Stärke der Ausprägung motivationaler Vermeidungsziele mit *interpersonalen Schwierigkeiten* und die Reduktion von Vermeidungszielen hängt mit der Reduktion interpersonaler Probleme zusammen. Die Vermutung drängt sich auf, dass die mit vermeidenden motivationalen Tendenzen in Beziehung stehenden interpersonalen Schwierigkeiten sich auch ungünstig auf die Therapiebeziehung auswirken können.

1.3.1.3 Die Therapiebeziehung bei der Arbeit mit depressiven Patienten

Empirische Befunde sowie Fachbücher untermauern die Tatsache, dass interpersonelle Faktoren sowohl bei der Entstehung, als auch bei der Aufrechterhaltung und der Therapie der Depression eine herausragende Rolle spielen (Beutler et al., 2000; Joiner et al., 1999; Grawe, 2004). „Depression does not occur in a vacuum. It is both a social and an interpersonal phenomenon, a cause and a consequence of interpersonal disturbance” (Beutler et al., 2000, p. 239). Die Wirksamkeit interpersoneller Ansätze für die Behandlung depressiver Störungsbilder ist breit dokumentiert und akzeptiert (Follette & Greenberg, 2006). Da interpersonelle Faktoren bei der Depression einen wichtigen Stellenwert einnehmen, kommt auch der *Therapiebeziehung* eine zentrale Bedeutung zu (Beutler et al., 2000; Castonguay et al., 2006).

Eine Therapiebeziehung, welche durch Wärme, Akzeptanz und Empathie gekennzeichnet ist, kann bei Patienten mit depressiven Symptomen zu korrektiven Erfahrungen im Therapieprozess führen (Castonguay et al., 2006; Grawe, 1998, 2004). Diese Annahme wird durch zahlreiche empirische Studien gestützt. Eine Sekundäranalyse der Übersichtsarbeit von Howard & Bedi (2002) wurde durch Castonguay et al., (2006) im Hinblick auf depressive Störungen vorgenommen. Sie identifizierten 10 Studien mit depressiven Patienten sowie 15 Studien mit gemischter Stichprobe: In allen Studien konnte mindestens ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und Therapieergebnis gefunden werden. In keiner Studie wurde ein negativer Zusammenhang referiert.

Im Rahmen des NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Programm untersuchten Krupnik et al. (1996) den Einfluss der Therapiebeziehung auf das Therapieergebnis von depressiven Patienten. 250 depressive Patienten wurden randomisiert einer von vier Behandlungsbedingungen (Interpersonale Therapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Imipramine mit klinischem Management und Placebo mit klinischem Management) zugewiesen. Die Therapiebeziehung wurde an Hand der Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale durch externe Beobachter eingeschätzt. In allen vier Behandlungsbedingungen zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und Therapieerfolg. Allerdings erwiesen sich lediglich die Patienten- nicht aber die Therapeutenbeiträge als signifikant. Die Autoren erklären dies mit der mangelnden Variabilität in der Beziehungsgestaltung der Therapeuten.

1.3.1.4 Die Therapiebeziehung bei der Arbeit mit Angstpatienten

Es liegen bedeutend weniger empirische Forschungsarbeiten über den Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und –erfolg bei Angststörungen als bei depressiven Störungsbildern vor (Stiles & Wolfe, 2006). Die Studienübersicht von Newman, Stiles, Janek und Woody (2006) weist empirische Evidenz dafür auf, dass eine gute Therapiebeziehung auch bei der Behandlung von Angststörungen wichtig für das Therapieergebnis ist: Eine gute Therapiebeziehung hing in acht Studien mit reinen Angstpatienten und in einer Studie mit gemischter Population (Angst- und depressive Patienten) mit Therapieerfolg zusammen, während die Therapiebeziehung in drei Studien mit reinen Angstpatienten kein Prädiktor für das Therapieergebnis darstellte.

Es liegen keine Prozessanalysen vor, in denen die Qualität der Therapiebeziehung in der therapeutischen Arbeit mit Angstpatienten und depressiven Patienten direkt miteinander verglichen wurde.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der Beziehungsgestaltung

Auf Grund konsistenztheoretischer Annahmen und den oben aufgeführten empirischen Befunde wird vermutet, dass es Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen besonders gut gelingt, eine bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung zu realisieren. Ferner wird vor dem Hintergrund der Wichtigkeit interpersonaler Aspekte bei der Ätiologie und Behandlung depressiver Störungsbilder angenommen, dass erfolgreiche Sitzungen mit depressiven Patienten vor allem dadurch gekennzeichnet sind, dass sich Therapeuten komplementär hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses* verhalten. Ferner ist von Interesse, ob die Beziehungsgestaltung bei Patienten mit *unterschiedlichen Störungsbildern* (Angst und Depression) in gleichem Ausmass gut realisiert wird.

Des Weiteren interessiert der Zusammenhang zwischen *Therapiebeziehung* und *motivationaler Ausrichtung* des Patienten. Führt – wie aufgrund konsistenztheoretischer Ausführungen anzunehmen ist – eine bedürfnisorientierte Therapiebeziehung zur Stärkung der annähernden motivationalen Ausrichtung des Patienten? Kann dadurch die vermeidende motivationale Ausrichtung des Patienten reduziert werden? Hat auch umgekehrt die motivationale Ausrichtung des Patienten einen Einfluss auf bedürfniskompatible Interventionen des Therapeuten?

Es stellt sich zudem die Frage nach dem Zusammenhang zwischen *Therapiebeziehung* und *interpersonalen Stilen* des Therapeuten und Patienten. Die Vermutung ist naheliegend, dass vor allem freundliche Therapeuten eine gute Therapiebeziehung realisieren können und dies insbesondere bei Patienten mit freundlichem Interaktionsstil gut gelingt. Explorativ soll untersucht werden, ob sich Zusammenhänge zwischen Interaktionsstilen und *motivationaler Ausrichtung* aufzeigen lassen (z.B. ob sich freundliche Patienten vorwiegend durch eine annähernde und feindselige überwiegend durch eine vermeidende motivationale Ausrichtung auszeichnen).

1.3.1.5 Die wahrgenommene Kompetenz des Therapeuten

Es existieren verschiedene Möglichkeiten, die Kompetenz eines Therapeuten zu definieren. Die *Definitionen* variieren je nach theoretischer Schule, aus der die Definition stammt. Gesprächstherapeuten erachten andere Fertigkeiten als kompetent als Verhaltenstherapeuten. Während Gesprächstherapeuten die therapeutischen Kompetenzen an Basisfertigkeiten festmachen, betonen Vertreter der verhaltenstherapeutischen Richtung die Strukturierung der Sitzung als wichtiges Kompetenzmerkmal²⁴ (Beck, 1992). Wichtig ist auch die Unterscheidung zwischen *wahrgenommener* Kompetenz und „objektiver“ Kompetenz (engl. skillfulness), also der Fähigkeit, manualisierte Interventionen nach der Kunst einer bestimmten Schule umzusetzen. Ebenfalls entscheidend ist die *Perspektive*, aus der Kompetenz eingeschätzt wird. Externe Beobachter machen die Kompetenz eines Therapeuten häufig an seiner Fähigkeit fest, den therapeutischen Prozess naht- und reibungslos vorantreiben zu können und weniger an dessen Fähigkeiten, bestimmte Interventionen „richtig“ umzusetzen (Beutler et al., 2004). In dieser Arbeit wurde die subjektive, also die durch externe Beobachter *wahrgenommene Kompetenz* eingeschätzt. Deren Realisierung erfolgt unabhängig davon, ob der Therapeut in einem objektiven Sinn kompetent Interventionen durchführt.

Aus konsistenztheoretischer Sicht wird angenommen, dass die durch einen Therapeuten ausgestrahlte Kompetenz mit einem positiven Therapieergebnis in Verbindung steht. Dies deshalb, weil vermutet wird, dass das kompetente Auftreten eines Therapeuten beim Patienten zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen führt, da er sich bei ihm sicher aufgehoben und in guten Händen fühlt.

Empirische Befunde liegen grösstenteils zur *objektiven Kompetenz im Sinne von „skillfulness“* des Therapeuten vor, also dessen Fertigkeiten bei der Umsetzung bestimmter Interventionen und sie bestätigen mehrheitlich die konsistenztheoretischen Annahmen. Beutler et al. (2004) geben eine Übersicht über sechs neueren Studien, von denen vier einen positiven Zusammenhang zwischen Therapeutenkompetenz und Outcome nachweisen konnten (Barlow, Burlingam, Harding & Behrman, 1997; Harkness, 1997; O'Malley et al., 1988; Stolk & Perlesz, 1990), während zwei andere (Castongauy et al., 1996; Svartberg & Stiles, 1994) zu einem negativen Ergebnis gelangten.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der wahrgenommenen Therapeutenkompetenz

Es wird angenommen, dass die wahrgenommene Therapeutenkompetenz mit therapeutischem Erfolg in Beziehung steht. Dies sowohl störungsübergreifend, als auch bei der Arbeit mit depressiven Patienten.

Explorativ soll untersucht werden, ob die durch externe Rater eingeschätzte Kompetenz von Therapeuten unterschiedlich wahrgenommen wird, wenn diese mit Depressiven oder mit Angstpatienten arbeiten.

²⁴ z.B. das Aufstellen eines Plans oder einer Agenda zu Beginn der Sitzung, günstige Strukturierung der Therapiezeit, Auswahl und Fokussierung eines geeigneten Problems, periodische Zusammenfassung des Gesagten während der Sitzung.

1.3.2 Perspektive der Strukturierung

Unter dem Begriff der Strukturierung werden Aufbau und Organisation der Therapiesitzung verstanden. Die in dieser Arbeit verwendete *Definition* orientiert sich stark an verhaltenstherapeutischen Standards, in welchen der Strukturierung ein hoher Stellenwert beigemessen wird (z.B. Beck et al., 1986; Beck et al., 1992; Becker & Margraf, 2002; Hautzinger, 1998; Schneider & Margraf, 1998)²⁵. Zur Illustration dessen, was in der Verhaltenstherapie als gute Strukturierung verstanden wird, seien die von Hautzinger (1998) genannten Grundelemente erfolgreicher Depressionsbehandlung genannt: Demnach strukturiert der Therapeut das Gespräch, den Inhalt und die Sitzungszeit. Er fasst das Gesagte periodisch zusammen und lenkt das Gespräch auf zentrale Aspekte und Probleme. Zudem gibt er regelmässig Rückmeldung und achtet auf einen hohen Alltagsbezug (S. 52). Becker und Margraf (2002) fordern bei der kompetenten Behandlung von generalisierten Angststörungen zudem das Erstellen einer Tagesordnung (eines Sitzungsthemas) zu Beginn der Stunde, einen klaren Fokus während der Sitzung und die angemessene Vermittlung von Erklärungsmodellen. Ähnliche Anforderungen finden sich in der „Kompetenzliste für Kognitive Therapeuten“ (Beck et al., 1992).

Die Wichtigkeit des prozessdirektiven Vorgehens wird jedoch auch für klärungs- und emotionsorientierte Interventionen betont (Greenberg, Rice & Elliott, 2003; Sachse, 2003, 2005). Gemäss Sachse ist es für den Explizierungsprozess selbstrelevanter Schemata unabdingbar, dass der Therapeut den Prozess leitet und den Patienten zu tiefer liegenden Bearbeitungsebenen führt. Greenberg et al. (2003) beschreiben Prozessdirektivität weniger als eine „dogmatische Haltung“ des Therapeuten sondern vielmehr als Gratwanderung: Direktivität wird dann vom Therapeuten gefordert, wenn der Patient nicht bei seinen Gefühlen bleibt und abschweift. Exploriert der Patient seine Gefühle, nimmt der Therapeut eine nicht-direktive Haltung ein und folgt ihm. In empirischen Vergleichsstudien konnte gezeigt werden, dass sich Verhaltenstherapeuten direkter und aktiver verhalten als Psychoanalytiker, dass sie aktiver sind als interpersonell orientierte Therapeuten, aber weniger als Gesprächstherapeuten (Schulte, 1992).

Gemäss Orlinsky et al. (2004) wurde der Untersuchung des „organisatorischen“ Aspektes von Psychotherapie erst in den vergangenen Jahren vermehrt Beachtung geschenkt. Studien, in welchen das Therapieergebnis zur Organisation in Verbindung gebracht wird, können in zwei Gruppen unterteilt werden: (1) Empirische Arbeiten, welche die *Rahmenbedingungen* der Therapie untersuchen (z.B. das Setting, die Anzahl und Länge der Sitzungen) und (2) Studien, welche den Fokus auf die *Durchführung* der Therapie richten (z.B. die Direktivität des Therapeuten, sein verbales Verhalten, die aktive Beteiligung des Patienten etc.). Es wird in dieser Arbeit lediglich auf den *zweiten Aspekt* eingegangen, wobei hierzu vor allem Studien zur Prozessdirektivität des Therapeuten und der verbalen Beteiligung des Patienten vorliegen.

Inhaltlich können drei Aspekte der Direktivität unterschieden werden (Schulte, 1992), (a) die *Direktivität des verbalen Verhaltens* (diese bezieht sich darauf, inwiefern der Therapeut den Prozess

²⁵ Der Stellenwert der Strukturierung in der Verhaltenstherapie zeigt sich deutlich in der schulspezifischen Definition: Gemäss Beck et al. (1986) versteht sich die kognitive Verhaltenstherapie als eine „aktive, direkte, zeitlich begrenzte und strukturierte Methode, die zur Behandlung einer Vielfalt von psychiatrischen Störungen eingesetzt wird“ (S. 29).

durch Aufforderungen oder Anordnungen direkt steuert), (b) die *inhaltliche Steuerung* (Vorgabe der Gesprächsthemen durch den Therapeuten) und (c) *Steuerung der Bearbeitung* (die Art und Weise, wie über ein Thema gesprochen wird, also ob der Therapeut das Thema durch vertiefende Bearbeitungsangebote von einer oberflächlichen auf eine selbstrelevante Ebene lenkt). Bezüglich der *Ebene der Analyse* differenziert Schulte (1992) drei Ebenen: (a) Die *intrapersonale Ebene* (hier wird nur das Kontrollverhalten einer Person berücksichtigt), (b) die *interpersonale Ebene* (das Steuerungsverhalten beider Interaktionspartner findet Berücksichtigung. Kontrollverhaltensweisen werden als Interaktionssequenzen definiert) und (c) die *relationale oder Vergleichsebene* (diese abstrakte Ebene setzt die Interaktion beider Protagonisten miteinander in Beziehung und es wird ermittelt, wer mehr Direktivität oder Kontrolle ausübt). Dem *inhaltlichen Aspekt* der Direktivität wurde in dieser Arbeit durch die Erfassung der Prozessdirektivität des Therapeuten, wie auch der aktiven Beteiligung des Patienten Rechnung getragen. Das Erfassen beider Perspektiven ermöglicht es, die *relationale Ebene der Direktivität* zu untersuchen. Die *inhaltliche Steuerung der Bearbeitung* wurde erhoben, indem erfasst wurde, ob ein Sitzungsthema zu Beginn der Stunde festgelegt wurde und ob ein klarer Fokus der Problembearbeitung während der Stunde erkennbar war. Zudem wurden Intensität und Relevanz der Problembearbeitung, sowie der Fokus auf Veränderung erhoben.²⁶ In dieser Arbeit fand der *Aspekt der Steuerung der Bearbeitung* (Art und Weise, in der über ein Thema gesprochen wird) keinen Eingang.

Die neuropsychotherapeutische Erklärung dafür, warum Strukturierung und Direktivität wichtige Prozessvariablen sind, lautet wie folgt: Aus neuropsychotherapeutischer Sicht entstehen psychische Störungen in einem Zustand erhöhter Inkonsistenz. Wenn sich psychische Störungen herausbilden, entstehen neue neuronale Erregungsmuster, welche durch intensive, lang andauernde Einwirkungen realer Lebenserfahrungen und dadurch evozierte wiederholte Bahnung konsolidiert werden und längerfristig zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen. In der Psychotherapie geht es darum, diese neuronalen Erregungsmuster zu hemmen oder neue Erregungsmuster zu etablieren, was aufgrund der neuronalen Plastizität des Gehirns möglich ist. Die durch therapeutische Interventionen intendierten strukturellen Gehirnveränderungen und das Etablieren neuer neuronaler Strukturen erfordern *intensive* und *lang andauernde* Interventionen. „Sporadisches und relativ kurzes Aktivieren von Prozessen bewirkt kein langfristiges Lernen. Nur intensive Bahnung der erwünschten Abläufe führt dazu, dass sie eine strukturelle Grundlage im Gehirn erhalten. Erst dann ist die Voraussetzung gegeben, dass die therapieinduzierten Veränderungen sich selbst aufrechterhalten“ (Grawe, 2004, S. 139). Aus neuropsychotherapeutischer Sicht ist somit ein *intensives, strukturiertes* und *prozessdirektives* Vorgehen des Therapeuten unabdingbar.

Empirische Befunde zur Prozessdirektivität im therapeutischen Prozess

Im Gegensatz zur aktiven Beteiligung des Patienten, welche konsistent mit einem guten Therapieergebnis in Verbindung steht (Orlinsky et al., 2004), fallen die empirischen Befunde zur Prozessdirektivität uneinheitlich aus. Während Beutler, Machado und Neufeld in ihrer Übersichtsarbeit

²⁶ Vgl. für die Operationalisierung der Konstrukte den Methodenteil (Abschnitt 2.3).

von 1994 zum Schluss gelangten, dass Direktivität des Therapeuten positiv mit dem Therapieergebnis in Verbindung steht, kommen Beutler et al. (2004) zu einem differenzierteren Ergebnis. Die Analyse von 15 Studien - sieben davon wiesen ein randomisiertes Kontrollgruppendesign auf während bei acht Studien die Prozessvariable Post Hoc mit dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt wurde - ergab für zehn von ihnen einen positiven Effekt und für fünf davon einen Negativen. Dabei variierten die Effekte (r) stark von $-.17$ bis zu $.79$. Auch Orlinsky et al. (2004) kommen in ihrer Übersichtsarbeit aufgrund von sechs, vor allem im Rahmen der Forschungsgruppe in Bochum durchgeführten Studien (Fiedler, Albrecht, Rogge & Schulte, 1994; Fiedler, Vogt, Rogge & Schulte, 1994; Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993; Schulte, Hartung & Wilke, 1997; Schulte & Künzel, 1995; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998) zu gemischten Ergebnissen. Schulte (1992) untersuchte an einer Stichprobe mit 30 Patienten mit einer Angststörung den Einfluss verschiedener Direktivitätsmasse auf den Therapieerfolg. Er fand einen *negativen Zusammenhang* zwischen *direktivem Verhalten* des Therapeuten und Therapieerfolg, vor allem in der *Endphase* der Therapie. Hingegen fand sich ein *positiver Zusammenhang* zwischen der *Initiierung* eines Themas und dem Erfolg.

Für die unterschiedliche Befundlage zum Zusammenhang zwischen Direktivität und Erfolg können verschiedene Erklärungen herangezogen werden: (1) Schulte, Hartung & Wilke (1997) vermuten, dass eine Interaktion zwischen Direktivität und methodischem Zugang besteht (z.B. Exposition versus kognitive Therapie). Zu einem ähnlichen Schluss gelangt Matter (2000). Sie schliesst, dass die therapeutische Wirkung der Strukturierung stark vom *Kontext* abhängt, in dem sie eingesetzt wird. So kommt es bei hoher Strukturierung beim Patienten zu mehr Klärungserfahrungen, bei tiefer Strukturierung zu mehr Bewältigungserfahrungen. (2) Auch *Patientenvariablen* scheinen als moderierende Variablen eine Rolle zu spielen. Die Übersichtsarbeit über 20 Studien durch Beutler, Moleiro und Talebi (2002) ergab, dass der *Widerstand des Patienten* die Direktivität des Therapeuten signifikant moderierte. (3) Doch auch unterschiedliche *Definitionen und Operationalisierungen* von Direktivität und Kontrolle dürften zu den gemischten Resultaten beitragen (vgl. Schulte, 1992).

Smith, Regli und Grawe (1999) versuchten mittels Prozessanalysen *spezifische Muster* zu eruieren, welche produktive Therapiesitzungen kennzeichnen. Mittels der Forschungsstrategie Selektion aus natürlicher Variation (SNV) wählten sie aus einem Datenpool von 8000 Therapiesitzungen nach einem doppelten Erfolgskriterium (Güte der Problembearbeitung und Therapieerfolg) je dreissig Sitzungen aus, welche im Hinblick auf verschiedene Prozessvariablen miteinander kontrastiert wurden. Die Autoren fanden heraus, dass die Problembearbeitung in erfolgreichen Sitzungen intensiver ausfiel als in weniger erfolgreichen Sitzungen. Zudem konnten sie zeigen, dass fruchtbare Problembearbeitung vor allem in Verbindung mit ausgeprägter Ressourcenaktivierung stattfindet und die aktive Beteiligung des Patienten in erfolgreichen Sitzungen höher ausgeprägt ist. Die Autoren schliessen, dass Problembearbeitung vor allem dann vorangetrieben werden soll, wenn der Patient Bereitschaft signalisiert, sich auf den Therapieprozess einzulassen und sich mit schwierigen Themen zu konfrontieren. Die Vermutung ist naheliegend, dass auch Prozessdirektivität des Therapeuten nur dann zu produktiver Problembearbeitung führt, wenn der Patient dazu bereit ist, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen.

1.3.2.1 Strukturierungen bei der psychotherapeutischen Arbeit mit depressiven Patienten

Die meisten von der APA als empirisch wirksam eingestuftes Interventionsmethoden der Depressionsbehandlung erfordern ein direktives und strukturiertes Vorgehen (Beutler et al., 2000; Follette & Greenberg, 2006). In der kognitiven Verhaltenstherapie wird ein aktives und prozesssteuerndes Verhalten des Therapeuten erwartet und sein strukturierendes und direktives Vorgehen für die wirksame Umsetzung verhaltenstherapeutischer Elemente vorausgesetzt (Beck et al., 1986; Beck, 1992, Hautzinger, 1997, 1998). Gemäss Hautzinger (1998) strukturiert der kompetente Therapeut das Gespräch, den Inhalt und die Sitzungszeit, er fasst zusammen, lenkt das Gespräch auf zentrale Aspekte und Probleme, gibt Rückmeldungen und achtet auf einen hohen Alltagsbezug. Auch bei der interpersonellen Therapie nimmt der Therapeut eine aktive Rolle ein, wenn er mit dem Patienten interpersonelle Problembereiche angeht (McCullough, 2000, 2001, 2003, Klerman & Weissman, 1984, Schramm, 1998). In erfolgreicher Klärungsarbeit wird die Bearbeitungsstufe graduell vertieft. Dies kann nur durch die aktive Prozesssteuerung des Therapeuten erreicht werden (Sachse, 2003, 2005) und auch emotionsorientierte Klärungsverfahren wie der Leere Stuhl erfolgen auf Grund hoher Therapeutensteuerung (Greenberg, Rice & Elliott, 2003). Dies gilt sowohl störungsübergreifend, als auch für die Arbeit mit depressiven Patienten. Gemäss Beutler, Castonguay und Follette (2006) ist jedoch gerade bei der Arbeit mit diesen speziell darauf zu achten, dass die Direktivität des Therapeuten komplementär zum Widerstand des Patienten verläuft.

1.3.2.2 Strukturierungen in der therapeutischen Arbeit mit Angstpatienten

Die ESTs für die Behandlung von Angst sind vor allem Verfahren verhaltenstherapeutischer Natur wie Exposition, Entspannungsübungen oder soziales Kompetenztraining. Für die Durchführung solcher Interventionen wird ein strukturiertes und direktives Vorgehen seitens des Therapeuten gefordert (Schneider & Margraf, 1998). Auch Woody & Ollendick (2006) beschreiben die effektive Angstbehandlung durch ein direktives, strukturiertes und handlungsorientiertes Vorgehen, bei dem der Behandlungsfokus des Therapeuten auf der Verhaltens- und Erlebensänderung liegt und die Behandlung eine hohe Intensität aufweist.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der Strukturierung

Es wird angenommen, dass hohe Strukturierung mit therapeutischem Erfolg in Beziehung steht. Zudem wird angenommen, dass erfolgreiche Sitzungen durch eine hohe Intensität (Stringenz) der Problembearbeitung gekennzeichnet sind. Diese Annahmen gelten sowohl störungsübergreifend als auch für die Arbeit mit Depressiven und Angstpatienten.

1.3.3 Motivationale und emotionale Perspektive

In dieser Arbeit wurde sowohl die *Qualität der emotionalen Aktivierung* des Patienten (positiv oder negativ), wie auch dessen *motivationale Ausrichtung* (annähernd oder vermeidend) erhoben. Im folgenden Abschnitt wird zuerst das Konstrukt der emotionalen Aktivierung theoretisch eingebettet. Hierzu dienen in erster Linie konsistenztheoretische Annahmen. Es folgen empirische Belege, in denen die emotionale Aktivierung des Patienten mit Therapieerfolg in Beziehung gebracht wurde. Im Abschnitt über die motivationale Ausrichtung wird zuerst eine begriffliche Abgrenzung von mit diesem Konstrukt in Beziehung stehenden Termen vorgenommen. Es folgen empirische Studien, in denen der Zusammenhang zwischen den besprochenen Konstrukten und Therapieerfolg ermittelt wurde.

1.3.3.1 Qualität der emotionalen Aktivierung

Wird im psychologischen Wörterbuch der Begriff „emotionale Aktivierung“ nachgeschlagen, wird diese beschrieben als „eine psychophysiologische Zustandsveränderung (...), welche entweder durch *äussere Reize* (Sinnesempfindungen), *innere Reize* (Körperempfindungen) und/oder *kognitive Prozesse* (Bewertungen, Vorstellungen, Erwartungen) ausgelöst werden kann. Ihre Kennzeichen sind der emotionale Ausdruck sowie eine Tendenz „zur Einleitung von Annäherungs- oder Vermeidungsverhalten“ (Fröhlich, 1996, S.142).

In dieser Arbeit wird zwischen positiver und negativer emotionaler Aktivierung des Patienten unterschieden. Nach konsistenztheoretischer Auffassung erfolgt positive emotionale Aktivierung im psychotherapeutischen Prozess durch Ressourcenaktivierung, eine komplementäre Beziehungsgestaltung oder therapeutische Interventionen, welche das Wohlbefinden ansprechen (z.B. Entspannungsübung, Imaginationen) und negative Emotionen werden dann aktiviert, wenn die Therapiebeziehung nicht hinreichend gut gestaltet wird oder an für den Patienten schwierigen oder aversiven therapeutischen Themen gearbeitet wird (Problemaktualisierung) (Grawe, 2004). Wie in oben genannter Definition angetönt, wird davon ausgegangen, dass die Qualität der emotionalen Aktivierung zu einer annähernden oder vermeidenden motivationalen Ausrichtung führen kann.

Emotionale Aktivierung im Therapieprozess ist aus konsistenztheoretischer Perspektive in zweierlei Hinsicht relevant: (1) Einerseits wird durch die prozessuale Problemaktivierung dem Patienten das zu verändernde Problem unmittelbar erfahrbar gemacht, was mit (häufig negativer) emotionaler Aktivierung einhergeht. Die Aktivierung der problematischen Schemata ist eines der zentralen Wirkprinzipien der Konsistenztheorie (Grawe, 1998, 2004) und Grundlage neuronaler Veränderungsprozesse. (2) Die konsistenztheoretische Sichtweise der Wirkungsweise von Psychotherapie besagt zudem, dass die positive emotionale Aktivierung Patienten in einen Annäherungsmodus bringt. Dieser Modus erleichtert die Bahnung neuer adaptiver neuronaler Erregungsmuster, was Voraussetzung für Symptom- und Problemveränderung ist²⁷ (Grawe, 2004).

²⁷ vgl. hierzu Abschnitt 1.2.2 über die konsistenztheoretische Auffassung der Wirkungsweise von Psychotherapie.

Auch in anderen theoretischen Schulen wird die emotionale Aktivierung als *zentraler Veränderungsmechanismus* konzipiert, so beispielsweise in biopsychologischen und affektiv neuropsychologischen Ansätzen (Davidson, Jackson & Kalin, 2000; Panksepp, 2000), gesprächstherapeutischen- oder klärenden Therapierichtungen (Sachse, 2003), in erlebensorientierten Schulen (Gendling, 1996; Greenberg, Rice & Elliott, 2003; Fosha, 2004) sowie in verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Linehan, 1993, 1994).

1.3.3.2 Empirische Befunde

Die empirischen Ergebnisse bezüglich des Zusammenhanges zwischen *positiver emotionaler* Aktivierung und Therapieergebnis weisen ein klares Bild auf: Positive emotionale Aktivierung steht mit positivem Therapieergebnis in Beziehung. Dies legt die Übersichtsarbeit über fünf empirische Arbeiten (Merten, 2001; Nosper, 1999; Saunders, 1998; Schmidtchen, Acke & Hennies, 1995) und eine Metaanalyse im Bereich der Kinderpsychotherapie (Schmidtchen, 2002) von Orlinsky et al. (2004) nahe. Zudem verweist der konsistente Befund der Berner Prozessforschung, wonach *Ressourcenaktivierung* zu einem guten Therapieergebnis führt, in dieselbe Richtung (Dick, 1999; Dick, Grawe, Regli & Heim, 1999; Flückiger, Wüsten, Frischknecht, Grawe & Lutz (submitted); Gassmann, 2002; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Smith, 2001; Smith & Grawe, 2000; Smith, Regli & Grawe, 1999).

Die empirische Befundlage zum Zusammenhang zwischen *negativer emotionaler Aktivierung* und Therapieergebnis weisen ein gemischtes Bild auf, wie Orlinsky et al. (2004) aufgrund der Durchsicht von zwölf Studien (Ablon & Jones, 1999; Araujo, Ito & Marks, 1996; Cassahan, 2000; Eugster & Wampold, 1996; Hayes & Strauss, 1998; Jones & Pulos, 1993; Merten, 2001; Nosper, 1999; Saunders, 1998; Schmidtchen, Acke & Hennies, 1995; Sexton, 1993, 1996) schliessen. Die negative emotionale Aktivierung wird sowohl mit Erfolg wie auch mit Misserfolg in Verbindung gebracht. Dies verweist darauf, dass der Kontext und der Umgang des Therapeuten mit den negativen Emotionen darüber bestimmen, ob diese für das Therapieergebnis förderlich sind oder nicht. Beutler et al. (2004) kommen zum Schluss, dass starke Problemaktivierung durch den Therapeuten kontraindiziert ist, wenn der Patient schon sehr aufgewühlt und verzweifelt in die Sitzung kommt. Auch Smith, Regli & Grawe (1999) zeigten in ihrer Prozess-Outcomestudie, dass Problembearbeitung nur in Verbindung mit ausgeprägter Ressourcenaktivierung fruchtbar ist.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der emotionalen Aktivierung

Es wird angenommen, dass die positive emotionale Aktivierung mit therapeutischem Erfolg in Beziehung steht. Zudem wird davon ausgegangen, dass Patienten in erfolgreichen Sitzungen weniger stark negativ aktiviert sind. Dies gilt sowohl störungsübergreifend, als auch für die Arbeit mit depressiven Patienten. Explorativ soll untersucht werden, wie sich Therapiesitzungen mit Angstpatienten und Depressiven hinsichtlich dem Ausmass und der Qualität der emotionalen Aktivierung unterscheiden.

1.3.3.3 Motivationale Ausrichtung des Patienten

In dieser Arbeit wurde neben der emotionalen Aktivierung auch der *Annäherungs- und Vermeidungsmodus* des Patienten erhoben. Zu Beginn dieses Abschnittes werden verschiedene mit diesen Termen in Beziehung stehende Konstrukte (*Annäherungs- und Vermeidungssystem* im Sinne von BIS / BAS nach Gray und McNaughton, 1996, *Annäherungs- und Vermeidungsziele* im Sinne von Grosse Holtforth und Grawe (2002a) *Annäherungspriming* nach Ito & Cacioppo, 1999; Grawe, 2004) definiert und voneinander abgegrenzt werden. Darauf hin folgen empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen der motivationalen Ausrichtung und dem Therapieergebnis.

Unter *Annäherungs- und Vermeidungssystem* werden zwei Motivationssysteme verstanden, welche auf unterschiedlichen neuronalen Mechanismen beruhen und – trotz einer Tendenz zur gegenseitigen Hemmung – unabhängig voneinander aktiviert werden können (Gray & McNaughton, 1996). Diese Motivationssysteme sind zu einem grossen Teil genetisch prädisponiert (Tellegen et al., 1988), sie beeinflussen das Verhalten und Empfinden einer Person massgeblich und sind zeitlich stabil. Gray und McNaughton (1996, 2000) unterscheiden das „Behavioral Activation System“ BAS und das „Behavioral Inhibition System“ BIS. Das BAS geht einher mit der Tendenz zu positiven Emotionen und annähernder Verhaltensausrichtung, während das BIS mit der Tendenz zu negativen Emotionen und vermeidender Verhaltensausrichtung einhergeht. BAS und BIS können zudem mit Persönlichkeitsfaktoren (Eysenck, 1981; Costa & McCraes, 1992) in Beziehung gebracht werden (Gray, 1981). So bildet das BAS die neurophysiologische Grundlage des Persönlichkeitsfaktors Extraversion und BIS die Grundlage des Faktors Neurotizismus. Da das Annäherungs- und Vermeidungssystem als unabhängige Motivationssysteme konzipiert werden, wird davon ausgegangen, dass ihre gleichzeitige Aktivierung möglich ist. Ein Verhalten ist somit *nicht entweder annähernd oder vermeidend*, sondern es kann auch beides sein (Grawe, 2004).

Der Einfluss des vermeidenden Motivationssystems (BIS), respektive eines Vermeidungstemperamentes (Elliott & Trash, 2002) auf negative emotionale Zustände und Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen ist empirisch breit abgestützt (Kagan, Reznick, Snidman, 1988; Reznick et al., 1986). Auch bei Erwachsenen konnte der Zusammenhang zwischen vermeidender Verhaltensausrichtung, der Disposition zu negativen Emotionen und der späteren Herausbildung von Angststörungen und Depressionen belegt werden (Chorpita & Barlow, 1998; Gladstone & Parker, 2006; Leen-Felder, Zvolensky, Feldner & Lejeuz, 2001)

Von den Motivationssystemen abzugrenzen sind *motivationale Ziele*. Annäherungs- und Vermeidungsziele werden als ontogenetisch entwickelte mentale Repräsentationen angestrebter und vermiedener Transaktionen konzipiert (Grawe, 1998, 2004; Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005). Annäherungsziele sind positiv besetzte Ziele, welche das Individuum zu erreichen sucht. Vermeidungsziele sind negativ besetzte Ziele (auch „Antiziele“ genannt) und das Individuum strebt danach, die Diskrepanz zu ihnen zu vergrössern (Carver & Scheier, 1998). Der Gesamtwert der Vermeidungsziele kann als *Vermeidungsmotivation* bezeichnet werden. Individuen mit einem stark ausgeprägt vermeidenden Motivationssystem (BIS) dazu tendieren dazu, vermehrt Vermeidungsziele

zu entwickeln (Elliott & Reis, 2003).²⁸ Eine starke Ausprägung von Vermeidungszielen hemmt die Realisierung von Annäherungszielen. Vermeidungsdominanz²⁹ steht mit schlechtem Wohlbefinden, erhöhter psychopathologischer Symptombelastung und erhöhter Depressivität in Beziehung (Grawe, 2004). Die Abnahme von Vermeidungsmotivation wird daher als ein zentraler Wirkmechanismus in der Psychotherapie verstanden. Grosse Holtforth et al. (2005) belegten in ihrer empirischen Arbeit mit 76 ambulanten Psychotherapiepatienten, dass Vermeidungsmotivation im Verlauf der Therapie reduziert werden kann und die Abnahme mit Veränderungen in anderen Therapieerfolgsmassnahmen in Beziehung steht: Sie korreliert signifikant mit der Reduktion psychopathologischer Symptome, interpersonaler Probleme, der Zunahme von Optimismus und dem Erreichen individueller Therapieziele. Interessanterweise sind diese Zusammenhänge besonders bei depressiven Patienten stark ausgeprägt, nicht aber bei Patienten mit einer Angststörung.

Gemäss Grawe (2004) kann das Annäherungs- und Vermeidungssystem durch angenehme oder unangenehme Erlebnisse oder Gefühlszustände vorgebahnt werden, z.B. durch bedürfnisbefriedigende Erfahrungen, das Ansprechen motivationaler Ziele des Patienten, durch Bilder oder Vorstellungen. In Anlehnung an Ito und Cacioppo, 1999 bezeichnet er diesen Vorgang als *Annäherungspriming* oder *motivationales Priming*. Durch das motivationale Priming des Vermeidungssystems wird die psychische Aktivität auf Vermeidung und negative Emotionen ausgerichtet. Dadurch werden andere mit Vermeidung und negativer Bewertung einhergehende Prozesse erleichtert. Dasselbe gilt für das motivationale Priming des Annäherungsmodus. Je stärker das Annäherungssystem aktiviert wird, desto stärker ist die psychische Aktivität auf Annäherung und das Erleben positiver Emotionen ausgerichtet und desto leichter laufen andere auf Annäherung und positive Bewertung ausgerichtete Prozesse ab (Grawe, 2004). Dies ist gemäss Grawe von grosser praktischer Relevanz für die Psychotherapie, da das Erreichen therapeutischer Ziele und Veränderungen durch eine annähernde Haltung des Patienten vereinfacht wird.

Unter *Annäherungs- und Vermeidungsmodus* wird in dieser Arbeit die annähernde oder vermeidende motivationale Tendenz, also die psychische Ausrichtung des Patienten während der Therapiestunde verstanden³⁰. Der Modus in der therapeutischen Situation resultiert einerseits aus der Grunddisposition eines Individuums (Überwiegen des BAS oder BIS, respektive dem Überwiegen einer annähernden oder vermeidenden Motivation, vor allem zu *Beginn* der Sitzung) und ist andererseits insbesondere das Ergebnis des *motivationalen Primings* während der Therapiesitzung. Der *Annäherungsmodus* eines Patienten äussert sich in dessen Anstrengungsbereitschaft, in seiner intrinsischen Motivation, therapeutische Themen anzugehen und sich in den therapeutischen Prozess einzulassen. Offenheit und Engagement sind prädiktive Prozessvariable für therapeutischen Erfolg (Eugster & Wampold, 1996; Orlinsky et al., 1994). Der *Vermeidungsmodus* hingegen ist dadurch

²⁸ Der Gesamtwert der Vermeidungsziele im FAMOS korreliert mit Neurotizismus (Grosse Holtforth & Grawe, 2002a).

²⁹ Vermeidungsdominanz ist das Verhältnis von Vermeidungszielen zu Annäherungszielen, erhoben mit dem FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2000, 2002a).

³⁰ Im Folgenden wird an einigen Stellen auch der Term „Annäherungs- oder Vermeidungsmotivation“ verwendet. Falls nicht explizit darauf hingewiesen wird, dass damit der Gesamtwert von Annäherungs- oder Vermeidungszielen (i. S. des FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe (2002a)) gemeint ist, bezieht sich der Ausdruck auf die oben erläuterte *motivationale Ausrichtung* der Patienten im Therapieprozess.

gekennzeichnet, dass die psychische Aktivität auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen gerichtet ist, gleichzusetzen mit dem, was Hayes et al. (1996) als „experiential avoidance“ bezeichnet haben, nämlich dem „effort to escape and avoid emotions, thoughts, memories and other private experiences“ (p.1152). Während (insbesondere situative) Vermeidung schon längere Zeit im Zusammenhang mit Angststörungen empirisch Beachtung fand, wird der Rolle von Vermeidung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungsbilder erst in den vergangenen Jahren vermehrt Beachtung geschenkt (Ottenbreit & Dobson, 2003). Der durch Grawe (2004) postulierte funktionale Zusammenhang zwischen Aufrechterhaltung depressiver Symptomatik und Vermeidung legt nahe, dass einer stark annähernden und wenig vermeidenden motivationalen Ausrichtung im Therapieprozess bei der Behandlung affektiver Störungen ein besonders hoher Stellenwert zukommt. In diesem Sinne konnten Hayes et al. (2005) an einer Stichprobe mit 29 depressiven Patienten den empirischen Nachweis erbringen, dass sich das Einlassen in den therapeutischen Prozess (eng. processing) (annähernde motivationale Ausrichtung) mit Verbesserung der depressiven Symptomatik und dem vermehrten Empfinden von Hoffnung in Beziehung stand während ausgeprägt vermeidende motivationale Ausrichtung der Patienten mit weniger Symptomverbesserung, mehr Hoffnungslosigkeit und negativer Selbstsicht verbunden war. Auch Kolden et al. (2006) zeigten an Hand von Pfadanalysen mit einer Stichprobe von 100 Patienten (sowohl störungsunspezifisch wie auch mit Depressiven), dass Offenheit positiv mit Therapiebeziehung in Beziehung steht, was sich günstig auf die Durchführung therapeutischer Interventionen und auf den Sitzungserfolg auswirkt.

Oben aufgeführte Ausführungen und empirische Befunde legen den Schluss nahe, dass trotz konzeptueller Unterschiede ein enger Zusammenhang zwischen BIS / BAS, Annäherungs- und Vermeidungszielen, motivationalem Priming und motivationaler Ausrichtung besteht. Es wird angenommen, dass eine annähernde motivationale Ausrichtung förderlich für „Processing“ und Therapieerfolg ist, während eine vermeidende motivationale Ausrichtung dem Vorankommen im therapeutischen Prozess hinderlich und mit therapeutischem Misserfolg in Zusammenhang steht. Die in den Abschnitten 1.2.3 und 1.2.4 (Theoretischer Hintergrund) referierten Befunde legen neben oben diskutierten empirischen Belegen den Schluss nahe, dass Annäherung und Vermeidung im therapeutischen Prozess mit Depressiven ein zentraler Stellenwert zukommt.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der motivationalen Ausrichtung

Es wird angenommen, dass Patienten in erfolgreichen Sitzungen stärker annähernd und schwächer vermeidend motiviert sind als in wenig erfolgreichen Stunden. Aufgrund der postulierten Annahme, dass Reduktion von Vermeidung und Stärkung von Annäherung zentrale Wirkmechanismen in der Depressionsbehandlung darstellen, wird vermutet, dass dieses Muster bei Patienten mit depressiven Störungen besonders ausgeprägt ausfällt. Aus diesem Grund wird zudem angenommen, dass depressive Patienten in erfolgreichen Stunden durch eine kontinuierliche Zunahme annähernder und sukzessive Abnahme vermeidender motivationaler Ausrichtung gekennzeichnet sind. Weiter wird explorativ die Frage untersucht, wie sich Therapiesitzungen mit Depressiven von solchen mit Angstpatienten hinsichtlich des Ausmaßes und der Richtung der motivationalen Ausrichtung voneinander unterscheiden.

1.3.4 Perspektive der therapeutischen Interventionen

Orlinsky et al. (2004) definieren therapeutische Interventionen wie folgt: „Therapist interventions or „techniques“ are the formal and deliberate responses that therapists make to help resolve their patients' personal difficulties, based on their expert understanding of the patients' presentation and the recommendations of the treatment model they follow“ (S. 337). Es lassen sich *schulübergreifende* (z.B. supportive) und *schulspezifische* Interventionen beobachten. Die Forschungsgruppe um Trijsburg entwickelte ein Manual (CPIRS für „Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale“) (Trijsburg et al., 2002, 2004), welches 76 Interventionen aus sechs verschiedenen Therapierichtungen (Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, interpersonelle Therapie, erlebnisorientierte („experiential“) Therapie, psychodynamische Therapie und Gruppentherapie) enthält. Die Analyse von 22 Sitzungen in verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Richtung zeigte, dass 48 Prozent der Interventionen in den Sitzungen beider Richtungen vorkamen und 52 Prozent als schulspezifische Interventionen klassifiziert werden konnten (Trijsburg, Semeniuk & Perry, submitted).

Der wiederholte Befund, dass Techniken und Interventionen nur einen geringen Beitrag zur Erklärung der Variabilität im Therapieerfolg leisten, liess Forscher vermuten, dass nicht nur die Art der eingesetzten Intervention von Bedeutung ist, sondern vor allem auch die *Art der Durchführung* (Beutler et al., 2004) und der *Kontext*, in welchem sie Anwendung finden (Beutler, Castonguay & Follette, 2006). Beutler et al., (2006) betonen, dass Techniken und Interventionen nur dann angewandt werden sollen, wenn eine solide Therapiebeziehung etabliert ist. Auch Sachse (2003) macht darauf aufmerksam, dass tief greifende Klärungsprozesse erst dann erfolgreich angestrebt werden sollten, wenn Therapeuten über genügend Beziehungskredite verfügen. Grosse Bedeutung kommt auch *Patientenvariablen* zu (Beutler et al., 2004). Patienten können auf dieselbe Intervention unterschiedlich gut ansprechen. Den Nachweis dieses differentiellen Zusammenhangs konnten Grawe et al. in der Berner Therapievergleichsstudie (1990) nachweisen. Die Autoren fanden, dass submissive Patienten stärker von direkter Verhaltenstherapie profitierten, während dominante Patienten besser auf die nicht-direktive Gesprächstherapie ansprachen (vgl. auch Grawe, 1992). Die Passung von Therapiemethode und Patient zeigt sich häufig in deren reaktanten oder kooperativen Reaktion (Orlinsky et al., 2004).

Im Folgenden wird ein Überblick über Ergebnisse von Prozess-Outcome-Studien der letzten zehn Jahre gegeben, in welchen Interventionen mit Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht wurden.

1.3.4.1 Prozessunterstützende Interventionen

Unter prozessunterstützenden Interventionen werden in dieser Arbeit therapeutische Operationen verstanden, welche *nicht unmittelbar* der Problembearbeitung dienen. Nach Sachse (2003) könnte

man diesen Interventionen eine geringe Bearbeitungstiefe zuschreiben. Sie kommen häufig am Anfang oder Ende der Sitzung vor, oder wenn die Überleitung zu einem anderen Thema stattfindet.

Drei Arten prozessunterstützender Interventionen wurden in dieser Arbeit differenziert: (1) *strukturierende* Interventionen (Planen, Vorgehen innerhalb einer Sitzung besprechen, zusätzliche Informationen erfragen, zusammenfassen), (2) *direktive* Interventionen (therapeutische Erklärungsmodelle geben, Psychoedukation, Neudefinieren eines Problems, Ratschläge geben) und (3) *supportive* Interventionen (Bestätigung, positive Besserungserwartungen, positive Verstärkung, Ressourcenaktivierung).

(1) *Strukturierende Interventionen*: Gemäss konsistenztheoretischer Auffassung (Grawe, 2004) sollte eine strukturierte Vorgehensweise geeignet sein, dem Patienten das Gefühl von Orientierung und Kontrolle zu vermitteln und somit mit Therapieerfolg in Beziehung gebracht werden können. In der Übersichtsarbeit von Orlinsky et al. (2004) finden sich zwei Prozess-Outcome-Studien, in welchen der Einfluss des therapeutischen Fragestellens untersucht wurde (Russell, Bryant & Estrada, 1996; Stiles & Shapiro, 1994). Die Ergebnisse der Studien fallen gemischt aus (keine oder positive Zusammenhänge). (2) *Direktive Interventionen*: Laut der Übersichtsarbeit von Orlinsky et al. (2004) bestätigen vier Studien (Goren, 1993; Hayes & Strauss, 1998; Kolden, 1996; Stiles & Shapiro, 1994) die Befunde aus früherer Forschung (Orlinsky et al., 1994), wonach Ratschläge, Vorschriften und Beratung mit *wenig* Erfolg in Verbindung stehen. Hierzu sei angemerkt, dass das Erteilen von Ratschlägen nur *einen* Aspekt des in dieser Arbeit erhobenen Konstruktes widerspiegelt. Zu den anderen Aspekten (Aufzeigen therapeutischer Erklärungsmodelle, Psychoedukation, Neudefinieren eines Problems) liegen keine Prozess-Outcome-Studien vor. Aus konsistenztheoretischer Sicht wird auch hierzu angenommen, dass direktive Interventionen im richtigen Mass und zu einem günstigen Zeitpunkt eingesetzt, gut geeignet sind, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu befriedigen. (3) *Supportive Interventionen*: Fünf Studien (Dick, 1999; Dürr & Hahlweg, 1996; Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu & Garant, 1994; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Stiles & Shapiro, 1994) legen nahe, dass supportive und unterstützende Interventionen mit Therapieerfolg korreliert sind (Orlinsky et al., 2004). Ein klares Ergebnis bringt die Aktivierung der Ressourcen des Patienten hervor. Die Aktivierung der Fähigkeiten und Stärken eines Patienten im therapeutischen Prozess steht klar mit einem guten Therapieergebnis in Zusammenhang. Dieses Ergebnis wird durch zahlreiche Ergebnisse der Berner Prozessforschung belegt (Dick, 1999; Dick, Grawe, Regli & Heim, 1999; Flückiger, Wüsten, Frischknecht, Grawe & Lutz (submitted); Gassmann, 2002; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Smith, 2001; Smith & Grawe, 2000; Smith, Regli & Grawe, 1999). Gassmann (2002) konnte zeigen, dass in erfolgreichen Sitzungen vor allem zu Beginn und am Ende stark Ressourcen des Patienten aktiviert werden, während in weniger erfolgreichen Sitzungen die Ressourcenaktivierung während der ganzen Sitzung eher schwach war und erst gegen Ende der Sitzung anstieg.

In dieser Arbeit wird angenommen, dass gute Problembearbeitung dadurch gekennzeichnet ist, dass häufig tief greifende und der Problembearbeitung *direkt* dienliche *spezifische* Interventionen stattfinden (z.B. bewältigungsorientierte Interventionen, Klärung, interpersonelle Interventionen), während dem prozessunterstützende Interventionen mit geringer Bearbeitungstiefe eher seltener

Anwendung finden (mit Ausnahme der Ressourcenaktivierung). Es wird angenommen, dass eine hohe Bearbeitungsintensität nur durch stringentes Vorgehen erreicht werden kann, was das häufige Vorkommen „verflachender“ prozessunterstützender Interventionen während der Sitzung ausschliesst.

1.3.4.2 Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen

Diese Kategorie erfasst vor allem diejenigen bewältigungsorientierten Interventionen, welche in verhaltenstherapeutischen Manualen beschrieben werden (z.B. Exposition, Aktivitätsaufbau, Verhaltensanalyse).³¹ Gemäss Grawe et al. (1994) sind verhaltenstherapeutische Techniken probate Mittel, Störungsbilder wie Angst und Depression bewältigungsorientiert anzugehen. Nach Grawe (1998, 2004) stellt Problembewältigung einer der zentralen Wirkfaktoren dar.

In einer Übersichtsarbeit verglichen Beutler et al. (2004) 21 empirische Arbeiten mit klärungs- oder bewältigungsorientiertem Zugang, welche seit 1990 erstellt worden waren. Bei einem Teil davon handelte es sich um Vergleichsstudien mit randomisiertem Kontrollgruppendesign, in anderen wurden Interventionen Post Hoc mit Therapieerfolg in Beziehung gebracht. Die Ergebnisse fielen gemischt aus, wobei in den meisten Untersuchungen der klärungsorientierte Zugang mit Therapieerfolg in Beziehung gebracht werden konnte, während in sechs davon der Zusammenhang zwischen bewältigungsorientiertem Fokus und Therapieerfolg negativ ausfiel. Es konnte keine klare Überlegenheit eines methodischen Zuganges über den anderen nachgewiesen werden. Dieser Befund bestätigt das in Abschnitt 1.1.2 beschriebene Äquivalenzparadox. Zudem machen die Autoren den Einfluss moderierender Patientenvariablen geltend: Selbstreflexive, introvertierte Patienten profitieren demnach mehr von Klärung, und impulsive, aussenorientierte Patienten kommt ein bewältigungsorientierter Zugang mehr zu Gute.

1.3.4.3 Kognitive Arbeit und Klärende Interventionen

Diese Kategorie umfasst Techniken, welche vorwiegend der Gesprächstherapie und der kognitiven Therapierichtung zuzuordnen sind. Darunter fallen einerseits Techniken der kognitiven Umstrukturierung (Bewusstmachen und Verändern dysfunktionaler Kognitionen), wie auch klärende Interventionen im Sinne von Sachse (2003, 2005), sowie emotionsaktivierende Strategien (Leere-Stuhl-Technik nach Greenberg, Rice und Elliott, 2003). Der gemeinsame Kern dieser Interventionen ist deren Ziel, dem Patienten neue Einsichten zu vermitteln. Sie unterscheiden sich auf der Dimension der Bearbeitungstiefe, wobei angenommen wird, dass Techniken der kognitiven Umstrukturierung eine hohe und schemaklärende Interventionen eine tiefe Bearbeitungsstufe aufweisen. Motivationale Klärung ist eines der fünf Wirkprinzipien nach Grawe (1998, 2004).

Die Übersicht über fünf neuere Forschungsarbeiten (Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu & Garant, 1994; Gaston, Thompson, Gallangher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Kolden, 1996; Schmidtchen &

³¹ Diese werden deshalb auch als „manualisierte“ Interventionen bezeichnet.

Hennies, 1996; Watson & Greenberg, 1996) legt nahe, dass klärende Interventionen moderat und inkonsistent mit Erfolg in Beziehung stehen (Orlinsky et al., 2004). Dies bestätigt das Resultat einer früher durchgeführten Übersichtsarbeit mit 21 Studien (Orlinsky et al., 1994). Einzelne klärende Interventionen scheinen jedoch stabil mit Erfolg in Beziehung zu stehen. So beispielsweise die gestalttherapeutische Intervention des leeren Stuhles („experiential confrontation“). In neun Prozess-Outcome-Studien (Foa et al., 1999; Greenberg & Hirscheimer, 1994; Schmidtchen & Hennies, 1996; Schulte, Hartung & Wilke, 1997; Smith & Grawe, 2000; Smith, Regli & Grawe, 1999; Vogel & Schulte, 1997; Weissmark & Giacomo, 1994; Znoj, Grawe & Jeger, 2000) und einer Metaanalyse (Schmidtchen, 2000) wurden positive Zusammenhänge gefunden, wenn der Patient sich nicht in einer akuten Phase befand. Zu ähnlichen Schlüssen gelangen Beutler et al. (2004). Sie stellen fest, dass es kontraproduktiv ist, die emotionale Aktivierung zu fördern, wenn Patienten schon verzweifelt oder aufgewühlt in die Sitzung kommen oder wenn die Therapiebeziehung nicht solide ist. Auch Sachse (2003, 2005) hält fest, dass vertiefende Bearbeitungsangebote lediglich dann auf einen fruchtbaren Boden stossen, wenn der Therapeut über genügend Beziehungskredite verfügt. Es wird angenommen, dass erfolgreiche Klärung in einem günstigen Kontext stattfinden muss.

Gassmann (2002) konnte in seiner Prozessanalyse den Nachweis erbringen, dass erfolgreiche Therapeuten *weniger* vertiefende Bearbeitungsangebote machen als weniger erfolgreiche Therapeuten. In wenig erfolgreichen Stunden, wurden vertiefende Bearbeitungsangebote vor allem dann getätigt, wenn Patienten *emotional abwendend aktiviert* waren. Vertiefende Bearbeitungsangebote förderten jedoch sowohl in guten wie auch in schlechten Therapiesitzungen eine emotional abwendende Haltung der Patienten. Dieser Befund lässt den Schluss zu, dass klärende Interventionen häufig den Widerstand des Patienten aktivieren. Dass der Erfolg vertiefender Bearbeitungsangebote von der Klärungsmotivation der Patienten abhängt, konnten auch Sachse und Takens (2004) nachweisen. An einer Stichprobe mit 40 Patienten mit tiefer und hoher Klärungsmotivation konnten sie zeigen, dass vertiefende Bearbeitungsangebote von 74 Prozent der klärungsmotivierten Patienten angenommen wurden, bei den wenig klärungsmotivierten Patienten waren es lediglich 47 Prozent.

1.3.4.4 Interpersonale Interventionen

Die in dieser Arbeit erhobene Kategorie der interpersonalen Interventionen umfasst sowohl die Analyse eigener Beziehungsmuster, wie auch das Erlernen zwischenmenschlicher Fertigkeiten, den Umgang mit Rollenwechseln und Lebensübergängen und schliesslich auch den Einsatz der Therapiebeziehung. Gemäss Grawe et al. (1994) ist interpersonelle Therapie ein wirksames Verfahren für ein breites Spektrum von Störungen. Dem Einfluss interpersoneller Interventionen auf den Therapieerfolg wurde in Prozess-Outcome-Studien der letzten Jahre wenig Beachtung geschenkt (Orlinsky et al., 2004).

1.3.4.5 Techniken und Interventionen bei der Behandlung von Depression

Für die Behandlung von Depression gibt es zahlreiche Therapiemethoden, deren Wirksamkeit empirisch gut belegt ist. Eine Übersicht darüber geben Follette und Greenberg (2006). Als empirisch gesichert kann die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie, die interpersonelle Therapie, emotionsaktivierende Therapie (engl. emotion-focused therapy), Selbstmanagementtherapie sowie Paar- und Familientherapien erachtet werden (Follette & Greenberg, 2006). Den Autoren zufolge können die wirksamen Therapieverfahren der Depressionsbehandlung einerseits als symptom- und bewältigungsorientiert (Verhaltenstherapie, Interpersonale Therapie), als auch als klärungs- und einsichtsorientiert (Aufdecken dysfunktionaler Gedanken und Grundannahmen in der Kognitiven Therapie) beschrieben werden.

1.3.4.6 Techniken und Interventionen bei der Behandlung von Angst

Auch für die Behandlung von Angststörungen wurden "empirically supported Treatments" (ESTs) definiert. Eine Übersicht findet sich bei Woody & Ollendick (2006). Die für die meisten Angststörungen (Agoraphobie, Panikstörung, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörungen, soziale und spezifische Phobien) effektive Behandlung ist die Expositionstherapie (in vivo oder in sensu). Es gibt jedoch auch andere ESTs für die Angstbehandlung, z.B. das Training sozialer Fertigkeiten, Entspannungsverfahren und das Erarbeiten von Problemlöse-Skills.

Zusammenfassende Annahmen zum Konstrukt der Techniken und Interventionen

Es wird angenommen, dass erfolgreiche Sitzungen dadurch gekennzeichnet sind, dass häufiger Interventionen eingesetzt werden, von welchen vermutet wird, dass sie *direkt* mit Problembearbeitung in Beziehung stehen (dh. bewältigungsorientierte, klärende oder interpersonale Interventionen) und dass „verflachende“ prozessunterstützende Interventionen (mit Ausnahme supportiver Interventionen) seltener vorkommen als in weniger erfolgreichen Sitzungen. Bei der Arbeit mit depressiven Patienten wird vermutet, dass bewältigungsorientierte, klärende und vor allem interpersonale Interventionen von besonderer Relevanz für das Evozieren therapeutischer Veränderungen und Erfolg sind, während bei der Arbeit mit Angstpatienten insbesondere bewältigungsorientierte Interventionen (Exposition) beobachtet werden können. Explorativ wird untersucht, wie sich Sitzungen mit Angstpatienten und Depressiven hinsichtlich der durchgeführten Interventionen voneinander unterscheiden.

Zudem interessiert der *Zeitpunkt*, zu dem Interventionen in erfolgreichen Sitzungen stattfinden. Es wird vermutet, dass prozessunterstützende Interventionen in erfolgreichen Sitzungen vor allem zu *Beginn und am Ende* der Sitzung durchgeführt werden, während in weniger erfolgreichen Sitzungen über die Stunde hinweg verflachende, prozessunterstützende Interventionen beobachtet werden können. In erfolgreichen Stunden finden im *mittleren Sitzungsteil* vor allem bewältigungsorientierte und klärende, sowie interpersonale Interventionen statt.

Zudem liegt die Vermutung nahe, dass in erfolgreichen Stunden *stringenter* an Problemen gearbeitet wird (höhere Intensität der Problembearbeitung, seltener verflachende Bearbeitungsangebote während der Problembearbeitung und weniger Wechsel zwischen den verschiedenen Interventionstypen).

Ferner ist von Interesse, *in welchem Kontext* erfolgreiche Interventionen Anwendung finden. Werden erfolgreiche Interventionen häufiger im Kontext einer guten Therapiebeziehung durchgeführt? Führen erfolgreiche Interventionen – wie durch Grawe (2004) postuliert – zu einer Stärkung der annähernden motivationalen und zur Reduktion einer vermeidenden motivationalen Ausrichtung beim Patienten?

Schliesslich soll untersucht werden, ob sich nach Erfolgsgruppen differentielle Zusammenhänge zwischen realisierten Interventionen und *Interaktionsstilen* des Patienten und Therapeuten beobachten lassen.

1.4 Fragestellungen und Hypothesen

Für Fragestellung 1, 3, 4, 5, 6 und 7 werden gerichtete Hypothesen formuliert, Fragestellungen 2 und 3 sind explorativer Natur. Die Hypothesen 1 bis 6 wurden aus den theoretischen Überlegungen und empirischen Ergebnissen im vorangehenden Teil (1.3) abgeleitet, Hypothese 7 ergibt sich aus den Konsistenztheoretischen Annahmen über die Wirkungsweise von Psychotherapie, welche in Abschnitt 1.2.2 des theoretischen Hintergrunds aufgeführt wurden.

Kontext

1 Wie unterscheiden sich *erfolgreiche* und *weniger erfolgreiche Sitzungen* von Patienten mit heterogenen Diagnosen (a) und depressiven Störungen (b) in Bezug auf die

1.1 Beziehungsgestaltung und wahrgenommene Therapeutenkompetenz

1.2 Strukturierung der Therapiesitzung

1.3 emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung der Patienten

1.4 Art durchgeführter Interventionen?

2 Wie unterscheiden sich Therapiesitzungen, in denen mit *depressiven Patienten* gearbeitet wird von solchen mit *Angstpatienten*?

3 Welche Kontextvariablen sind die besten *Prädiktoren* für subjektiven Sitzungserfolg (in der heterogenen Stichprobe (a) und der Teilstichprobe Depressiver (b))?

4 (a) Lassen sich in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Sitzungen unterschiedliche Interaktionsmuster zwischen der *Beziehungsgestaltung der Therapeuten* und der *motivationalen Ausrichtung der Patienten* beobachten? In welchem Zusammenhang stehen *Interaktionsstil* von Therapeut und Patient mit bedürfnisorientierter *Beziehungsgestaltung* (b) und *motivationaler Ausrichtung* der Patienten (c)?

Problembearbeitung und Interventionen

5 (a) Wie unterscheiden sich erfolgreiche von weniger erfolgreichen Therapiesitzungen hinsichtlich der *Stringenz (Intensität)* der Problembearbeitung? (b) Zu welchem *Zeitpunkt* werden erfolgreiche Interventionen durchgeführt?

6 In *welchem Kontext (bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung der Therapeuten,, motivationale Ausrichtung der Patienten)* werden erfolgreiche und wenig erfolgreiche Interventionen durchgeführt?

Konsistenztheoretische Auffassung über die Wirkungsweise von Psychotherapie

7 Lässt sich der durch Grawe (2004) postulierte *indirekte Pfad (motivationale Priming)* der *Wirkungsweise von Psychotherapie* empirisch bestätigen?

Hypothesen zur ersten Fragestellung

Beziehungsgestaltung

1.1 (a) Störungsübergreifend: In erfolgreichen Therapiesitzungen gelingt es Therapeuten besser, potentiell bedürfniskompatible Interventionen (hinsichtlich des Bedürfnisses nach *Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung* sowie *positive Zustände*) zu realisieren als in weniger erfolgreichen Sitzungen. In erfolgreichen Sitzungen werden Therapeuten als *kompetenter* eingeschätzt.

1.1 (b) Depression: Eine sich an den Patientenbedürfnissen orientierende Beziehungsgestaltung gelingt Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen besser. Erfolgreiche Therapeuten zeichnen sich insbesondere durch das Vermitteln *bindungsbezogener* Interventionen aus.

Strukturierung

1.2 (a) Störungsübergreifend und (b) Depression: In erfolgreichen Sitzungen wird *stärker strukturiert* als in wenig erfolgreichen Sitzungen (*betreffend Sitzungsthema, klarem Fokus, Intensität und Relevanz der Problembearbeitung, Prozessdirektivität des Therapeuten, aktiver Beteiligung des Patienten, Alltagsbezug des Gesagten und Fokus auf Veränderung*).

Emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

1.3 (a) Störungsübergreifend: In erfolgreichen Sitzungen erleben Patienten *mehr positive* und *weniger negative Emotionen* als in weniger erfolgreichen Sitzungen. In erfolgreichen Sitzungen sind Patienten *stärker annähernd* motiviert und *schwächer vermeidend* motiviert als in weniger erfolgreichen Sitzungen.

1.3 (b) Depression: In erfolgreichen Sitzungen erleben depressive Patienten *mehr positive Emotionen* und sind *stärker annähernd motiviert* als in weniger erfolgreichen Stunden. Es kommt zu *weniger* Aktivierung *negativer Emotionen* und zu einer *schwächer ausgeprägten vermeidenden motivationalen* Ausrichtung. Die Unterschiede in der Teilstichprobe Depression sind stärker ausgeprägt als in der heterogenen Gesamtstichprobe. Zudem nimmt die annähernde motivationale Ausrichtung in erfolgreichen Sitzungen im *Stundenverlauf* zu, während die vermeidende motivationale Ausrichtung im zeitlichen Verlauf abnimmt.

Techniken und Interventionen:

1.4 (a) Störungsübergreifend und (b) Depression: In erfolgreichen Therapiesitzungen kann die Durchführung *spezifischer (bewältigungsorientierter, kognitiver und klärender, interpersonaler) Interventionen* häufiger beobachtet werden als in wenig erfolgreichen Therapiesitzungen. In diesen werden vermehrt *prozessunterstützende* Interventionen durchgeführt.

Hypothesen zur vierten Fragestellung

4 (a) Eine *bedürfnisorientierte Therapiebeziehung* führt zur *Stärkung der annähernden* und zur *Abschwächung der vermeidenden* motivationalen Ausrichtung der Patienten. Das *Etablieren* einer hinsichtlich der Grundbedürfnisse komplementären Therapiebeziehung wird bei *annähernd* motivierten Patienten besser realisiert und fällt bei stark *vermeidend* motivierten Patienten ungünstiger aus.

4 (b) Therapeuten mit *freundlichem Interaktionsstil* gelingt es besonders gut, eine gute Therapiebeziehung zu realisieren, denjenigen mit *feindseligem Interaktionsstil* besonders schlecht. Das Etablieren einer guten Therapiebeziehung kann vor allem bei Patienten mit *freundlichem Interaktionsstil* beobachtet werden, wohingegen die Therapiebeziehung mit *feindseligen Patienten* am wenigsten gut realisiert wird.

4 (c) Freundliche Patienten sind durch eine annähernde und wenig vermeidende motivationale Ausrichtung gekennzeichnet.

Hypothesen zur fünften Fragestellung

5 (a) In erfolgreichen Sitzungen ist die *Stringenz der Problembearbeitung* und der *durchgeführten Interventionen* höher als in weniger erfolgreichen Sitzungen.

5 (b) Erfolgreiche Sitzungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Techniken und Interventionen vor allem in der *Stundenmitte* realisiert werden. Prozessunterstützende Interventionen können vermehrt zu *Beginn* und am *Ende* der Sitzung beobachtet werden.

Hypothesen zur sechsten Fragestellung

6 Erfolgreiche Therapeuten führen *spezifische Interventionen* (Bewältigung, Kognitive Arbeit und Klärung, Interpersonale Interventionen) in einem *günstigen interpersonalen und motivationalen Kontext* durch.

Hypothesen zur siebten Fragestellung

Hypothese 7 (a) Der Einfluss der Beziehungsgestaltung auf den Stundenerfolg wird durch ein *Annäherungspriming* (Aktivierung positiver Emotionen, Annäherungsmodus) mediiert.

Hypothese 7 (b) Der Einfluss der Beziehungsgestaltung auf den Stundenerfolg wird durch ein *Vermeidungspriming* (Reduktion negativer Emotionen, Vermeidungsmodus) mediiert.

Hypothese 7 (c) Das motivationale Priming fällt in der therapeutischen Arbeit mit *depressiven Patienten* besonders stark aus.

2. METHODE

2.1. Untersuchungsdesign

Dieses Kapitel ist methodischen Aspekten vorliegender Arbeit gewidmet. Im ersten Teil wird das *Untersuchungsdesign* des Forschungsprojektes vorgestellt (Abschnitt 2.1). Darauf hin folgt die Beschreibung der *Stichproben* (Abschnitt 2.2) und des *Kategoriensystems SAWIM* („Spezifische und Allgemeine Wirkfaktorenmikroprozessanalyse“), welches für dieses Forschungsprojekt entwickelt wurde (Abschnitt 2.3). In Abschnitt 2.4 wird der *Prozess der Datenerhebung* beschrieben und Abschnitte 2.5 und 2.6 widmen sich der *Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfung* des Kategoriensystems. Nach der Erörterung der Interraterreliabilitäten folgt die Diskussion der Konstrukt-, der konvergenten, diskriminanten und der prädiktiven Validität. Im letzten Teil des Kapitels (Abschnitt 2.7) werden die in dieser Arbeit angewandten *Auswertungsstrategien* besprochen.

2.1.1. Entstehungsrahmen und –ablauf des Forschungsprojektes

Einführend in dieses Kapitel wird dargestellt, in welchem Forschungsumfeld vorliegende Arbeit entstand. Die empirische Arbeit von Schmied (2004), welche dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Forschungsprojekt „Merkmale guter Problembearbeitung“ voranging und für dessen Design ausschlaggebend war, wird kurz erläutert. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Arbeiten werden hervorgehoben. Daraufhin findet eine Abgrenzung der von Egger (2006) verfassten Arbeit statt, welche ebenfalls auf oben erwähntem Forschungsprojekt basiert. Die Abgrenzung von Eggers Arbeit führt zur Begründung des in diese Studie verwendeten Forschungsdesigns.

Vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Merkmale guter Problembearbeitung“, welches durch Oliver Egger und Marielle Sutter geleitet und evaluiert wurde. Ziel dieses Projektes war es, *problem- respektive therapiezielspezifische* Veränderungsmuster psychotherapeutischer Prozesse aufzudecken. Es handelte sich dabei um ein Folgeprojekt, welches basierend auf der von Schmied (2004) durchgeführten Untersuchung zur Analyse differentieller Zusammenhänge zwischen Realisierung allgemeiner Wirkfaktoren und Erreichung von Therapiezielen, konzipiert wurde (vgl. Abbildung 2.1). In genannter Arbeit konnte der empirische Nachweis erbracht werden, dass individuelle Therapiezielerreichung mit dem Ausmass verwirklichter Wirkfaktoren in Zusammenhang steht.³² Da das Forschungsprojekt „Merkmale guter Problembearbeitung“ auf dem Projekt von Schmied basiert, bestehen Parallelen im Design beider Forschungsprojekte. Zudem basiert die für dieses Forschungsprojekt durchgeführte Datenselektion auf Schmieds Datenpool.

³² Eine gute Realisierung des Therapiezieles „Ängste“ zeigte sich beispielsweise bei guter Verwirklichung des Wirkfaktors „Bewältigungserfahrungen“, während für das Erreichen des Therapieziels „Selbstwert, Selbstbehauptung und eigene Schwächen akzeptieren“ insbesondere die gute Verwirklichung der Wirkfaktoren „Therapiebeziehung“ sowie „selbstwerterhöhende Erfahrungen“ von Bedeutung waren (die Einschätzung der Wirkfaktoren erfolgten mittels Patientenstundenbogen). Weitere Resultate zu differentiellen Zusammenhängen zwischen Zielstufenerreichung und Wirkfaktoren finden sich bei Schmied (2004, S. 109 ff.).

Im *Gegensatz* zur Arbeit von Schmied (2004), in welcher u.a. die Therapiezielerreichung mit anderen Prozessmassen (Patienten-, Therapeuten- und Vorstundenbogen) in Beziehung gebracht wurde (korrelative Studie), widmet sich vorliegende Arbeit den *Prozessen und Abläufen innerhalb* von Therapiesitzungen (Prozess-Outcome-Studie). Die Datengenerierung erfolgte folglich nicht auf Grundlage von Fragebögen, sondern von *Videoanalysen*. Das Forschungsinteresse ist darauf gerichtet, *wie* es Therapeuten im *Prozess* gelingt, einen therapeutisch fruchtbaren *Kontext der Problembearbeitung* zu schaffen und welche *Interventionen* dabei durchgeführt werden.

Die *Besonderheit* sowohl Schmieds (2004) Arbeit wie auch vorliegender Untersuchung ist es, dass lediglich Therapiesitzungen berücksichtigt wurden, von denen bekannt war, dass an *bestimmten, für Patienten relevanten Therapiezielen gearbeitet worden war* (vgl. Abschnitt 2.1.2). Die Auswahl von Therapiesitzungen erfolgte somit nicht lediglich nach einem *Zeit- oder Erfolgskriterium*, sondern darüber hinaus auch nach *inhaltlichen* Aspekten. Dieses Vorgehen birgt verschiedene Vorteile: (1) Das Resultat empirischer Analysen kann in der Formulierung spezifischer psychotherapeutisch relevanter Handlungsregeln für die Arbeit an bestimmten Problembereichen oder Therapiezielen münden (vgl. Egger (2006) oder auch Berking, Jacobi & Masuhr, (2001)). (2) Ein weiterer Vorteil ergibt sich, wenn Analysen (wie in dieser Arbeit) nach *störungsspezifischen Gesichtspunkten* durchgeführt werden. Das beschriebene Selektionsverfahren sichert die Auswahl von Therapiesitzungen, welche für die Behandlung bestimmter Störungsbilder inhaltlich relevant sind. So fliessen in die Analyse von Therapieprozessen mit Angstpatienten lediglich Sitzungen ein, in welchen tatsächlich an der Angst gearbeitet wurde, bei depressiven Patienten werden ausschliesslich Stunden analysiert, in denen entweder an der depressiven Symptomatik, einem interpersonalen oder selbstwertbezogenen Problem gearbeitet wurde. Diese drei Problembereiche sind für depressive Patienten von besonderer Bedeutung (Grawe, 2004; Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl & Grawe, 2004) (vgl. Abschnitt 1.2.3).

Das Forschungsprojekt „Merkmale guter Problembearbeitung“ beinhaltet Prozessanalysen von 150 Videos von 57 PatientInnen der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern. Die Einschätzung auf Minutenebene führte zu einem Datensatz von über 8000 Minuten. Aus dem Datenmaterial entstanden unabhängig voneinander zwei empirische Arbeiten mit unterschiedlichen Fragestellungen:

(1) Die Arbeit Eggers (2006) widmet sich unter Einbezug des gesamten Datenpools (8253 Minuten) der Analyse der durch das dreifaktorielle Rahmenmodell (vgl. Abschnitt 2.1.2) resultierenden Haupt- und Interaktionseffekte. Ziel der Arbeit ist es, *spezifische Handlungsregeln für Therapieziele* zu formulieren. Das Vorgehen ist vorwiegend explorativer Natur.

(2) Gegenstand der zweiten (hier vorliegenden) Arbeit bilden *Therapieprozesse spezifischer Störungsgruppen* (insbesondere Depression, aber auch Angststörungen). Das störungsspezifische Vorgehen wurde gewählt, weil der Analyse von Therapiezielen in den Arbeiten Schmieds und Eggers bereits genügend Rechnung getragen worden war. Methodisch unterscheidet sich diese Arbeit in zweifacher Hinsicht von derjenigen Eggers: (1) Das *Problem der Abhängigkeit* der Daten durch den Einschluss mehrerer Sitzungen pro Patient wurde *kontrolliert*, indem nur noch *eine Therapiesitzung pro Patient* Berücksichtigung fand. Dadurch musste eine Reduktion des Datenmaterials von 150 (8253 Minuten) auf 57 Sitzungen (3089 Minuten) in Kauf genommen werden. (2) Die *Perspektive der*

Beziehungsgestaltung wurde neu eingeschätzt, da sich die Daten aus der ersten Staffel der Datenerhebung als nicht valide erwiesen (vgl. Abschnitte 2.4. und 2.6.2). Im Unterschied zu Eggers Arbeit erbot sich eine Kombination aus explorativem und hypothesengeleitetem Vorgehen. Abbildung 2.1 veranschaulicht den Entstehungskontext des Forschungsprojektes und gewährt eine Übersicht über die darin involvierten Arbeiten.

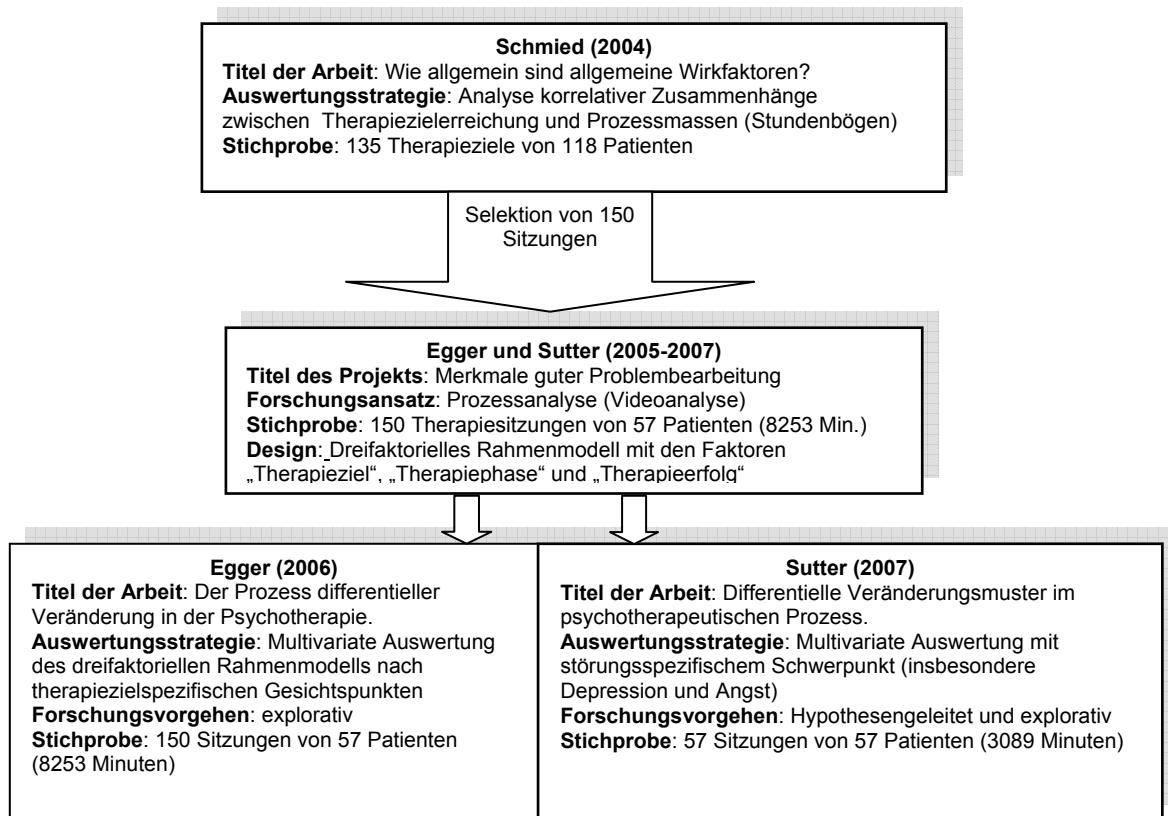


Abbildung 2.1: Entstehungsrahmen des Projektes „Merkmale guter Problembearbeitung“ und der darin involvierten Arbeiten

Nachfolgend wird das Untersuchungsdesign beschrieben, welches dem Projekt „Merkmale guter Problembearbeitung“ zu Grunde liegt. Für die Auswertungen dieser Arbeit ist lediglich der Faktor *Sitzungserfolg* relevant, weshalb die Ausführungen zum dreifaktorellen Rahmenmodell, welches dem Gesamtprojekt zu Grunde liegt, knapp gehalten werden (eine ausführliche Beschreibung findet sich bei Egger (2006)). Dennoch soll auf die Operationalisierung aller Faktoren eingegangen werden, da sie für das Verständnis der Sitzungsauswahl unabdingbar sind.

2.1.2. Untersuchungsdesign

Dem Projekt Merkmale guter Problembearbeitung liegt ein naturalistisches Untersuchungsdesign zu Grunde. Die untersuchten Therapiesitzungen wurden nach dem in der Prozess-Outcome-Forschung gebräuchlichen Selektionsverfahren „Variation aus Natürlicher Selektion“ (SNV) hinsichtlich unterschiedlicher Kriterien (Therapieziel, Therapiephase und Sitzungserfolg) ausgewählt (vgl.

Theoretischer Hintergrund, Abschnitt 1.1.3, sowie Grawe, 1999).³³ Mittels Videoring wurden die einzelnen Sitzungen bezüglich der Prozessvariablen auf der Analyseeinheit einer Minute eingeschätzt. Es handelt sich hierbei folglich um eine retrospektive Untersuchung, in welcher die Prozessvariablen Post Hoc mit Erfolg in Beziehung gebracht wurden.

2.1.2.1 Auswahl der Therapiesitzungen

Ziel des Forschungsprojektes „Merkmale guter Problembearbeitung“ war es, phasen- und therapiezielspezifische differentielle Veränderungsmuster erfolgreicher therapeutischer Prozesse aufzeigen zu können. Folglich basiert das Forschungsdesign auf einem dreifaktoriellen Rahmenmodell mit den Faktoren *Therapieziel*, *Therapiephase* und *Sitzungserfolg* (Tabelle 2.1). Der Sitzungserfolg bildet die *abhängige Variable* und die Faktoren *Therapieziel* und *-phase* können als *unabhängige Variablen* bezeichnet werden.

In Tabelle 2.1 ist das varianzanalytische Rahmenmodell aufgeführt. Die in den Zellen angegebenen Zahlen entsprechen den untersuchten Therapiesitzungen. Für jedes der fünf Therapieziele (vgl. folgenden Abschnitt) wurden je 15 erfolgreiche und 15 weniger erfolgreiche Sitzungen ausgewählt. Damit lagen pro Therapieziel 30 Sitzungen vor. Therapiezielspezifisch wurden je 10 Sitzungen einer von drei Phasen zugewiesen. Dies führte zu einem Gesamtdatensatz von 150 Therapiestunden.

Tabelle 2.1: Dreifaktorielles Rahmenmodell

	Therapieziele									
	Depressives Erleben		Angst		Kontakt, Nähe, Austausch		Selbstbehauptung und Abgrenzung		Selbstwert	
	Erfolgsgruppe		Erfolgsgruppe		Erfolgsgruppe		Erfolgsgruppe		Erfolgsgruppe	
Phase	Tief	Hoch	Tief	Hoch	Tief	Hoch	Tief	Hoch	Tief	Hoch
1. Phase	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2. Phase	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3. Phase	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	30		30		30		30		30	
Total	150									

2.1.2.2 Therapieziele

Grundlage der Sitzungsauswahl waren 118 Patienten, welche zwischen Januar 1999 und Dezember 2003 an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität in Behandlung gewesen waren. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung werden mit allen Patienten zu Beginn der Therapie individuelle Therapieziele nach dem *Goal-Attainment-Scaling (GAS)* formuliert (Kieresuk & Lundt, 1979; Kieresuk & Sherman, 1968) (vgl. GAS-Arbeitsblatt, Anhang A). Zudem geben Therapeuten nach

³³ Das bedeutet, dass weder eine experimentelle Manipulation der UV, noch eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu den Behandlungsbedingungen stattfand und das Untersuchungsdesign nicht den in der psychotherapeutischen Vergleichsforschung geforderten Bedingungen entspricht (vgl. zur Kritik des Untersuchungsdesigns Diskussion, Abschnitt 4.1.1).

jeder Therapiesitzung in der *Checkliste der behandelten Probleme* an, woran sie in der Therapiesitzung gearbeitet haben. Für die Auswahl der Therapiesitzungen waren diese beiden Messinstrumente, nämlich die *GAS Zielformulierungen* (1) wie auch die *Checkliste der behandelten Probleme* (2) von Bedeutung.

(1) Von den 118 Patienten lagen 330 *GAS Zielformulierungen* vor. Diese 330 Therapiezielformulierungen wurden durch zwei Psychologen nach Erzielen guter Interraterreliabilitäten nach dem Klassifikationssystem „Berner Inventar für Therapieziele - Taxonomie (BIT-T 4.0)“ (Grosse Holtforth & Grawe, 2002b) kategorisiert (vgl. Schmied, 2004). Das BIT-T 4.0 ist eine empirisch erstellte Taxonomie, welche der Kategorisierung von Psychotherapiezielen dient. Diese umfasst drei Ebenen. Auf der höchsten Ebene befinden sich fünf Oberkategorien, auf zweiter Ebene 31 Kategorien und auf unterster Ebene 50 Unterkategorien (Tabelle 2.2 veranschaulicht die beiden ersten Ebenen) (vgl. Anhang A mit dem gesamten Kategoriensystem und den Codierungsrichtlinien).³⁴

Als Selektionsbasis für die zu untersuchenden Therapieziele dienten die am häufigsten vorkommenden Zielbereiche auf Kategorienebene, namentlich die Problembereiche *Depressives Erleben, Ängste, Selbstbehauptung und Abgrenzung, Kontakt, Nähe und Austausch* sowie *Selbstvertrauen, Selbstwert und eigene Schwächen akzeptieren*. In Tabelle 2.2 sind die ersten beiden Ebenen des BIT-T 4.0 dargestellt. Die dunklen Schraffierungen zeigen die für das Forschungsprojekt ausgewählten Therapieziele.

Tabelle 2.2: Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T) Version 4.0 (Grosse Holtforth & Grawe, 2002)

Problem- und Symptombewältigung	Interpersonale Ziele	Wohlbefinden	Orientierung	Selbstentwicklung
Depressives Erleben	Partnerschaft	Bewegung, Aktivität	Selbstreflexion, Zukunft	Selbstvertrauen, Selbstwert, eigene Schwächen
Suizidalität	Aktuelle Familie	Entspannung	Sinnfindung	Selbstverwirklichung
Ängste	Herkunftsfamilie	Wohlbefinden		Selbstkontrolle
Zwänge	Andere Beziehungen			Gefühlsregulation
Traumata	Alleinsein, Trauer			
Sucht	Selbstbehauptung und Abgrenzung			
Essverhalten	Kontakt, Nähe, Austausch			
Schlaf				
Sexualität				
Körperbezogene Probleme				
Stress				
Medikamente				

Anmerkung: Die hellgrau schraffierten Felder entsprechen den am häufigsten genannten Therapiezielen der Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern.

³⁴ Die Verteilung der für das Projekt kategorisierten Therapieziele auf Oberkategorieebene ergab 38 Prozent für *Problem- und Symptombewältigung*, 35 Prozent für *Interpersonale Ziele*, 15 Prozent für *Selbstentwicklungs- und Selbstwertorientierte Ziele*, 6 Prozent *Orientierung und Sinnfindung* sowie 5 Prozent für Therapieziele im Bereich des *Wohlbefindens*. Die prozentuale Verteilung stimmt mit den Befunden von Grosse Holtforth und Grawe (2002) überein, welche zwar über eine häufigere Besetzung der Interpersonalen Ziele berichteten, ansonsten jedoch über dieselbe Reihenfolge.

(2) Als *zweites Kriterium* für die Auswahl der Therapiesitzungen galt, dass während der Sitzung auch nachweislich am entsprechenden Therapieziel gearbeitet worden war. Dies konnte an Hand der *Checkliste der behandelten Probleme* (Anhang A) ermittelt werden. Die Checkliste wurde im Rahmen eines Nationalfondsprojektes eingeführt und beruht auf einer für jeden Patienten individuell erstellten Fallkonzeption, d.h. sie beinhaltet sowohl dessen Diagnose, wie auch seine Therapieziele, motivationalen Ziele und Konflikte sowie problematische interpersonale Ablaufmuster. Nach jeder Therapiestunde wurde durch den behandelnden Therapeuten in der Checkliste festgehalten, an welchen Bereichen er in der vergangenen Stunde gearbeitet hatte. So konnten diejenigen Sitzungen eruiert werden, in denen effektiv an einem interessierenden Therapieziel gearbeitet worden war.

2.1.2.3 Therapiephasen

Aus Gründen der Qualitätssicherung wird an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern eine elaborierte Messbatterie erhoben. Messungen finden zum Prä-, Post- und Katamnesezeitpunkt sowie während des Therapieprozesses nach je zehn Sitzungen statt (Zwischenmessungen).

Da die meisten an der psychotherapeutischen Praxisstelle durchgeführten Therapien rund 30 Sitzungen dauern, schien es sinnvoll, *drei Phasen* des therapeutischen Prozesses zu untersuchen (die erste, mittlere und letzte Phase). In die erste Phase wurden Stunden aus dem ersten Teil der Therapie aufgenommen (Sitzungen 1 bis 10), in die zweite Phase flossen Stunden aus dem mittleren Therapieteil ein (Sitzungen 11 bis 20) und die dritte Phase umschloss Sitzungen aus dem letzten Therapieteil (Sitzungen 21 bis 30, respektive 50). Da bereits zahlreiche Therapien nach der 20ten Sitzung beendet werden und daraus eine ungenügende Fallzahl für die letzte Phase resultierte, musste das Zeitfenster für die dritte Phase erweitert werden.

2.1.2.4 Erfolgskriterium

Die Operationalisierung des Erfolgs erfolgte mittels *doppelten Erfolgskriteriums*. Eingang fanden (1) einerseits die *GAS-Zielstufenerreichungswerte* aus den Zwischen- respektive Postmessungen (2) und andererseits *Prozessmasse des Patientenstundenbogens*, welche in Form der gebildeten *Skala Klärungs- und Bewältigungserfahrungen* einfließen. Der Einbezug dieser beiden Erfolgskriterien ermöglichte es, ein „Mini-Outcomemass“ zu bilden, welches grösser ist als der Stundenerfolg auf Mikroebene („little o“) und kleiner als der Therapieerfolg auf Makroebene („big O“).³⁵

(1) Die Ermittlung des Erfolgs kann grundsätzlich durch zwei Strategien erfolgen: Entweder wird er als *indirektes Veränderungsmass* (Differenz zwischen zwei Messzeitpunkten) oder als *direktes Mass* mit den absoluten Werten zu einem Messzeitpunkt ermittelt. In diesem Forschungsprojekt wurde für die

³⁵ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird von *Sitzungserfolg* gesprochen werden, da es sich um ein Mini-Outcomemass handelt.

Ermittlung des Therapiezielerfolgs auf das *direkte Mass* mit den absoluten Werten aus den Zwischen- respektive Postmessungen zurückgegriffen. Dieses Vorgehen beruht auf der Überlegung, dass Veränderungen von Therapiezielen nicht linear verlaufen. Sitzungen von erfolgreichen Patienten, deren Therapieziel sich bereits zu Beginn der Therapie stark verändert, können sich im weiteren Verlauf der Therapie aufgrund der durch die nach oben beschränkten Skalierung im GAS nicht mehr stark verändern. Ein auf dem Differenzmass beruhendes Erfolgsmass würde lediglich die Sitzungen aus der ersten Therapiephase als erfolgreich klassifizieren, während die nachfolgenden Therapiephasen als wenig erfolgreich eingestuft würden. Umgekehrt verhält es sich bei Therapieverläufen wenig erfolgreicher Patienten, deren Therapieziel sich über den gesamten Verlauf nicht und erst gegen Ende der Therapie moderat (und im absoluten Vergleich unterdurchschnittlich) verändert. Eine auf dem Differenzmass beruhende Erfolgsbeurteilung würde die Veränderungen in der letzten Phase als erfolgreich klassifizieren, obwohl sie im absoluten Vergleich unterdurchschnittlich ausfällt.

Aus diesem Grund wurde für die Ermittlung des ersten Erfolgsmasses auf die absoluten GAS-Zielerreichungswerte aus den Zwischen- (Phase 1 und 2) und Postmessungen (Phase 3) zurückgegriffen. Da sich Therapieziele im zeitlichen Verlauf im Schnitt unterschiedlich schnell verändern (Schmied, 2004) und das Ausmass der Veränderung phasenspezifisch ist, wurden die Zielerreichungswerte getrennt nach *Therapiezielen- und -phasen* einem *Mediansplit* unterzogen und in zwei Erfolgsgruppen unterteilt (Dichotomisierung) (Abbildung 2.2).

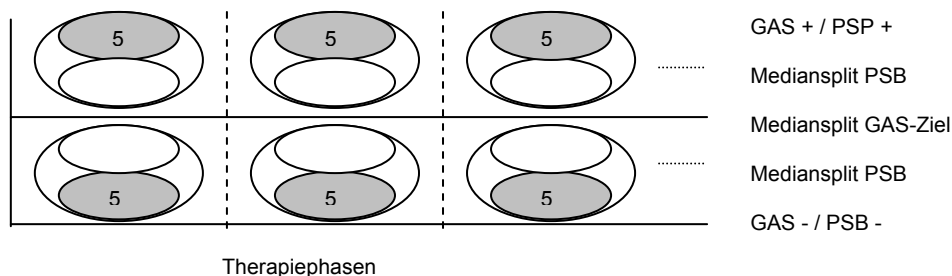


Abbildung 2.2: Beispiel für die Sitzungsauswahl für das Therapieziel Depressives Erleben. GAS = Goal Attainment Scaling / GAS-Zielstufenerreichung, PSB = Patientenstundenbogen (Skala Klärungs- und Bewältigungserfahrungen)

(2) Der *Sitzungserfolg* wird an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern mit dem Patienten- und dem Therapeutenstundenbogen ermittelt (Regli & Grawe, in Vorbereitung, Anhang B). Für das Forschungsprojekt erfolgte die Sitzungsauswahl an Hand des Patientenstundenbogens, da die Einschätzung der Patientenperspektive in der Regel die höchsten Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg aufweist (Lambert, 2004). Da der Patientenstundenbogen im Jahr 2000 gekürzt worden war (Version 98: 44 Items, Version 2000: 22), mussten die Items beider Messinstrumente angeglichen werden, um auf die Daten beider Versionen zurückgreifen zu können (Schmied, 2004). Die neuere Version des Patientenstundenbogens umfasst 22 Items und 8 Skalen (Abbildung 2.3). Eine exploratorische Faktorenanalyse³⁶ mit allen Patientenstundenbögen, welche zum Zeitpunkt der

³⁶ Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation.

Untersuchung vorlagen (N = 10232) ergab eine vierfaktorielle Lösung, durch welche 63 Prozent der Varianz aufgeklärt wurde. Die vorgefundenen Faktoren entsprechen den bei Flückiger (2003) sowie Regli, Flückiger und Grawe (2004) gefundenen Faktoren:

Tabelle 2.3: Interne Reliabilität der faktorenanalytisch gewonnenen Faktoren

Faktoren	Items des Patientenstundenbogens	Korrespondierende Skalen des Patientenstundenbogens	Interne Reliabilität Crohbachs α
1. Bindungsbezogene Erfahrungen ³⁷	Item-Nr. 1, 7, 9	Skalen-Nr. 4. Positive Therapiebeziehung	0.92
	Item-Nr. 5, 10, 16	Skalen-Nr. 2: Pos. Selbstwernerfahrungen	
	Item-Nr. 8, 12, 14, 19	Skalen-Nr. 3: Positive Bindungserfahrungen	
2. Klärungs- und Bewältigungserfahrungen ³⁸	Item-Nr. 2, 3, 6	Skalen-Nr. 7: Positive Klärungserfahrungen	0.87
	Item-Nr. 11, 13, 18	Skalen-Nr. 6: Pos. Bewältigungserfahrungen	
	Item-Nr. 4	Skalen-Nr. 8: Therapiefortschritte	
3. Kontrollerfahrungen	Item-Nr. 20, 21, 22	Skalen-Nr. 1: Positive Kontrollerfahrungen	0.79
4. Problemaktualisierung	Item-Nr. 15, 17	Skalen-Nr. 5: Problemaktualisierung	0.85

In dieser Arbeit interessierten insbesondere die Klärungs- und Bewältigungserfahrungen der Patienten. Das zweite in dieser Arbeit verwendete Erfolgskriterium wurde deshalb an Hand des Faktors *Klärungs- und Bewältigungserfahrungen* ermittelt (Tabelle 2.3). Diese Skala, deren einflussende Items Tabelle 2.3 entnommen werden können, erzielt mit einem α -Koeffizienten von 0.87 eine gute interne Reliabilität (Diekmann, 1995).

Aus den *Patientenstundenbögen* derjenigen Sitzungen, von denen bekannt war, dass an einem relevanten Therapieziel gearbeitet worden war (Checkliste) wurde mittels der gebildeten Skala *Klärungs- und Bewältigungserfahrungen* ein Mediansplit durchgeführt. Der Mediansplit erfolgte wiederum *Therapieziel-, -phasen und -erfolgsspezifisch* (Abbildung 2.2).

Auf diese Weise konnten zwei Extremgruppen mit hohen, respektive tiefen Ausprägungen sowohl in der *GAS-Zielstufenerreichung* wie auch im *Patientenstundenbogen (Klärungs- und Bewältigungserfahrungen)* gebildet werden. Aus diesen Extremgruppen wurden 150 Sitzungen nach dem nach Prinzip der extremsten Werte ausgewählt.³⁹

³⁷ Bei Flückiger (2003) als interpersoneller Faktor bezeichnet.

³⁸ Bei Flückiger (2003) als intrapsychischer Faktor bezeichnet.

³⁹ Einen Einfluss auf die Videoauswahl hatten auch praktische Kriterien wie das Vorhandensein der Videos und die Videoqualität.

2.1.3. Kontrolle der Abhängigkeit der Daten

Da dem ursprünglichen Forschungsprojekt 150 Therapiesitzungen von 57 Patienten zu Grunde lagen, flossen von jedem Patienten *mehrere Sitzungen* in die Untersuchung ein. Da von einigen Patienten aufgrund des Selektionsverfahrens erheblich mehr Sitzungen als von anderen Patienten einfließen (von sechs Patienten flossen über sieben Sitzungen ein), musste davon ausgegangen werden, dass dieser Umstand zu einer bedeutsamen Einschränkung der internen Validität der Untersuchung führt. Um diesem Umstand gerecht zu werden und die Abhängigkeit der Daten zu kontrollieren, wurde für vorliegende Arbeit eine Datenreduktion vorgenommen, indem von jedem Patienten nur noch *eine* Sitzung Berücksichtigung fand. Die Sitzungsauswahl erfolgte wiederum nach dem Prinzip der extremsten Werte, d.h. es wurden pro Extremgruppe die jeweils besten, respektive schlechtesten Sitzungen (Patientenstundenbogen) der darin vertretenen Patienten ausgewählt. Durch dieses Verfahren fand eine Reduktion des Datenmaterials von 150 auf 57 Sitzungen statt.

Die komplexe Sitzungsselektion wird in Abbildung 2.3 graphisch veranschaulicht.

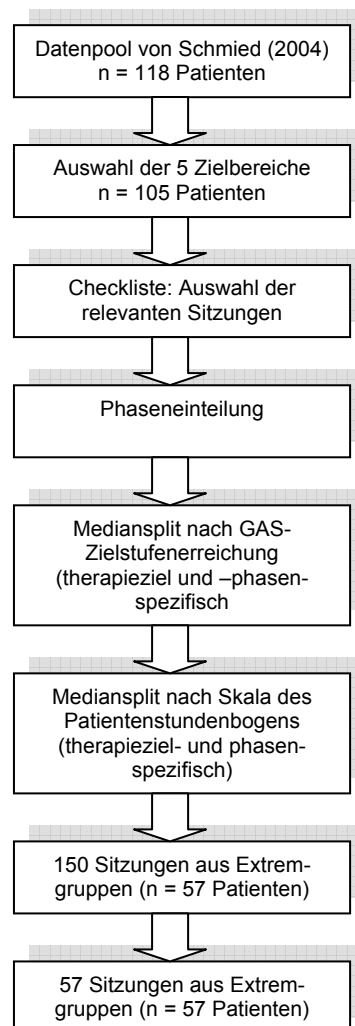


Abbildung 2.2: Graphische Darstellung der Sitzungsauswahl

2.2. Beschreibung der Stichproben

Der folgende Abschnitt ist der Beschreibung der Stichprobe gewidmet. Zuerst werden *soziodemographische Merkmale der Patienten* und *therapierelevante Merkmale der Sitzungen* (Therapieziele und Therapiephase) erörtert (Abschnitt 2.2.1), darauf hin folgt die Beschreibung der *Ausgangsmerkmale der Patienten* (Abschnitt 2.2.2) und die *Merkmale der Therapeuten* (Abschnitt 2.2.3). Im letzten Abschnitt (2.2.4) wird auf die *störungsspezifischen Teilstichproben* eingegangen.

2.2.1. Soziodemographische und therapierelevante Merkmale der Patienten

Die Stichprobe umfasst 57 Patienten. Davon sind 27 (47 Prozent) Frauen und 30 (53 Prozent) Männer. Das *Geschlechterverhältnis* ist in den Erfolgsgruppen annähernd gleich verteilt (Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4: Geschlecht der Patienten in der gesamten Stichprobe und in den Erfolgsgruppen

Geschlecht	Gesamt (N = 57)	Tiefe EG ^a (n = 29)	Hohe EG (n = 28)
weiblich	27 (47%)	13 (45%)	14 (50%)
männlich	30 (53%)	16 (55%)	14 (50%)

Anmerkung: ^a EG = Erfolgsgruppe

Das *mittlere Alter* beträgt 34.1 Jahre (SD 10), der Range 17 bis 57. Das Alter ist mit einem Mittelwert von 32.7 (SD 10.3) Jahren in der tiefen Erfolgsgruppe und 35.5 (SD 9.7) Jahren in der hohen Erfolgsgruppe sehr ähnlich. Die durchschnittliche Sitzungszeit beträgt 54 Minuten. Der Range reicht von 41 (Minimum) bis 73 (Maximum).

Die *primären Diagnosen*, klassifiziert nach DSM-IV, wurden in vier Kategorien unterteilt. Die erste Kategorie umfasst *affektive Störungen*, die zweite Kategorie *Angststörungen*, der dritten Kategorie wurden Fälle mit *anderen Diagnosen* zugewiesen und die letzte Kategorie beinhaltet Fälle *ohne Diagnose* (vgl. für Häufigkeitsangaben zu den einzelnen diagnostischen Kategorien die Anmerkungen in Tabelle 2.5).

44 Prozent der Patienten haben eine *affektive Störung*, dieses Störungsbild tritt somit am häufigsten auf. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit affektiven Störungen (90 Prozent) hat eine Majordepression (davon hat die eine Hälfte eine einzelne Episode und die andere Hälfte eine rezidivierende Form der Depression), lediglich 10 Prozent haben eine chronisch verlaufende Form der Depression (Dysthymie). Bei diesen wurde bei zwei Dritteln komorbid eine einzelne Episode einer MD diagnostiziert⁴⁰, was den Schluss rechtfertigt, sie der Gruppe der anderen Patienten mit MD zuzuordnen, obwohl chronische Depression als eigene diagnostische Kategorie diskutiert wird (Pettit & Joiner, 2005; McCullough, 2003). Am zweithäufigsten finden sich Patienten mit einer *Angststörung* (28 Prozent). 12 Prozent der Patienten haben eine *andere Diagnose* und 16 Prozent haben *keine*

⁴⁰ Aus diesem Grund wird im Folgenden vereinfachend der Begriff „depressive Patienten“ verwendet.

Diagnose. Es gibt keine Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der Diagnosen nach Erfolgsgruppen.

Tabelle 2.5: Häufigkeit der Diagnosen der Patienten in der gesamten Stichprobe und in den Erfolgsgruppen

Primäre Diagnosen (DSM-4)	Gesamt (N = 57)	Tiefe EG^a (n = 29)	Hohe EG (n = 28)
Affektive Störungen ^b	25 (44%)	13 (45%)	12 (43%)
Angststörungen ^c	16 (28%)	8 (28%)	9 (29%)
Andere Störungsbilder ^d	7 (12%)	3 (10%)	4 (14%)
Keine Diagnose	9 (16%)	5 (17%)	4 (14%)

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppe; ^b Affektive Störungen, davon Majore Depression (296.xx): 88%, Dysthyme Störungen (300.40): 12%; ^c Angststörungen, davon Panikstörungen ohne Agoraphobie (300.01): 6%, Panikstörung mit Agoraphobie (300.21): 31%, Soziale Phobie (300.23): 38%, Spezifische Phobie (300.29): 19%, Zwangsstörungen (300.30): 6%; ^d Andere Störungsbilder, davon Sexuelle Störungen (302.72): 14%, Alkoholabhängigkeit (303.90): 14%, Cannabisabhängigkeit (304.30): 14%, Bulimia Nervosa (307.51): 14%, Anpassungsstörung mit Angst (309.24): 14%, Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt (309.28): 28%.

Tabelle 2.6: Häufigkeiten der sekundären und tertiären Diagnosen (Achse-I) sowie Achse-II Diagnosen nach Diagnosegruppen

Diagnosekategorien	Komorbide Störungen		
	Sekundäre Diagnosen (Achse-I)	Tertiäre Diagnosen (Achse-I)	Achse-II Diagnosen
Affektive Störungen (n = 25)	Sekundäre Diagnose: 13 (52%) Keine sekundäre Diagnose: 12 (48%) Sekundär Diagnosen: MDE: 2 (8%) Panikstörung mit Agoraphobie: 1 (4%) Soziale Phobie: 2 (8%) Spezifische Phobie: 1 (4%) Zwangsstörung: 2 (8%) Alkoholmissbrauch: 1 (4%) Anorexia Nervosa: 1 (4%) Essstörung NNB: 1 (4%) PTSD: 1 (4%) Identitätsproblem: 1 (4%)	Tertiäre Diagnose: 3 (12%) Keine tertiäre Diagnose: 22 (88%) Tertiär Diagnosen: Dysthyme Störung: 1 (4%) Alkoholmissbrauch: 1 (4%) Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung: 1 (4%)	Achse-II-Diagnose: 3 (12%) Keine Achse-II-Diagnose: 22 (88%) Achse-II –Diagnosen: Dependente PS: 1 (4%) Borderline PS: 1 (4%) Persönlichkeitsstörung NNB: 1 (4%)
Angststörungen (n = 16)	Sekundäre Diagnose: 11 (69%) Keine sekundäre Diagnose: 5 (31%) Sekundär Diagnosen: MDE: 3 (18%) Spezifische Phobie: 2 (12%) Dysthyme Störung: 2 (12%) Cannabisabhängigkeit: 1 (6%) Alkoholmissbrauch: 1 (6%) Cannabismissbrauch: 1 (6%) Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung: 1 (6%)	Tertiäre Diagnose: 1 (6%) Keine tertiäre Diagnose: 15 (84%) Tertiär Diagnosen: Depressive Störung NNB: 1 (6%)	Achse-II-Diagnose: 1 (6%) Keine Achse-II-Diagnose: 15 (84%) Achse-II-Diagnosen: Paranoide PS: 1 (6%)
Andere Störungsbilder (n = 7)	Sekundäre Diagnose: 4 (57%) Keine sekundäre Diagnose: 6 (43%) Sekundär Diagnosen: Soziale Phobie: 1 (14%) Dysthyme Störung: 1 (14%) Depressive Störung NNB: 1 (14%) Identitätsproblem: 1 (14%)	Sekundäre Diagnose: 0 (0%) Keine tertiäre Diagnose: 7 (100%)	Achse-II-Diagnose: 1 (14%) Keine Achse-II-Diagnose: 6 (86%) Achse-II-Diagnosen: Borderline PS: 1 (14%)

Um zu überprüfen, ob eine systematische Verzerrung der Ergebnisse durch komorbide Achse-I oder Achse-II Störungen vorliegt, wurden die sekundären, tertiären Achse-I sowie die Achse-II Diagnosen untersucht (Tabelle 2.6).

Von den Patienten mit *primären affektiven Störungen* haben 48 *keine* komorbide Diagnose. 52 Prozent haben eine sekundäre Diagnose, 12 Prozent eine tertiäre Diagnose und 12 Prozent eine Achse-II-Diagnose. Wie zu erwarten war, überwiegen bei den sekundären Diagnosen die Angststörungen (28 Prozent), die Patienten weisen jedoch auch Diagnosen im Bereich der affektiven Störungen, Substanz-, Ess- und Identitätsstörungen auf. Es liegt somit keine systematische Verzerrung durch Komorbidität vor.

Dasselbe gilt für die Patienten mit *primären Angststörungen*. Von den untersuchten 16 Patienten hat rund ein Drittel *keine* weitere Diagnose. 69 Prozent weisen eine sekundäre Diagnose auf, 6 Prozent haben eine tertiäre oder Achse-II-Diagnose. Bei den sekundär diagnostizierten Störungen überwiegen erwartungsgemäss die affektiven Störungen (42 Prozent), es zeigen sich jedoch auch Substanzstörungen und Anpassungsstörungen.

Da von den insgesamt 48 Patienten mit einer primären Achse-I Störung rund die Hälfte *keine* sekundäre Diagnose haben und bei denjenigen mit sekundärer Diagnose dieselben über unterschiedliche Störungsbilder variieren, kann der Schluss gezogen werden, dass die komorbiden Störungen als Zufallsfaktor einzustufen sind.

Bezüglich *therapierelevanter Merkmale* kann festgehalten werden, dass die *fünf Therapieziele* über die Stichprobe hinweg und innerhalb der Erfolgsgruppen ähnlich verteilt sind. Davon ausgenommen ist das Therapieziel *Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen akzeptieren*, welches etwas weniger häufig vertreten ist als die vier anderen Ziele (Tabelle 2.7).

Tabelle 2.7: Therapieziele und Therapiephase der Fälle der gesamten Stichprobe und in den Erfolgsgruppen

Therapieziele	Gesamt (N = 57)	Tiefe EG^a (n = 29)	Hohe EG (n = 28)
Depressives Erleben	12 (21%)	6 (21%)	6 (20%)
Angst	13 (23%)	7 (24%)	6 (20%)
Selbstbehauptung u. Abgrenzung	12 (21%)	7 (24%)	5 (18%)
Kontakt, Nähe, Austausch	12 (21%)	5 (17%)	7 (25%)
Selbstbewusstsein	8 (14%)	4 (14%)	4 (17%)
Therapiephasen			
1. Phase (Sitzung 1 bis 10)	23 (40%)	10 (35%)	13 (46%)
2. Phase (Sitzung 11 bis 20)	20 (35%)	12 (41%)	8 (29%)
3 Phase (Sitzung 21 bis 50)	14 (25%)	7 (24%)	7 (25%)

Anmerkung: ^a EG = Erfolgsgruppe

Die gesamte Stichprobe umfasst etwas mehr Fälle mit Sitzungen in der ersten *Phase* (40 Prozent) als in der zweiten oder dritten Phase der Therapie (35, respektive 20 Prozent, Tabelle 2.6). In der hohen Erfolgsgruppe überwiegen Fälle mit Sitzungen in der ersten Phase der Therapie (46 Prozent), in der tiefen Erfolgsgruppen überwiegen Fälle mit Sitzungen in der zweiten Phase der Therapie (41 Prozent).

Es kann der Schluss gezogen werden, dass die für vorliegende Arbeit verwendete Stichprobe bezüglich Therapieziel und Phase repräsentativ für die Gesamtstichprobe ist (N = 150) ist.

2.2.2. Beschreibung der Ausgangsmerkmale der Patienten

Es wurde untersucht, ob sich die *Ausgangsmerkmale der Patienten* in den beiden untersuchten Erfolgsgruppen hinsichtlich Symptomatik (BSI, Franke, 2000), interpersonaler Probleme (IIP, Horowitz et al., 1994), Annäherungs- und Vermeidungszielen (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002a) sowie Inkongruenzwerten (INK, Grosse Holtforth & Grawe, 2003) zu Therapiebeginn voneinander unterscheiden. Hierfür wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt (Tabelle 2.8). Die Messinstrumente können in Anhang C eingesehen werden.

Abbildung 2.8: Ergebnisse der t-Tests zur Untersuchung von Unterschieden zwischen der hohen (n = 28) und tiefen Erfolgsgruppe (n = 29) bezüglich BSI, CTI, IIP, FAMOS und INK.

Messmittel	Tiefe Erfolgsgruppe		Hohe Erfolgsgruppe		df	t	p
	M	SD	M	SD			
Brief Symptom Inventory							
BSI: Mittlere Belastung (GSI)	1.13	0.49	1.12	0.67	55	-0.05	0.96
BSI: Anzahl Beschwerden (PSDI)	30.35	10.00	28.53	2.60	55	-0.51	0.61
BSI: Stärke der Beschwerden (PST)	1.93	0.44	1.89	0.60	55	-0.23	0.82
Inventar Interpersonaler Probleme	M	SD	M	SD	df	t	p
IIP: Autokratisch, dominant	7.43	4.86	5.75	4.75	55	-1.34	0.19
IIP: Streitsüchtig / konkurrierend	10.14	4.71	9.13	3.96	55	-0.87	0.38
IIP: Abweisend / kalt	11.60	6.11	11.04	5.47	55	-0.36	0.72
IIP: Introvertiert / sozial vermeidend	15.36	6.10	15.32	6.50	55	-0.30	0.98
IIP: Unterwürfig / selbstunsicher	17.40	6.97	18.28	6.70	55	-0.49	0.63
IIP: Ausnutzbar / nachgiebig	15.00	7.05	16.05	5.50	55	-0.53	0.53
IIP: Fürsorglich / freundlich	15.60	5.80	14.83	5.63	55	-0.62	0.62
IIP: Expressiv / aufdringlich	11.03	5.44	10.15	5.46	55	-0.54	0.54
FAMOS	M	SD	M	SD	df	t	p
FAMOS: Annäherungsziele	3.82	0.39	3.84	0.37	55	-0.12	0.90
FAMOS: Vermeidungsziele	3.78	0.42	3.82	0.52	55	-0.31	0.76
FAMOS: Vermeidungsdominanz ^a	1.00	0.10	1.00	0.10	55	-0.17	0.87
INK	M	SD	M	SD	df	t	p
INK: Annäherungsziele	3.20	0.59	3.15	0.46	55	0.31	0.76
INK: Vermeidungsziele	2.74	0.77	2.60	0.64	55	0.54	0.59
INK: Gesamtkongruenz ^b	2.97	0.64	2.87	0.43	55	0.50	0.62

Anmerkungen: ^a Vermeidungsdominanz ergibt sich aus dem Quotienten zwischen Annäherungszielen und Vermeidungszielen, ^b Gesamtkongruenz ist der Mittelwert aus allen 23 Skalen des Inkongruenzfragebogens

In keinem der untersuchten Masse unterscheiden sich die Erfolgsgruppen signifikant voneinander.⁴¹ Es wird deshalb im Weiteren davon ausgegangen, dass keine systematische Verzerrung der Ergebnisse durch unterschiedliche Ausgangsmerkmale der Patienten erfolgte.

⁴¹ Der Stichprobenumfang ist gross genug (n = 57), um durch Mittelwertvergleiche Effekte im mittleren Bereich ($\epsilon = .50$) statistisch aufzudecken.

2.2.3. Merkmale der Therapeuten

Die 57 Therapien wurden durch 35 Therapeuten durchgeführt, 46 Prozent davon sind weiblich, was auf eine annähernde Gleichverteilung des Geschlechts hinweist. Durchschnittlich fallen zwei Sitzungen auf einen Therapeuten. Der Range der durchgeführten Therapiesitzungen pro Therapeut liegt zwischen eins und sieben, der Modalwert bei eins. 40 Prozent der untersuchten Sitzungen gehen auf je einen Therapeuten. Je ein Therapeut führte 4, respektive 7 Sitzungen durch. Auf sie fällt 20 Prozent des untersuchten Videomaterials zurück. Bei den restlichen 40 Prozent der Sitzungen führten Therapeuten zwei oder drei Sitzungen durch. Es kann somit der Schluss gezogen werden, dass die Mehrheit der Therapien (80 Prozent) durch *unterschiedliche Therapeuten (1-3 Sitzungen pro Therapeut)* durchgeführt wurden. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch Therapeuteneffekte scheint unwahrscheinlich, kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Dafür wäre eine Kontrolle der Therapeutenvariablen notwendig.

Um die *Therapieerfahrung* zu ermitteln, wurden zwei Gruppen gebildet. (1) Die Gruppe der unerfahrenen Therapeuten umfasst *Therapeuten in Ausbildung (Azubis)*, welche zum Zeitpunkt der Therapie über wenig therapeutische Kenntnisse verfügten, (2) die Gruppe der *erfahrenen Therapeuten* umschliesst Therapeuten, welche zum Zeitpunkt der Therapie an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern angestellt waren, sowie therapeutisch tätige MitarbeiterInnen des Lehrstuhls von Prof. Grawe, von denen angenommen wird, dass sie besonders gut mit den untersuchten Konzepten vertraut sind.

40 Prozent der Therapeuten galten zum Zeitpunkt der durchgeführten Therapie als erfahren. Durch sie wurden 54 Prozent der in dieser Arbeit untersuchten Therapiesitzungen durchgeführt. 60 Prozent der Therapeuten waren unerfahren. Sie führten 46 Prozent der analysierten Sitzungen durch (Tabelle 2.9)

Tabelle 2.9: Häufigkeit der Therapeuten nach Therapieerfahrung und Häufigkeit der durchgeführten Therapiesitzungen nach Therapieerfahrung

Therapieerfahrung	Häufigkeit Therapeuten	Häufigkeit durchgeführter Therapiesitzungen
Erfahrene Therapeuten	14 (40%)	31 (54%)
Azubis	21 (60%)	26 (46%)
Total	35 (100%)	57 (100%)

Somit kann festgehalten werden, dass rund die Hälfte der analysierten Sitzungen durch erfahrene und die Hälfte durch unerfahrene Therapeuten durchgeführt wurde. Es besteht *kein* signifikanter Zusammenhang zwischen Therapieerfahrung und Erfolg ($\chi^2 (1, n = 57) = .17, p = .70$).

2.2.4. Störungsspezifische Teilstichproben

Für die Analyse *störungsspezifischer Teilstichproben* wurden zwei Untergruppen gebildet. In der ersten Untergruppe (n = 25) finden sich Sitzungen von Patienten mit *einer primären affektiven Störung*, bei denen in der ausgewählten Sitzung an einem für die *Behandlung der Depression relevanten Therapieziel* (Depressives Erleben, Selbstbehauptung und Abgrenzung, Kontakt, Nähe und Austausch, Selbstbewusstsein) gearbeitet worden war (Tabelle 2.10). In der zweiten Gruppe (n = 10) befinden sich Sitzungen von Patienten mit einer *primären Angststörung*, bei denen in der ausgewählten Sitzung an einem *Angstziel* gearbeitet worden war. Tabelle 2.10 vermittelt eine Übersicht über die Verteilung der Therapieziele nach Störungsgruppen auf Sitzungsebene. Die Therapieziele sind nach Erfolgsgruppen annähernd gleich verteilt.

Tabelle 2.10: Verteilung der Therapieziele in den Teilstichproben Depression und Angst

Therapieziele	Diagnose					
	Depression			Angst		
	Gesamt (n = 25)	Tiefe EG ^a (n = 13)	Hohe EG ^a (n = 12)	Gesamt (n = 10)	Tiefe EG ^a (n = 5)	Hohe EG ^a (n = 5)
Depressives Erleben	8 (32%)	5 (38%)	3 (23%)	-	-	-
Angst	-	-	-	10 (100%)	5 (50%)	5 (50%)
Selbstbehauptung und Abgrenzung	7 (28%)	4 (32%)	3 (23%)	-	-	-
Kontakt, Nähe, Austausch	6 (24%)	2 (15%)	4 (31%)	-	-	-
Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen akzeptieren	4 (16%)	2 (15%)	2 (16%)	-	-	-

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppe

In der statistischen Analyse werden depressive Patienten nach Erfolgsgruppen miteinander vergleichen. Aus diesem Grunde werden die *Ausgangsmerkmale* dieser Teilstichprobe ebenfalls analysiert (Tabelle 2.11).

Auch in der Teilstichprobe der depressiven Patienten zeigen sich bezüglich der Ausgangsmerkmale *keine* signifikanten Mittelwertsunterschiede in den Ausgangswerten der beiden Erfolgsgruppen. Dies muss zumindest teilweise auf die geringe Power (n = 25) zurückgeführt werden.^{42 43}

⁴² Mit einer Stichprobe im Umfang von n = 25 können mittels T-Test nur grosse Effekte ($\epsilon = .80$) statistisch gegen den Zufall abgesichert werden.

⁴³ Es zeigt sich, dass Patienten in der hohen Erfolgsgruppe eine etwas tiefere mittlere Symptombelastung aufweisen (GSI) (d = .53), weniger Beschwerden haben (PSDI) (d = .50) und die Stärke der Beschwerden (PST) (d = .66) etwas geringer ausfällt als bei Patienten in der tiefen Erfolgsgruppe. Auch der IIP weist darauf hin, dass Patienten in der tiefen Erfolgsgruppe tendenziell mehr interpersonale Probleme haben (z.B. sind sie stärker introvertiert, sozial vermeidend (d = -.41) und die Werte des INK deuten darauf hin, dass Depressive in der hohen Erfolgsgruppe weniger Inkongruenz in Annäherungs- (d = .35) und Vermeidungszielen (d = .48) aufweisen und auch deren Gesamtingkongruenz tiefer ausgeprägt ist (d = .48). Zusammenfassend besteht eine Tendenz, dass Depressive in der hohen Erfolgsgruppe weniger belastet sind als in der tiefen Erfolgsgruppe. Dies wird bei der Interpretation der Resultate zu berücksichtigen sein.

Abbildung 2.11: Ergebnisse der t-Tests zur Untersuchung von Unterschieden zwischen der hohen Erfolgsgruppe (n = 13) und tiefen Erfolgsgruppe (n = 12) Depressiver bezüglich BSI, IIP, FAMOS und INK.

Messmittel	Tiefe Erfolgsgruppe		Hohe Erfolgsgruppe		df	t	p
	M	SD	M	SD			
Brief Symptom Inventory							
BSI: Mittlere Belastung (GSI)	1.39	0.46	1.01	0.75	23	1.27	0.22
BSI: Anzahl Beschwerden (PSDI)	34.33	9.50	28.00	11.58	23	1.20	0.24
BSI: Stärke der Beschwerden (PST)	2.13	0.40	1.70	0.67	23	1.59	0.13
Inventar Interpersonaler Probleme	M	SD	M	SD	df	t	p
IIP: Autokratisch, dominant	6.70	3.82	5.00	4.71	23	0.99	0.56
IIP: Streitsüchtig / konkurrierend	9.85	3.91	8.33	3.52	23	1.01	0.80
IIP: Abweisend / kalt	12.08	4.99	12.42	4.70	23	-0.17	0.53
IIP: Introvertiert / sozial vermeidend	15.79	5.77	17.67	4.75	23	-0.88	0.35
IIP: Unterwürfig / selbstunsicher	19.69	5.74	20.08	6.88	23	-0.15	0.24
IIP: Ausnutzbar / nachgiebig	17.54	7.41	16.25	5.33	23	0.50	0.31
IIP: Fürsorglich / freundlich	17.90	4.23	15.39	6.55	23	1.14	0.22
IIP: Expressiv / aufdringlich	10.62	5.35	8.67	4.14	23	1.01	0.40
FAMOS	M	SD	M	SD	df	t	p
FAMOS: Annäherungsziele	3.79	0.44	3.75	0.32	23	0.12	0.90
FAMOS: Vermeidungsziele	3.88	0.44	3.82	0.38	23	0.35	0.72
FAMOS: Vermeidungsdominanz ^a	1.05	0.14	1.02	0.06	23	0.42	0.68
INK	M	SD	M	SD	df	t	p
INK: Annäherungsziele	3.39	0.66	3.15	0.50	23	0.85	0.41
INK: Vermeidungsziele	2.97	0.85	2.50	0.75	23	1.16	0.26
INK: Gesamtkongruenz ^b	3.17	0.53	2.81	0.49	23	1.15	0.70

Anmerkungen: ^a Vermeidungsdominanz ergibt sich aus dem Quotienten zwischen Annäherungszielen und Vermeidungszielen, ^b Gesamtkongruenz ist der Mittelwert aus allen 23 Skalen des Inkongruenzfragebogens

Da die störungsspezifischen Teilstichproben sehr klein sind ($n_{\text{Depression}} = 25$, $n_{\text{Angst}} = 10$), haben die diesbezüglichen Auswertungen Charakter eines *Pilotprojektes*. Zum Umgang mit dem Problem mangelnder statistischer Power auf Grund kleiner Stichprobenumfänge wird im Abschnitt 2.7 eingegangen. Es sei jedoch angemerkt, dass für Auswertungen auf Minutenebene eine höhere Fallzahl vorliegt (Tabelle 2.12).

Tabelle 2.12: Häufigkeit der Fälle auf Sitzungs- und Minutenebene in der Gesamtstichprobe und den Teilstichproben Depression und Angst

	Gesamte Stichprobe (N = 57)			Depression (n = 25)			Angst (n = 10)		
	Gesamt	Tiefe EG ^a	Hohe EG ^a	Gesamt	Tiefe EG ^a	Hohe EG ^a	Gesamt	Tiefe EG ^a	Hohe EG ^a
Patientenebene	57	29	28	25	13	12	10	5	5
Minutenebene	3089	1642	1447	1371	751	620	528	273	255

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppe

2.3. Beschreibung des Kategoriensystems SAWIM („Spezifische und Allgemeine Wirkfaktoren-Mikroprozessanalyse“)

Für die Durchführung der Prozessanalysen wurde ein Messinstrument zur Erfassung der spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren (SAWIM) entwickelt, welches in diesem Abschnitt vorgestellt wird. Die Analyseeinheit von SAWIM beträgt eine Minute, was die Analyse therapeutischer Prozesse auf *Mikroebene* erlaubt. Das Messinstrument ermöglicht es aussenstehenden Beobachtern, psychotherapeutische Prozesse einzuschätzen. Für die valide und reliable Anwendung des Kategoriensystems ist ein Ratertraining erforderlich (vgl. Abschnitt 2.4). Als Grundlage für die Einschätzung eignen sich Therapiesitzungen, welche vorangehend auf Video- oder DVD aufgezeichnet wurden. Dies ermöglicht es, die einzuschätzende Minute mehrmals zu betrachten.

Das Messinstrument SAWIM besteht aus zwei Teilen und vier Perspektiven. Der Fokus wird hauptsächlich auf den *Therapeuten* gerichtet. Tabelle 2.13. vermittelt einen Überblick über den Aufbau des Kategoriensystems.

Tabelle 2.13: Aufbau des Kategoriensystems SAWIM

Teile des Kategoriensystems	Perspektiven	Fokus
Kontext der Problembearbeitung	1. Beziehungsgestaltung	Therapeut
	2. Strukturierung	Therapeut
	3. Motivationale Ausrichtung und emotionale Aktivierung	Patient
Inhalt der Problembearbeitung	4. Techniken und Interventionen	Therapeut

Im Folgenden werden die beiden Teile des Messinstruments beschrieben. Darauf hin folgt die Erläuterung des Entstehungsprozesses des Messinstrumentes. Schwerpunkt bildet die Erörterung der Entwicklung des zweiten Teils des Manuals (Techniken und Interventionen), welcher ausschliesslich durch die Autorin erarbeitet wurde. Der erste Teil des Messinstrumentes wurde durch Egger und Sutter in gemeinsamer Arbeit erstellt. Im Anhang D findet sich das gesamte Ratingmanual mit den ausführlichen Beschreibungen der einzelnen Kategorien und Codierungsrichtlinien.

2.3.1. Kontext der Problembearbeitung (Erster Teil des Kategoriensystems)

Im ersten Teil des Kategoriensystems⁴⁴ werden die *allgemeinen Wirkfaktoren* nach Grawe operationalisiert. Als Grundlage wurde das Modell über die Wirkungsweise von Psychotherapie von Grawe (2004) sowie die „Leitregeln für den Therapieprozess“ (Grawe, 2004, S. 435 ff.) herangezogen (vgl. Abschnitt 1.2.2). Jede Kategorie umfasst eine Leitfrage sowie die nähere inhaltliche Beschreibung des operationalisierten Konstrukts (vgl. Manual in Anhang D). Die Einschätzung der

⁴⁴ Nachfolgend werden lediglich diejenigen Kategorien beschrieben, welche bei der Datenanalyse Berücksichtigung fanden

Merkmalsausprägung jeder Kategorie erfolgte mittels vierstufiger Ratingskala von 0 bis 3, deren Entscheidungsregeln für die Vergabe der Extremwerte ausformuliert wurden.

2.3.1.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Diese Perspektive umfasst vier Kategorien der bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung sowie die wahrgenommene Therapeutenkompetenz und acht Kategorien des Interaktionsstils (CLOPT, vgl. unten). Das Konstrukt der *Beziehungsgestaltung*, welches erfasst, in welchem Ausmass das therapeutische Geschehen geeignet ist, dem Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln,⁴⁵ unterteilt sich in vier Aspekte: Therapeutische Interventionen, welche auf das Vermitteln *positiver Bindungserfahrungen* abzielen, bedürfniskompatible Interventionen bezüglich dem Grundbedürfnis nach *Orientierung und Kontrolle*, *selbstwerterhöhenden Interventionen* und das Vermitteln *positiver Zustände* (Tabelle 2.14). Die Einschätzung erfolgt danach, in welchem Ausmass die Therapeuteninterventionen *potentiell geeignet sind*, dem Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln und nicht danach, ob sie die intendierte Wirkung erzielen. Eine weitere Variable erfasst die *wahrgenommene Therapeutenkompetenz*. Eingeschätzt wird, wie *kompetent der Therapeut subjektiv auf die Rater wirkt*, und nicht, in welchem Ausmass die therapeutischen Interventionen tatsächlich kompetent durchgeführt werden.

Tabelle 2.14: Kategorien und Leitfragen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Kategorie	Leitfrage
Positive Bindungserfahrungen	In welchem Ausmass ist das therapeutische Geschehen, bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, das Bedürfnis des Patienten nach Intimität und Bindung zu befriedigen?
Orientierung und Kontrolle	In welchem Ausmass ist das therapeutische Verhalten, bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle des Patienten zu befriedigen?
Selbstwert	In welchem Ausmass sind die therapeutischen Interventionen bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, den Patienten selbstwerterhöhende Erfahrungen erleben zu lassen?
Positive Zustände	In welchem Ausmass sind die therapeutischen Interventionen geeignet, bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, den Patienten angenehme Zustände erleben zu lassen?
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	In welchem Ausmass kann der Patient das Gefühl haben, dass er sich bei einem sicheren, vertrauenswürdigen und unterstützenden Therapeuten befindet, bei ihm gut aufgehoben ist und kompetente Unterstützung erhält? Wirkt der Therapeut fähig, effektive Hilfe zu bieten?
Interaktionsverhalten Patient	In der Interaktion mit dem Therapeuten verhält sich der Patient... <ul style="list-style-type: none"> • Dominant • Freundlich • Unterwürfig • Feindselig
Interaktionsverhalten Therapeut	In der Interaktion mit dem Patienten verhält sich der Therapeut... <ul style="list-style-type: none"> • Dominant • Freundlich • Unterwürfig • Feindselig

⁴⁵ Im Folgenden werden die Begriffe Beziehungsgestaltung, Therapiebeziehung, bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung, bedürfniskompatible Interventionen des Therapeuten und das Vermitteln von für Patienten potentiell bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen synonym verwendet. Das in dieser Arbeit erhobene Konstrukt wird mit der Therapiebeziehung gleichgesetzt, obwohl es lediglich *einen* Aspekt der in der Fachliteratur geläufigen Definition von Therapiebeziehung abdeckt (z.B. Gaston, 1990) (vgl. hierzu Theoretischer Hintergrund, Abschnitt 1.3.1, sowie Diskussion der Ergebnisse, Abschnitt 4.2.1).

Das Interaktionsverhalten von Patient und Therapeut wurde mittels des von Kiesler (1987; Kiesler, Goldstone & Schmidt, 1991) übernommenen und auf Deutsch übersetzten Fragebogens CLOPT-R (Check List of Psychotherapy Transactions-Revised, Anhang D) erhoben. Dieser validierte (Tracey & Schneider, 1995) Fragebogen erhebt basierend auf dem auf die interpersonelle Theorie von Sullivan (1953) zurückgehende und sich auf Learys (1957) Kreismodell stützende *offene interpersonale Verhaltensweisen* in der Psychotherapie. Die Kurzversion des CLOPT-R (Kiesler, 2003) misst die vier Oktanten der zwei Dimensionen (Affiliation und Kontrolle) des interpersonalen Kreises (Dominanz, Unterwürfigkeit, Freundlichkeit, Feindseligkeit) an Hand von je 12 Items pro Oktand (vgl. zur Theorie des Kreismodells Abschnitt 1.3.1). Der Interaktionsstil von Therapeut und Patient wird für jede eingeschätzte Einheit als „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ eingeschätzt, wobei Kiesler (2003) eine Analyseeinheit von 1-3 Minuten empfiehlt, um optimale Reliabilitäten zu erzielen. Die Oktanten werden als additive Indices aus den sie umschreibenden 12 Items berechnet, wobei einige Items einfach und andere mit doppelter Gewichtung in die Berechnung einfließen (Anhang D). Der Range jeder Variable kann Maximalwerte von 0 bis 9 erreichen.

2.3.1.2 Perspektive Strukturierung

In der Perspektive Strukturierung wird der Fokus darauf gerichtet, in welchem Ausmass der Therapeut das Geschehen *strukturiert und lenkt*. Es werden neun Kategorien der Strukturierung erhoben, in acht davon wird der Fokus auf den Therapeuten gerichtet, in einer auf den Patienten (Tabelle 2.15).

Tabelle 2.15: Kategorien und Leitfragen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Kategorie	Leitfrage
Festlegen des Sitzungsthemas ^{a b}	Erkundigt sich der Therapeut nach wichtigen Themen für die Sitzung?
Klarer Fokus ^a	Ist die Therapie durch einen klaren Fokus der Problembearbeitung gekennzeichnet?
Intensität der Problembearbeitung ^b	Was ist der Inhalt der Therapiestunde? Wird in der Therapiestunde am ausgewählten Therapieziel gearbeitet?
Relevanz der Problembearbeitung	Wie relevant ist das therapeutische Geschehen dieser Sequenz für die Bearbeitung der Therapieziele?
Prozessdirektivität des Therapeuten	Wie stark strukturiert der Therapeut das Vorgehen? Inwieweit trägt er durch aktives und gezieltes Verhalten dazu bei, dass der rote Faden nicht verloren geht und eine intendierte Struktur erkennbar wird?
Aktive Beteiligung des Patienten	In welchem Ausmass beteiligt sich der Patient am therapeutischen Geschehen? Inwieweit trägt er durch aktives Verhalten und Einbringen zentraler Themen dazu bei, dass das therapeutische Geschehen vorangetrieben wird?
Alltagsbezug und Konkretisierung des allgemeinen therapeutischen Geschehens	Wie konkret und präzise bezieht sich das allgemeine therapeutische Geschehen auf Erlebnisse im Alltag? Wie konkret sind die Inhalte?
Alltagsbezug und Konkretisierung (Aufforderung des Therapeuten)	Wie stark ermutigt der Therapeut den Patienten, seine Ausführungen (z.B. Gedanken und Gefühle) möglichst konkret und fassbar zu beschreiben?
Fokus auf Veränderung ^b	In welchem Ausmass wird durch das therapeutische Verhalten ein konkreter Veränderungsschritt ermöglicht?

Anmerkung: ^a Einschätzung auf Sitzungsebene, ^b dichotome Kategorie

Die ersten beiden Kategorien erfassen die *Strukturierung der Arbeitsweise* und sie werden erst am Ende der Sitzung eingeschätzt. In der ersten Kategorie wird erfasst, ob der Therapeut zu Beginn der Sitzung ein *Thema* (oder mehrere Themen) festlegt und die zu besprechenden Inhalte der Sitzung klar umreißt. Die Kategorie *klarer Fokus* erhebt, ob der Therapeut während der Sitzung stringent an einem Thema arbeitet. Mit der Kategorie *Intensität der Problembearbeitung* wird für jede Minute eingeschätzt, ob am jeweiligen Therapieziel des Patienten gearbeitet wird oder nicht. Diese Kategorie ist dichotom codiert. Mit der *Relevanz der Problembearbeitung* wird die Qualität der therapeutischen Arbeit am Therapieziel erfasst. Diese wird nur dann eingeschätzt, wenn effektiv am Therapieziel gearbeitet wurde. Die Kategorie *Prozessdirektivität des Therapeuten* umschreibt das Ausmass, in dem der Therapeut den Prozess lenkt und steuert und einen roten Faden verfolgt. Die Kategorie *Aktive Beteiligung des Patienten* erfasst das Ausmass, in dem der Patient aktiv mitmacht, indem er eigene relevante Anliegen und Überlegungen einbringt. Mit *Alltagsbezug und Konkretisierung des allgemeinen therapeutischen Geschehens* wird erhoben, ob die bearbeiteten Inhalte konkret sind und einen hohen Alltagsbezug aufweisen. Falls der Alltagsbezug tief und das Gesagte wenig konkret ist, wird mit der folgenden Kategorie erhoben, ob der Therapeut den Patienten ermutigt, das Gesagte noch zu konkretisieren und zu spezifizieren (*Alltagsbezug und Konkretisierung, (Aufforderung des Therapeuten)*). Schliesslich erfasst die Kategorie *Fokus auf Veränderung* auf dichotomer Basis, ob der Inhalt des therapeutischen Gesprächs auf dem Zustand des Gesagten oder auf Veränderung liegt.

2.3.1.3 Perspektive motivationale Ausrichtung und emotionale Beteiligung des Patienten

Die Kategorien dieser Perspektive erfassen das Resultat des motivationalen Primings. Erhoben werden *Annäherungs-* respektive *Vermeidungsmodus* des Patienten, sowie die *Qualität seiner emotionalen Aktivierung* (positiv und negativ). Der Fokus liegt also in dieser Perspektive auf dem Patienten.

Tabelle 2.16: Kategorien und Leitfragen der Perspektive motivationale Ausrichtung und emotionale Beteiligung

Kategorie	Leitfrage
Annäherungsmodus	Wie stark ist die psychische Aktivität des Patienten auf Annäherung ausgerichtet statt auf Abwehr und Vermeidung? Wirkt der Patient intrinsisch motiviert, am Problem zu arbeiten und signalisiert er grosse Anstrengungsbereitschaft?
Vermeidungsmodus	In welchem Ausmass ist die psychische Aktivität des Patienten negativ auf Vermeidung ausgerichtet statt auf Annäherung? Wie stark kann sein Verhalten als vermeidend bezeichnet werden?
Positive emotionale Aktivierung	In welchem Ausmass ist der Patient in dieser Minute positiv emotional aktiviert?
Negative emotionale Aktivierung	In welchem Ausmass ist der Patient in dieser Minute negativ emotional aktiviert?

Eine Aktivierung des *Annäherungsmodus* äussert sich in der Offenheit, Anstrengungsbereitschaft und intrinsischen Motivation des Patienten, am Thema zu arbeiten, auch wenn dies schmerzhaft für ihn ist.

Eine annäherungsmotivierte Haltung des Patienten tritt in Folge des motivationalen Primings durch den Therapeuten auf.

Die Aktivierung des *Vermeidungsmodus* äussert sich darin, dass die psychische Ausrichtung des Patienten auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen gerichtet ist. *Positive* und *negative emotionale Aktivierung* erfassen die Qualität der emotionalen Aktivierung der Patienten.

2.3.2. Inhalt der Problembearbeitung (Zweiter Teil des Kategoriensystems)

Der zweite Teil von SAWIM befasst sich mit den *Techniken und Interventionen*, welche der Therapeut durchführt. Bevor eine Übersicht über das Kategoriensystem vermittelt wird, soll dessen *Entstehungsprozess* beschrieben werden.

Zu Beginn der Arbeit stand die Frage, ob sich nach verschiedenen Problembereichen (vgl. Tabelle 2.1) unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen und Interventionsarten beobachten lassen. Es musste somit ein Kategoriensystem entworfen werden, welches alle bei der Arbeit an den fünf interessierenden Therapiezielen (potentiell) vorkommenden Interventionen umfasst. Die Entwicklung eines solchen Kategoriensystems warf verschiedene Schwierigkeiten auf: (1) Das Abstraktionsniveau: Bei einem zu hohen Abstraktionsgrad drohen die Unterschiede zwischen den Interventionen zu verwischen und auf die bereits untersuchten Wirkfaktoren Klärung und Bewältigung reduziert zu werden. Wird der Abstraktionsgrad zu tief gewählt, wird das Kategoriensystem zu umfangreich und unübersichtlich, (2) Essenz finden: In verschiedenen Manualen werden unterschiedliche Vorgehensweisen postuliert, auf Mikroebene unterscheiden sie sich jedoch kaum mehr voneinander.⁴⁶ Ziel war es daher, die vom theoretischem „Ballast“ befreiten Interventionen aus relevanten Manualen zu filtern und im neuen Manual sinnvoll zu gliedern.

Zu Beginn der Arbeit stand die Literatursuche nach bestehenden Kategoriensystemen mit ähnlichem Inhalt. Es fand sich ein niederländisches Kategoriensystem (CPIRS von Trijsburg, 2002, 2004, 2005) mit 76 Interventionstypen aus sechs verschiedenen Therapierichtungen (Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, erlebnisorientierte („experiential“) Therapie, psychodynamische Therapie, Gruppentherapie). Da in CPIRS unterschiedliche Analyseeinheiten verwendet werden (Interventionen statt Minuten) und nicht alle für dieses Forschungsprojekt interessierenden Interventionen darin vorkommen, konnte es nicht für unsere Zwecke übernommen werden. Vom Aufbau her diente es jedoch als Orientierungshilfe für SAWIM und daher wurde es aus dem Holländischen ins Deutsche übersetzt.

Die Durchsicht einer aufgrund eines Expertentreffens der am Lehrstuhl für klinische Psychologie tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen generierten Bücherliste⁴⁷ (vgl. Literaturliste am Ende des Manuals in Anhang D) mündete in der Formulierung von 180 verschiedenen Interventionstypen. Diese

⁴⁶ Auf Mikroebene kann kaum unterschieden werden, ob ein vertiefendes Bearbeitungsangebot eines Therapeuten zwecks Klärung selbstrelevanter Schemata (Klärung) eingesetzt wird oder ob damit das Aufdecken maladaptiver Grundannahmen (kognitive Arbeit) intendiert wird.

⁴⁷ Angestrebt wurde eine möglichst vollständige Liste von Büchern und Manualen, welche für die an der Arbeit an den fünf interessierenden Therapiezielen relevante Interventionen enthält.

wurden nach inhaltlichen Gesichtspunkten kategorisiert. Dieses induktive Vorgehen führte zu einem Klassifikationssystem mit fünf Oberkategorien, 16 Kategorien und 39 Unterkategorien (vgl. Tabelle 2.17). Um eine gute Übersicht während des Datenerhebungsprozesses zu gewährleisten, wurde das Manual in einer komprimierten Form auf wenigen Seiten zusammengefasst und als Orientierungshilfe am Anfang des Manuals aufgeführt (vgl. erste Seiten des Manuals in Anhang D). Dies ermöglichte es den Raterinnen, sich während der Videoanalyse rasch für eine Intervention zu entscheiden. Bei Unsicherheiten konnte diese im Manual detailliert nachgelesen werden.

Jede der 39 *Unterkategorien* wurde definiert und näher umschrieben. Darauf hin folgten Beispiele für die Intervention aus dem klinischen Alltag (z.T. mit Wortlaut). Es wurden Anweisungen für die Beurteilung der Intervention formuliert, sowie Regeln für die Abgrenzung von anderen Interventionen erstellt. Da die Raterinnen noch über keine eigene klinische Erfahrung verfügten, wurde ihnen ein Ordner mit Originaltexten zur Verfügung gestellt, was ihnen ermöglichte, sich ausführlicher über bestimmte Interventionen zu informieren. Nachfolgend wird ein Beispiel für eine prozessunterstützende Intervention auf Unterkategorienebene aufgeführt:

101.1. Vorgehen innerhalb einer Sitzung / Planen , weiteres Vorgehen

Definition:

Dem Patienten wird erklärt, wie oder warum während der Sitzung oder in einer nachfolgenden Sitzung ein bestimmtes Thema vertieft oder weiter verfolgt wird.

Oder: Das weitere Vorgehen im Verlauf der Therapie wird besprochen.

Oder: Erkundigen nach wichtigen Themen für diese Sitzung.

Oder: Erklären eines bestimmten therapeutischen Verfahrens (z.B. Exposition in sensu).

Nähere Umschreibung:

Gemeint ist die Erklärung des Vorgehens *innerhalb* einer Sitzung (sowohl thematisch wie auch vom Vorgehen her), wie auch das Vor- oder Nachbesprechen eines Themas in einer *vorangehenden oder folgenden* Sitzung.

Beispiel:

- „Sie haben das letzte Mal gesagt, dass Ihr Vater wegen seines übermässigen Alkoholkonsums in Behandlung ist. Ich schlage vor, dass wir dieses Thema heute weiter verfolgen, weil ich denke, dass dieser Umstand einen grossen Einfluss auf Ihren Gemütszustand hat.“

Quelle: CPIRS (Trijsburg, 2005)

- „Heute möchte ich mit Ihnen weiter am Aktivitätsaufbau arbeiten.“

- „ Rollenspiele wären gut durchzuführen, um an die Gefühle zu gelangen.“

- „Wie sollen wir jetzt mit diesem Problem umgehen? Was sollen wir als nächstes tun?“

- „Wir können in der nächsten Sitzung schauen, wie gut sie ihre Therapieziele erreicht haben und daraus das weitere Vorgehen besprechen.“

- Nachbesprechen einer Exposition in sensu: „Was können wir das nächste Mal anders machen, damit es Ihnen besser gelingt, sich in die Vorstellung zu begeben?“

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Ebenfalls codiert wird das Vor- und Nachbesprechen spezifischer Interventionen (z.B. Exposition, Aktivitätsaufbau etc).

Vergleich mit anderen Interventionen

Abgrenzung zu Intervention 102.1. („Therapeutisches Erklärungsmodell / Therapierationale“): Es geht bei Intervention 101.1. („Vorgehen innerhalb einer Sitzung / Planen“) nicht um die Erklärung des therapeutischen Behandlungsrationalen

Zusätzlich erfolgte das Formulieren verschiedener *Codierungsrichtlinien*: So zum Beispiel die Regel, dass für jede einzuschätzende Minute nur *eine Intervention* vergeben werden kann. Falls in einer Minute mehrere Interventionen beobachtet wurden, galt der Grundsatz der *Relevanz*, d.h. dass die relevantere Intervention codiert wurde. Der Grundsatz der *Spezifität* besagte zudem, dass spezifische

Interventionen (z.B. bewältigungsorientierte, klärende, interpersonale oder emotionsregulierende Interventionen) Vorrang vor unspezifischen (prozessunterstützenden) Interventionen haben.

Der Fokus wurde auf das *Verhalten des Therapeuten* gerichtet. Eingeschätzt wurde das, was der Therapeut tat und nicht, ob ihm das Intendierte gelang. Auch die Qualität der therapeutischen Intervention wurde nicht beurteilt.

Wenn ein Therapeut eine Intervention initiiert hatte, diese dann über mehrere Minuten ohne sein Zutun weiterlief, wurde eine spezielle Zusatzkategorie (x.99) vergeben.⁴⁸

Tabelle 2.17 vermittelt einen Überblick über das gesamte Kategoriensystem der Techniken und Interventionen (auf Ober- und Kategorienebene). Aus der Unterkategorie werden aus Platzgründen nur Beispiele aufgeführt.

Tabelle 2.17: Perspektive Techniken und Interventionen. Dargestellt werden die Oberkategorien und Kategorien sowie Beispiele aus den Unterkategorien.

Oberkategorien	Kategorien	Unterkategorien (Beispiele)
Prozessunterstützende Interventionen	Strukturierende Interventionen	Vorgehen innerhalb der Sitzung, Planen der nächsten Therapiesitzungen, Informationsfragen
	Direktive Interventionen	Vermitteln eines Therapierationales, Psychoedukation
	Supportive Interventionen	Fortschritte hervorheben, Ressourcenaktivierung
Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen	Veränderung des und direkte Arbeit am Problemverhalten	Exposition, Verhaltensanalyse, Aktivitätsaufbau, gestuftes Vorgehen
	Hausaufgaben: Arbeit ausserhalb der Therapiestunde	Hausaufgaben Vor- und nachbesprechen
Kognitive Arbeit / Klärung	Kognitiv: Bewusstmachen dysfunktionaler Kognitionen	Erkennen automatischer Gedanken
	Kognitiv: Überprüfen und Verändern dysfunktionaler Gedanken	Realitätstesten, Reattribuieren, Reframing
	Klärung: Klären selbstrelevanter Schemata	Vertiefende Bearbeitungsangebote, Aufdecken motivationaler Konflikte
	Klärung: Veränderung / Umgang mit selbstrelevanten Schemata	Umgang mit Vermeidungszielen, Strategien zur besseren Bedürfnisbefriedigung
Interpersonale Zusammenhänge	Eigene Beziehungsmuster, Auswirkungen eigener Verhaltensweisen auf Umwelt, interpersonale Konflikte	Beziehungsanalyse, Störungen mit Beziehung in Verbindung bringen, interpersonale Konflikte
	Zwischenmenschliche Fertigkeiten	Training sozialer Kompetenzen, Kommunikationstraining
	Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer	Umgang mit Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer
	Einsatz der Therapiebeziehung	Interpersonale Reaktionen mittels Therapiebeziehung aufzeigen, Therapiebeziehung als Modell
Emotionsregulation	Aufdecken und Ausdrücken von Emotionen	Wahrnehmen und Ausdrücken von Emotionen, inakzeptable Emotionen
	Umgang mit Emotionen	Skills im Umgang mit Emotionen
	Akzeptanz von Emotionen	Achtsamkeit / Validieren von Emotionen

Die einzelnen Interventionstypen werden auf Ebene der Oberkategorie nachfolgend kurz beschrieben: Die Oberkategorie *prozessunterstützende Interventionen* umfasst alle diejenigen Interventionen,

⁴⁸ Weiter Codierungsregeln finden sich auf S. 9 und 10 des zweiten Teils des Kategoriensystems in Anhang D.

welche typischerweise vor oder nach der eigentlichen Problembearbeitung stattfinden (z.B. Vorbesprechen der Sitzung, Planen der nächsten Therapiesitzung), wenn die Problembearbeitung vorbereitet wird (Informations- oder Verständnisfragen, Thema explorieren) oder dann, wenn die Problembearbeitung „angekurbelt“ werden soll (Ressourcenaktivierung), oder wenn es einen „Unterbruch“ in der Problembearbeitung gibt.

Die Kategorie *Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen* beinhaltet vor allem verhaltenstherapeutisch orientierte und manualisierte Interventionen (z.B. Exposition, Verhaltensanalyse, Aktivitätsaufbau)⁴⁹ und die Vergabe oder das Besprechen von Hausaufgaben.

Die Kategorie *kognitive Arbeit und klärende Interventionen* umfasst *kognitive Techniken* des Aufdeckens und Veränderns dysfunktionaler Gedanken⁵⁰ sowie *klärende Interventionen* (aufdeckende und veränderungsorientierte Interventionen) mit einer höheren Bearbeitungstiefe (vertiefende Bearbeitungsangebote, Ein- oder Zweipersonenrollenspiel).⁵¹

Die Interventionen mit interpersonalem Schwerpunkt (*Interpersonale Zusammenhänge*) umschliessen sowohl Interventionen in Bezug auf eigene interpersonelle Schwierigkeiten (eigene Beziehungsmuster aufdecken, Erkennen eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt, interpersonale Konflikte),⁵² das Erlernen sozialer Fertigkeiten, wie auch den Einsatz der Therapiebeziehung.

Schliesslich folgt noch die Kategorie *Emotionsregulation*, welche relativ eng gefasst wurde. Darin enthalten sind Interventionen, welche auf das Wahrnehmen und Ausdrücken von Emotionen, den Umgang mit Emotionen (Skills) und die Akzeptanz von Emotionen abzielen. Da die Kategorie sehr eng gefasst wurde und sich mehrheitlich auf ein Skilltraining im Sinne der Dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (1993, 1994) bezieht, welche nicht einen Hauptfokus der analysierten Sitzungen darstellte, wurde diese Kategorie lediglich in einem Prozent des untersuchten Datenmaterials beobachtet und konnte daher nicht in die Auswertungen einbezogen werden.

Das Rating kann prinzipiell – je nach Forschungsinteresse – auf allen der drei dargestellten Auflösungsebenen erfolgen (vgl. 2.16). Während die Einschätzung auf Ebene der Unterkategorie (z.B. vertiefendes Bearbeitungsangebot) zu Abgrenzungsschwierigkeiten mit anderen Interventionen führen kann (Trennschärfe), schien die Einschätzung auf Ebene der Oberkategorie für dieses Forschungsprojekt zu global. Es wurde deshalb beschlossen, das Rating auf *Kategorienebene* durchzuführen. Dieses Vorgehen schien insofern angebracht, als es die Möglichkeit bietet, globale Analysen durch Skalenbildung auf Oberkategorieebene durchzuführen, während die Chance erhalten bleibt, gezielte Analysen spezifischer Interventionstypen (z.B. Klärung, supportive Interventionen etc.) separat durchzuführen.

⁴⁹ Im Folgenden auch als „manualisierte“ Interventionen bezeichnet, da sie typischerweise in verhaltenstherapeutischen Manualen nachzulesen sind.

⁵⁰ Im Folgenden auch als „kognitive Interventionen“ (i.e.S.) bezeichnet.

⁵¹ Im Folgenden auch als „Klärung“ bezeichnet.

⁵² Im Folgenden auch als „Interpersonale Interventionen i.e.S.“ bezeichnet.

2.4. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Teilen: In einem ersten Teil wurden alle vier Perspektiven durch vier verschiedene Ratergruppen an je zwei Studentinnen eingeschätzt. Nach ersten Berechnungen stellte sich heraus, dass eine Perspektive (Beziehungsgestaltung) nicht valide erfasst worden war, da die Studentinnen ohne Absprache mit den Leitern ein „Standardrating“ verwendet hatten. Da die Interraterreliabilitäten zwischen beiden Studentinnen gut waren, wurde dies leider nicht rechtzeitig erkannt. Diese Perspektive wurde deshalb für vorliegende Arbeit neu erhoben. Dies erfolgte mit einer neuen Ratergruppe, rund ein halbes Jahr nachdem die erste Staffel der Datenerhebung abgeschlossen worden war.

Zu Beginn der ersten Staffel der Datenerhebung fand eine Informationsveranstaltung statt, in welcher die Studentinnen über das Forschungsprojekt informiert wurden. Die Studentinnen studierten alle Klinische Psychologie im Hauptfach und befanden sich in einem fortgeschrittenen Stadium des Studiums. Im Rahmen dieser Informationsveranstaltung wurde das Messinstrument SAWIM vorgestellt und eine Sitzungssequenz exemplarisch eingeschätzt. Darauf bildeten die Studentinnen Raterteams an je zwei Personen und wählten ihre Perspektive aus. Das heisst, dass jede Perspektive durch ein Raterteam eingeschätzt wurde. Dies deshalb, weil frühere Prozessforschungsarbeiten zeigten, dass es leicht zu Überforderung kommen kann, wenn Studierende mehrere Perspektiven gleichzeitig einschätzen müssen, was sich negativ auf die Reliabilität und Validität der Daten auswirkt.

Das Ratertraining fand individuell mit jedem Raterteam statt und wurde durch die Projektleiter durchgeführt. Es dauerte rund 14 Tage. Zu Beginn wurde gemeinsam eine Sitzung angeschaut, eingeschätzt und besprochen. Darauf hin hatten die Raterinnen Gelegenheit, weitere durch die Leiter bereits codierte Sitzungen einzuschätzen und Fragen und Unsicherheiten im Team und mit den Leitern zu diskutieren. Dieses Training wurde so lange fortgesetzt, bis die Übereinstimmungen zwischen den Studentinnen sowie zwischen Studentinnen und Projektleitern zufrieden stellend waren.

Jede Studentin schätzte die Hälfte des gesamten Videomaterials ein. Die Videoratings erfolgten mittels Computerprogramm Filemaker (Anhang D), welches die Daten für die Verwendung des Statistikprogramms SPSS unmittelbar zugänglich macht. Durch Verwendung dieses Programms konnte eine aufwändige Dateneingabe umgangen und Fehlerquellen vermieden werden.

Um Interraterreliabilitäten zwischen den Raterinnen ermitteln zu können, wurde 10 Prozent des Datenmaterials durch beide Studentinnen eines Teams eingeschätzt. So entfielen auf jede Studentin 82 einzuschätzende Sitzungen. Die Studentinnen waren in Bezug auf das Erfolgskriterium blind. Sie waren frei, in ihrem eigenen Tempo zu arbeiten, mussten sich jedoch an eine vorgegebene Reihenfolge des einzuschätzenden Materials halten, damit die Interraterreliabilitäten periodisch berechnet werden konnten. Es fanden regelmässige Treffen zwischen den Leitern und Studentinnen statt, um Unsicherheiten und Fragen zu diskutieren, über die Reliabilitäten zu informieren und damit eine möglichst gute Übereinstimmung zu gewährleisten. Die Datenerhebung dauerte sechs Monate.

Die zweite Staffel der Datenerhebung erfolgte analog zur Ersten, mit Ausnahme dessen, dass diesmal nur ein Rater-Team arbeitete und ausschliesslich durch die Autorin dieser Arbeit betreut wurde. Die Einschätzung der 57 Videos⁵³ dauerte vier Monate. Nachfolgend werden die Reliabilitäten aller Einschätzungen aufgeführt.

2.5. Überprüfung der Reliabilität

2.5.1. Interraterreliabilitäten

Die Überprüfung der Interraterreliabilitäten erfolgte auf der Grundlage von 14 Sitzungen mit 726 Minuten (10 Prozent des gesamten Datenmaterials), welche durch beide Raterinnen gemeinsam eingeschätzt worden waren. Basis der Auswertungen bildete die *Minutenebene*.

Bei der *Perspektive Beziehungsgestaltung* werden sowohl die Reliabilitätswerte der ersten, wie auch der für diese Arbeit ausschlaggebenden zweiten Staffel der Datenerhebung angegeben. Für die zweite Staffel der Datenerhebung wurden aus dem Sitzungspool der 57 Sitzungen 10 Prozent, also 6 Sitzungen mit 318 Minuten gemeinsam eingeschätzt. Nachfolgend werden die verwendeten Reliabilitätsindices kurz beschrieben.

Die prozentuale Übereinstimmung (PÜ)

Die prozentuale Übereinstimmung ist ein einfaches Mass für die Überprüfung der Reliabilitäten. Sie eignet sich für nominalskalierte Daten und gibt den prozentualen Anteil der Fälle an, in dem zwei Rater das gleiche Urteil abgeben (Wirtz & Caspar, 2002). Der wichtigste Nachteil der prozentualen Übereinstimmung liegt darin, dass sie nicht zufallsbereinigt ist. Das heisst, dass das Verhältnis von beobachteter zu der bei Zufall erwarteten Übereinstimmung nicht berücksichtigt wird. Aus diesem Grunde werden neben der prozentualen Übereinstimmung noch Cohens Kappa sowie Goodman und Kruskals Gamma angegeben.

Cohens Kappa (κ)

Cohens Kappa ist ein zufallskorrigiertes Übereinstimmungsmass, welches mindestens Nominalskalenniveau voraussetzt. Es ist das am häufigsten angewandte Mass zur Bestimmung von Übereinstimmungen (Wirtz & Caspar, 2002). Der Wert von Cohens Kappa liegt zwischen 1 (perfekte Übereinstimmung) und -1 (völlig unterschiedliche Einschätzung durch beide Rater). Als Faustregel gilt, dass ein Kappa-Werte von 0.40 bis 0.60 als akzeptable, Werte von 0.60 bis 0.75 als gute und Kappa-Werte über 0.75 als sehr gute Übereinstimmung bewertet werden (Wirtz & Caspar, 2002). Über die Güte des Kappa-Wertes gibt es jedoch divergierende Ansichten.⁵⁴ Es ist wichtig, die Güte des Kappa-Wertes immer in Abhängigkeit des eingeschätzten Merkmals oder Objektes zu definieren. Für ein sehr

⁵³ Es wurden nur diejenigen Videos neu eingeschätzt, welche für diese Arbeit Verwendung fanden.

¹⁷ Während Bakeman und Gottman (1986) eine konservative Haltung einnehmen und erst einen Kappa-Wert über 0.70 als zufrieden stellend einschätzen, vertreten Margraf und Fehm (1996) die Ansicht, dass bereits bei Kappa über 0.50 von einer zufrieden stellenden und bei einem Kappa-Wert grösser 0.70 von einer guten Übereinstimmung gesprochen werden kann.

schwer zu erfassendes Merkmal kann ein Kappa-Wert von 0.50 als hinreichend und für ein sehr einfach einzuschätzendes Merkmal ein Kappa-Wert von 0.80 als unzureichend definiert werden (Wirtz & Caspar, 2002).

Tiefe Kappa-Werte weisen darauf hin, dass *Inkongruenzen im Urteilverhalten* der Rater vorliegen. Dies kann gemäss Greve & Wentura (1997) zwei Ursachen haben:

- (1) Es liegt ein *Effekt unterschiedlicher Grundwahrscheinlichkeiten* vor. Die Rater wählen eine Kategorie mit unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten.
- (2) *Effekt der mangelnden Konsistenz*. Die Rater haben ein unterschiedliches Verständnis der Merkmalsausprägungen oder sind nicht in der Lage, diese angemessen einzuschätzen.

Der Nachteil von Kappa besteht darin, dass es ein unjustiertes Mass ist. Das bedeutet, dass es von der Grundwahrscheinlichkeit abhängt, mit der die Rater eine Kategorie einschätzen. Um zu überprüfen, ob die Werte, die von den Ratern vergeben wurden, in der Höhe systematisch voneinander abweichen, wurde zusätzlich ein Wilcoxon-Test berechnet. Zudem wurde Goodman und Kruskals Gamma in die Analyse der Reliabilitäten einbezogen.

Goodman und Kruskals Gamma (Γ)

Gamma ist ein Mass, welches für ordinalskalierte Daten Anwendung findet. Es ist unabhängig von den Schwellenwerten der Rater und korrigiert somit den Effekt unterschiedlicher Grundwahrscheinlichkeiten oder Randverteilungen. Konkret liefert Gamma eine Schätzung darüber, in welchem Mass Werte, die von Rater 1 höher oder niedriger eingeschätzt wurden, auch bei Rater 2 in Kategorien mit höheren oder niedrigeren Rangzahlen zu finden sind (Wirtz & Caspar, 2002). Ein Wert von 1 weist auf eine hohe Korrelation zwischen den Ratings hin. Ein Wert von 0 verweist darauf, dass die Anzahl der durch beide Rater gemeinsam eher höher oder tiefer eingeschätzten Werte zufällig zustande gekommen ist. Gamma wurde sowohl für die ordinalskalierten Variablen, wie auch für die dichotomen Variablen berechnet.⁵⁵

⁵⁵ Dichotome Daten können als ordinal- respektive intervallskalierte Daten behandelt werden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Distanzen zwischen benachbarten Skalenpunkten gleich sind. Da für ein dichotomes Merkmal nur zwei Skalenpunkte definiert sind, liegt lediglich eine Distanz vor und die Annahme der Äquidistanz kann als erfüllt erachtet werden (Rosenthal, 1994; Bortz, 1999).

2.5.1.1 Interraterreliabilitäten der Perspektive Beziehungsgestaltung

Erste Staffel der Datenerhebung

Die Reliabilitätswerte der ersten Staffel der Datenerhebung liegen für die *Perspektive Beziehungsgestaltung* alle in einem akzeptablen bis guten Bereich ($\kappa = 0.58$ bis 0.65). Davon ausgenommen ist der Wert für die Variable *Wahrgenommene Therapeutenkompetenz*. Der ausgesprochen tiefe Kappa-Wert ($\kappa = 0.06$) verweist darauf, dass die Raterinnen Mühe hatten, dieses Konstrukt konsistent einzuschätzen.

Tabelle 2.18: Interraterreliabilitäten der Perspektive Beziehungsgestaltung der ersten Staffel der Datenerhebung

Skala	PÜ	κ	Γ
Positive Bindungserfahrungen	99.0***	0.58	0.99
Orientierung und Kontrolle	81.7***	0.63	0.93
Positive Selbsterfahrungen	97.7***	0.66	0.99
Positive Zustände	98.2***	0.65	0.99
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	96.1***	0.06	0.88
Skalen des Interaktionsverhaltens nach CLOPT-R			
Dominanz (Therapeut)	99.8***	0.98	0.99
Unterwürfigkeit (Therapeut)	-	-	-
Freundlichkeit (Therapeut)	99.6***	0.97	0.98
Feindseligkeit (Therapeut)	99.8***	0.98	0.99
Dominanz (Patient)	99.9***	1.00	1.00
Unterwürfigkeit (Patient)	99.8***	0.98	0.99
Freundlichkeit (Patient)	99.7***	0.97	0.98
Feindseligkeit (Patient)	99.9***	1.00	0.99

Anmerkungen: PÜ = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. Stichprobe = 726 Minuten. *** $p < .001$.

Die hohen Werte der prozentualen Übereinstimmung (PÜ) und Kappa-Werte der CLOPT-Items (Interaktionsverhalten von Therapeut und Patient) sind darauf zurückzuführen, dass diese Ereignisse sehr selten beobachtet wurden. Gemäss Wirtz und Caspar (2002) wird die prozentuale Übereinstimmung grösser, wenn ein Verhalten nur sehr selten vorkommt, auch wenn keine wirkliche Übereinstimmung vorliegt. Die scheinbar hohen Übereinstimmungen sind darauf zurückzuführen, dass beide Rater das Ereignis übereinstimmend als *nicht vorhanden* eingeschätzt haben. Hier wird der Effekt des durch die Raterinnen verwendeten „Standardratings“ (Abschnitt 2.4) sichtbar⁵⁶. Ausser bei den CLOPT-Items wirkt sich das „Standardrating“ jedoch nicht in den Interraterreliabilitäten aus, sondern wird erst bei der Überprüfung der Validität der Daten sichtbar. Im Gegenteil, die Verwendung von Standardratings würde eine höhere Übereinstimmung bei den Variablen der Beziehungsgestaltung vermuten lassen.

⁵⁶ Freundliches Therapeutenverhalten wurde z.B. in 99.9 Prozent aller analysierten Minuten als vorhanden eingeschätzt, wohingegen unterwürfiges und feindseliges Therapeutenverhalten in 99.2 Prozent der Minuten als *nicht* vorhanden eingeschätzt wurde. Auch freundliches Patientenverhalten wurde in 99.5 Prozent aller Minuten beobachtet, während unterwürfiges und feindseliges Patientenverhalten in 95.3 Prozent aller Fälle als *nicht* vorhanden eingeschätzt wurde. Im Vergleich dazu weisen die Daten der zweiten Staffel der Datenerhebung eine deutlich grössere Varianz auf (vgl. Abschnitt 3.1, Tabellen 3.1.7 bis 3.1.14).

Zweite Staffel der Datenerhebung

Tabelle 2.19: Interraterreliabilitäten der Perspektive Beziehungsgestaltung der zweiten Staffel der Datenerhebung

Skala	PÜ	κ	Γ
Positive Bindungserfahrungen	87.0***	0.70	0.97
Orientierung und Kontrolle	76.5***	0.65	0.93
Positive Selbsterfahrungen	76.7***	0.66	0.91
Positive Zustände	84.7***	0.64	0.91
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	83.4***	0.62	0.96
Skalen des Interaktionsverhaltens nach CLOPT-R			
Dominanz (Therapeut)	82.8***	0.50	0.90
Unterwürfigkeit (Therapeut)	85.7***	0.51	0.90
Freundlichkeit (Therapeut)	88.5***	0.52	0.91
Feindseligkeit (Therapeut)	85.9***	0.45	0.97
Dominanz (Patient)	67.5***	0.40	0.95
Unterwürfigkeit (Patient)	87.4***	0.40	0.97
Freundlichkeit (Patient)	85.7***	0.45	0.95
Feindseligkeit (Patient)	85.8***	0.48	0.96

Anmerkungen: PÜ = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. Stichprobe = 318 Minuten. *** $p < .001$.

Tabelle 2.19 stellt die Reliabilitäten der Beziehungsgestaltung für die zweite Staffel der Datenerhebung dar. Alle Kappa-Werte der Beziehungsgestaltung liegen in einem guten Bereich ($\kappa = 0.62$ bis 0.70). In einem tieferen, aber noch akzeptablen Bereich liegen die Kappa-Werte für die CLOPT-Items. Diese bewegen sich in einem Bereich von $\kappa = 0.40$ bis 0.52 . Dies liegt daran, dass die Einschätzung der relativ selten vorkommenden Items differenzierter erfolgte als in der ersten Staffel der Datenerhebung und übereinstimmende Einschätzungen folglich schwieriger zu erzielen waren. Die justierten Gamma-Werte verweisen jedoch darauf, dass auch die Variablen der Interaktionsstile in die Berechnungen aufgenommen werden können.

2.5.1.2 Interraterreliabilitäten der Perspektive Strukturierung

Tabelle 2.20: Interraterreliabilitäten der Perspektive Strukturierung

Skala	PÜ	κ	Γ
Festlegen des Sitzungsthemas ^a	100.0***	1.00	1.00
Klarer Fokus ^a	92.80 ***	0.85	1.00
Intensität der Problembearbeitung	96.40 ***	0.81	0.99
Relevanz der Problembearbeitung	87.20 ***	0.81	0.88
Prozessdirektivität des Therapeuten	82.60 ***	0.71	0.98
Aktive Beteiligung des Patienten	87.30 ***	0.75	0.96
Alltagsbezug und Konkretisierung (allg.)	83.20 ***	0.76	0.94
Ermutigung zu Konkretisierung (Th.)	91.70 ***	0.78	0.98
Fokus auf Veränderung	99.10 ***	0.40	0.98

Anmerkungen: PÜ = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. ^aEinschätzung auf Stundenebene (n=14). Stichprobe gesamt = 726 Minuten. *** $p < .001$.

Die Interraterreliabilitäten der *Perspektive Strukturierung* liegen für alle Variablen in einem guten bis sehr guten Bereich (Tabelle 2.20). Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese Skala reliabel eingeschätzt wurde. Ausnahme bildet das Item *Fokus auf Veränderung*, für welche Cohens Kappa lediglich einen zufrieden stellenden Wert erreicht ($\kappa = 0.40$). Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Fokus auf Veränderung ein seltenes Ereignis darstellt, dessen Nicht-Vorkommen von beiden Raterinnen konsistent eingeschätzt wurde ($P\ddot{U}_{-} = 99.0\%$), nicht jedoch dessen Vorkommen ($P\ddot{U}_{+} = 0.30\%$). Da das justierte Gamma-Mass jedoch einen Wert in einem guten Bereich angibt ($\Gamma = 0.98$), wird auch diese Variable in spätere Berechnungen einbezogen.

2.5.1.3 Interraterreliabilitäten der Perspektive motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Aktivierung des Patienten

Tabelle 2.21: Interraterreliabilitäten der Perspektive motivationale Ausrichtung und emotionale Aktivierung des Patienten

Skala	P \ddot{U}	κ	Γ
Annäherungsmodus	70.70 ***	0.50	0.93
Vermeidungsmodus	70.70 ***	0.40	0.84
Positive emotionale Aktivierung	72.20 ***	0.40	0.86
Negative emotionale Aktivierung	49.00 ***	0.20	0.63

Anmerkungen: P \ddot{U} = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. Stichprobe gesamt = 726 Minuten.
*** $p < .001$.

Die Reliabilitätswerte der Perspektive *motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Aktivierung des Patienten* fallen im Vergleich zu den anderen Perspektiven tiefer aus (Tabelle 2.21). Die Raterinnen taten sich offenbar schwer darin, diese Konstrukte konsistent einzuschätzen. Die prozentualen Übereinstimmungen werden zwar bei allen vier Variablen höchst signifikant, die Werte von Cohens Kappa befinden sich jedoch an der unteren Grenze des Akzeptablen (für die Variable *negative emotionale Aktivierung* sogar darunter). Dies ist auf zwei Ursachen zurückzuführen: (1) Der Wilcoxon-Test ergibt für alle Variablen signifikante Werte, was bedeutet, dass die Schwellenwerte der Raterinnen systematisch voneinander abweichen. Die zufrieden stellenden Gamma-Werte, welche um unterschiedliche Grundwahrscheinlichkeiten korrigiert sind, deuten jedoch darauf hin, dass die Konsistenz der Daten hinreichend gut gewährleistet ist. (2) Sowohl motivationale Ausrichtung, wie auch emotionale Aktivierung sind schwer zu beobachtende Konstrukte. Tiefere Kappa-Werte werden daher für diese Perspektive in Kauf genommen (vgl. Beschreibung des Kappa-Wertes).

2.5.1.4 Interraterreliabilitäten der Perspektive Interventionen

Tabelle 2.22: Interraterreliabilitäten der Perspektive Interventionen auf Ebene der Oberkategorien

Skala	PÜ	κ	Γ
Prozessunterstützende Interventionen	90.90 ***	0.82	0.98
Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen	95.90 ***	0.73	0.99
Kognitive Arbeit und Klärung	90.90 ***	0.62	0.95
Interpersonale Zusammenhänge	99.10 ***	0.97	1.00

Anmerkungen: PÜ = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. Stichprobe gesamt = 726 Minuten. *** p < .001.

Die Interraterreliabilitäten für die Perspektive *Techniken und Interventionen* auf Oberkategorieebene bewegen sich in einem guten bis sehr guten Bereich (Tabelle 2.22). Am höchsten fallen die Reliabilitätswerte für die Oberkategorie *Interpersonale Zusammenhänge* aus ($\kappa = 0.97$). Am meisten Mühe bereitete den Raterinnen das Einschätzen der Kategorie *Kognitive Arbeit und Klärung* ($\kappa = 0.62$).

Tabelle 2.23: Interraterreliabilitäten der Interventionen auf Kategorienebene

Interventionen auf Kategorienebene	PÜ	κ	Γ
Prozessunterstützende Interventionen			
Strukturierende Interventionen (101) ^a	87.80 ***	0.70	0.95
Direktive Interventionen (102)	89.90 ***	0.73	0.99
Supportive Interventionen (103)	92.90 ***	0.76	0.98
Bewältigungsorientierte Interventionen			
„Manualisierte“ bewältigungsorientierte Interventionen (201)	97.30***	0.63	0.99
Kognitive und klärende Interventionen			
Kognitive Arbeit (301, 302)	93.10***	0.48	0.93
Klärung (303, 304)	94.00***	0.52	0.95
Interpersonale Interventionen			
Arbeit an Beziehungsmustern (401)	97.60***	0.91	0.99

Anmerkungen: ^a Die Angaben in den Klammern entsprechen der Nummerierung der Kategorie im SAWIM-Manual. PÜ = Prozentuale Übereinstimmung, κ = Cohens Kappa, Γ = Goodman und Kruskals Gamma. Stichprobe gesamt = 726 Minuten. *** p < .001.

In Tabelle 2.23 sind die Reliabilitätswerte der interessierenden Interventionen auf Kategorienebene aufgeführt. Erwartungsgemäss fallen die Reliabilitätswerte etwas tiefer aus, da die Einschätzung seltener Ereignisse mit grösseren Schwierigkeiten verbunden ist. Die Werte bewegen sich jedoch in einem akzeptablen bis guten Bereich. Besonders gute Werte wurden für die Kategorien der *Prozessunterstützenden Interventionen* erzielt. Der Kappa-Wert bewegt sich zwischen 0.70 bis 0.76. Auch die *Kategorie der bewältigungsorientierten Interventionen*, weist mit einem Kappa-Wert von 0.63 eine gute Interraterreliabilität auf. Wie bereits erwähnt, bereitete den Raterinnen das Einschätzen kognitiver und klärender Interventionen etwas mehr Mühe. Dies zeigt sich auch in den Interraterreliabilitäten auf Kategorienebene. Für die Kategorien *kognitive Arbeit*⁵⁷ und *Klärung*⁵⁸

⁵⁷ Aus inhaltlichen Überlegungen wurden die Unterkategorien *Aufdecken dysfunktionaler Gedanken* (301) und *Verändern dysfunktionaler Gedanken* (303) zusammengefasst.

wurden lediglich Reliabilitätswerte im Bereich des Akzeptablen erzielt ($\kappa = 0.48$, respektive $\kappa = 0.52$). Eine ausgezeichnete Interraterreliabilität ergibt die interpersonale Kategorie *Arbeit an Beziehungsmustern* ($\kappa = 0.91$).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass auch die Interventionen auf Kategorienebene Reliabilitätswerte aufweisen, welche es rechtfertigen, sie in die statistischen Analysen einzubeziehen.

Fazit zur Interraterreliabilität der SAWIM-Items

Die Interraterreliabilitäten der SAWIM-Items liegen vorwiegend in einem guten bis sehr guten Bereich. Dies ist vor dem Hintergrund dessen, dass die Konstrukte z.T. nur schwer operationalisier- und einschätzbar sind, nicht selbstverständlich. Zudem sei darauf hingewiesen, dass die Ratings durch Studentinnen vorgenommen wurden, welche noch über keine therapeutischen Erfahrungen verfügten. Insbesondere die Reliabilitätswerte der Perspektive *Techniken und Interventionen* können vor diesem Hintergrund als sehr zufrieden stellend beurteilt werden.

Eine Ausnahme von den guten Reliabilitätswerten bildet die *Perspektive motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Aktivierung* des Patienten. Die Interraterreliabilitäten dieser Perspektive bewegen sich lediglich in einem akzeptablen Bereich, das Item *negative emotionale Aktivierung* sogar darunter. Da der Nachweis erbracht werden konnte, dass die tiefen Reliabilitätswerte aufgrund unterschiedlicher Schwellenwerte der Raterinnen zustande kamen, und die Konstrukte dieser Perspektive besonders schwierig zu beobachten sind (z.T. aufgrund dessen, dass der Gesichtsausdruck des Patienten auf den Videoaufzeichnungen nur schwer erkennbar ist), werden die tiefen Reliabilitätswerte in Kauf genommen. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird diesem Umstand jedoch Rechnung zu tragen sein.

Auch die Kategorien *Kognitive Arbeit* und *Klärung* der Perspektive *Techniken und Interventionen* bewegen sich in einem tiefen, jedoch akzeptablen Bereich, was es rechtfertigt, sie in die statistischen Analysen einzubeziehen.

⁵⁷ Aus inhaltlichen Überlegungen wurden die Unterkategorien *Aufdecken maladaptiver Schemata* (303) und *Verändern maladaptiver Schemata* (304) zusammengefasst.

2.6. Überprüfung der Validität

Forscher müssen die Validität ihrer Instrumente belegen, um sicher zu stellen, dass das erhoben wurde, welches zu erheben intendiert war (Hill & Lambert, 2004). Die Validierung des in dieser Arbeit verwendeten Messmittels erfolgt auf unterschiedliche Weise: In einem ersten Schritt wird die *Konstruktvalidität* überprüft, indem die verschiedenen Items des Messmittels miteinander korreliert werden (Abschnitt 2.6.1). Darauf hin wird in Abschnitt 2.6.2 die *konvergente Validität* ermittelt, indem die erhobenen Konstrukte mit Stundenbögen in Beziehung gebracht werden (Therapeuten- und Patientenstundenbogen). Die *diskriminante Validierung* (2.6.3) soll sicherstellen, dass einzelne Variablen, bei denen (inhaltlich logische) Interkorrelationen bestehen, unterschiedliche Konstrukte erfassen. Zum Schluss wird die *prognostische Validität* des Sitzungserfolges eruiert, indem dieser mit dem Therapieerfolg in Verbindung gebracht wird. Die Resultate hierzu finden sich in Abschnitt 2.6.4.

2.6.1. Konstruktvalidität

Um die Konstruktvalidität der in dieser Arbeit erhobenen Masse zu überprüfen, wurden Interkorrelationen zwischen allen Items des Kategoriensystems berechnet. Die Berechnungen der zweiseitigen Pearsonkorrelationen wurden sowohl auf Sitzungsebene ($n = 57$), wie auch auf Minutenebene durchgeführt ($n = 3089$). Da bei Korrelationen auf Minutenebene relativ viele und bereits sehr kleine Korrelationen die statistische Signifikanz erreichen, werden nachfolgend die Resultate der Korrelationen auf Sitzungsebene dargestellt und interpretiert.⁵⁹

Wie zu erwarten war, korrelieren die meisten Items nicht oder nur geringfügig miteinander (Anhang E). Dies gibt Hinweise darauf, dass es gelungen ist, unterschiedliche Aspekte des therapeutischen Geschehens zu erfassen. Der theoretische Hintergrund legt jedoch nahe, dass einige Konstrukte miteinander in Beziehung stehen. Im Nachfolgenden wird eine Auswahl solcher Korrelationen aufgeführt.

- (1) Wie erwartet, korrelieren die vier Variablen, welche verschiedene Aspekte der *Therapiebeziehung* erfassen, hoch miteinander. Die Korrelationen zwischen den Variablen *positive Bindungserfahrung*, *Orientierung und Kontrolle*, *positive Selbstwerterfahrungen* und *positive Zustände* bewegen sich im Bereich zwischen $r = .51$ und $r = .75$ und sind alle hoch signifikant ($p < .001$). Die hohen Interkorrelationen dieser Variablen lassen auf mangelnde Trennschärfe schliessen. Die weiter unten angeführten differentiellen Zusammenhänge sowie die Ergebnisse der konvergenten Validität zeigen jedoch, dass die Variablen unterschiedliche Aspekte der Therapiebeziehung erfassen.

⁵⁹ Gemäss Bortz und Döring (2002) braucht es für die statistische Absicherung eines *mittleren korrelativen Effektes* ($r = 0.30$) bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ eine Stichprobengrösse von $n = 64$. Die Stichprobe auf Sitzungsebene umfasst 57 Fälle und liegt damit nur knapp unter der geforderten Stichprobengrösse.

- (2) Es besteht eine hohe Korrelation zwischen den Variablen der *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* und der *wahrgenommenen Therapeutenkompetenz* ($r = .66$ bis $r = .92$). Die Korrelationen sind hoch signifikant ($p < .001$). Das bedeutet, dass Therapeuten als kompetenter wahrgenommen werden, wenn sie viele bedürfniskompatible Interventionen realisieren. Am stärksten ist der Zusammenhang zwischen *bindungsbezogenen Interventionen* und *Kompetenz* ($r = .92$).
- (3) Realisieren Therapeuten bedürfniskompatible Interventionen bezüglich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses*, ist ihr Vorgehen durch *Prozessdirektivität* gekennzeichnet ($r = .38$, $n = 57$, $p < .01$). Die Sitzung ist *gut strukturiert* ($r = .26$, $n = 57$, $p = .05$) und sie nehmen einen *klaren Fokus* ein ($r = .30$, $n = 57$, $p < .05$). Zudem fordern die Therapeuten die Patienten häufiger auf, das *Gesagte zu konkretisieren* ($r = .28$, $n = 57$, $p < .05$). Es besteht also ein positiver Zusammenhang zwischen einem strukturierten und direktiven Vorgehen des Therapeuten und potentiell vermittelten positiven Erfahrungen hinsichtlich des Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses seitens des Patienten.
- (4) Bemühen sich Therapeuten, den Patienten *selbstwerterhöhende Erfahrungen* und *positive Zustände erleben* zu lassen, sind diese *stärker positiv emotional aktiviert* ($r = .28$, respektive $.30$, $n = 57$, $p < .05$) und sie *erleben weniger negative Emotionen* ($r = -.34$, respektive $-.41$, $n = 57$, $p < .01$ und $p < .001$).
- (5) Die Durchführung *prozessunterstützender Interventionen* korreliert negativ mit dem *klaren Fokus der Therapiesitzung* ($r = -.36$, $n = 57$, $p < .01$), der *Intensität der Problembearbeitung* ($r = -.35$, $n = 57$, $p < .05$) und dem *Alltagsbezug und konkreten Inhalten* des therapeutischen Gesprächs ($r = -.33$, $n = 57$, $p < .05$). Negative Korrelationen ergeben sich ebenfalls mit den *negativen Emotionen* des Patienten ($r = -.32$, $n = 57$, $p < .05$). Prozessunterstützende Interventionen zeichnen sich durch wenig konkrete oder intensive Arbeit am Therapieziel des Patienten aus, was sich auch in einer geringen emotionalen Beteiligung, respektive geringer Aktivierung negativer Emotionen desselben spiegelt.
- (6) Bei der Durchführung *bewältigungsorientierter Interventionen* gehen Therapeuten *prozessdirektiv* vor ($r = .32$, $n = 57$, $p < .05$), die Patienten folgen dem Geschehen, ohne dieses selber steuern zu können ($r = -.49$, $n = 57$, $p < .001$).
- (7) *Kognitive und klärende Interventionen* sind positiv mit dem Erleben *negativer Emotionen* seitens des Patienten korreliert ($r = .27$, $n = 57$, $p < .05$). Aufdeckende Verfahren stehen somit häufig mit dem Erleben schmerzhafter Emotionen in Beziehung. Zudem korrelieren *kognitive und klärende Interventionen* mit einem *feindseligen Interaktionsstil* ($r = .34$, $n = 57$, $p < .01$) des Patienten. Über die Richtung des Zusammenhangs kann an dieser Stelle nur spekuliert werden.

- (8) Bei *interpersonalen Interventionen* beteiligen sich Patienten *aktiv* ($r = .31, n = 57, p < .05$) und sie sind motivational *annähernd motiviert* ($r = .28, n = 57, p < .05$).
- (9) Ist eine Therapiesitzung gut strukturiert und durch einen *klaren Fokus* gekennzeichnet, ergeben sich Korrelationen mit der *Intensität der Problembearbeitung* ($r = .30, n = 57, p < .05$) und der *Prozessdirektivität des Therapeuten* ($r = .58, n = 57, p < .001$). Auch die *Relevanz der Problembearbeitung* ist in diesen Sitzungen hoch ($r = .47, n = 57, p < .001$). Zudem sind der *Alltagsbezug und die Konkretisierung* des Gesprächsinhaltes gut verwirklicht ($r = .42, n = 57, p < .01$). Die verschiedenen Aspekte der Strukturierung stehen also erwartungsgemäss miteinander in Beziehung.
- (10) Die *Aktive Beteiligung des Patienten* am therapeutischen Geschehen korreliert positiv mit dessen *Annäherungsmodus* ($r = .37, n = 57, p < .01$) und negativ mit seinem *Vermeidungsmodus* ($r = -.28, n = 57, p < .05$). Annähernd motivierte und wenig vermeidende Patienten beteiligen sich aktiver am therapeutischen Geschehen. Dieser Zusammenhang macht Sinn, da Annäherungsmodus als Bereitschaft definiert wurde, sich in das therapeutische Geschehen einzulassen (Offenheit) und Vermeidungsmodus als das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen.
- (11) Liegt der Fokus des therapeutischen Gesprächs auf *Veränderung*, ergeben sich Korrelationen mit den *positiven Emotionen* des Patienten ($r = .39, n = 57, p < .01$).
- (12) Die *annähernde motivationale Ausrichtung* des Patienten (Annäherungsmodus) korreliert positiv mit dessen *positiven Emotionen* ($r = .29, n = 57, p < .05$) und negativ mit seinem *Vermeidungsmodus* ($r = -.38, n = 57, p < .01$). Die mittlere Ausprägung der Effekte verweist darauf, dass es trotz der Ähnlichkeit der Konstrukte und theoretischen Überlappungen (annähernd motivierte Patienten erleben häufig positive Emotionen und umgekehrt) gelungen ist, verschiedene Konstrukte zu erfassen. Die Tatsache, dass das Item *negative Emotionen* nicht (respektive nur sehr schwach) mit dem *Vermeidungsmodus* korreliert, lässt zwei Erklärungen zu. (1) Methodisch kann argumentiert werden, dass die sehr kleine Korrelation auf die mangelnde Varianz in den Items zurückzuführen ist und (2) eine inhaltliche Erklärung wäre, dass vermeidende Patienten, im Sinne der Definition, Wahrnehmungen, Gedanken und (auch negative) Emotionen fernhalten.
- (13) Ein *freundlicher Interaktionsstil* des Therapeuten steht mit einem *freundlichen Interaktionsstil* des Patienten in Zusammenhang ($r = .26, n = 57, p = .05$). Die Dimension der Affiliation ist somit durch Komplementarität gekennzeichnet. Reziprozität ergibt sich hinsichtlich der Kontrolldimension: Zeichnen sich Patienten durch *dominantes Verhalten* aus, verhalten sich Therapeuten *unterwürfig* ($r = .49, n = 57, p < .001$) (oder umgekehrt). Dies entspricht den in der Literatur referierten Annahmen (Orlinsky et al., 2004).

- (14) Bei als *dominant* eingeschätzten Therapeuten und Patienten wird signifikant häufiger ein *veränderungsorientierter Fokus* eingenommen ($r = .35$, respektive $.32$, $n = 57$, $p < .01$), während bei *freundlichen* Therapeuten und Patienten die *Intensität der Problembearbeitung* moderat ist ($r = -.33$, respektive $-.32$, $n = 57$, $p < .05$). *Feindselige Therapeuten* sind wenig prozessdirektiv ($r = -.42$, $n = 57$, $p < .05$).

Fazit Konstruktvalidität der SAWIM-Items

Es konnte gezeigt werden, dass theoretisch miteinander in Beziehung stehende Konstrukte auch praktisch miteinander korrelieren, was ein Hinweis für die Konstruktvalidität der SAWIM-Items ist.

Die *nicht* theoretisch miteinander in Beziehung stehenden Variablen korrelieren nicht oder nur moderat miteinander. Dies verweist darauf, dass es gelungen ist, unterschiedliche Aspekte des therapeutischen Geschehens zu erfassen. Davon ausgenommen sind die Items der *Perspektive Beziehungsgestaltung*, welche hohe Korrelationen untereinander aufweisen. Vor dem Hintergrund dessen, dass diese Items unterschiedliche Aspekte desselben Konstrukts - der bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung - erfassen, ist dieser Umstand plausibel. In der Analyse der konvergenten Validität wird gezeigt werden, dass die Items trotz hoher Interkorrelationen unterschiedliche Facetten der komplementären Therapiebeziehung erfassen.

2.6.2. Konvergente Validität

Die konvergente Validität, also die Übereinstimmung der in dieser Arbeit erhobenen Konstrukte mit anderen konstruktnahen Massen, wurde mittels zweiseitigen Pearsonkorrelationen zwischen den SAWIM-Items und den Items und Skalen des *Patienten- und Therapeutenstundenbogens* berechnet. Die Analysen fanden wieder auf Sitzungsebene statt ($n = 57$), um gewährleisten zu können, dass nur mittlere Effekte statistisch signifikant werden. Nicht alle Perspektiven liessen sich mit den Stundenbögen gleich gut validieren. Eine gute Validierung wird für die Perspektive *Beziehungsgestaltung, motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Aktivierung des Patienten* sowie für die Perspektive *Techniken und Interventionen* erwartet. Als weniger gut geeignet werden die Stundenbögen mangels konstruktnaher Masse für die Validierung der Perspektive *Strukturierung und Direktivität* des Therapeuten erwartet. Da durch unser Messinstrument mehrheitlich das Therapeutenverhalten eingeschätzt wird, eignet sich der *Therapeutenstundenbogen* besonders gut für die Analyse der konvergenten Validität. Der *Patientenstundenbogen* wird aus inhaltlichen Überlegungen dennoch miteinbezogen. Einerseits interessiert die Gegenüberstellung der Angaben aus Therapeutesicht mit denjenigen aus Patientensicht. Andererseits ist für die Validierung der Perspektive *motivationale Ausrichtung und emotionale Aktivierung des Patienten* der *Patientenstundenbogen* unerlässlich.

Es wird darauf hingewiesen, dass es eine leichte Konfundierung zwischen dem Erfolgskriterium und der Validierung mittels *Patientenstundenbogen* gibt (vgl. Abschnitt 2.1.2). Diese wird jedoch nicht als gravierend eingeschätzt. Dies deshalb, weil für die Auswahl der Therapiesitzungen ein *doppeltes* Erfolgskriterium gewählt wurde (GAS Zielstufenerreichung *und* *Patientenstundenbogen*) und andererseits drei zusammengefasste Skalen des *Patientenstundenbogens* (Klärungserfahrungen, Bewältigungserfahrungen und Therapiefortschritt) für das Eruiieren des Erfolgs herangezogen wurden. Es wird somit die Auffassung vertreten, dass die einzelnen Items und Skalen des *Patientenstundenbogens* dennoch für die Analyse der konvergenten Validität des SAWIM-Messinstrumentes verwendet werden können.

Insgesamt fanden sich zahlreiche signifikante, inhaltlich stimmige Korrelationen zwischen den SAWIM-Items und den Stundenbögen, was auf eine gute konvergente Validität der Konstrukte hindeutet. Dies ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die erhobenen Konstrukte abstrakt und folglich nur schwer operationalisier- und beobachtbar sind, nicht selbstverständlich.

Von den signifikanten Korrelationen werden in dieser Arbeit nur die aussagekräftigsten aufgeführt. In erster Linie wird auf die signifikanten Korrelationen zwischen den SAWIM-Items und den *Skalen* der Stundenbögen eingegangen. Signifikante Korrelationen mit den *Items* der Stundenbögen werden der Überschaubarkeit halber nur exemplarisch aufgeführt. Eine Übersicht über alle signifikanten korrelativen Zusammenhänge findet sich im Anhang E.

Tabelle 2.24 gibt einen Überblick über die Berechnung der Skalen des Therapeuten- und *Patientenstundenbogens*, Version 2000 (Regli & Grawe, in Vorbereitung).

Tabelle 2.24: Skalen des Therapeuten- und Patientenstundenbogens (Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung)

Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
1. Ressourcenaktivierung (Item-Nr. 14, 20, 22; fünfstufig: 0 bis 4)	1. Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Item-Nr. 20, 21, 22; siebenstufig: -3 bis 3)
2. Therapiebeziehung (Item-Nr. 1, 2, 3; siebenstufig: -3 bis 3)	2. Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen II (Item-Nr. 5, 10, 16; siebenstufig: -3 bis 3)
3. Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Item-Nr. 5, 9, 10, 11; siebenstufig: -3 bis 3)	3. Positive Bindungserfahrungen: Aufgehobensein in der Therapie (Item-Nr. 8, 12, 14, 19; siebenstufig -3 bis 3)
4. Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (Item-Nr. 4, 12; siebenstufig: -3 bis 3)	4. Positive Therapiebeziehung (Item-Nr. 1, 7, 9, siebenstufig: -3 bis 3)
5. Problemaktualisierung (Item-Nr. 16, 19, 23; fünfstufig: 0 bis 4)	5. Problemaktualisierung (Item-Nr. 15, 17; siebenstufig -3 bis 3)
6. Problembewältigung (Item-Nr. 15, 17, 21; fünfstufig: 0 bis 4)	6. Positive Bewältigungserfahrungen (Item-Nr. 11, 13, 18; siebenstufig: -3 bis 3)
7. Motivationale Klärung (Item-Nr. 13, 14, 25, fünfstufig: 0 bis 4)	7. Positive Klärungserfahrungen (Item-Nr. 2, 3, 6; siebenstufig -3 bis 3)
8. Therapiefortschritte (Item-Nr. 6, 8; siebenstufig: -3 bis 3)	8. Therapiefortschritte (Item-Nr. 4; siebenstufig: -3 bis 3)
9. Interaktionelle Perspektive (Item-Nr. 18, 26; fünfstufig: 0 bis 4)	
10. Interaktionell schwieriger Patient (Item-Nr. 7, siebenstufig: -3 bis 3)	
11. Bezug zur realen Lebenssituation (Item-Nr. 27; fünfstufig: 0 bis 4)	

2.6.2.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Erste Staffel der Datenerhebung

Die Daten der ersten Staffel der Datenerhebung zeigen eine schlechte konvergente Validität für die Perspektive der Beziehungsgestaltung. Mit einer Stichprobengrösse von $n = 57$ finden sich kaum Korrelationen zwischen den SAWIM-Items und den Stundenbögen (Anhang E Tabellen E2-1 bis E2-5) und die wenigen sich ergebenden Korrelationen sind inhaltlich nicht interpretierbar. Dabei wäre zu erwarten gewesen, dass sich gerade bei dieser Perspektive viele Korrelationen zeigen: Zum Beispiel wurde erwartet, dass sich im Prozess *realisierte bedürfnisorientierte Interventionen (insbesondere bezüglich des Bindungsbedürfnisses)* am Ende der Sitzung in einer *positiven Einschätzung der Therapiebeziehung* durch den Patienten im Patientenstundenbogen zeigen würde. Dies war jedoch nicht der Fall. Die ungenügende Validität dieser Perspektive und die im Abschnitt (2.4) genannten Probleme bei der Datenerhebung (Standardratings) führten dazu, dass diese Perspektive für vorliegende Arbeit neu eingeschätzt wurde.

Zweiten Staffel der Datenerhebung

Die Daten der zweiten Staffel der Datenerhebung zeigen ein ganz anderes Bild. Es ergeben sich zahlreiche, inhaltlich stimmige Korrelationen zwischen den SAWIM-Items und den Stundenbögen, v.a. mit dem Patientenstundenbogen (Tabellen 2.25 bis 2.29).

Tabelle 2.25: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Positive Bindungserfahrungen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Positive Bindungserfahrungen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 2, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .23$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .50$, $N = 57$, $p < .01$)	Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr. 5, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr.9, $r = .22$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)

Sind Therapeuten bemüht, den Patienten während der Sitzung viele bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses* zu vermitteln, geben sowohl Patienten als auch Therapeuten am Ende der Stunde an, dass die *Therapiebeziehung* gut ist (Skalen-Nr. 2, $r = .30$, $p < .05$, respektive Skalen-Nr. 4, $r = .23$, $p < .05$). Therapeuten realisieren mehr bindungsrelevante Interventionen, wenn sie sich in der Beziehung zum Patienten *wohl fühlen* (Item.-Nr. 1, $r = .50$, $p < .01$). Patienten geben nach Sitzungen, in denen Therapeuten viele bindungsrelevante Interventionen umsetzten an, während der Stunde *positive Selbstwerterfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 2, $r = .28$, $p < .05$) (Tabelle 2.25). Das Vermitteln positiver Bindungserfahrungen steht einerseits positiv mit der Therapiebeziehung und andererseits mit dem Selbstwerterleben des Patienten in Zusammenhang.

Tabelle 2.26: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Orientierung und Kontrolle* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Orientierung und Kontrolle	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr.3, $r = -.22$, $N = 57$, $p < .05$) (neg.)	Skalen:
Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .33$, $N = 57$, $p < .01$) „Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (neg.) (Item-Nr.5, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)	Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen Weg gehen“ (Item-Nr.22, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) (neg.)

Nach Sitzungen, in denen durch die externen Raterinnen beobachtet wurde, dass Therapeuten viele Interventionen bezüglich des *Kontrollbedürfnisses* realisieren, geben Therapeuten am Ende der Stunde an, *sich in der Therapiebeziehung wohl zu fühlen* (Item-Nr. 1, $r = .33, p < .05$) (Tabelle 2.26). Wenn Therapeuten sich bemühen, den Patienten zahlreiche *Orientierungs- und Kontrollerfahrungen* zu vermitteln, geben Patienten am Ende der Stunde an, den Therapieverlauf *wenig selber mitgestaltet haben zu können* (Item-Nr. 22, $r = -.28, p < .05$). Es ergeben sich auch negative Korrelationen zwischen der Variable *Interventionen bezüglich des Kontrollbedürfnisses* und der Therapeuteneinschätzung über die *Patientenoffenheit am Ende der Sitzung* (Skalen-Nr. 3, $r = -.22, p < .05$). Das Realisieren bedürfnisorientierter Interventionen bezüglich des Kontrollbedürfnisses steht somit lediglich mit einer positiven Einschätzung der Therapiebeziehung auf Therapeuten- nicht aber auf Patientenseite in Zusammenhang.

Tabelle 2.27: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Positive Selbstwerterfahrungen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Positive Selbstwerterfahrungen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Interaktionell schwierig (neg) (Skalen-Nr. 10, $r = -.25, N = 57, p < .05$) (neg.)</p>	<p>Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .29, N = 57, p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .27, N = 57, p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .25, N = 57, p < .05$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .23, N = 57, p < .05$)</p>
<p>Itemebene:</p> <p>„Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .25, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (Item-Nr. 5, $r = -.30, N = 57, p < .05$) (neg.)</p>	<p>Itemebene:</p> <p>„Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .25, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .25, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Heut ist mir klarer geworden, weshalb ich mich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders verhalte“ (Item-Nr. 5, $r = .28, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .28, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .28, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .32, N = 57, p < .01$)</p> <p>„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .28, N = 57, p < .05$)</p>

Am meisten Korrelationen ergeben sich zwischen dem Item *Positive Selbstwerterfahrungen* und Items / Skalen im Patientenstundenbogen: Wenn Therapeuten den Patienten während der Sitzung viele

potentiell *selbstwerterhöhende Erfahrungen* vermitteln, geben Patienten am Ende der Stunde an, *positive Selbstwerterfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 2, $r = .29$, $p < .05$). Zudem schätzen sie die *Therapiebeziehung* positiv ein (Skalen-Nr. 4, $r = .27$, $p < .05$). Darüber hinaus geben Patienten nach Sitzungen, in denen Therapeuten viele selbstwerterhöhende Interventionen realisierten an, *positive Problembewältigungs-* (Skalen-Nr. 6, $r = .25$, $p < .05$) und *Klärungserfahrungen* (Skalen-Nr. 7, $r = .23$, $p < .05$) gemacht zu haben.

Wenn Therapeuten zahlreiche Interventionen hinsichtlich des Selbstwertes realisierten, schätzten sie die Patienten nach der Sitzung als *interaktionell einfach* ein (Skalen-Nr. 10, $r = -.25$, $p < .05$) und sie gaben an, sich in der *Therapiebeziehung* wohl zu fühlen (Item-Nr. 1, $r = .25$, $p < .05$) (Tabelle 2.27).

Tabelle 2.28: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Positive Zustände* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Positive Zustände	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .34$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich finde dies einen interaktionell schwierigen Patienten“ (Item-Nr. 7, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) (neg.) „Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (Item-Nr. 26, $r = -.32$, $N = 57$, $p < .05$) (neg.)	Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr. 5, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$) „Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 7, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .26$, $N = 57$, $p < .05$) „Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (neg.) (Item-Nr. 14, $r = -.25$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)

Auch das Item *Positive Zustände* korreliert hoch mit dem Patientenstundenbogen: Bemühen sich Therapeuten, den Patienten während der Stunde zahlreiche *positive Zustände* erleben zu lassen, schätzen die Patienten die *Therapiebeziehung* am Ende der Sitzung positiv ein (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $p < .05$) und sie berichten, *selbstwerterhöhende Erfahrungen* (Skalen-Nr. 4, $r = .28$, $p < .05$) gemacht zu haben.

Das Item *Positive Zustände* korreliert negativ mit der Skala *interaktionell schwieriger Patient* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 10, $r = -.28$, $p < .05$) und positiv mit dem Item *Heute habe ich mich in der Therapiebeziehung wohl gefühlt* (Item-Nr. 1, $r = .34$, $p < .05$). Das Vermitteln positiver Zustände erfolgt nicht in denjenigen Stunden, in denen Therapeuten die *interpersonelle Perspektive* einnehmen (Skalen-Nr. 9, $r = -.28$, $p < .05$).

Tabelle 2.29: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Wahrgenommene Therapeutenkompetenz* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	
Therapeutenstundenbogen Skalen: Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = -.31$, $N = 57$, $p < .05$) Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .41$, $N = 57$, $p < .01$) „Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann“ (Item-Nr.18, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)	Patientenstundenbogen Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$) Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr.5, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr.16, $r = .38$, $N = 57$, $p < .05$)

Therapeuten, die sich in der *Therapiebeziehung wohl fühlen* (Item-Nr.1, $r = .41$, $p < .05$) und denen es gut gelingt, *Ressourcen des Patienten zu aktivieren* (Skalen-Nr. 2, $r = .29$, $p < .05$), werden durch externe Beobachter als kompetent eingeschätzt (Tabelle 2.29).

Am Ende von Stunden, in welchen sich Therapeuten durch kompetentes Verhalten auszeichnen, geben Patienten an, viele *selbstwerterhöhende Erfahrungen* gemacht zu haben.

Auch die Variablen zum Interaktionsstil des Therapeuten und Patienten (CLOPT) wurden mit den Stundenbögen in Beziehung gesetzt. Da nicht jede Dimension des Kreismodells in jeder Minute eingeschätzt wurde – sondern nur dann, wenn der entsprechende Stil durch starke Ausprägung auffiel – kommen die CLOPT-Variablen vergleichsweise selten vor und ihre Korrelationen mit den Stundenbögen fallen geringer aus. Anhang E können die Korrelationen entnommen werden. An dieser Stelle werden lediglich die wichtigsten Zusammenhänge referiert:

Interaktionsstil des Therapeuten: (1) *Dominanter Interaktionsstil des Therapeuten:* Zwischen dieser Variable und den Stundenbögen ergeben sich Korrelationen im Bereich eines Trends. Wurden Therapeuten von den externen Beobachterinnen als dominant eingeschätzt, gaben Patienten am Ende der Stunde an, *positive Problembewältigungserfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 6, $r = .22$, $p = .10$). (2) Wurde ein Therapeut durch die externen Beobachterinnen als *freundlich* eingeschätzt, gaben die Patienten am Ende der Stunde signifikant häufiger an, eine *gute Therapiebeziehung* zu haben (Skalen-Nr. 2, $r = .28$, $p < .05$) und während der Stunde *positive Selbstwerterfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 4, $r = .27$, $p < .05$). (3) Wurde der Interaktionsstil des Therapeuten während der Stunde als *unterwürfig* klassifiziert, zeigen sich im Therapeutenstundenbogen negative Korrelationen im Bereich eines Trends mit der Skala *Ressourcenaktivierung* (Skalen-Nr. 2, $r = -.22$, $p = .10$). (4) Fiel ein Therapeut durch *feindseliges* Verhalten auf, steht dies mit der negativen Einschätzung der Patienten bezüglich der *Therapiebeziehung* in Beziehung (Skalen-Nr. 4, $r = -.24$, $p = .08$). Es ergibt sich eine positive Korrelation zwischen der Variable feindseliger Interaktionsstil des Therapeuten und der Skala *Anstrengungsbereitschaft* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 4, $r = .23$, $p = .08$) sowie der Skala *Offenheit und Bereitschaft, sich einzulassen* (Skalen-Nr. 3, $r = .26$, $p = .05$). Obwohl diese Zusammenhänge lediglich im Bereich eines Trends liegen, werfen sie Fragen bezüglich der konvergenten Validität dieser Variablen auf.

Interaktionsstil des Patienten: (1) Wurden Patienten durch die externen Raterinnen als *dominant* eingeschätzt, zeigen sich signifikante Korrelationen mit der Skala *Positive Kontrollerfahrungen* im Patientenstundenbogen (Skalen-Nr. 1, $r = .31$, $p < .05$). Dass dominante Patienten den Prozess stark selber steuern, wird ebenfalls durch die positiven Korrelationen mit Item-Nr. 21 und 22 im Patientenstundenbogen deutlich („*ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird*“, „*die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen*“) ($r = .30$, $p < .05$, respektive $r = .29$, $p < .05$). Therapeuten berichteten am Ende der Sitzung mit dominanten Patienten sowohl häufig über deren *Widerstand* (Item-Nr. 11, $r = .34$, $p < .01$) wie auch über *Therapiefortschritte* (Item-Nr. 8, $r = .27$, $p < .05$). (2) Wurde der Interaktionsstil des Patienten als *freundlich* eingeschätzt, gaben Therapeuten am Ende der Stunde an, eine *gute Therapiebeziehung* zu haben (Skalen-Nr. 2, $r = .22$, $p = .09$). Diese Korrelation entspricht jedoch lediglich einem Trend. (3) Ein *unterwürfiger Interaktionsstil* des Patienten korreliert negativ mit der Skala *Positive Bindungserfahrungen* im Patientenstundenbogen (Skalen-Nr. 3, $r = -.22$, $p = .10$) und (4) ein *feindseliger Interaktionsstil* des Patienten korreliert ebenfalls negativ mit den Skalen *Positive Bindungserfahrungen* und *Positive Therapiebeziehung* im Patientenstundenbogen (Skalen-Nr. 3, $r = -.22$, $p = .09$ respektive Skalen-Nr. 4, $r = -.25$, $p = .06$) und positiv mit der Einschätzung des Therapeuten, der Patient *verhalte sich abwartend und reaktant* (Item-Nr. 10, $r = .22$, $p = .10$).

Fazit: Konvergente Validität der Perspektive Beziehungsgestaltung

Die konvergente Validität der vier Variablen der *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* kann dank der neu erhobenen Daten als *sehr gut* bezeichnet werden. Erwartungsgemäss zeigen sich hohe Korrelationen zwischen den SAWIM-Items und dem Patientenstundenbogen. Mit Ausnahme des Items *Positive Orientierungs- und Kontrollerfahrungen* korrelieren *alle Items der Beziehungsgestaltung* mit der Skala *Positive Therapiebeziehung* im Patientenstundenbogen und mit dem Item „*Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt*“ im Therapeutenstundenbogen. Besonders valide (wenn auch wenig trennscharf) sind die SAWIM-Items *Positive Selbstwerterfahrungen* und *Positive Zustände*. Das Item *Positive Orientierungs- und Kontrollerfahrungen* steht nicht mit einer positiven Einschätzung der Therapiebeziehung seitens des Patienten (jedoch des Therapeuten) in Beziehung. Die negativen Korrelationen zwischen diesem Item und der Patienteneinschätzung, den *Sitzungsverlauf wenig mitgestalten* zu können ist darauf zurückzuführen, dass diese Art von Intervention in denjenigen Minuten eingeschätzt wurde, in denen Therapeuten Klärungs- und Bewältigungsinterventionen umsetzten. Diese sind nicht mit der Patientensteuerung vereinbar.

Auch die konvergente Validität der *CLOPT-Items* kann, trotz der methodisch bedingt tief ausfallenden Korrelationen, auf Grund deren inhaltlichen Kohärenz als zufriedenstellend beurteilt werden. Lediglich die konvergente Validität der Variablen *Feindseligkeit des Therapeuten* konnte nicht zweifelsfrei belegt werden.

2.6.2.2 Perspektive Strukturierung und Direktivität des Therapeuten

Wie bereits eingangs erwähnt, eignen sich die Stundenbögen weniger gut, um diese Perspektive zu validieren. Dennoch finden sich inhaltlich schlüssige Korrelationen, was für die gute konvergente Validität dieser Perspektive spricht.

Tabelle 2.30: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Sitzungsthema* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Sitzungsthema	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 3, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$) Interaktionell schwierig (neg) (Skalen-Nr. 10, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: "Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?" (neg.) (Item-Nr. 11, $r = -.32$, $N = 56$, $p < .01$)	Itemebene: "Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen" (Item-Nr. 22, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)

Legt der Therapeut zu Beginn der Sitzung die *Sitzungsthemen fest* (Einschätzung am Schluss der Stunde), geben Patienten am Ende der Sitzung an, *positive Kontrollerfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 1, $r = .28$, $p < .05$).

Seitens des Therapeutenstundenbogens korreliert das Item *Sitzungsthema* positiv mit der Skala *Offenheit und sich einlassen* (Skalen-Nr. 3) und negativ mit der Skala *Interaktionell schwieriger Patient* (Skalen-Nr. 10) (Tabelle 2.30).

Tabelle 2.31: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Klarer Fokus* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Klarer Fokus	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)	
Itemebene: "Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?" (Item-Nr. 11, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)

Wenn Therapeuten während der Sitzung einen *klaren Fokus* einnehmen, geben sie am Ende der Stunde an, *Therapiefortschritte* erzielt zu haben (Skalen-Nr. 8, $r = .28$, $p < .05$, Tabelle 2.31), allerdings erfahren sie auch *Widerstand* des Patienten (Item-Nr. 11, $r = .33$, $p < .05$).

Sitzungen mit einem *klaren therapeutischen Fokus* korrelieren im Patientenstundenbogen negativ mit dem Item „Der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr. 22, $r = -.28$, $p < .05$).

Tabelle 2.32: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Intensität der Problembearbeitung* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Intensität der Problembearbeitung	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in der Therapie (neg.) (Skalen-Nr. 3, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Therapiebeziehung (neg.) (Skalen-Nr. 4, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Problembewältigungserfahrungen (neg.) (Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: „Der Patient und ich verstehen einander“ (neg.) (Item-Nr. 2, $r = -.28$, $N = 56$, $p < .05$) „Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (Item-Nr. 7, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (neg.) (Item-Nr. 7, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (neg.) (Item-Nr. 13, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)

Die *Intensität der Problembearbeitung* erfasst die Intensität, mit welcher der Therapeut die Arbeit an einem definierten Therapieziel vorantreibt. Seitens des Therapeutenstundenbogens korreliert dieses Item positiv mit der Skala *Interaktionell schwieriger Patient* (Skalen-Nr. 10, $r = .32$, $p < .05$, Tabelle 2.32). Seitens des Patientenstundenbogens korreliert es negativ mit den Skalen *Positive Bindungserfahrung* (Skalen-Nr. 3, $r = -.27$, $p < .05$), *Positive Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 4, $r = -.30$, $p < .05$) und der Skala *Positive Problembewältigungserfahrungen* (Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $p < .05$). Auf eine Interpretation dieser erwartungskonträren Zusammenhänge wird im Fazit eingegangen.

Tabelle 2.33: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Relevanz der Problembearbeitung* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Relevanz der Problembearbeitung	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)	
Itemebene: „Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“ (Item-Nr. 3, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen“ (Item-Nr. 6, $r = .34$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich, als sie mir sagt“ (neg.) (Item-Nr. 14, $r = -.36$, $N = 57$, $p < .01$)

Das Item *Relevanz der Problembearbeitung* gibt Auskunft darüber, in welchem Ausmass das therapeutische Gespräch als relevant für die Bearbeitung der Probleme des Patienten eingeschätzt wird. Erwartungsgemäss korreliert es positiv mit der Skala *Therapiefortschritte* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 8, $r = .33$, $p < .05$, Tabelle 2.33). Es zeigen sich keine nennenswerten Korrelationen des Items mit Skalen oder Items im Patientenstundenbogen.

Tabelle 2.34: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Prozessdirektivität* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Prozessdirektivität des Therapeuten	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Ressourcenaktivierung (neg.) (Skalen-Nr. 1, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$) Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .01$)
Itemebene: "Ich habe heute gezielt darauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann" (Item-Nr. 15, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$) "Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren" (Item-Nr. 16, $r = .26$, $N = 56$, $p < .05$) "Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann" (neg.) (Item-Nr. 20, $r = -.31$, $p < .05$)	Itemebene: "Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv gestalten können" (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$) "Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen" (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.46$, $N = 57$, $p < .01$)

Mit *Prozessdirektivität des Therapeuten* wird erfasst, wie stark der Therapeut das Geschehen in der Sitzung lenkt und steuert. Es zeigt sich eine hoch signifikant negative Korrelationen mit der Skala *Positive Kontrollerfahrungen* im Patientenstundenbogen (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $p < .01$, Tabelle 2.34). Es leuchtet ein, dass hohe Prozesssteuerung durch den Therapeuten negativ mit der aktiven Steuerung des Prozessgeschehens durch den Patienten in Beziehung steht („*Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können*“, „*Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen*“). Es zeigt sich auch eine negative Korrelation des Items mit der Skala *Ressourcenaktivierung* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 1, $r = -.33$, $p < .05$). Zudem ergibt sich eine positive Korrelation mit der Skala *Interaktionell schwieriger Patient* (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $p < .05$).

Tabelle 2.35: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Aktive Beteiligung des Patienten* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Aktive Beteiligung des Patienten am therapeutischen Geschehen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
	Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$) Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: „Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (Item-Nr. 5, $r = .27$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: "Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen" (Item-Nr. 22, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$) "Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme jetzt besser verstehe" (Item-Nr. 2, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$) "Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen" (Item-Nr. 4, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)

Die *aktive Beteiligung des Patienten am therapeutischen Geschehen* ist positiv mit der Einschätzung der Therapeuten im Therapeutenstundenbogen korreliert, dass *sich der Patient aktiv an der Therapie beteiligt* (Item-Nr. 5, $r = .27$, $p < .05$, Tabelle 2.35). Seitens des Patientenstundenbogens ergeben sich positive Korrelationen mit den Skalen *Positive Kontrollerfahrungen* (Skalen-Nr. 1, $r = .30$, $p < .05$), *Positive Klärungserfahrungen* (Skalen-Nr. 7, $r = .32$, $p < .05$) und der Skala *Therapiefortschritt* (Skalen-Nr. 8, $r = .28$, $p < .05$).

Tabelle 2.36: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Allgemeiner Alltagsbezug und Konkretheit* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Allgemeiner Alltagsbezug und Konkretheit des therapeutischen Gesprächs	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Itemebene: Auf dem Weg zur Erreichung von Therapiezielen gab es heute Fortschritte" (Item-Nr. 8, $r = .37$, $N = 56$, $p < .01$)	Itemebene:

Das Item *Allgemeiner Alltagsbezug und Konkretheit des therapeutischen Gesprächs* weist erwartungsgemäss nur wenige Korrelationen mit den Items der Stundenbögen auf. Als Einziges korreliert Item 8 im Therapeutenstundenbogen (Tabelle 2.36). Wenn der Alltagsbezug hoch ist, geben Therapeuten eher an, dass es *auf dem Weg zur Erreichung von Therapiezielen in dieser Sitzung Fortschritte* gab (Item-Nr. 8, $r = .37$, $p < .01$).

Sehen sich Therapeuten veranlasst, *Forderungen nach einem höheren Alltagsbezug und mehr Konkretisierung therapeutischer Gesprächsinhalte zu fordern*, geben sie nach der Sitzung im Therapeutenstundenbogen an, dass der *Patient interaktionell schwierig* ist (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $p < .05$), dass er *wenig Offenheit zeigt und sich nicht einlässt* (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $p < .05$) und sie schätzen die *Therapiebeziehung* als schlecht ein (Skalen-Nr. 2, $r = -.38$, $p < .05$, Tabelle 2.37).

Auch bei Patienten stehen *Konkretisierungsforderungen* seitens der Therapeuten in negativem Zusammenhang mit zahlreichen Items und Skalen: So schätzen sie nach solchen Sitzungen die *Therapiebeziehung* schlechter ein (Skalen-Nr. 1, $r = -.47$, $p < .001$), und berichten, sich in *der Beziehung weniger aufgehoben* gefühlt zu haben (Skalen-Nr. 3, $r = -.48$, $p < .001$). Diese Zusammenhänge sind hoch signifikant. Zudem geben die Patienten am Ende der Sitzung an, wenig *positive Kontroll- und Selbstwerterfahrungen* (Skalen-Nr. 1, $r = -.29$, $p < .05$ und Skalen-Nr. 2, $r = -.40$, $p < .01$) und kaum *positive Klärungserfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 6, $r = -.29$, $p < .05$).

Tabelle 2.37: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Alltagsbezug und Konkretisierung (Aufforderung durch Therapeuten)* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Alltagsbezug und Konkretisierung (Aufforderung durch Therapeuten)	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Therapiebeziehung (neg.) (Skalen-Nr. 2, $r = -.35$, $N = 56$, $p < .05$) Basisverhalten II: Offenheit und sich einlassen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 56$, $p < .05$) Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $N = 56$, $p < .05$)	Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$) Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 2, $r = -.40$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in der Therapie (neg) (Skalen-Nr. 3, $r = -.48$, $N = 57$, $p < .001$) Positive Therapiebeziehung (neg) (Skalen-Nr. 4, $r = -.47$, $N = 57$, $p < .001$) Positive Problembewältigungserfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 6, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Klärungserfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene:	Itemebene:
„Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (neg) (Item-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 56$, $p < .01$) „Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (Item-Nr. 7, $r = .37$, $N = 56$, $p < .05$) „Hatten Sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr. 11, $r = .55$, $N = 56$, $p < .001$)	„Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg) (Item-Nr. 1, $r = -.42$, $N = 57$, $p < .01$) „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (neg) (Item-Nr. 5, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .01$) „Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (neg) (Item-Nr. 7, $r = -.47$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich finde, die Therapeutin müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken“ (Item-Nr. 8, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$) „Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte“ (neg) (Item-Nr. 10, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich finde die Sichtweise der Therapeutin meiner Probleme zu einfach“ (Item-Nr. 12, $r = .44$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich glaube, ein anderes Therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ (Item-Nr. 19, $r = .45$, $N = 57$, $p < .001$)

Liegt der *Fokus des therapeutischen Gesprächs auf Veränderung*, geben Patienten nach der Sitzung an, *positive Kontrollerfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 1, $r = .36$, $p < .01$) und sie berichten über *positive Problembewältigungserfahrungen* (Skalen-Nr. 6, $r = .27$, $p < .05$, Tabelle 2.38).

Bei den Therapeuten ergeben sich negative Korrelationen mit Items, welche *motivationale Klärung* erfassen (Item-Nr. 16, 19, 24). Bei der Klärungsarbeit legen Therapeuten den Fokus häufiger auf den Zustand und weniger auf Veränderung.

Tabelle 2.38: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Fokus auf Veränderung* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Fokus auf Veränderung	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Itemebene:</p> <p>„Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren“ (neg.) (Item-Nr. 16, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.26$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über Motive klarer wird“ (neg) (Item-Nr. 24, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>Skalen:</p> <p>Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Itemebene:</p> <p>“Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe” (Item-Nr. 18, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>

Fazit: Konvergente Validität der Perspektive Strukturierung

Es zeigten sich bei dieser Perspektive zahlreiche *negative* Zusammenhänge zwischen Strukturierungsvariablen (z.B. *Intensität der Problembearbeitung*, *Prozessdirektivität des Therapeuten*, *Konkretisierungsaufforderungen durch den Therapeuten*) und Skalen und Items der Stundenbögen, welche den Erwartungen widersprechen. Diese negativen Korrelationen (z.B. mit den Skalen *Interaktionell schwieriger Patient*, *Offenheit und sich einlassen*, *Ressourcenaktivierung*), sprechen nicht gegen die konvergente Validität der Konstrukte, sondern eher dafür, dass ein hohes Ausmass dieser Strukturierungsaspekte dann Anwendung findet, wenn sich Patienten interaktionell schwierig verhalten und der Therapieprozess ungünstig verläuft.

Positive und erwartungskonforme Zusammenhänge ergeben sich für die Strukturierungsitems *Klarer Fokus*, *Relevanz der Problembearbeitung*, *Aktive Beteiligung des Patienten am Geschehen* und *Fokus auf Veränderung*. Diese Items korrelieren positiv mit der Einschätzung von Therapiefortschritt seitens des Therapeuten oder des Patienten.

Insgesamt wird die konvergente Validität dieser Perspektive als hinreichend gut eingeschätzt. Sie liess sich auf Grund fehlender konstruktnahen Massen in den Stundenbögen nur schwer validieren.

2.6.2.3 Perspektive motivationale Ausrichtung und Qualität der emotionalen Beteiligung des Patienten

Tabelle 2.39: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Annäherungsmodus des Patienten* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Annäherungsmodus des Patienten	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 2, $r = .36$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Basisverhalten II: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 3, $r = .35$, $N = 56$, $p < .01$)</p>	<p>Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .34$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
<p>Itemebene: „Der Patient und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 2, $r = .38$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (Item-Nr. 5, $r = .39$, $N = 56$, $p < .01$)</p>	<p>Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .35$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen“ (Item-Nr. 3, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich finde, die Therapeutin müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken“ (neg.) (Item-Nr. 8, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Im Moment fühle mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte“ (Item-Nr. 10, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (Item-Nr. 13, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie sagt“ (neg.) (Item-Nr. 14, $r = -.31$, $p < .05$)</p>

Es ergeben sich positive Korrelationen zwischen der Variable *Annäherungsmodus* und der Skala *Offen und Bereitschaft, sich in das therapeutische Geschehen einzulassen* (Skalen-Nr. 3, $r = .36$, $p < .01$) im Therapeutenstundenbogen sowie der *Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 2, $r = .35$, $p < .01$). Dieser Zusammenhang ist hypothesenkonform, da *Annäherungsmodus* als *Bereitschaft* definiert wurde, sich in das therapeutische Geschehen einzulassen (vgl. Abschnitt 2.3.1 und Manual im Anhang D).

Ebenfalls erwartungsgemäss fallen die zahlreichen Zusammenhänge zwischen dem *Annäherungsmodus* des Patienten und dessen Angaben über *positive Klärungs-* und

Bewältigungserfahrungen, sowie *Therapiefortschritte* (Skalen-Nr. 6, 7 und 8) im Patientenstundenbogen aus. Es besteht ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen *Annäherungsmodus* und der durch den Patienten eingeschätzten *Güte der Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 3 und 4).

Tabelle 2.40: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Vermeidungsmodus* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Vermeidungsmodus des Patienten	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$) Offenheit und sich einlassen (neg.) (Skalen-Nr. 3, $r = -.23$, $N = 56$, $p = .09$)	
Itemebene: „Der Patient und ich verstehen einander“ (neg.) (Item-Nr. 02, $r = -.32$, $N = 56$, $p < .01$) „Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (neg.) (Item-Nr. 07, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$) „Verhielt sich der Patient abwartend und reaktiv?“ (neg.) (Item-Nr. 10, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Heute hätte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (Item-Nr. 14, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$) Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt“ (neg.) (Item-Nr. 15, $r = -.26$, $N = 57$, $p < .05$)

Eine starke Aktivierung des *Vermeidungsmodus* des Patienten während der Therapiesitzung schlägt sich bei Therapeuten im Therapeutenstundenbogen auf der Skala *Interaktionell schwieriger Patient* nieder (Skalen-Nr. 10, $r = .28$, $p < .05$, Tabelle 2.40). Eine negative Korrelation im Bereich eines Trends ergibt sich ebenfalls mit der Skala *Offenheit und sich einlassen* (Skalen-Nr. 3, $r = .25$, $p = .08$). Wurde durch die externen Beobachterinnen eine vermeidende *motivationale Ausrichtung* des Patienten während der Sitzung beobachtet, gaben Patienten am Ende dieser Sitzung im Patientenstundenbogen an, sich während der Stunde wenig *gefühlsmässig beteiligt* zu haben (Item-Nr. 15, $r = -.26$, $p < .05$). Beide Zusammenhänge sind hypothesenkonform, da die vermeidende motivationale Ausrichtung definiert wurde als das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen (vgl. Abschnitt 2.3.1 und Manual in Anhang D).

Ist der Patient während der Sitzung *positiv emotional aktiviert*, geben die Therapeuten nach der Stunde im Therapeutenstundenbogen an, dass die *Therapiebeziehung* gut ist (Skalen-Nr. 1, $r = .29$, $p < .05$, Tabelle 2.41). Zudem kreuzen sie an, in dieser Sitzung wenig an den *wunden Punkten des Patienten* gerührt zu haben (Item-Nr. 19, $r = -.30$, $p < .05$).

Seitens des Patientenstundenbogens ergeben sich – ähnlich wie beim Annäherungsmodus – sehr viele hoch signifikante Korrelationen. Die Korrelationen zwischen *positiver emotionaler Aktivierung* und *Klärungs- und Bewältigungserfahrungen* liegen im Bereich von $r = .48$, respektive $.50$ ($p < .001$) (Tabelle 2.41). Im mittleren Bereich liegen die Korrelationskoeffizienten der Skalen *Therapiefortschritte* und *Positive Therapiebeziehung* (Skalen 8 und 4). Auf Itemebene fällt vor allem der hohe Zusammenhang mit der Patienteneinschätzung auf, *sich Situationen jetzt besser gewachsen zu fühlen* (Item-Nr. 18, $r = .50$, $p < .001$) und der Aussage, *sich jetzt mehr zuzutrauen, Probleme aus eigener Kraft lösen zu können* (Item-Nr. 11, $r = .47$, $p < .001$).

Tabelle 2.41: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Positive emotionale Aktivierung des Patienten* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Positive emotionale Aktivierung des Patienten	
Therapeutenstundenbogen Skalen: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 1, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)	Patientenstundenbogen Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$) Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$) Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$) „Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand“ (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.30$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .48$, $N = 57$, $p < .01$) „Heute ist mir klarer geworden, warum ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere“ (Item-Nr. 6, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$) „Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 7, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .47$, $N = 57$, $p < .001$) „Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .52$, $N = 57$, $p < .001$)

Erleben Patienten während der Sitzung viele *negative Emotionen*, geben Therapeuten nach der Sitzung im Therapeutenstundenbogen an, hoch signifikant *weniger Ressourcen aktiviert* zu haben (Skalen-Nr. 1, $r = -.40$, $p < .01$, Tabelle 2.42) und sie schätzen die *Anstrengungsbereitschaft* des Patienten geringer ein (Skalen-Nr. 4, $r = -.27$, $p < .05$).

Nach einer durch das Erleben negativer Emotionen geprägten Sitzung geben Patienten im Patientenstundenbogen an, *wenig positive Selbstwerterfahrungen* (Skalen-Nr. 2, $r = -.30$, $p < .05$) gemacht zu haben und sie schätzen die *Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 4, $r = -.27$, $p < .05$) schlecht ein.

Tabelle 2.42: Pearsonkorrelationen zwischen dem Item *Negative Emotionale Aktivierung des Patienten* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Negative emotionale Aktivierung des Patienten	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Ressourcenaktivierung (neg.) <i>(Skalen-Nr. 1, r = -.40, N = 57, p < .01)</i> Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (neg) <i>(Skalen-Nr. 4, r = -.27, N = 57, p < .05)</i>	Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (neg) <i>(Skalen-Nr. 2, r = -.30, N = 57, p < .05)</i> Positive Therapiebeziehung (neg) <i>(Skalen-Nr. 4, r = -.27, N = 57, p < .05)</i>
Itemebene: „Hatten Sie beim Patienten den Eindruck von Widerstand?“ <i>(Item-Nr. 11, r = .30, N = 56, p < .05)</i> „Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen“ (neg.) <i>(Item-Nr. 14, r = -.42, N = 56, p < .01)</i> „Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ <i>(Item-Nr. 18, r = .31, N = 57, p < .05)</i> „Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ <i>(Item-Nr. 20, r = -.40, N = 56, p < .01)</i>	Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg) <i>(Item-Nr. 1, r = -.33, N = 57, p < .05)</i> „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (neg) <i>(Item-Nr. 5, r = -.35, N = 57, p < .05)</i> „Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (neg) <i>(Item-Nr. 16, r = -.27, N = 57, p < .05)</i> „Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ <i>(Item-Nr. 19, r = .28, N = 57, p < .05)</i>

Fazit: Konvergente Validität der Perspektive motivationale Ausrichtung und emotionale Aktivierung der Patienten

Die konvergente Validität dieser Perspektive kann – insbesondere vor dem Hintergrund der bescheidenen Reliabilitätswerte (z.B. Item negative Emotionen) und z.T. moderaten Varianz in den Daten (z.B. Item Vermeidungsmodus) – als sehr gut bezeichnet werden.

Die zahlreichen positiven Korrelationen zwischen dem Item *Annäherungsmodus* und den Skalen *Positive Klärungs-* und *Bewältigungserfahrungen* sowie *Therapiefortschritte* im Patientenstundenbogen verweisen darauf, dass die annähernde Motivation des Patienten eine wichtige Prozessvariable ist, welche in positivem Zusammenhang mit therapeutischen Veränderungen steht.

Die geringe Höhe der Zusammenhänge zwischen dem Item *Vermeidungsmodus* und den Stundenbögen, welche zum Teil statistisch nicht signifikant werden, kann auf zwei methodische Probleme zurückgeführt werden: (1) Einerseits ist auf die geringe Varianz dieser Variable zu verweisen (Abschnitt 3.1) (in 87 Prozent der eingeschätzten Sequenzen wurde *kein* Vermeidungsmodus beobachtet und in 12 Prozent ein schwacher Vermeidungsmodus). Wenn in der Stichprobe nicht die gesamte Variationsbreite der Merkmalsausprägungen realisiert wird, schlägt sich dies negativ auf die Höhe des Korrelationskoeffizienten nieder (Bortz, 1999). (2) Zudem wurden für diese Variable keine guten Reliabilitätswerte erzielt (Abschnitt 2.5.1). Methodische Unzulänglichkeiten führen durch die Erhöhung der Fehlervarianz dazu, dass die Wahrscheinlichkeit für das Aufdecken von Zusammenhängen erschwert wird (Tschacher, 1997). Dennoch stimmen Richtung und Inhalt der

Zusammenhänge, was den Schluss rechtfertigt, dass die konvergente Validität des Items *Vermeidungsmodus* genügend gut realisiert wurde, um es in spätere Berechnungen einzubeziehen.

Das Item *Positive Emotionen* weist – ähnlich wie das Item *Annäherungsmodus* zahlreiche positive Korrelationen mit Skalen im Patientenstundenbogen auf (*Positive Kontrollerfahrungen, Therapiefortschritte, Therapiebeziehung, Klärungs- und Bewältigungserfahrungen*). Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass lediglich eine tiefe Korrelation ($r = .30, p < .05$) zwischen den Items *Annäherungsmodus* und *positive emotionale Aktivierung* des Patienten besteht (vgl. Abschnitt 2.6). Obwohl beide Konstrukte mit ähnlichen Items und Skalen des Patientenstundenbogens zusammenhängen, erfassen sie unterschiedliche Konstrukte (vgl. diskriminante Validierung in Abschnitt 2.6.3).

Mit dem Item *Negative Emotionen* des Patienten ergeben sich moderate, jedoch inhaltlich schlüssige Korrelationen mit den Prozessmassen. Es wird angenommen, dass die Zusammenhänge mit reliableren Daten pointierter ausgefallen wären.

2.6.2.4 Perspektive Techniken und Interventionen

Die Perspektive *Techniken und Interventionen* lässt sich mittels Stundenbögen gut validieren, da darin verschiedene konstruktnahe Masse vorhanden sind. Es interessiert insbesondere, ob sich Zusammenhänge zwischen den beobachteten therapeutischen Interventionen (z.B. Klärende Intervention) und der Einschätzung der Therapeuten über realisierte Interventionen während der Sitzung ergeben (z.B. Item-Nr. 25: „Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“). Von Interesse ist ebenfalls, ob die getätigten Interventionen auch beim Patienten ankommen, diese also nach einer Sitzung mit vielen Klärungsinterventionen im Patientenstundenbogen angeben, auch wirklich Klärungserfahrungen gemacht zu haben.

Tabelle 2.43: Pearsonkorrelationen zwischen der Skala *Prozessunterstützende Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Prozessunterstützte Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Ressourcenaktivierung (Skalen-Nr. 1, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$) Problemaktualisierung (neg) (Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$) Motivationale Klärung (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.39$, $N = 56$, $p < .01$) Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Controllerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$) Ressourcenaktivierung II: Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .35$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Problembewältigungserfahrung (Skalen-Nr. 6, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Klärungserfahrung (Skalen-Nr. 7, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)
Itemebene: „Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte“ (neg.) (Item-Nr. 8, $r = -.30$, $N = 55$, $p < .05$) „Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (Item-Nr. 22, $r = .42$, $N = 56$, $p < .01$)	Itemebene: „Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .41$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .43$, $N = 57$, $p < .01$)

Die *Skala Prozessunterstützende Interventionen* schliesst therapeutische Interventionen ein, von denen angenommen wird, dass sie der Problembearbeitung nicht *direkt* dienlich sind, z.B. das Planen der Sitzung oder die Induktion positiver Besserungserwartungen (Abschnitt 2.3.2, und Anhang D).

Die Korrelationen mit dem Therapeutenstundenbogen fallen erwartungskonform aus: Wenn in einer Stunde viele *prozessunterstützende Interventionen* beobachtet wurden, gaben Therapeuten am Ende dieser Sitzung an, *wenig Problemaktualisierung* (Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $p < .05$, Tabelle 2.43) initiiert und *wenig klärende* und *interpersonelle Interventionen* durchgeführt zu haben (Skalen-Nr. 7, $r = -.39$, $p < .01$ und Skalen-Nr. 9, $r = -.29$, $p < .05$).

Seitens des Patienten ergeben sich erstaunlich zahlreiche Korrelationen in zum Teil beachtlicher Höhe: Nach Sitzungen, in denen beobachtet wurde, dass Therapeuten viele *prozessunterstützende*

Interventionen durchführten, gaben Patienten am Schluss der Stunde an, viele *positive Problembewältigungserfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 6, $r = .40$, $p < .001$ und Item-Nr. 11, $r = .43$, $p < .01$). Auch andere Wirkfaktoren wurden in diesen Sitzungen durch Patienten als gut realisiert eingeschätzt, so zum Beispiel die *Therapiebeziehung* und das *Aufgehoben sein in der Therapie* (Skalen-Nr. 3 und 4), sowie positive *Kontroll- Selbstwert- und Klärungserfahrungen* (Skalen-Nr. 1, 6 und 7). Nachfolgend wird noch untersucht werden, welche Aspekte der prozessunterstützenden Interventionen (strukturierende, direktive oder supportive Aspekte) mit dem Patientenstundenbogen korrelieren (vgl. folgenden Abschnitt).

Tabelle 2.44: Pearsonkorrelationen zwischen der Skala *Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Interaktionelle Perspektive (neg.) (Skalen-Nr. 9, $r = -.51$, $N = 56$, $p < .001$)	
Itemebene: "Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann" (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.44$, $N = 56$, $p < .01$) "Heute standen zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten im Vordergrund" (neg) (Item-Nr. 26, $r = -.50$, $N = 56$, $p < .001$)	Itemebene: Itemebene: "Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen" (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.34$, $N = 57$, $p < .05$)

Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen wurden dann geratet, wenn Therapeuten „manualisierte“ verhaltenstherapeutische Interventionen realisierten (z.B. Exposition, Verhaltensanalysen, Hausaufgaben) (vgl. Abschnitt 2.3.2 und Anhang D). Entgegen den Erwartungen ergeben sich kaum Korrelationen mit dem Therapeutenstundenbogen. Insbesondere wurden Korrelationen mit den Problemaktivierenden und bewältigungsorientierten Skalen erwartet.

Als Einziges zeigt sich eine hoch signifikante negative Korrelation mit der Skala *Interpersonelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 9, $r = -.51$, $p < .001$, Tabelle 2.44). Wenn Therapeuten viele bewältigungsorientierte Interventionen durchführten, gaben sie am Ende der Sitzung im Therapeutenstundenbogen an, *nicht interpersonell* gearbeitet zu haben.

Seitens des Patientenstundenbogens zeigt sich eine negative Korrelation mit dem Item Nr. 22 („Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“). Die Initiative für die Durchführung bewältigungsorientierter Interventionen erfolgt durch die Therapeuten.

Erwartungsgemäss berichten Therapeuten nach Sitzungen, in denen durch die externen Raterinnen viele *Klärungsinterventionen* beobachtet wurden, dass der Fokus der Sitzung auf *Klärung* lag (Skalen-Nr. 7, $r = .32$, $p > .05$, Tabelle 2.45). Ebenfalls gaben Therapeuten an, wenig *interpersonale Interventionen* durchgeführt zu haben (Skalen-Nr. 9, $r = -.27$, $p < .05$). Es scheint jedoch so, dass Therapeuten bei der Klärungsarbeit auf Widerstand stossen. Darauf verweist die negative Korrelation mit der Skala *Offenheit und sich einlassen* (Skala-Nr. 3, $r = -.31$, $p < .05$), sowie Item Nr. 11 (*Widerstand des Patienten*). Zudem nehmen Therapeuten während der Klärungsarbeit keine ressourcenorientierte Haltung ein (negative Korrelation mit Item-Nr. 20).

Tabelle 2.45: Pearsonkorrelationen zwischen der Skala *Kognitive Arbeit und klärende Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Kognitive Arbeit und klärende Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (neg.) (Skalen-Nr. 3, $r = -.31$, $N = 56$, $p < .05$) Motivationale Klärung (Skalen-Nr. 7, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$) Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Positive Therapiebeziehung (neg.) (Skalen-Nr. 4, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$) Problemaktualisierung (Skalen-Nr. 5, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$) Positive Problembewältigungserfahrungen (neg.) (Skalen-Nr. 6, $r = -.37$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Klärungserfahrungen (neg.) (Skalen-Nr. 7, $r = -.39$, $N = 57$, $p < .01$) Therapiefortschritte (neg) (Skalen-Nr. 8, $r = -.32$, $p < .05$)
Itemebene: „Hatten Sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr. 11, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden“ (Item-Nr. 13, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (Item-Nr. 19, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$) „Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (neg.) (Item-Nr. 20, $r = -.30$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird“ (Item-Nr. 24, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$) „Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (Item-Nr. 25, $r = .37$, $N = 56$, $p < .01$)	Itemebene: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich selber und meine Probleme besser verstehe“ (neg) (Item-Nr. 2, $r = -.35$, $N = 57$, $p < .05$) „Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen“ (neg) (Item-Nr. 3, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$) Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe“ (Item-Nr. 17, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich früher nicht gewachsen gefühlt habe“ (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)

Erstaunlicherweise ergibt sich *eine negative* Korrelation zwischen den durch die externen Raterinnen *beobachteten Klärungsinterventionen* während der Sitzung und den Angaben der Patienten im Patientenstundenbogen bezüglich erlebter *Klärungserfahrung* während der Sitzung. Die Skala *Positive Klärungserfahrungen* im Patientenstundenbogen (Skalen-Nr. 9) korreliert hoch signifikant und negativ ($r = -.39$, $p < .01$) mit der durch uns erhobenen Skala *Kognitive Arbeit und klärende Interventionen*. Nach klärungsintensiven Sitzungen (oder Stunden mit vielen kognitiven Interventionen) geben Patienten an, viele *problemaktualisierende* (Skalen-Nr. 5, $r = .27$, $p < .05$), nicht aber *problembewältigende* (Skalen-Nr. 6, $r = -.37$, $p < .01$) Erfahrungen gemacht zu haben. Sie geben nach diesen Sitzungen auch an, *keine Therapiefortschritte* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 8, $r = -.32$, $p < .05$). Auch die *Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 4, $r = -.29$, $p < .05$) wird nach solchen Sitzungen negativer eingeschätzt, als nach Sitzungen mit weniger Klärungsarbeit / kognitiven Interventionen.

Tabelle 2.46: Pearsonkorrelationen zwischen der Skala *Interpersonale Zusammenhänge* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Interpersonale Zusammenhänge	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Skalen: Motivationale Klärung (Skalen-Nr. 7, $r = .35$, $N = 56$, $p < .01$) Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = .62$, $N = 56$, $p < .001$)	
Itemebene: "Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann" (Item-Nr. 18, $r = .60$, $N = 56$, $p < .001$) "Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund" (Item-Nr. 26, $r = .58$, $N = 56$, $p < .001$)	Itemebene:

Ausgesprochen hohe korrelative Zusammenhänge ergeben sich zwischen den beobachteten *interpersonalen Interventionen* und der Skala *interpersonelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 9, $r = .62$, $p < .001$, Tabelle 2.46) und der Skala *Motivationale Klärung* (Skalen-Nr. 7, $r = .56$, $p < .01$). Die konvergente Validität dieser Skala ist damit gut abgesichert.

Fazit: Konvergente Validität der Techniken und Interventionen auf Ebene der Oberkategorien

Die konvergente Validität dieser Konstrukte darf als sehr gut bezeichnet werden. Es ergeben sich hohe und erwartungskonforme Zusammenhänge zwischen den SAWIM-Items und den Skalen und Items des *Therapeutenstundenbogens* (*Prozessunterstützende Interventionen* (SAWIM) korrelieren negativ mit *Problemaktualisierung*, *motivationaler Klärung* und der *interaktionellen Perspektive* (TSB), *Kognitive und Klärende Interventionen* (SAWIM) korrelieren positiv mit der Skala *Kognitive Klärung* (TSB) und *Interpersonale Interventionen* (SAWIM) korrelieren positiv mit der Skala *Interaktionelle Perspektive* (TSB)). Dies bedeutet, dass eine hohe Übereinstimmung zwischen den durch die externen Raterinnen eingeschätzten Interventionen und den Angaben der Therapeuten über realisierte Interventionen besteht.

Überraschend fallen die zahlreichen und hohen positiven Zusammenhänge zwischen *Prozessunterstützenden Interventionen* und dem *Patientenstundenbogen* aus. Warum es zu diesen zahlreichen Zusammenhängen zwischen prozessunterstützenden Interventionen und positiven Patienteneinschätzungen kommt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass diese Art von Intervention in ihrer Wirkung über das Intendierte hinausgeht, - oder aber, dass sie vor allem dann eingesetzt wird, wenn es Patienten gut geht und diese in der Therapie schon weit fortgeschritten sind.

Überraschenderweise ergeben sich *keine* Korrelationen zwischen *bewältigungsorientierten Interventionen* (SAWIM) und *bewältigungsorientierten Skalen* im Therapeuten- (oder Patientenstundenbogen). Der fehlende Zusammenhang wirft Zweifel bezüglich der konvergenten Validität dieser Skala auf.

Ebenfalls überrascht hat das Ausbleiben von Korrelationen zwischen den *Klärenden Interventionen* und *Klärungserfahrungen im Patientenstundenbogen*. Möglicherweise führen Klärungsinterventionen nicht unmittelbar während oder nach der Stunde, sondern erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zu Klärungserfahrungen. Die Korrelationen mit dem *Therapeutenstundenbogen* zeigen jedoch, dass die konvergente Validität des Konstrukts gewährleistet ist (denn es wurde erhoben, was Therapeuten tun und nicht, wie die Intervention beim Patienten ankommt).

Zusammenfassend kann auf Grund der Zusammenhänge zwischen den *Interventionsskalen* und dem *Therapeutenstundenbogen* festgehalten werden, dass die konvergente Validität für die Items *Prozessunterstützende, Kognitive / Klärende* und *Interpersonale Interventionen* als gewährleistet erachtet werden kann, während diejenige *Bewältigungsorientierter Interventionen* nicht zweifelsfrei belegt werden konnte.

2.6.2.5 Perspektive Techniken und Interventionen auf Kategorienebene

Im folgenden Abschnitt werden kurz die Zusammenhänge zwischen den *Interventionen auf Kategorienebene* und den Stundenbögen referiert. Bei den Prozessunterstützenden Interventionen (Oberkategorie) werden die Kategorien *Strukturierende*, *Direktive* und *Supportive* Interventionen näher beleuchtet. Die Oberkategorie Bewältigungsorientierte Interventionen umfasst die Kategorien „*Manualisierte*“ *bewältigungsorientierte Interventionen* und *Hausaufgaben*. Es wird nur auf die erste Kategorie eingegangen. Bezüglich der Oberkategorie Kognitiver und Klärender Interventionen werden nachfolgend die beiden Kategorien *Kognitive Arbeit* und *Klärende Interventionen* separat analysiert und bei den Interpersonalen Interventionen (Oberkategorie) interessiert die Kategorie *Arbeit an Beziehungsmustern*.

Tabelle 2.47: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *Strukturierende Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Strukturierende Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 3, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>Skalen: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .44$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .54$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .46$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
<p>Itemebene: „Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (neg) (Item-Nr. 25, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (neg) (Item-Nr. 26, $r = -.35$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 01, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 07, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 09, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Ich fühle mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)</p>

Die *Kategorie Strukturierende Interventionen* wurde durch die externen Raterinnen dann vergeben, wenn der Therapeut das Vorgehen innerhalb der Sitzung oder der Therapie ansprach, zusätzliche Informationen einholte, ein Thema explorierte oder das Gesagte zusammenfasste und wiederholte (vgl. Manual im Anhang D). Es zeigt sich, dass Sitzungen mit vielen solchen *Strukturierenden*

Interventionen durch Patienten als besonders hilfreich eingeschätzt wurden. Positive und zum Teil hoch signifikante Korrelationen ergeben sich mit den Skalen *positive Kontrollerfahrungen* (Skalen-Nr. 1, $r = .33$, $p < .05$, Tabelle 2.47), *positive Selbstwerterfahrungen* (Skalen-Nr. 2, $r = .44$, $p < .01$), *positive Bindungserfahrungen*, *positive Therapiebeziehung* und (Skalen-Nr. 3, $r = .38$, $p < .01$ und Skalen-Nr. 4, $r = .54$, $p < .001$) *positive Bewältigungserfahrungen* (Skalen-Nr. 6, $r = .46$, $p < .01$) sowie *positive Klärungserfahrungen* (Skalen-Nr. 7, $r = .29$, $p < .05$). Damit ist klar, dass vor allem dieser *Aspekt Prozessunterstützender Interventionen* für die vorangehend berichteten zahlreichen Zusammenhängen (Oberkategorie) mit dem Patientenstundenbogen verantwortlich ist.

Tabelle 2.48: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *Direktive Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Direktive Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
Itemebene: „Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann“ (Item-Nr. 15, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Problemaktualisierung (neg.) (Skalen-Nr. 5, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) Itemebene: „Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe“ (neg) (Item-Nr. 17, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können“ (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)

Prozessunterstützende Direktive Interventionen wurden dann vergeben, wenn Therapeuten ein Erklärungsmodell erläuterten, Psychoedukation durchführten, Ratschläge erteilten oder Hilfestellung bei Alltagsproblemen gewährten (vgl. Manual in Anhang D). Nach Sitzungen mit vielen *Direktiven Interventionen* gaben Patienten im Patientenstundenbogen an, wenig *problemaktualisierende Erfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 5, $r = -.28$, $p < .05$, Tabelle 2.48).

Seitens des Therapeutenstundenbogens ergibt sich erwartungskonform eine Korrelation mit dem Item Nr. 15 („*Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann*“).

Supportive Interventionen umfassen therapeutische Bestätigung oder Beruhigung, Empathie, Induktion positiver Besserungserwartungen, Hervorheben von Fortschritten, positive Verstärkung, Lob, Ressourcenaktivierung etc (vgl. Manual im Anhang D).

Erwartungsgemäss geben Therapeuten nach Sitzungen, in denen viele *Supportive Interventionen* beobachtet werden konnten im Therapeutenstundenbogen an, mehr *Ressourcen* aktiviert zu haben als in Sitzungen, in denen wenige solche Interventionen beobachtet werden konnten (Skalen-Nr. 1, $r = .40$, $p < .01$, Tabelle 2.49). Dieser Effekt ist hoch signifikant. Negative Korrelationen ergeben sich ebenfalls erwartungskonform mit den Skalen *Problemaktualisierung* (Skalen-Nr. 5), *Motivationale Klärung* (Skalen-Nr. 7) und *Therapiefortschritte* (Skalen-Nr. 8).

Tabelle 2.49: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *Supportive Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Supportive Interventionen	
Therapeutenstundenbogen Skalen: Ressourcenaktivierung (Skalen-Nr. 1, $r = .40$, $N = 56$, $p < .01$) Problemaktualisierung (neg) (Skalen-Nr. 5, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$) Motivationale Klärung (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.40$, $N = 56$, $p < .01$) Therapiefortschritte (neg) (Skalen-Nr. 8, $r = -.34$, $N = 56$, $p < .05$) Itemebene: „Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (Item-Nr. 20, $r = .46$, $N = 56$, $p < .001$) „Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (Item-Nr. 22, $r = .40$, $N = 56$, $p < .01$)	Patientenstundenbogen Skalen: Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .24$, $N = 57$, $p = .08$) Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .25$, $N = 57$, $p = .07$)

Im Patientenstundenbogen zeigen sich Korrelationen mit den Skalen *Positive Therapiebeziehung* (Skalen-Nr. 4) und *Positive Problembewältigungserfahrungen* (Skalen-Nr. 6). Die Korrelationen bewegen sich im Bereich eines statistischen Trends ($r = .24$, $p = .08$, respektive $r = .25$, $p < .07$). Vor allem letztgenannte Korrelation verdeutlicht einmal mehr, dass Therapeuten- und Patientenperspektive nicht zwingend übereinstimmen müssen.

Tabelle 2.50: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala „manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen“ und den Skalen und Items der Stundenbögen

„Manualisierte“ bewältigungsorientierte Interventionen	
Therapeutenstundenbogen Skalen: Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$) Itemebene: „Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen“ (neg.) (Item-Nr. 14, $r = -.26$, $N = 57$, $p < .05$) „Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann“ (neg.) (Item-Nr. 18, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$) „Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (neg.) (Item-nr.26, $r = -.24$, $N = 57$, $p = .07$)	Patientenstundenbogen Skalen: Itemebenen: “Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (neg.) (Item-Nr. 22, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)

Die Kategorie „Manualisierte“ bewältigungsorientierte Interventionen bezieht sich explizit auf diejenigen bewältigungsorientierten Interventionen, welche typischerweise in bewältigungsorientierten Manualen nachzulesen sind (z.B. Exposition, Bedingungsanalyse etc). Die Kategorie „Manualisierte“ bewältigungsorientierte Interventionen korreliert – analog zur Oberkategorie – negativ, wenn auch moderat, mit der Skala *Interaktionelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen (Skalen-Nr. 9, $r = -.27$, $p < .05$). Seitens des Patientenstundenbogens ergibt sich – ebenfalls analog zur Oberkategorie –

eine negative Korrelation mit dem Item-Nr. 22 ($r = -.27, p < .05$). Werden bewältigungsorientierte Interventionen durchgeführt, geben Patienten am Ende der Sitzung häufig an, dass der Therapeut sie in der Therapie nicht ihren eigenen Weg gehen lässt (Tabelle 2.50).

Tabelle 2.51: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *kognitive Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Kognitive Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Ressourcenaktivierung (Skalen-Nr. 1, $r = .26, N = 57, p < .05$)</p> <p>Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = .28, N = 57, p < .05$)</p>	<p>Skalen: Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = -.29, N = 57, p < .05$)</p> <p>Problemaktualisierung (Skalen-Nr. 5, $r = .24, N = 57, p = .07$)</p> <p>Problembewältigung (Skalen-Nr. 6, $r = -.23, N = 57, p = .08$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = -.33, N = 57, p < .05$)</p> <p>Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = -.36, N = 57, p < .01$)</p>
<p>Itemebene: „Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (Item-Nr. 22, $r = -.36, N = 57, p < .01$)</p> <p>„Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (Item-Nr. 26, $r = .33, N = 57, p < .05$)</p>	<p>Itemebenen: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg.) (Item-Nr. 1, $r = -.35, N = 57, p < .01$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich selber und meine Probleme besser verstehe“ (neg.) (Item-Nr. 2, $r = -.35, N = 57, p < .01$)</p> <p>„Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen“ (neg.) (Item-Nr. 3, $r = -.30, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen“ (neg.) (Item-Nr. 4, $r = -.36, N = 57, p < .01$)</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (neg.) (Item-Nr. 7, $r = -.28, N = 57, p < .05$)</p> <p>„Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe“ (Item-Nr. 17, $r = .27, N = 57, p < .05$)</p>

Sitzungen, in denen durch die externen Raterinnen viele *Kognitive Interventionen* beobachtet wurden, zeichnen sich dadurch aus, dass Therapeuten am Ende der Stunde häufig angeben, sich um *Ressourcenaktivierung* bemüht zu haben (Skalen-Nr. 1, $r = .26, p < .05$). Ebenfalls geben sie häufig an, an *interpersonalen Aspekten* gearbeitet zu haben (Skalen-Nr. 9, $r = .28, p < .05$). Dass *Kognitive Interventionen* nicht selten in einem interpersonalen Kontext stattfinden, scheint plausibel. Bei den Patienten führen kognitive Interventionen zu *Problemaktualisierung* (Skalen-Nr. 6, $r = .24, p = .07$), ohne dass es dabei unmittelbar nach der Sitzung zu *Problembewältigungserfahrungen* kommt (Skalen-Nr. 5, $r = -.23, p = .08$). Es zeigt sich auch eine tiefe Beurteilung des *Therapiefortschrittes* (Skalen-Nr. 8, $r = -.36, p < .01$). Auffallend ist zudem, dass Patienten nach Sitzungen mit zahlreichen kognitiven Interventionen die *Therapiebeziehung* schlecht beurteilen (Skalen-Nr. 4, $r = -.29, p < .05$) (Tabelle 2.51).

Tabelle 2.52: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *klärende Interventionen* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Klärende Interventionen	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Motivationale Klärung (Skalen-Nr. 13, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>Skalen: Problemaktualisierung (Skalen-Nr. 5, $r = .24$, $N = 57$, $p = .07$)</p> <p>Problembewältigung (Skalen-Nr. 6, $r = -.23$, $N = 57$, $p = .08$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = -.25$, $N = 57$, $p < .06$)</p>
<p>Itemebene: „Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (Item-Nr. 24, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (Item-Nr. 25, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>Itemebene: „Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (neg.) (Item-Nr. 13, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>

Die Beobachtung zahlreicher *Klärender Interventionen* während einer Stunde hängt positiv mit der Einschätzung der Therapeuten zusammen, in dieser Stunde viel *geklärt* zu haben (Skalen-Nr. 13, $r = .29$, $p < .05$). Seitens des Patienten zeigt sich wiederum der Trend, dass klärende Interventionen zu *Problemaktualisierungen* führen (Skalen-Nr. 5, $r = .24$, $p = .07$), jedoch keinen Beitrag zu *Problembewältigungserfahrungen* beizutragen vermögen (Skalen-Nr. 6, $r = -.23$, $p = .08$). Analog zur Oberkategorie geben Patienten nach einer Stunde mit viel Klärung an, wenig *positive Klärungserfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 7, $r = -.25$, $p = .06$).

Tabelle 2.53: Pearsonkorrelationen zwischen der Unterskala *Arbeit an Beziehungsmustern* und den Skalen und Items der Stundenbögen

Arbeit an Beziehungsmustern	
Therapeutenstundenbogen	Patientenstundenbogen
<p>Skalen: Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (Skalen-Nr. 4, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$)</p>	<p>Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehobensein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = -.24$, $N = 57$, $p = .07$)</p>
<p>Itemebene: „Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben“ (Item-Nr. 4, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann“ (Item-Nr. 18, $r = .34$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (neg.) (Item-Nr. 26, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$)</p>	<p>Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (neg.) (Item-Nr. 5, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (neg.) (Item-Nr. 9, $r = -.26$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (neg.) (Item-Nr. 16, $r = -.34$, $N = 57$, $p < .05$)</p>

Die am häufigsten durchgeführte interpersonale Intervention betrifft die *Arbeit an Beziehungsmustern*. In Stunden, in denen viele solche Interventionen durch die externen Raterinnen eingeschätzt wurden,

gaben Therapeuten am Schluss der Stunde an, die *interpersonale Perspektive* gezielt eingenommen zu haben (Skalen-Nr. 9, $r = .38$, $p < .01$). Zudem kreuzten sie an, bei Patienten eine hohe *Anstrengungsbereitschaft* beobachtet zu haben (Skalen-Nr. 4, $r = .29$, $p < .05$).

Am Schluss einer Sitzung mit vielen interpersonalen Interventionen geben Patienten an, *wenig positive Selbstwerterfahrungen* gemacht zu haben (Skalen-Nr. 2, $r = -.27$, $p < .05$) und sie fühlen sich in der *Therapiebeziehung nicht gut aufgehoben* (Skalen-Nr. 3, $r = -.24$, $p < .05$).

Fazit: Konvergente Validität der Interventionen auf Kategorienebene

Die konvergente Validität der Interventionen auf Kategorienebene kann mehrheitlich als sehr gut bezeichnet werden. Vor allem mit dem *Therapeutenstundenbogen* ergeben sich wieder zahlreiche inhaltlich plausible Korrelationen (*Klärende Interventionen (SAWIM)* korrelieren mit der Klärungsskala (TSB), *Arbeit an Beziehungsmustern (SAWIM)* korreliert mit der Skala Interaktionelle Perspektive (TSB), *Supportive Interventionen (SAWIM)* korrelieren mit Ressourcenaktivierung (TSB) etc).

Ein erstaunliches Resultat ist, dass vor allem *strukturierenden Interventionen* (in Analogie zur Oberskala Prozessunterstützende Interventionen) viele Zusammenhänge mit den Skalen und Items des Patientenstundenbogens aufweisen. Damit ist klar, dass vor allem dieser Aspekt *Prozessunterstützender Interventionen* zu den vorangehend berichteten zahlreichen Zusammenhängen mit dem Patientenstundenbogen führt. Interessant ist auch die positive Korrelation mit der Skala *Positive Klärungserfahrungen*. Es stellt sich die berechtigte Frage, ob die externen Raterinnen durch Therapeuten intendierte Klärungsprozesse fälschlicherweise als „Thema explorieren“ oder „Erfragen zusätzlicher Informationen“ codierten und somit den prozessunterstützenden strukturierenden Interventionen zuwiesen. Gegen diese Hypothese spricht jedoch die Therapeutenperspektive. Therapeuten gaben nach Sitzungen mit vielen strukturierenden Interventionen an, den Fokus *nicht* auf Klärung gerichtet zu haben. Da die Therapeutenperspektive für die Absicherung der konvergenten Validität entscheidender ist als die Patientenperspektive, kann die Kategorie der *Strukturierenden Interventionen* in nachfolgende Berechnungen einbezogen werden.

Wiederum konnte die konvergente Validität der Kategorie „*Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen*“ nicht zweifelsfrei belegt werden. Analog zur Oberkategorie bleiben erwartete Korrelationen mit dem Therapeutenstundenbogen aus.

Erstaunt hat das Resultat, dass *Klärende Interventionen (SAWIM)* beim *Patienten* nicht zu Klärungserfahrungen (TSB) am Ende der Stunde führen (vgl. Oberkategorie).

Ein Hinweis auf die diskriminante Validität zwischen der Skalen *Kognitive Arbeit* und *Klärende Interventionen* besteht in der Tatsache, dass die Skala *Klärende Interventionen (SAWIM)* mit Klärungsinterventionen (TSB) im Therapeutenstundenbogen korreliert ist, sich dieser Zusammenhang mit der Skala *Kognitive Interventionen (SAWIM)* jedoch nicht zeigt. Ein weiterer Hinweis dafür ist, dass die beiden Kategorien (*Kognitive Arbeit* und *Klärung*) nicht miteinander korrelieren ($r = -.01$, $p = .95$).

2.6.3. Diskriminante Validität

In diesem Abschnitt wird die *diskriminante Validität* einzelner Variablen, welche sich inhaltlich nahe stehen, deren Konstrukte sich teilweise überlappen und zum Teil Interkorrelationen aufweisen, ermittelt. Im Zentrum der Analyse stehen die *bedürfniskompatiblen Interventionen* des Therapeuten, *Qualität der emotionalen Aktivierung*, *motivationale Ausrichtung* der Patienten und *freundlicher Interaktionsstil* von Therapeut und Patient. Bei diesen Variablen ergab die konvergente Validierung des Messinstruments beinahe einheitlich positive Korrelationen mit der Skala „Therapiebeziehung“ im Patienten- und Therapeutenstundenbogen. Ziel der diskriminanten Validierung ist es, den Nachweis zu erbringen, dass die Variablen nicht lediglich auf einer Gut-Schlecht-Heuristik der Raterinnen beruhen, sondern unterschiedliche Konstrukte erfassen. Zu diesem Zweck werden diese Variablen mit Skalen von Prozessmassen (Therapeuten- und Patientenstundenbogen) auf Stundenebene ($n = 57$) korreliert mit dem Ziel zu zeigen, dass *einzelne Variablen* mit konstruktnahen Skalen der Prozessmasse korrelieren und die anderen Variablen *keine* Korrelationen aufweisen (Tabelle 2.54). Bevor die Ergebnisse diskutiert werden, wird die Interkorrelationstabelle der interessierenden Variablen aufgeführt (Tabelle 2.55).

Tabelle 2.54: Interkorrelationen zwischen den Variablen Bedürfniskompatible Interventionen des Therapeuten, Qualität der emotionalen Aktivierung und emotionale Ausrichtung des Patienten sowie freundlicher Interaktionsstil von Therapeut und Patient (Pearsonkorrelationen, $n = 57$).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Bedürfniskompatible Interventionen	-	.20 ⁺	-.27*	.08	-.12	.67**	.53**
2. Positive Emotionen		-	-.25*	.29*	-.29*	.13	.29*
3. Negative Emotionen			-	.15	.16	-.10	-.19
4. Annäherungsmodus				-	-.39**	.15	.25 ⁺
5. Vermeidungsmodus					-	-.08	-.29*
6. Th: Freundliches Interaktionsverhalten						-	.26*
7. Pat: Freundliches Interaktionsverhalten							-

Anmerkung: ⁺ $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Wie zu erwarten war, ergeben sich moderate bis starke Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen. Am stärksten ausgeprägt fallen die Korrelationen zwischen den *bedürfnisorientierten Interventionen* des Therapeuten und dem *freundlichen Interaktionsstil (CLOPT)* von Patienten und Therapeuten aus ($r = .67$, respektive $.53$, $p < .01$). Die anderen Korrelationen sind als klein einzustufen ($r = .10$ bis $.29$), mit Ausnahme der Korrelation zwischen dem Annäherungs- und Vermeidungsmodus ($r = -.39$, $p < .01$). Dass die meisten Interkorrelationen nur moderat ausfallen, gibt erste Hinweise darauf, dass die Variablen unterschiedliche Konstrukte erfassen.

Tabelle 2.55 untermauert diese Vermutung. Es ergeben sich diskriminante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen und den Skalen der Stundenbögen: (1) In Sitzungen, in denen Therapeuten viele *problemaktualisierende Interventionen* durchführen, wurden durch die Raterinnen *wenig bedürfnisorientierte Interventionen* beobachtet ($r = -.28$, $p < .05$) (und tendenziell *wenig positive emotionale Aktivierung* bei den Patienten). Es zeigen sich *keine* (negativen) Zusammenhänge mit den

anderen Variablen. (2) Gaben Therapeuten am Ende der Sitzung an, die Patienten seien *offen und bereit, sich auf therapeutische Themen eingelassen*, beobachteten die Raterinnen eine stark ausgeprägte *annähernde motivationale Ausrichtung* bei den Patienten ($r = .35, p < .01$). Es ergeben sich *keine* signifikanten Korrelationen mit den anderen Variablen (z.B. positive Emotionen oder Interaktionsstil der Patienten). (3) Wenn Therapeuten am Ende der Stunde im Therapeutenstundenbogen angaben, auf eine *ressourcenorientierte Haltung* im Prozess geachtet zu haben, wurde eingeschätzt, dass Patienten im Sitzungsverlauf *wenig negative Emotionen* ($r = -.40, p < .01$) und tendenziell *mehr positive Emotionen* erlebt hatten ($r = .25, p = .08$). *Keine* signifikanten Zusammenhänge zeigen sich mit der motivationalen Ausrichtung und dem Interaktionsstil der Therapeuten. (4) Schätzen Therapeuten die Patienten als *interaktionell schwierig (Widerstand)* ein, beobachteten die Raterinnen häufig die *Aktivierung des Vermeidungsmodus* beim Patienten ($r = .28, p < .05$). Es ergeben sich *keine* signifikanten Korrelationen mit den anderen Variablen (insbesondere CLOPT). (5) Gaben Patienten am Ende der Stunde an, im Verlauf der Stunde *positive Selbstwert Erfahrungen* erlebt zu haben, wurden die Therapeuten als *freundlich* eingeschätzt ($r = .29, p < .05$). *Kein* Zusammenhang ergibt sich mit dem freundlichen Interaktionsstil des Patienten.

Tabelle 2.55: Pearsonkorrelationen zwischen bedürfniskompatiblen Interventionen, emotionaler Aktivierung, motivationaler Ausrichtung, freundlichem Interaktionsstil (Th. und Pat.) mit Skalen des Therapeuten und Patientenstundenbogens (n = 57)

	Problem- aktualisierung (TSB, Skala 5)	Offenheit und sich einlassen (TSB, Skala 3)	Ressourcen- aktivierung (TSB, Skala 1)	Interaktionell schwierig (TSB, Skala 10)	Pos. Selbstwert- erfahrungen (PSB, Skala 2)
Bedürfniskompatible Interventionen	-.28*	.13	-.04	-.27*	.18
Positive Emotionen	-.25*	.16	.25*	-.22	.25*
Negative Emotionen	.17	-.06	-.40**	.22	-.30*
Annäherungsmodus	-.09	.35**	.16	-.20	.22
Vermeidungsmodus	.05	-.21	-.12	.28*	-.09
Th: Freundlich	-.09	-.04	.04	-.11	.29*
Pat: Freundlich	.08	.06	.09	-.17	.03

Anmerkung: + $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Fazit: Diskriminante Validität

Die Ergebnisse sprechen für die diskriminante Validität der Variablen *Bedürfnisorientierte Interventionen, Qualität der emotionalen Aktivierung, motivationale Ausrichtung* der Patienten und *freundlicher Interaktionsstil* von Therapeut und Patient. Sowohl die vorwiegend moderaten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen, wie auch die diskriminanten Zusammenhänge mit Prozessmassen geben starke Hinweise darauf, dass die Variablen unterschiedliche Konstrukte erfassen.

2.6.4. Prädiktive Validität: Korrelation des Sitzungserfolges mit dem Therapieerfolg

Um zu überprüfen, ob das in dieser Arbeit verwendete Erfolgskriterium (Abschnitt 2.1.2) auch tatsächlich mit Endtherapieerfolg in Verbindung steht, wurden beide Erfolgsmasse miteinander korreliert. Damit wird die *prädiktive Validität* des Erfolgskriteriums für den Therapieerfolg ermittelt.

Das Vorgehen orientiert sich am Paradigma des Berner Prozessforschungsansatzes nach Grawe (2004), welches besagt, dass sich Erfahrungen in der Therapiesitzung auf Sitzungs- und längerfristig auf Therapieerfolg auswirken (Abbildung 2.4). An einer Stichprobe 238 ambulanter Patienten fand Grawe (2004) eine Korrelation zwischen Stundenerfolg (Patientenstundenbogen) und Therapieerfolg (integrierter Effektstärke aus sieben Therapieerfolgsmassen) von $r = .69$.

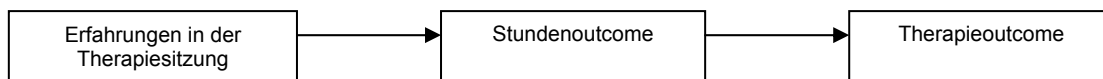


Abbildung 2.4: Paradigma des Berner Prozessforschungsansatzes
Anmerkung: Quelle Grawe, 2004, S. 386.

Therapieerfolg kann auf verschiedene Weisen definiert und ermittelt werden (Baltensberger, 1996; Flückiger, Regli, Grawe & Lutz, 2007; Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003; Schulte, 1993). Insbesondere stellt sich die Frage, ob *direkte* oder *indirekte* Veränderungsmasse für die Berechnung herangezogen werden (Flückiger et al., 2007; Michalak et al., 2003). Eine an drei unterschiedlichen Stichproben durchgeführte explorative Faktorenanalyse mit drei indirekten und fünf retrospektiven Erfolgsmassen durch Michalak et al. (2003) ergab für alle drei Stichproben eine zweifaktorielle Lösung, was die Autoren schiessen lässt, dass sich die Beschränkung auf lediglich eine Erfolgsdimension nicht rechtfertigen lässt. Eine an 263 Patienten durchgeführte Faktorenanalyse mit verschiedenen retrospektiven (global, multi-item) und indirekten Veränderungsmassen wurde durch Flückiger et al. (2003) durchgeführt. Die konfirmatorische Faktorenanalyse ergab für die dreifaktorielle Lösung die besten Fitindikatoren. Da sie hohe Korrelationen zwischen direkter und indirekter Veränderungsmessung fanden, sowohl direkte wie auch indirekte Veränderungsmasse stimmungsabhängig sind und Regressionseffekte aufweisen, schliessen die Autoren, dass globale direkte Veränderungsmasse ökonomische Masse zur Erhebung des Therapieerfolgs sind.

Diesen Überlegungen und der Tradition der Berner Prozessforschung folgend (Gassmann, 2002, Dick, 1999, Regli, 1997; Smith, 2001), wurden in dieser Arbeit für das Ermitteln des Therapieerfolgs *direkte Veränderungsmasse* verwendet. Um eine Konfundierung mit dem im Stundenerfolg verwendeten Erfolgsmass zu verhindern, wurde das Goal Attainment Scaling (GAS, Kiresuk & Sherman, 1986; Kiresuk & Lundt, 1979) nicht in die Berechnung aufgenommen. Das Therapieerfolgsmass wurde aus folgenden Fragebögen gebildet:

- Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-VW, Willutzki, 1999; Zielke, 1978)

- Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (Skalen 1 bis 4) (VLB, Grawe, 1982)
- Patientennachbefragung (Grawe, nicht veröffentlicht)
- Therapeutennachbefragung (Grawe, nicht veröffentlicht)

Da sich die Spannweite der einzelnen Erfolgsmasse stark voneinander unterscheidet (insbesondere diejenige des VEVs), wurden die Werte mittels z-Transformation standardisiert. Die Standardisierung (welche sowohl für Sitzungs- wie auch für den Therapieeunderfolg durchgeführt wurde) erfolgte nach folgender Formel:

$$z = x - m / s$$

Der Therapieerfolg wurde wie folgt berechnet:

$$Z_{\text{Enderfolg}} = \sum (Z_{\text{Vev}} + Z_{\text{Vlb}} + Z_{\text{Patnb}} + Z_{\text{Thnb}}) / n_{\text{Messmittel}}$$

Da nicht von allen Patienten eine vollständige Postmessung vorlag, wurde der Endtherapieerfolg als additiver Index aus allen vier ($n = 30$), wie auch bei Vorliegen von nur drei Veränderungsmassen ($n = 43$), ermittelt. Da eines der beiden Erfolgsmasse eine dichotome Codierung aufweist, ist eine punktbiseriale Korrelation oder stellvertretend eine Rangkorrelation zu berechnen (Bühl, 2006). Für vorliegende Analyse wurde die Rangkorrelation nach Spearman gerechnet.

Tabelle 2.56: Spearman-Korrelationen zwischen Stunden- und Endtherapieerfolg

	n	ρ^a	n	ρ^b
Gesamt	30	.58**	43	.51**
Depression	13	.45 [†]	20	.56*
Angst	6	.88*	6	.88*

Anmerkungen: [†] $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$
 ρ^a = Korrelation mit Endtherapieerfolg aus vier Veränderungsmassen, ρ^b = Korrelation mit Endtherapieerfolg aus drei Veränderungsmassen

Die beiden Erfolgsmasse korrelieren in der *heterogenen Gesamtstichprobe* hoch signifikant und stark miteinander ($\rho = .58$, $n = 30$, $p < .01$, respektive $\rho = .51$, $n = 43$, $p < .01$). Bei *Depressiven* zeigt sich eine mittlere bis starke Korrelation ($\rho = .45$, $n = 13$, $p = .05$, respektive $\rho = .56$, $n = 20$, $p < .05$) und für Angstpatienten eine ausgesprochen starke Korrelation ($\rho = .88$, $n = 6$, $p < .05$). Somit kann festgehalten werden, dass der ermittelte Sitzungserfolg eine *gute prädiktive Validität* für den Endtherapieerfolg aufweist.

2.7. Auswertungen

Im folgenden Abschnitt wird auf die in dieser Arbeit verwendeten Verfahren eingegangen. Eingangs werden die Voraussetzungen der Verfahren erläutert und im Hinblick auf vorliegende Daten diskutiert.

2.7.1. Methodische Aspekte

2.7.1.1 Skalenniveau

Vorliegende Daten werden bei den statistischen Analysen als intervallskaliert behandelt, obwohl sie streng genommen ein ordinales Skalenniveau aufweisen. Die Annahme des Intervallskalenniveaus wird in Anlehnung an Wirtz und Caspar (2002) vertreten. Die Autoren gehen davon aus, dass eine ordinalskalierte mehrstufige Ratingskala insbesondere dann als approximativ intervallskaliert angenommen werden kann, wenn lediglich die Endpunkte der Skala bezeichnet sind und diese Extreme eines Kontinuums andeuten. Zudem darf die Gleichabständigkeit der Skalenwerte nicht augenscheinlich verletzt sein. Diese beiden Voraussetzungen werden durch die Daten dieses Forschungsprojektes erfüllt.

2.7.1.2 Parametrische versus nonparametrische Verfahren

Zu Beginn der statistischen Auswertungen wurden die Daten auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) und Homogenität der Varianzen (Levene-Test) überprüft. Wie zu erwarten war, zeigten zahlreiche Variablen keine Normalverteilung auf, sondern eine schiefwinklige Verteilung.⁶⁰ Auch die Homogenität der Varianzen war nicht in jedem Fall gegeben.⁶¹ Dennoch wurden in dieser Arbeit parametrische Tests (z.B. T-Test, Pearsonkorrelationen) berechnet. Gemäss Bortz (1993) sind diese Verfahren relativ robust gegen Verletzung ihrer Voraussetzungen, vor allem dann, wenn ausreichend grosse und gleichgrosse Stichproben (T-Test) verwendet werden und die Varianzen gleich sind. Da einige Berechnungen auf kleinen und z.T. ungleich grossen Stichproben mit heterogenen Varianzen basieren, wurden parallel zu den parametrischen Verfahren verteilungsfreie Verfahren durchgeführt (U-Test nach Mann und Whitney, Rangkorrelation nach Spearman). Die nonparametrischen Verfahren werden im Anhang dargestellt und über abweichende Ergebnisse wird an entsprechender Stelle berichtet. Wurde der T-Test mit heterogenen Varianzen durchgeführt, wurden die Freiheitsgrade entsprechend korrigiert (Bortz, 1993).

⁶⁰ Es entspricht den Erwartungen, dass gewisse Variablen wie der Vermeidungsmodus eher selten auftreten, während andere Variablen wie der Annäherungsmodus eher häufig vorkommen.

⁶¹ Auf eine Potenztransformation wurde verzichtet, um das Verhältnis zwischen den Gruppen nicht zu verändern (Bühl, 2006).

2.7.1.3 Stichprobengrösse

Berechnungen können einerseits auf Stunden- oder Patientenebene, wie auch auf Minutenebene durchgeführt werden. Die Stichproben auf Stundenebene betragen 28, respektive 29 (insgesamt 57 Stunden), auf Minutenebene 1642, respektive 1447 (insgesamt 3089 Minuten).

Die wechselseitige funktionale Verknüpfung zwischen Stichprobenumfang, Teststärke ($1 - \beta$), statistischem Signifikanzniveau ($\alpha = 0.05$) und Effektgrösse führt dazu, dass mit den unterschiedlich grossen Stichproben unterschiedlich hohe Effekte statistisch gegen den Zufall abgesichert werden können (Bortz & Döring, 2003). Berechnungen auf Minutenebene führen dazu, dass sehr kleine, praktisch unbedeutende Effekte statistisch signifikant werden, bei Berechnungen auf Stundenebene hingegen werden nur grosse (T-Test), respektive mittlere (Korrelationen) Effekte statistisch gegen den Zufall abgesichert (Tabelle 2.57).

Tabelle 2.57: Optimale Stichprobenumfänge für verschiedene Signifikanztests ($1 - \beta = 0.8$, $\alpha = 0.05$), unabhängige Stichproben und einseitige Tests

Test	Kleine EG ^a ($\epsilon = 0.20$)	Mittlere EG ($\epsilon = 0.50$)	Grosse EG ($\epsilon = 0.80$)
Differenz ($m_1 - m_2$)	310	50	20
Korrelation (r)	614	64	22

Anmerkung: ^a EG = Effektgrösse, Quelle: Bortz & Döring (2003)

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde wenn immer möglich konservativ, auf Stundenebene gerechnet. Da kleine Effekte an Hand dieser Stichprobe nicht statistisch signifikant abgebildet werden können, wurden die T-Werte und Korrelationskoeffizienten zudem in Effektstärken transformiert (vgl. folgenden Abschnitt)

2.7.1.4 Effektstärken

Effektstärken (ES) sind an der Streuungseinheit standardisierte Masse, welche über die Grösse eines Effektes informieren. Im Gegensatz zu Signifikanztests, sind sie weniger direkt abhängig von der Stichprobengrösse und können als zuverlässigeres Indiz für die Höhe eines Effektes betrachtet werden. Effektstärken können aus unterschiedlichen Werten berechnet werden. Am gebräuchlichsten ist die d-Effektstärke nach Cohen (Cohen, 1988). Die Effektstärke d kann sowohl aus dem T-Test berechnet, wie auch aus dem Korrelationskoeffizienten r geschätzt werden (Rosnow & Rosenthal, 1996). Dabei werden folgende Formeln verwendet:

d aus T-Wert:

$$d = t * (n_1 + n_2) / [\sqrt{df} * \sqrt{(n_1 * n_2)}]$$

d aus r:

$$d = 2r / \sqrt{1 - r^2}$$

Cohen (1988) definiert Effektstärken ab 0.2 als klein, solche ab 0.5 als mittelgross und Effektstärken von 0.8 und darüber als gross. Für die Berechnungen von Effektstärken auf Grundlage der T-Tests wurde die Formel für *ungleich grosse Stichproben* verwendet, da diese sich in einigen Fällen hinsichtlich der Grösse unterscheiden. Sind die Stichproben gleich gross, decken sich die Resultate mit denen aufgrund der Formel für gleichgrosse Stichproben errechneten Effektstärken. Für die Ermittlung der Effektstärken aus dem T-Test wurde auf die unkorrigierten Werte (Freiheitsgrade und T-Werte) zurückgegriffen, da diese Berechnung konservativer ist. Das Verwenden korrigierter Freiheitsgrade (kleiner) und T-Werte (grösser) bei denjenigen Variablen, bei denen der Levene-Test durch ein signifikantes Ergebnis auf Varianzheterogenität hinweist, führt dazu, dass die Effektgrösse erhöht wird. Da die Korrektur nur bei einigen Variablen indiziert ist und bei anderen nicht, führt dies zu einer Verzerrung, weil einige Effektstärken erhöht werden und andere nicht. Aus diesem Grund wurden *alle* Effektstärken aus den unkorrigierten Werten ermittelt, während in den Tabellen zum T-Test die korrigierten Werte ausgewiesen werden.

2.7.2. Statistische Auswertungsverfahren

2.7.2.1 Mittelwertsvergleiche und Korrelationen

Zur Prüfung der Unterschiedshypothesen (Fragestellungen 1 und 2) wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt sowie U-Tests berechnet, um die Ergebnisse abzusichern. Die Berechnungen wurden auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ durchgeführt.

Zusammenhangshypothesen (Fragestellungen 4b und 4c) wurden mittels Pearsonkorrelationen überprüft und die Ergebnisse mittels Spearman-Korrelationen kontrolliert. Lagen dichotome Variablen vor, ist das korrekte statistische Verfahren die punktbiseriale Korrelation (Bortz & Döring, 2002). Alternativ kann jedoch auch die Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt werden (Bühl, 2006). Für die Interpretation der Grösse der Effekte auf der Basis von Korrelationen wurde die Einteilung nach Bortz und Döring (2002) übernommen, wonach Korrelationskoeffizienten bis 0.10 als kleine, solche bis 0.30 als mittlere und Koeffizienten 0.50 oder darüber als grosse Korrelation gelten.

2.7.2.2 Logistische Regressionen

Um die Frage zu beantworten, welche Kontextvariablen (Fragestellung 3a) die besten Prädiktoren für den Sitzungserfolg darstellen, wurden binäre logistische Regressionen berechnet. Die binär logistische Regression, die den strukturprüfenden Verfahren zuzuordnen ist, berechnet die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer Erfolgsgruppe in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen. Die abhängige Variable ist bei der logistischen Regression dichotom, während die unabhängigen Variablen beliebiges Skalenniveau aufweisen können (Bühl, 2006). Die logistische Regression weist Ähnlichkeiten mit der *Diskriminanzanalyse* und der *linearen Regressionsanalyse* auf. Die Ähnlichkeit zur *Diskriminanzanalyse* liegt darin begründet, dass ermittelt werden kann, an Hand welcher Einflussgrößen das Eintreten / Nicht Eintreten eines Ereignisses besonders gut unterschieden werden kann. Im Unterschied zur Diskriminanzanalyse ist die logistische Regression robuster und an weniger Voraussetzungen geknüpft. Die Ähnlichkeit zur *linearen Regressionsanalyse* besteht darin, dass über einen Regressionssatz die Gewichte bestimmt werden, mit denen die unabhängigen Variablen die *Wahrscheinlichkeit* dafür beeinflussen, dass ein realer Beobachtungsfall zu einer Gruppe der abhängigen Variablen gehört (Backhaus et al., 2003). Im Unterschied zur linearen Regression stellt die logistische Regression höhere Anforderungen an die inhaltliche Interpretation der ermittelten Gewichte, da kein linearer Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen und den über die logistische Funktion ermittelten Wahrscheinlichkeiten besteht (die Interpretation der Beta-Gewichte wird weiter unten beschrieben).

Auch bei der logistischen Regression werden *Anforderungen* an das Datenmaterial gestellt: (1) Die Fallzahl pro Gruppe (eine Ausprägung der abhängigen Variable) sollte nicht kleiner als 25 sein. (2) Die unabhängigen Variablen sollten weitgehend frei von Multikollinearität (keine linearen Abhängigkeiten)

und (3) es sollten keine Autokorrelationen vorliegen, d.h. die Beobachtungen sollten unabhängig voneinander sein (Backhaus et al., 2000).

(1) Um unter Berücksichtigung der ersten Anforderungen (Stichprobengrösse) Berechnungen sowohl für die Gesamtstichprobe, wie auch für die Teilstichprobe Depression berechnen zu können, wurden die logistischen Regressionen auf *Minutenebene* durchgeführt. Die Stichprobe umfasst für die gesamte Stichprobe 3089 und für die Teilstichprobe Depression 1371 Fälle.

(2) Die Multikollinearität wurde mittels der Toleranzwerte überprüft (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003), wobei Toleranzwerte $<.10$ auf multiple Kollinearität hinweisen (Kline, 2005). Tabelle 2.58 veranschaulicht, dass keine lineare Abhängigkeit zwischen den Variablen vorliegt.

Tabelle 2.58: Toleranzwerte der unabhängigen Variablen (Minutenebene)

Variable	Toleranz
Positive Bindungserfahrungen	0.38
Orientierung und Kontrolle	0.54
Positive Selbsterfahrungen	0.56
Positive Zustände	0.60
Wahrg. Therapeutenkompetenz	0.40
Intensität der Problembearbeitung	0.59
Relevanz der Problembearbeitung	0.58
Prozessdirektivität Therapeut	0.65
Aktive Beteiligung Patient	0.79
Alltagsbezug und Konkr. allgemein	0.54
Alltagsbezug und Konkr. (Th)	0.87
Fokus auf Veränderung	0.96
Positive Emotionen	0.78
Negative Emotionen	0.75
Annäherungsmodus	0.73
Vermeidungsmodus	0.82

(3) Um zu Überprüfen, ob Autodependenzen in der internen Struktur der Variablen vorliegen, wurde der Box-Ljung-Test durchgeführt (Baltès-Götz, 1997; Rinne & Specht 2002). Dieser ergab für alle berechneten Lags höchst signifikante Werte, was bedeutet, dass Autokorrelationen in den Variablen vorliegen. Dieser Umstand erstaunt kaum vor der Tatsache, dass es sich bei vorliegenden Daten um *Zeitreihen* handelt. Die Einschätzung der Ausprägung einer Variable (z.B. positive Bindungserfahrungen) in einer Minute (x_{T_0}) erfolgt nicht ganz unabhängig von der eingeschätzten Ausprägung in der vorangehenden Minute (x_{T_0-1}). Das Vorliegen von Autokorrelation wurde für die Berechnung der Logistischen Regressionen in Kauf genommen.⁶²

Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Ereignisses wird bei der logistischen Regression nach der Formel

⁶² Zum Umgang mit Autokorrelationen für die Berechnung der Kreuzkorrelationen vergleiche den Abschnitt 2.7.2.4 über Kreuzkorrelationen in diesem Kapitel.

$$p = 1 / 1 + e^{-z}$$

berechnet, wobei

$$z = a + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots$$

x_i sind die Werte der unabhängigen Variablen, b_i (β_i) sind Koeffizienten, welche durch die logistische Regression ermittelt werden und a ist die Konstante. Die *Regressionskoeffizienten* β_i spiegeln die Einflussstärke der jeweils betrachteten unabhängigen Variablen auf die Höhe der Eintrittswahrscheinlichkeit wieder, wobei eine lineare Interpretation in der Form „wenn x_i um eine Einheit zunimmt, erhöht sich die Eintretenswahrscheinlichkeit von y um die Einheit β_i “ wie bei der linearen Regression leider nicht möglich ist. Die β -Koeffizienten geben zwar Auskunft über die Richtung des Einflusses der unabhängigen Variablen, die Stärke des Einflusses offenbart sich jedoch über die *Odd Ratios* (e^{β} oder $\text{Exp}(\beta)$). Diese geben das *veränderte Chancenverhältnis* an, einer Gruppe zugehören. War das Chancenverhältnis vorangehend 1:1, nimmt dieses bei einem β -Koeffizienten von 0.45 und entsprechendem *Odd Ratio* von 1.57 den Wert 1.57:1 an (Bühl, 2006).

Es existieren verschiedenen *Gütemasse* für den Regressionsansatz. (1) Die *Güte der Anpassung* des Regressionsmodells wird mit der Likelihood-Funktion beurteilt, und zwar wird als *Mass* der negative doppelte Wert des Logarithmus (-2LL) benutzt. Im Likelihood-Ratio Test wird der -2LL Wert, der sich ergibt, wenn nur die Konstante berücksichtigt wird, verglichen mit dem -2LL-Wert für das gesamte, die Einflussvariablen beinhaltenden Modell („*Devianzmass*“), wobei eine Abnahme des Wertes auf eine Verbesserung der Modellgüte hinweist. Die Differenz wird als Chi-Quadrat-Test ausgewiesen. (2) Der Anteil der durch die logistische Regression *erklärten Varianz* wird durch die Bestimmtheitsmasse Cox & Snell (R) sowie Nagelke (R^2) wiedergegeben. Während R den Nachteil hat, dass der Wert theoretisch nicht 1 erreichen kann, wird dieser Umstand durch R^2 korrigiert. Dieses Gütekriterium erlaubt eine eindeutige inhaltliche Interpretation und ist R vorzuziehen. Als akzeptabel gelten Werte grösser 0.2, gut sind Werte ab 0.4 und als sehr gut werden Werte ab 0.5 erachtet (Backhaus et al., 2003). (3) Eine weitere Möglichkeit, den Modellfit zu beurteilen, bietet die *Beurteilung der Klassifikationsergebnisse*. Dabei wird ermittelt, wie hoch der Prozentsatz der den Gruppen (Ereignissen) richtig zugeordneten Fälle ist. Als Faustregel gilt, dass die Trefferquote deutlich über dem bei Zufall erwarteten Prozentsatz liegen muss (bei einer dichotomen abhängigen Variablen liegt dieser bei 50 Prozent). (4) Die *Güte der β -Koeffizienten*, d.h. die Überprüfung, ob sich diese signifikant von Null unterscheiden und einen Beitrag zur Vorhersage der Eintretenswahrscheinlichkeit des Ereignisses beisteuern, erfolgt über die Chi-Quadrat verteilte Wald-Statistik. Diese entspricht dem quadrierten Quotienten aus dem jeweiligen Koeffizienten und seinem Standardfehler (Backhaus et al., 2003; Bühl, 2006)

2.7.2.3 Verlaufsdarstellungen

Für die Darstellung der Verläufe (z.B. Hypothese 1.3 b und Fragestellung 5b) über die Sitzung hinweg wurden die Daten mittels z-Transformation auf Minutenebene standardisiert, um die Variablen mit den unterschiedlichen Spannweiten miteinander vergleichbar zu machen. Dabei wurde folgende Formel verwendet:

$$z = x - m / s$$

Als zweites wurde eine *Standardisierung der Sitzungslänge* vorgenommen. Dies deshalb, weil die Sitzungen unterschiedlich lang sind, was ohne Standardisierung zu einer Verzerrung der Verlaufsdarstellung geführt hätte. Alle Sitzungen wurden auf eine Dauer von 100 Prozent standardisiert und die Sitzungsminuten in Prozentwerte umgerechnet. Dabei wurde jede Minute mit 100 multipliziert und durch die Anzahl Minuten pro Sitzung dividiert:

$$\text{Minproz}_i = \text{Minute}_i * 100 / n_{\text{Sitzungsminuten}}$$

Schliesslich wurden die Minutenprozentage in Sitzungssequenzen von je 20 Prozent zusammengefasst (eine Sequenz entspricht somit in einer 50minütigen Therapie der Dauer von 10 Minuten). Dies deshalb, weil intendiert wurde, *Verlaufstendenzen* der Prozessvariablen darzustellen und die Einteilung in Therapiefünfteel dafür inhaltlich eine sinnvolle Einheit ist.

2.7.2.4 Multivariate Zeitreihenanalysen: Kreuzkorrelationen

Um Interaktionen zwischen Therapeuten- und Patientenverhalten auf Minutenebene zu untersuchen (vgl. Fragestellung 4a), sowie die Frage nach dem Kontext erfolgreicher Interventionen zu beantworten (vgl. Fragestellung 6) wurden Kreuzkorrelationen berechnet. Bei der Methode der Kreuzkorrelation werden die Beobachtungen einer Zeitreihe bei verschiedenen Verzögerungen und Vorläufen mit den Beobachtungen einer anderen Zeitreihe korreliert, d.h. die Zeitreihen werden um Zeiteinheiten (lag) gegeneinander verschoben, vgl. Abbildung 2.5.

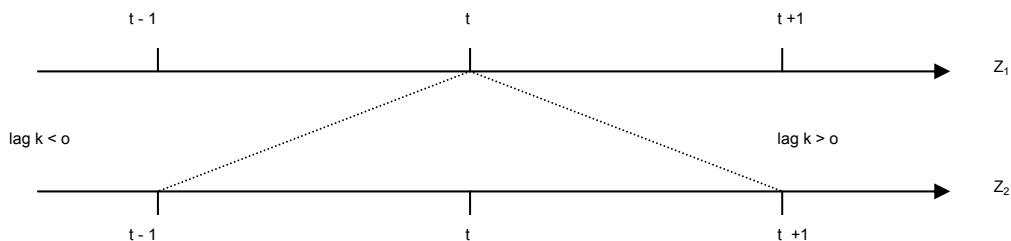


Abbildung 2.5: Kreuzkorrelationstechnik

Bei der so genannten *asynchronen Kreuzkorrelation* können Kausalschlüsse von der zeitlich früheren auf die zeitlich spätere Variable geschlossen werden. In den positiven lags ($k > 0$) wird der Einfluss der ersten Zeitreihe auf die zweite dargestellt, die negativen lags ($k < 0$) stellen den Einfluss der zweiten Zeitreihe auf die erste dar (Schmitz, 1989). Die Kreuzkorrelationen werden in Diagrammen dargestellt, in welchen jeweils ein Konfidenzintervall mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent angegeben wird. Die Werte, welche über diese Linie kommen, sind als statistisch bedeutsam zu interpretieren. Als maximale Anzahl von Intervallen wurde 7 gewählt, d.h. es werden Korrelationen im Bereich von -7 lags bis $+7$ lags dargestellt.

Bei den Kreuzkorrelationen kann das Problem auftreten, dass serielle Abhängigkeiten oder Autodependenzen in der internen Struktur einer Zeitreihe vorliegen, was zu Scheinkorrelationen und damit zur Überschätzungen der Kausalbeziehung zu anderen Zeitreihen führen kann. Die Überprüfung der internen Struktur der Zeitreihen wird daher empfohlen (Schmitz, 1989, Baltes-Götz, 1997, Rinne Specht, 2002). Rinne Specht 2002 und Baltes-Götz, 1997 empfehlen den Box-Ljung Test zur Aufdeckung von Autodependenzen. Mit diesem Test kann die Nullhypothese geprüft werden, dass die ersten m Autokorrelationen einer Zeitreihe gleich Null sind. Serielle Abhängigkeit in der internen Struktur der Zeitreihe kann nur dann ausgeschlossen werden, wenn der Box-Ljung-Test für alle lags die zugehörige Nullhypothese beibehält (Baltes-Götz, 1997).

Die für diese Arbeit vorliegenden Daten wurden mittels des Box-Ljung-Tests auf serielle Abhängigkeit untersucht. Wie zu erwarten war, lagen Autokorrelationen vor. Diesem Problem wurde damit begegnet, dass die Daten auf Basis der Patienten und der standardisierten Sitzungsdauer aggregiert wurden (vgl. Verlaufsdarstellungen). Als lag wurde eine Sequenz von zwei Sitzungsprozent definiert (dies entspricht bei einer 50minütigen Sitzung der Dauer von einer Minute). Damit wurden die ursprünglichen Zeitreihen à 3089 Minuten (57 Sitzungen an je rund 60 Minuten) auf *eine* Zeitreihe à

50 Lags (50 Lags à 2 Prozent ergibt 100 Minutenprozent) aggregiert. Das Problem der seriellen Abhängigkeiten konnte mit dieser Transformation weitgehend behoben werden.

Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass durch die Datenreduktion ($n = 50$) sichergestellt werden kann, dass lediglich mittlere Effekte statistisch bedeutsam werden, wohingegen der Einbezug des nicht aggregierten Datensatzes ($n = 3089$) dazu geführt hätte, dass auch sehr kleine, praktisch unbedeutsame Korrelationen das statistische Signifikanzniveau erreicht hätten.

Um die Interaktion zwischen bedürfnisorientierten Interventionen der Therapeuten und der motivationalen Ausrichtung des Patienten zu untersuchen, wurde eine Skala gebildet. Die *Skala Beziehungsgestaltung* bildete sich als additiver Index aus den vier Aspekten der therapeutisch realisierten Beziehungsgestaltung (*Positive Bindungserfahrungen, Orientierung und Kontrolle, Positive Selbstwerterfahrungen, Positive Zustände*). Die interne Reliabilität der Skala beträgt $\alpha = .75$, was in Anbetracht dessen, dass lediglich vier Items in die Skala einfließen, als hinreichende Reliabilität beurteilt werden kann (Diekmann, 1995).

$$\text{Skala}_{\text{Beziehungsgestaltung}} = (\text{Var. Pos. Bindung} + \text{Var. Orient/Kontr.} + \text{Var. Selbstwert} + \text{Var. Pos. Zustände}) / 4$$

2.7.2.5 Stringenz der Problembearbeitung

Mit Stringenz wird die Hartnäckigkeit gemeint, mit der das therapeutische Geschehen vorangetrieben wird. Der Frage nach der Stringenz im therapeutischen Vorgehen widmet sich Fragestellung 5a.

Die Stringenz wurde auf zwei unterschiedliche Arten operationalisiert. (1): Die erste Operationalisierung erfasst die an der Therapiedauer standardisierte *maximale Dauer* der ununterbrochenen Problembearbeitung. (2) Die zweite Art der Stringenz erfasst die an der Sitzungslänge standardisierte *Häufigkeit der Sprünge* zwischen Problembearbeitung und keiner Problembearbeitung. Die Stringenz wurde sowohl für die Variable *Intensität der Problembearbeitung*⁶³ wie auch für die Variable *Intervention*⁶⁴ berechnet. Die Operationalisierung der Stringenz wird an einem Beispiel verdeutlicht:

Stringenz der Intensität

Beispiel der Problembearbeitung (in Minuten) während einer Therapie:

0-3: Keine Problembearbeitung
4-25: Problembearbeitung
26-27: Keine Problembearbeitung
28-34: Problembearbeitung
35-36: Keine Problembearbeitung
37-47: Problembearbeitung

- Erste Minute der längsten Problembearbeitungssequenz: 4
- Letzte Minute der längsten Problembearbeitungssequenz: 25
- Längste Problembearbeitungssequenz in Minuten: (letzte Minute der Sequenz – erste Minute der Sequenz + 1) = 22
- Anzahl Sprünge keine Bearbeitung / Bearbeitung: 5
- Dauer der Therapie in Minuten = 48

1. Stringenz

Maximale Dauer der ununterbrochenen Problembearbeitung / Dauer der Therapie in Minuten
 $22 / 48 = 0.46$

2. Stringenz

Anzahl der Sprünge (Problembearbeitung / Keine Problembearbeitung) / Dauer der Therapie in Minuten
 $5 / 48 = 0.10$

Stringenz der Intervention

Beispiel der durchgeführten Interventionen (in Minuten) während einer Therapie:

0-3: Prozessunterstützung
4-25: Bewältigung
26-27: Prozessunterstützung
28-34: Klärung
35-47: Prozessunterstützung

- Erste Minute der längsten Intervention: 4
- Letzte Minute der längsten Intervention: 25
- Längste Intervention in Minuten: (letzte Minute der Sequenz – erste Minute der Sequenz + 1) = 22
- Anzahl Sprünge zwischen Interventionen: 4

1. Stringenz der Intervention (Dauer)

Maximale Dauer der längsten Intervention / Dauer der Therapie in Minuten
 $22 / 48 = 0.46$

2. Stringenz der Intervention (Sprünge)

Anzahl der Wechsel zwischen unterschiedlichen Interventionen / Dauer der Therapie in Minuten
 $4 / 48 = 0.08$

⁶³ Die Variable Intensität der Problembearbeitung ist eine dichotome Variable, welche für jede Minute erfasst, ob am jeweiligen Therapieziel des Patienten gearbeitet wurde oder nicht.

⁶⁴ Die Variable Intervention erfasst auf Nominalskalenniveau, welcher Natur eine durchgeführte Intervention ist (prozessunterstützende Intervention, verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Intervention, kognitive Arbeit oder Klärung, interpersonale Intervention).

2.7.2.6 Strukturgleichungsmodelle (SEM)

Zur Überprüfung einzelner Annahmen des in Grawe (2004) postulierten Modells der Wirkungsweise von Psychotherapie (vgl. Theorieteil 1.2.2) wurden Strukturgleichungsmodelle (SEM, Structural Equation Modeling) berechnet (Fragestellung 7). Strukturgleichungsmodelle sind *hypothesenprüfende Verfahren*, welche es ermöglichen, kausale Abhängigkeiten zwischen bestimmten Variablen zu untersuchen. SEM basiert auf der Zerlegung von Varianzen und Kovarianzen anhand von Strukturgleichungen. Es geht darum, mittels Modellen die Kovarianzenstrukturen von Variablen möglichst sparsam zu beschreiben. Die explizite Berücksichtigung von Messfehlern führt zur Bereinigung der Zusammenhänge zwischen den Indikatoren. Dadurch wird die Validität der statistischen Ergebnisse erhöht. Vor der Durchführung des Verfahrens muss eine intensive Auseinandersetzung mit theoretischen Überlegungen stattfinden, damit ein *theoretisch fundiertes Hypothesensystem* formuliert werden kann (Backhaus et al., 2003). Strukturgleichungsmodelle integrieren regressionsanalytische Überlegungen, Aspekte der konfirmatorischen Faktorenanalyse sowie die Pfadanalyse (Bortz, 1999). Während mit der Pfadanalyse kausale Beziehungen zwischen *direkt beobachteten (manifesten)* Variablen geprüft werden, ermöglichen Strukturgleichungsmodelle zusätzlich die Berücksichtigung *latenter Variablen*, welche nicht direkt erhoben werden können, sondern über Indikatoren ermittelt werden (vgl. nächsten Abschnitt). Das Überprüfen a priori formulierter theoretischer Modelle an Hand empirischer Daten geschieht durch den Vergleich der theoretischen Kovarianzmatrix mit der Kovarianzmatrix der tatsächlich erhobenen Daten (Backhaus, Erichson, Plinke & Weibel, 1996). Die Modelle können damit zwar *nicht verifiziert werden*, aber sie erhalten mehr Glaubwürdigkeit.

Überprüfung kausaler Zusammenhänge mit latenten Variablen

In Strukturgleichungsmodellen können Zusammenhänge zwischen hypothetischen Konstrukten, d.h. *nicht direkt* beobachtbaren Variablen, ermittelt werden. Diese werden als *latente Variablen* bezeichnet und sind in SEM als Kreise dargestellt. Latente Variablen werden durch empirisch beobachtbare Indikatoren (Indikatorenvariablen) ermittelt. *Beobachtbare Variablen* werden im Strukturgleichungsmodell durch Kästchen dargestellt. Ein Modell, in welches Indikatorvariablen und latente Variablen einfließen wird als *Messmodell* bezeichnet.

Dabei wird zwischen Messmodellen mit *latenten exogenen Variablen* (welche im Modell nicht erklärt werden) und Messmodellen mit *latenten endogenen Variablen* (welche im Modell erklärt werden) unterschieden (vgl. Abbildung 2.6). Die Messmodelle der endogenen und exogenen Variablen folgen der Logik der Faktorenanalyse. Die theoretischen Vermutungen über die Zusammenhänge zwischen latenten Variablen werden im *Strukturmodell* dargestellt. Dieses entspricht regressionsanalytischen Überlegungen (Backhaus et al., 2003). Die drei Modelle, also die Messmodelle mit der exogenen und endogenen latenten Variablen sowie das Strukturmodell bilden das gesamte *Pfadmodell*, vgl. Abbildung 2.6.

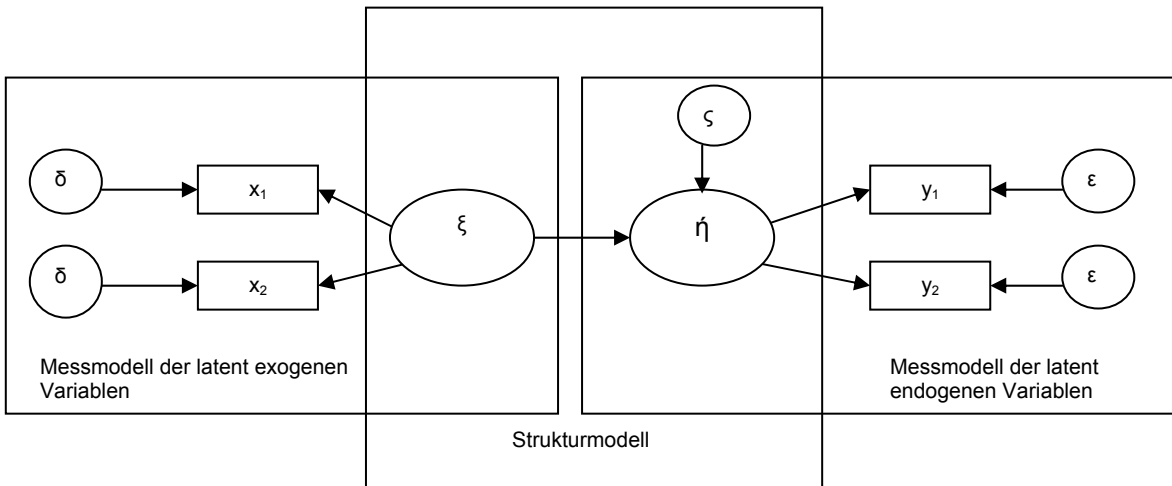


Abbildung 2.6: Pfaddiagramm eines vollständigen Strukturmodells (aus Backhaus et al., 2003, S. 350).

Tabelle 2.59: Legende

Abkürzung	Sprechweise	Bedeutung
η	Eta	Latente endogene Variable, die im Modell erklärt wird
ξ	Ksi	Latente exogene Variable, die im Modell <i>nicht</i> erklärt wird
y	-	Indikator- (Mess-) Variable für latente endogene Variablen
x	-	Indikator- (Mess-) Variable für latente exogene Variablen
ϵ	Epsilon	Residualvariable für eine Indikatorvariable y
δ	Delta	Residualvariable für eine Indikatorvariable x
ζ	Zeta	Residualvariable für eine latente endogene Variable

Pfadkoeffizienten

Eine kausale Beziehung zwischen zwei Variablen wird immer durch einen *Pfeil* dargestellt, wobei die Richtung der Kausalität durch die Pfeilrichtung dargestellt wird. Die Stärke dieses Zusammenhangs wird durch den *Pfadkoeffizienten* verdeutlicht. Im Messmodell, welches der faktorenanalytischen Logik entspricht, stellen die Pfadkoeffizienten zwischen latenter Variable und Indikatorvariablen (im Fall standardisierter Variablen) die Faktorladung (oder *Korrelation*) dar.

Die Pfadkoeffizienten, welche auf die endogenen Variablen gerichtet sind, entsprechen *standardisierten Regressionskoeffizienten*. Diese stellen die Stärke des Zusammenhangs dar. Als Interpretationshilfe definiert Kline (2005) basierend auf Cohen (1988) standardisierte Pfadkoeffizienten < 0.10 als kleine Effekte, solche in der Höhe von 0.30 als mittlere oder „typische“ Effekte und Pfadkoeffizienten mit absoluten Werten ≥ 0.50 als grosse Effekte.⁶⁵

⁶⁵ Die Ermittlung der Strukturgleichungsmodellen wurde mit dem Statistikprogramm Amos 7.0 durchgeführt

Voraussetzungen und Annahmen

Für die Verwendung von Strukturgleichungsmodellen müssen einige statistische Voraussetzungen erfüllt sein. Diese werden nachfolgend diskutiert.

Skalenniveau: Für die Analyse mit dem herkömmlichen Schätzverfahren (vgl. unten) dürfen nur Daten mit *metrischem Skalenniveau* verwendet werden. (Eine Verwendung nicht-metrischer Daten ist jedoch unter Verwendung des geeigneten Schätzverfahrens möglich.)

Normalverteilung: Die meisten Schätzmethoden (auch das in dieser Arbeit verwendete gebräuchliche Schätzverfahren der Maximum-Likelihood-Methode ML) setzen multivariate normalverteilte Daten voraus. Multinormalverteilung setzt sich aus univariater, bivariater und multivariater Normalverteilung zusammen. Die meisten Arten der multivariaten Nicht-Normalverteilung können durch die Prüfung univariater Normalverteilung aufgedeckt werden (Kline, 2005). Schiefe (relative Abweichung von einer symmetrischen Verteilung) und Kurtosis oder Exzess (relative Steilheit einer Verteilung) sind Indikatoren der Normalverteilung. Verletzung der Normalverteilungsannahme liegt vor, wenn die absoluten Werte der Schiefe +/- 3 sind und für die Kurtosis absolute Werte über 10 vorliegen.

Stichprobenumfang: Der Stichprobenumfang spielt eine wichtige Rolle zur Sicherstellung ausreichender Informationen für die Parameterschätzung und bei der Anwendung der Chi-Quadrat-Teststatistik. In der Literatur werden unterschiedliche Forderungen an den Stichprobenumfang gemacht. Gemäss Backhaus et al., (1996) gilt als Faustregel für die *praktische* Anwendung, dass ein ausreichender Stichprobenumfang dann vorliegt, wenn die Stichprobengrösse (n) minus der Anzahl einzuschätzender Parameter (q) grösser als 50 ist ($n - q > 50$). Es finden sich jedoch auch strengere Anforderungen. Gemäss Backhaus et al. (2003) wird in der meisten Literatur ein Stichprobenumfang von $n \geq 100$ gefordert. Andere Autoren fordern sogar eine Stichprobe von $n \geq 200$, insbesondere dann, wenn das zu schätzende Modell sehr komplex ist (Schermelell-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

Multikollinearität: Multikollinearität ist die unerwünschte Situation, in der eine unabhängige Variable eine lineare Funktion anderer unabhängigen Variablen darstellt. Dies führt zu instabilen Modellschätzungen. Multikollinearität wird über Toleranzwerte ermittelt, wobei Toleranzwerte $< .10$ auf multiple Kollinearität hinweisen (Kline, 2005). Bei Multikollinearität sollten Variablen entfernt oder zu einem Gesamtscore zusammengefasst werden.

Schätzverfahren: Es existieren verschiedene Schätzverfahren, welche unterschiedliche Anforderungen an das Datenmaterial stellen. Das am häufigsten verwendete Schätzverfahren der *Maximum Likelihood-Methode (ML)* setzt multivariate normalverteilte Daten und einen ausreichenden Stichprobenumfang voraus.

Modellbeurteilung: Um zu beurteilen, wie gut ein Modell zu den Daten passt, können verschiedene Fit-Indices berechnet werden. Gemäss Backhaus et al. (1996), liegt ein sehr gutes Modell dann vor, wenn *alle wichtigen* Gütekriterien ein zufrieden stellendes Ergebnis liefern.

Datenvorbereitung

Um ein *metrisches Skalenniveau* und *Unabhängigkeit der Messwerte* zu erreichen, wurden die Daten auf Sitzungsebene aggregiert. Dies führte zur Reduktion des Stichprobenumfangs von 3089 (Minuten) auf 57 (Sitzungen). Mit dieser Stichprobe können nur noch sehr einfache Modelle berechnet werden (nach oben genannter Formel mit maximal 6 einzuschätzenden Parametern). Um die Zuverlässigkeit der stichprobenabhängigen Fit-Indices (insb. RMSEA) zu eruieren, wurde eine Poweranalyse durchgeführt. Poweranalysen für SEM-Modelle werden durch McCallum, Brown und Sugawara (1996) beschrieben. Ausgangspunkt der Analyse bildet der Fit-Indikator *RMSEA*, dessen Verteilungseigenschaften bekannt sind. Die Autoren beschreiben verschiedene Varianten der Poweranalyse (*Model of close fit*, *Model of not close fit*).⁶⁶ Sind Stichprobengröße und Freiheitsgrade bekannt, kann für ein Alpha-Level von 0.05 die Power eines Modells ermittelt werden. Für das Modell des *close fit*, in welchem die Wahrscheinlichkeit ermittelt wird, dass ein schlechtes Modell tatsächlich als solches erkannt wird, ergibt sich für $N = 100$ ⁶⁷, $df = 6$ ⁶⁸ und $\alpha = .05$ eine Power von 0.127. Das bedeutet inhaltlich, dass ein die Daten *schlecht* approximierendes Modell lediglich mit einer Wahrscheinlichkeit von 13 Prozent verworfen wird. Für das Modell des *not close fit* ergibt sich eine Power von 0.08. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass H_1 (guter Fit) bei einem tatsächlich vorliegenden sehr guten Fit-Wert ($RMSEA < .01$) auch angenommen wird, lediglich 8 Prozent beträgt. Auf Grund dieser sehr tiefen Power wurde ermittelt, welche *Stichprobengröße* zu einer angemessenen Power führen würde: Gemäss MacCallum et al. (1996) benötigt man für das Erzielen einer Teststärke von 0.80 bei $df = 6$ und $\alpha = .05$ für das *close fit* Modell eine Stichprobe von 1238 (*not close fit* $N = 1069$) und für 11 Freiheitsgrade $N = 724$ (*close fit*), respektive $N = 706$ (*not close fit*). Diese Erkenntnis führte zur Idee, Ergebnisse der Fit-Indikatoren an Hand der Daten auf Minutenebene zu überprüfen. Damit stehen für die Gesamtstichprobe 3089 und für die Teilstichprobe Depression 1371 Fälle zur Verfügung. Eine Verletzung der Unabhängigkeitsforderung wird für diese Zwecke in Kauf genommen.

Datenmodifikation

Die Variable *Erfolg* ist in Mutterfile dichotom (dummy-) codiert. Da das in dieser Arbeit verwendete ML-Schätzverfahren ein *metrisches Skalenniveau* voraussetzt, wurde diese Variable modifiziert, indem die z-standardisierten Werte der GAS-Zielstufenerreichung mit denjenigen der Skala „Klärungs- und Bewältigungserfahrungen“ aus dem Patientenstundenbogen zu einem additiven Index zusammengefasst wurden.⁶⁹ Das Verfahren wurde nach folgender Formel durchgeführt:

⁶⁶ Beim *Test of close fit*, wird die H_0 (gute Modellgüte, $RMSEA \leq .05$) der H_1 (schlechte Modellgüte, $RMSEA > .05$) gegenübergestellt. (Cutoff Wert des $RMSEA$ für $H_0 = .05$ und für $H_1 = .08$). Diese Modell ist jedoch mit dem Problem behaftet, dass bei Verwerfen der H_1 nicht sichergestellt ist, dass die H_0 zutrifft, da die Nicht-Signifikanz des Testergebnisses auch immer auf eine zu geringe Stichprobe zurückgeführt werden kann.

Beim *Test of not close fit* wird H_0 (das Modell beschreibt die Daten *nicht* gut genug ($RMSEA \geq .05$)) der H_1 : Das Modell beschreibt die Daten gut ($RMSEA < .05$) gegenübergestellt (Cutoff Wert des $RMSEA$ für $H_0 = .05$ und für $H_1 = .01$).

⁶⁷ MacCallum et al. (1996) geben keine Angaben für $N < 100$.

⁶⁸ Die analysierten Strukturgleichungsmodelle haben 6 und 11 Freiheitsgrade (vgl. Ergebnisteil).

⁶⁹ Dieses Vorgehen birgt die Gefahr der systematischen Verzerrung des Erfolgsmasses, da der Wert der GAS-Zielstufe mehrheitlich der Zwischen- und nicht der Endmessung entnommen wurde. Es wäre somit denkbar, dass der Erfolg von

$$zVar_{\text{Erfolg-metrisch}} = (zVar_{\text{Gas}} + zSkala_{\text{Psb}}) / 2$$

Damit stand eine intervallskalierte Erfolgsvariable zur Verfügung.⁷⁰ Die interne Reliabilität der Skala ist befriedigend (Cronbachs Alpha = .78). Die Spearman-Korrelation mit dem dichotomen Erfolgsmass beträgt $r = .89$ ($p < .001$).

Normalverteilung und Multikollinearität

Die Stichprobe mit den aggregierten Daten und den Daten auf Minutenebene wurden auf ihre univariate und multivariate Normalverteilung hin überprüft, d.h. Schiefe und Kurtosis wurden berechnet. Mittels der Toleranzwerte konnte zudem ermittelt werden, ob die Daten linear unabhängig sind (d.h. dass keine Multikollinearität vorliegt). Tabellen 2.60 und 2.61 informieren über die Deskriptive Statistik sowie über die Toleranzwerte der interessierenden Variablen.

Tabelle 2.60: Deskriptive Statistik und Verteilungseigenschaften der verwendeten Variablen (Stundenebene n = 57).

Variablen	N	Min.	Max.	M	SD	Schiefe	SE	Kurtosis	SE	Toleranz
Pos.Bindung	57	0.3	2.6	1.9	0.4	-2.3	0.3	6.9	0.6	0.28
Orient. und Kontrolle	57	0.3	2.9	2.0	0.5	-1.0	0.3	1.8	0.6	0.29
Selbstwert	57	0.3	2.7	1.5	0.5	-0.2	0.3	1.3	0.6	0.20
Pos. Zustände	57	0.3	2.4	1.1	0.3	1.2	0.3	7.7	0.6	0.36
Positive Emotionen	57	0.0	1.6	0.4	0.3	1.2	0.3	0.7	0.6	0.48
Negative Emotionen	57	0.0	2.0	1.0	0.4	0.1	0.3	-0.1	0.6	0.59
Annäherungsmodus	57	0.7	2.5	1.8	0.4	-1.3	0.3	1.1	0.6	0.50
Vermeidungsmodus	57	0.0	1.1	0.1	0.2	2.2	0.3	3.7	0.6	0.52
Erfolg metrisch	57	-1.2	3.3	1.3	1.3	-0.2	0.4	-1.1	0.9	0.42

Sitzungen in der ersten Phase kleiner ist als derjenige in der zweiten oder dritten Phase. Eine Analyse des gebildeten Erfolgsmasses zeigte jedoch, dass *keine* solche systematische Verzerrung vorliegt.

⁷⁰ Es hätte auch die Möglichkeit bestanden, die beiden Werte aus GAS und PSB als latente endogene Variablen in das Messmodell einfließen zu lassen. Der hohen Interkorrelationen der beiden Variablen wegen wurde beschlossen, sie als manifesten Faktor einzubeziehen.

Tabelle 2.61: Deskriptive Statistik und Verteilungseigenschaften der verwendeten Variablen (Validierungsstichprobe n = 3089).

Variablen	N	Min.	Max.	M	SD	Schiefe	SE	Kurtosis	SE	Toleranz
Pos. Bindung	3089	0.0	3.0	1.9	0.6	-1.2	0.1	3.8	0.1	0.57
Orient. und Kontrolle	3089	0.0	3.0	2.1	0.8	-0.5	0.1	-0.5	0.1	0.64
Selbstwert	3089	0.0	3.0	1.5	0.7	0.3	0.1	-0.4	0.1	0.59
Pos. Zustände	3089	0.0	3.0	1.1	0.4	1.6	0.1	5.6	0.1	0.67
Positive Emotionen	3089	0.0	3.0	0.4	0.5	1.2	0.1	0.5	0.1	0.79
Negative Emotionen	3089	0.0	3.0	1.0	0.7	0.1	0.1	-2.9	0.1	0.81
Annäherungsmodus	3089	0.0	3.0	1.8	0.4	-1.3	0.1	1.9	0.1	0.80
Vermeidungsmodus	3089	0.0	3.0	0.2	0.4	2.7	0.1	7.2	0.1	0.85
Erfolg metrisch	3089	-1.2	3.3	1.6	1.1	-0.2	0.1	-1.0	0.1	0.39

Die Normalverteilungsannahme ist für beide Stichproben gerechtfertigt. Für keine Variable übersteigt die Schiefe den Wert von +/- 3. Sie variiert in der aggregierten Stichprobe zwischen einem Wert von -2.3 (linksschief) und einem Wert von 2.2 (rechtsschief) und in der Stichprobe auf Minutenebene zwischen einem Wert von -1.2 (linksschief) und einem Wert von 2.7 (rechtsschief). Die Kurtosis, deren Cutoff-Wert bei absoluten Werten über 10 liegt, erzielt Werte von -1.1 bis 7.7 in der aggregierten, respektive Werte von -2.9 bis 7.2 in der Stichprobe auf Minutenebene. Die Kollinearitätsdiagnostik ergibt Toleranzwerte von 0.20 bis 0.52, respektive 0.39 bis 0.81. Es liegt somit keine Multikollinearität vor. Die deskriptive Analyse zeigt auf, dass die Voraussetzungen für die Durchführung von Strukturgleichungsmodellen gegeben sind.

Schätzverfahren

Wie bereits weiter oben ausgeführt, existieren verschiedene Schätzverfahren, welche unterschiedliche Anforderungen an das Datenmaterial stellen. Das am häufigsten verwendete Schätzverfahren der *Maximum Likelihood-Methode (ML)* setzt metrische Daten und eine normalverteilte Stichprobe voraus. Da das Datenmaterial beide Voraussetzungen erfüllt, wird das ML-Schätzverfahren verwendet.

Masse der globalen Anpassungsgüte

Amos liefert eine grosse Anzahl von Fit-Indices zur Beurteilung der Anpassungsgüte der theoretischen Modellstruktur an die empirischen Daten. Im Folgenden werden fünf verschiedene Gütekriterien zur Beurteilung der Gesamtstruktur eines Modells vorgestellt. Die Auswahl orientiert sich an Backhaus et al. (1999, 2003) sowie Schermelleh-Engel et al. (2003).

1) Der Chi-Quadrat-Wert

Die Validität eines Modells kann mit Hilfe des Likelihood-Ratio-Test überprüft werden, welcher im Prinzip einen Chi-Quadrat-Test-Anpassungstest darstellt (Backhaus et al., 1996). Ein guter Modellfit ist

dann erreicht, wenn die empirischen Korrelationen den aus den Modellparametern reproduzierten Korrelationen entsprechen. Die H_0 ist somit die „Wunschhypothese“ (Bortz, 1999). In der Praxis werden Modelle häufig dann verworfen, wenn p kleiner als 0.1 ist (Backhaus et al., 1996). Der Chi-Quadrat-Test ist jedoch an verschiedene Voraussetzungen geknüpft und ist nur dann eine geeignete Test-Statistik, wenn alle Variablen Normalverteilung besitzen und der Stichprobenumfang genügend (und nicht zu) gross ist. Der Chi-Quadrat-Test reagiert äusserst sensitiv auf den Stichprobenumfang und auf Abweichungen von der Normalverteilung. Die Chance, dass ein Modell angenommen wird, steigt mit *kleiner werdendem Stichprobenumfang* und umgekehrt.

Der Chi-Quadrat-Wert sollte zudem immer im Zusammenhang mit den Freiheitsgraden bewertet werden. Ein akzeptabler Fit ist dann erreicht, wenn X^2/df Werte von 2 bis 3 liefert. Neben dem Chi-Quadrat-Test gibt es weitere Kriterien zur Beurteilung der Gesamtgüte eines Modells, welche unabhängiger vom Stichprobenumfang und relativ robust gegen Verletzung der Multinormalverteilungsannahme sind.

2) *Der Goodness-of-Fit-Index (GFI)*: Der Goodness-of-Fit-Index gibt Auskunft über die relative Menge an Varianz und Kovarianz, dem das Modell insgesamt Rechnung trägt und entspricht dem Bestimmtheitsmass im Rahmen der Regressionsanalyse (Backhaus et al., 1996). GFI kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Als Faustregel gilt, dass ein GFI-Wert von .95 als guter Fit und ein solcher über .90 als annehmbarer Fit gilt.

3) *Standardized Root-Mean-Square-Residual (SRMR)*: Der (unstandardisierte) RMR-Index bezieht sich auf die Residualvarianzen, die in einem Modell *nicht* erklärt werden können. Er ist damit ein Mass für die in einem Modell *nicht erklärten Varianzen und Kovarianzen* und entspricht dem Standardfehler im Rahmen der Regressionsanalyse (Backhaus et al., 1996). Je mehr sich RMR 0 annähert, desto weniger Varianz und Kovarianz wird im Modell *nicht* erklärt und desto besser ist die Anpassungsgüte des Modells. Der standardisierte SRMR hat einen Range zwischen 0 und 1, der Wert sollte unter 0.08 liegen (Hu & Bentler, 1999). Dieser Fit-Indikator ist nicht im Standardoutput, kann jedoch über ein Makro berechnet werden.

4.) *Normed Fit Index (NFI)*: Der NFI vergleicht den Minimalwert der Diskrepanzfunktion des aktuellen Modells mit dem eines Basismodells. Als Basismodell dient das besonders schlecht fittende „Independence Model“, in dem alle manifesten Variablen als unkorreliert angenommen werden. Im Gegensatz dazu weist das „saturierte Modell“ in dem alle möglichen Parameter geschätzt werden, einen perfekten Fit von 1 auf. Der NFI gibt nun an, ob das betrachtete Modell näher am Unabhängigkeits- oder saturierten Modell liegt. Bei einem guten Modellfit sollte der Wert des NFI grösser als 0.9 sein (Backhaus et al., 1999).

5) *Root-Mean-Square-Error-of-Approximation (RMSEA)*: Mit dem RMSEA wird geprüft, ob das Modell die Realität hinreichend gut approximiert. Es ist ein parsimony-bereinigtes Mass, d.h. es trägt der Sparsamkeit des Modells Rechnung. In SEM drückt der Parameter δ die unzureichende Approximation

des Modells an die empirischen Daten aus. Dieser wird aus der Differenz zwischen X^2_M und df_M ermittelt (respektive aus Null, da der Zähler nicht negativ sein darf):

$$\delta_M = \max (X^2_M - df_M, 0)$$

Der RMSEA berechnet sich aus folgender Formel (Kline, 2005):

$$\text{RMSEA} = \sqrt{[\delta / df_M (N - 1)]}$$

SPPS gibt auch das 90Prozent Konfidenzintervall für den Parameter der Grundgesamtheit an. Im Idealfall liegt die untere Grenze des Intervalls bei Null. Für die Interpretation von RMSEA gilt: RMSEA \leq 0.05: guter Modellfit (Hu & Bentler, 1998, 1999 empfehlen als kritischen Wert RMSEA \leq .06), RMSEA \leq 0.08: akzeptabler Modellfit, RMSEA \geq 0.10: inakzeptabler Modellfit. Im Programm wird zudem PCLOSE angegeben, welche die Irrtumswahrscheinlichkeit angibt, dass RMSEA $>$ 0.05 ist.

Tabelle 2.62 gibt einen Überblick über die Masse der globalen Anpassung.

Tabelle 2.62: Masse der globalen Anpassung

Gütekriterien	Guter Fit	Akzeptabler Fit
X^2	$0 \leq X^2 \leq 2df$	$2df \leq X^2 \leq 3df$
p	$.05 < p \leq 1.00$	$.01 \leq p \leq .05$
X^2/df	$0 \leq X^2/df \leq 2$	$2 \leq X^2/df \leq 3$
GFI	$.95 \leq \text{GFI} \leq 1.00$	$.90 \leq \text{GFI} \leq .95$
SRMR	$\text{RMR} < 0.08$	
NFI	$.95 \leq \text{NFI} \leq 1.00$	$.90 \leq \text{NFI} \leq .95$
RMSEA	$0 \leq \text{RMSEA} \leq .06$	$.06 \leq \text{RMSEA} \leq .08$

3. ERGEBNISSE

3.1 Deskriptive Analyse

Zu Beginn des Ergebnisteils wird eine Übersicht über die Verteilung der Merkmalsausprägungen der Variablen sowie deren Mittelwerte und Standardabweichungen gegeben.

3.1.1 Kontext der Problembearbeitung

3.1.1.1 Perspektive Beziehungsgestaltung

Wie vorangehend berichtet, wurde die Perspektive der Beziehungsgestaltung zwei Mal eingeschätzt. Die Daten der *ersten Staffel* der Datenerhebung sind in Anhang F7 einsehbar. Ein Vergleich der Verteilung der Merkmalsausprägungen der Variablen aus der ersten und zweiten Staffel der Datenerhebung macht deutlich, dass die *Varianz* in den Variablen der zweiten Staffel deutlich grösser ist, was auf eine differenziertere Einschätzung schliessen lässt.

Tabelle 3.1.1 ist zu entnehmen, dass es den Therapeuten in beinahe 80 Prozent der Minuten gelang, den *Patienten positive Bindungserfahrungen* zu vermitteln. In immerhin 10 Prozent der Fälle, ist die Beziehungsgestaltung *sehr gut* geeignet für das Vermitteln *positiver Bindungserfahrungen*, in 12 Prozent der Minuten fällt die Beziehungsgestaltung weniger gut aus.⁷¹ Der Mittelwert dieser Variable liegt bei $M = 1.9$, ($SD = 0.5$) (Tabelle 3.1.6).

Tabelle 3.1.1: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Bindungserfahrungen

Merkmalsausprägungen	f	%
0: BG ungeeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	117	4
1: BG eher ungeeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	252	8
2: BG geeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	2428	78
3: BG sehr gut geeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	297	10

In 40 Prozent (1257 Minuten) der analysierten Sequenzen verhielten sich die Therapeuten komplementär zum *Orientierungs- und Kontrollbedürfnis* der Patienten. In 34 Prozent der untersuchten Sequenzen waren die Interventionen *sehr gut* realisiert, in 25 Prozent der Fälle *eher* oder ganz *ungeeignet* für das Vermitteln potentieller *Kontrollerfahrungen* (Tabelle 3.1.2) ($M = 2.1$, $SD = 0.8$, Tabelle 3.1.6).

Tabelle 3.1.2: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Orientierung und Kontrolle

Merkmalsausprägungen	f	%
0: BG ungeeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	120	4
1: BG eher ungeeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	646	21
2: BG geeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	1257	40
3: BG sehr gut geeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	1071	34

⁷¹ In der ersten Staffel der Datenerhebung wurde nur in zwei Prozent der Fälle eine andere Kategorie als „Beziehungsgestaltung geeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen“ vergeben (F1-2, Anhang F1).

Selbstwerterhöhende Interventionen wurden durch die Therapeuten in rund der Hälfte der untersuchten Minuten *gut* oder *sehr gut* realisiert (Tabelle 3.1.3). In der anderen Hälfte der Minuten war das Beziehungsverhalten *eher ungeeignet* für das Vermitteln potentiell *selbstwerterhöhender Erfahrungen*.⁷² Der Mittelwert dieser Variable liegt mit $M = 1.5$ entsprechend tiefer ($SD = 0.7$) (Tabelle 3.1.6).

Tabelle 3.1.3: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Selbsterfahrungen

Merkmalsausprägungen	f	%
0: BG ungeeignet für Erleben von positiven Selbsterfahrungen	175	6
1: BG eher ungeeignet für Erleben von positiven Selbsterfahrungen	1449	47
2: BG geeignet für Erleben von positiven Selbsterfahrungen	1120	36
3: BG sehr gut geeignet für Erleben von positiven Selbsterfahrungen	350	11

In 2598 der analysierten Minuten (84 Prozent) war das Beziehungsverhalten der Therapeuten *eher ungeeignet*, den *Patienten positive Zustände* erleben zu lassen (Tabelle 3.1.4). Dies ist darauf zurück zu führen, dass sich Therapeuten explizit darum bemühen mussten, positive Situationen herzustellen, damit die Merkmalsausprägung „geeignet“ vergeben werden konnte (vgl. Manual in Anhang D). Der Mittelwert dieser Variable liegt bei $M = 1.1$ ($SD = 0.4$) (Tabelle 3.1.6).

Tabelle 3.1.4: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Zustände

Merkmalsausprägungen	f	%
0: BG ungeeignet für Erleben von positiven Zuständen	116	4
1: BG eher ungeeignet für Erleben von positiven Zuständen	2598	84
2: BG geeignet für Erleben von positiven Zuständen	325	11
3: BG sehr gut geeignet für Erleben von positiven Zuständen	55	2

In 75 Prozent (2324 Minuten) der untersuchten Sequenzen wurde das Therapeutenverhalten durch die Raterinnen als *kompetent* eingeschätzt. *Sehr kompetentes* Verhalten konnte in 15 Prozent der Minuten beobachtet werden, *weniger kompetentes* Verhalten in 10 Prozent der Minuten (Tabelle 3.1.5). Der Mittelwert der Variable liegt bei $M = 2.0$ ($SD = 0.5$) (Tabelle 3.1.6).

Tabelle 3.1.5: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable wahrgenommene Therapeutenkompetenz

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Nicht kompetentes Verhalten	97	3
1: Wenig kompetentes Verhalten	216	7
2: Kompetentes Verhalten	2324	75
3: Sehr kompetentes Verhalten	457	15

In Tabelle 3.1.6 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen dieser Perspektive dargestellt.

⁷² In der ersten Staffel der Datenerhebung wurden 97 Prozent der Minuten als eher ungeeignet für das Vermitteln selbstwerterhöhender Erfahrungen eingeschätzt (Tabelle F1-4, Anhang F1).

Tabelle 3.1.6: Deskriptive Statistik für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Pos. Bindungserfahrungen	3094	0.0	3.0	1.9	0.5
Orientierung und Kontrolle	3094	0.0	3.0	2.1	0.8
Pos. Selbsterfahrungen	3094	0.0	3.0	1.5	0.7
Pos. Zustände	3094	0.0	3.0	1.1	0.4
Therapeutenkompetenz	3094	0.0	3.0	2.0	0.5
Skala Beziehungsgestaltung	3094	0.0	3.0	1.7	0.5

3.1.1.2 Interaktionsstile von Therapeuten und Patienten (CLOPT)

Interaktionsstile der Therapeuten

Von den insgesamt vorliegenden 3089 Minuten wurde der Interaktionsstil der Therapeuten in 2852 Minuten (92 Prozent) durch die Raterinnen eingeschätzt. In 237 Minuten (8 Prozent) konnte das Verhalten der Therapeuten nicht eindeutig einem Interaktionsstil zugeordnet werden. *Etwas dominantes* oder *dominantes Therapeutenverhalten* wurde in 18 Prozent der analysierten Minuten beobachtet (Tabelle 3.1.7), in den übrigen 82 Prozent der Fälle war *kein* dominantes Therapeutenverhalten feststellbar.

Tabelle 3.1.7: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable dominanter Interaktionsstil Therapeut

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein dominantes Verhalten	2529	82
1: Etwas dominantes Verhalten	523	17
2: Dominantes Verhalten	31	1
3: Sehr dominantes Verhalten	5	0

Tabelle 3.1.8: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable freundlicher Interaktionsstil Therapeut

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein freundliches Verhalten	470	15
1: Etwas freundliches Verhalten	2200	71
2: Freundliches Verhalten	366	12
3: Sehr freundliches Verhalten	30	1

Wie zu erwarten war, zeichneten sich die Therapeuten in den meisten der untersuchten Minuten durch *freundliches Verhalten* aus (71 Prozent der eingeschätzten Minuten). In 13 Prozent der Fälle (286 Minuten) war das freundliche Verhalten *stark ausgeprägt* vorhanden und in lediglich 15 Prozent der Minuten (470) lag *kein* freundliches Therapeutenverhalten vor (Tabelle 3.1.8).

Etwas unterwürfiges oder *unterwürfiges Therapeutenverhalten* kam erwartungsgemäss selten vor (7 Prozent der Sequenzen, 226 Minuten). In 93 Prozent der untersuchten Minuten konnte *kein* unterwürfiges Therapeutenverhalten beobachtet werden (Tabelle 3.1.9).

Tabelle 3.1.9: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable unterwürfiger Interaktionsstil Therapeut

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein unterwürfiges Verhalten	2861	93
1: Etwas unterwürfiges Verhalten	33	1
2: Unterwürfiges Verhalten	193	6
3: Sehr unterwürfiges Verhalten	2	0

Tabelle 3.1.10: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable feindseliger Interaktionsstil Therapeut

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein feindseliges Verhalten	2863	93
1: Etwas feindseliges Verhalten	186	6
2: Feindseliges Verhalten	39	1
3: Sehr feindseliges Verhalten	1	0

Auch ein *feindseliger Interaktionsstil* seitens der Therapeuten stellte die Ausnahme dar. Dieser wurde in 7 Prozent der Minuten (225 Sequenzen) beobachtet, in den verbleibenden 2863 Minuten (93 Prozent) lag erwartungsgemäss *kein* feindseliger Interaktionsstil vor.

Interaktionsstile der Patienten

Das Verhalten der Patienten konnte in 2604 Minuten (84 Prozent der analysierten Sequenzen) einem Interaktionsstil zugeordnet werden. In 16 Prozent der Fälle (485 Minuten) konnte das Verhalten nicht eindeutig zugeordnet werden.

In immerhin 22 Prozent der Fälle (664 Minuten) wurden das Verhalten der Patienten als *dominant* eingeschätzt (Tabelle 3.1.11), davon konnten 12 Prozent als *moderat* und 2 Prozent als *auffallend* dominant identifiziert werden.

Tabelle 3.1.11: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable dominanter Interaktionsstil Patient

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein dominantes Verhalten	2424	78
1: Etwas dominantes Verhalten	250	8
2: Dominantes Verhalten	379	12
3: Sehr dominantes Verhalten	35	2

Tabelle 3.1.12: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable freundlicher Interaktionsstil Patient

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein freundliches Verhalten	853	28
1: Etwas freundliches Verhalten	2179	71
2: Freundliches Verhalten	57	2
3: Sehr freundliches Verhalten	0	0

Ein *etwas freundlicher* oder *freundlicher Interaktionsstil* zeichnete auch bei den Patienten die am häufigsten beobachtete Verhaltensrichtung aus (73 Prozent der Fälle, 2236 Minuten). Lediglich in 28 Prozent der Minuten wurden die Patienten *nicht* als freundlich eingestuft.

Unterwürfiges Patientenverhalten wurde nur in 6 Prozent der analysierten Minuten (188 Sequenzen) beobachtet (Tabelle 3.1.13) und auch *feindseliges Verhalten* kam relativ selten, wenn auch häufiger vor als *unterwürfiges* Verhalten (13 Prozent, respektive 398 Minuten) (Tabelle 3.1.14).

Das seltene Vorkommen unterwürfiger und feindseliger Verhaltensweisen bei Therapeuten und Patienten wird bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sein.

Tabelle 3.1.13: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable unterwürfiger Interaktionsstil Patient

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein unterwürfiges Verhalten	2901	94
1: Etwas unterwürfiges Verhalten	119	4
2: Unterwürfiges Verhalten	69	2
3: Sehr unterwürfiges Verhalten	0	0

Tabelle 3.1.14: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable feindseliger Interaktionsstil Patient

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein feindseliges Verhalten	2686	87
1: Etwas feindseliges Verhalten	300	10
2: Feindseliges Verhalten	98	3
3: Sehr feindseliges Verhalten	5	0

Tabelle 3.1.15 veranschaulicht die deskriptive Statistik für die CLOPT-Variablen. Wie zu erwarten war,⁷³ zeichnen sie sich durch einen tiefen Mittelwert und eine vergleichsweise grosse Standardabweichung aus.

⁷³ Der jeweilige Interaktionsstil wurde nur dann eingeschätzt, wenn er in einer Minute eindeutig beobachtet werden konnte. Folglich wurden in zahlreichen Minuten *keine* Werte für Interaktionsstile vergeben.

Tabelle 3.1.15: Deskriptive Statistik für die Variablen des Interaktionsstils (CLOPT)

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Dominantes Verhalten (Th)	3089	0.0	3.0	0.2	0.4
Freundliches Verhalten (Th)	3089	0.0	3.0	1.0	0.6
Unterwürfiges Verhalten (Th)	3089	0.0	3.0	0.1	0.5
Feindseliges Verhalten (Th)	3089	0.0	3.0	0.1	0.3
Dominantes Verhalten (Pat)	3089	0.0	3.0	0.4	0.7
Freundliches Verhalten (Pat)	3089	0.0	2.0	0.7	0.5
Unterwürfiges Verhalten (Pat)	3094	0.0	2.0	0.1	0.3
Feindseliges Verhalten (Pat)	3094	0.0	3.0	0.2	0.5

3.1.1.3 Perspektive der Strukturierung

In 33 der untersuchten 57 Sitzungen (58 Prozent) wurde zu Beginn der Stunde ein *Sitzungsthema festgelegt* (Tabelle 3.1.16). In 42 Prozent der Stunden war dies nicht der Fall. Der Mittelwert liegt entsprechend tief bei $M = 0.6$ ($SD = 0.5$) (Tabelle 3.1.25). Rund die Hälfte (51 Prozent) der Sitzungen war dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut einen *klaren Fokus* einnahm und am Ende der Sitzung klar war, an welchem Thema gearbeitet worden war (Tabelle 3.1.17). In 31 Prozent der Fälle war dieses strukturierende Merkmal *sehr gut* erfüllt, in 18 Prozent der Fälle nur *knapp*. Der Mittelwert liegt bei $M = 2.1$ ($SD = 0.7$) (Tabelle 3.1.25).

Tabelle 3.1.16: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Strukturierung 1: Sitzungsthema

Merkmalsausprägung ^a	f	%
0: Festlegen des Sitzungsthemas nicht erfüllt	24	42
1: Festlegen des Sitzungsthemas erfüllt	33	58

Anmerkung: ^a Einschätzung auf Stundenebene

Tabelle 3.1.17: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Strukturierung 2: Klarer Fokus

Merkmalsausprägung ^a	f	%
0: Klarer Fokus nicht erfüllt	0	0
1: Klarer Fokus knapp erfüllt	10	18
2: Klarer Fokus erfüllt	29	51
3: Klarer Fokus sehr gut erfüllt	18	31

Anmerkung: ^a Einschätzung auf Stundenebene

In 94 Prozent (2910) aller analysierten Minuten wurde am definierten Therapieziel gearbeitet. In nur 183 Minuten (6 Prozent) wurde *nicht* am Therapieziel gearbeitet (Tabelle 3.1.18). Die *Intensität der Problembearbeitung* fällt überraschend hoch aus, da die Daten nahe legen, dass praktisch die ganze Therapiezeit darauf verwendet wurde, an einem Problembereich zu arbeiten. Der Mittelwert der dichotomen Variablen liegt entsprechen hoch bei $M = 0.9$ ($SD = 0.2$).

Tabelle 3.1.18: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Intensität der Problembearbeitung

Merkmalsausprägung	f	%
0: Keine Arbeit am Therapieziel	183	6
1: Arbeit am Therapieziel	2910	94

Tabelle 3.1.19: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Relevanz der Problembearbeitung

Merkmalsausprägung	f	%
0: Nicht relevante Problembearbeitung	1	0
1: Etwas relevante Problembearbeitung	784	27
2: Relevante Problembearbeitung	1072	37
3: Hoch relevante Problembearbeitung	1053	36

Anmerkung: Einschätzung erfolgte nur für Minuten, in denen am Therapieziel gearbeitet worden war ($n = 2910$)

In denjenigen Minuten, in denen eine Bearbeitung des Therapieziels stattfand, wurde zusätzlich eingeschätzt, ob diese Arbeit *relevant* für das Erreichen des Ziels war. In 73 Prozent der Minuten war die therapeutische Arbeit *relevant* oder *hoch relevant* für die Problembearbeitung. Nur in 27 Prozent der Minuten war die Problembearbeitung etwas weniger gut geeignet, um der Realisation des Therapieziels näher zu kommen (Tabelle 3.1.19). Der Mittelwert beträgt 2.1 (SD = 0.8) (Tabelle 3.1.25).

Die *Prozessdirektivität des Therapeuten* ist definiert als dessen Fähigkeit, das therapeutische Geschehen zu lenken und strukturiert voran zu treiben. In mehr als der Hälfte aller analysierten Minuten (55 Prozent, 1706 Minuten) erfüllten die Therapeuten dieses Merkmal. In rund 20 Prozent der untersuchten Minuten war die Strukturierung durch den Therapeuten *sehr stark*, in ebenfalls rund 20 Prozent der Minuten nur *leicht ausgeprägt* (Tabelle 3.1.20). Der Mittelwert der Variable Prozessdirektivität beträgt $M = 1.9$ (SD = 0.8) (Tabelle 3.1.25).

Tabelle 3.1.20: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Prozessdirektivität des Therapeuten

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Keine Strukturierung durch den Therapeuten	133	4
1: Leichte Strukturierung durch den Therapeuten	671	22
2: Strukturierung durch den Therapeuten	1706	55
3: Starke Strukturierung durch den Therapeuten	584	19

Tabelle 3.1.21: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Aktive Beteiligung des Patienten

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Keine aktive Beteiligung durch den Patienten	1936	63
1: Leichte aktive Beteiligung durch den Patienten	1045	34
2: Aktive Beteiligung durch den Patienten	109	3
3: Starke aktive Beteiligung durch den Patienten	4	0

Die *aktive Beteiligung des Patienten* ist definiert als dessen Bereitschaft, selber relevante Inhalte und eigene Überlegungen in das therapeutische Gespräch einfließen zu lassen, welche über die durch den Therapeuten geforderten Beiträge hinausgehen. Eine *aktive Beteiligung* des Patienten wurde immerhin in 37 Prozent der untersuchten Minuten beobachtet (1158 Minuten) (Tabelle 3.1.21). In den übrigen analysierten Sequenzen (63 Prozent) war *keine* so definierte aktive Beteiligung des Patienten feststellbar, d.h. die Patienten folgten der Strukturierung des Therapeuten ohne selber aktiv Beiträge zu leisten. Der Mittelwert dieser Variable liegt entsprechend tief bei $M = 0.4$ (SD = 0.6) (Tabelle 3.1.25).

In knapp der Hälfte der analysierten Minuten (45 Prozent, 1385 Minuten) waren *Alltagsbezug und Konkretisierung* des therapeutischen Gesprächs *gut* erfüllt (Tabelle 3.1.22). In 24 Prozent der Fälle war der Alltagsbezug sehr gut, in 24 Prozent nur *knapp* erfüllt. Somit kann festgehalten werden, dass die Forderung nach hoher Konkretisierung des therapeutischen Inhalts in den meisten Sequenzen erfüllt war. Der Mittelwert liegt bei $M = 1.8$ (SD = 0.8) (Tabelle 3.1.25).

Tabelle 3.1.22: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Allgemeiner Alltagsbezug und Konkretisierung

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Alltagsbez. u. Konkretisierung nicht erfüllt	220	7
1: Alltagsbez. u. Konkretisierung. knapp erfüllt	747	24
2: Alltagsbez. u. Konkretisierung erfüllt	1385	45
3: Alltagsbez. u. Konkretisierung .sehr gut erfüllt	742	24

Tabelle 3.1.23: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Aufforderung durch Therapeuten

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Keine Aufforderung zu Alltagsbez. u. Konkret.	2371	77
1: Knappe Aufforderung zu Alltagsbez. u. Konkret.	630	20
2: Aufforderung zu Alltagsbez. u. Konkret.	85	3
3: Starke Aufforderung zu Alltagsbez. u. Konkret.	8	0

Dies machte es in der Mehrzahl der analysierten Minuten (77 Prozent) nicht nötig, dass die Therapeuten den Patienten zu *mehr Alltagsbezug und höherer Konkretisierung des Gesagten* aufforderten (Tabelle 3.1.23). Entsprechend tief liegt der Mittelwert bei $M = 0.3$ ($SD = 0.5$) (Tabelle 3.1.25). In lediglich 2 Prozent (58 Minuten) der untersuchten Sequenzen lag der Fokus *des therapeutischen Gesprächs auf Veränderung*. In allen anderen Sequenzen wurde der *Zustand* fokussiert (Tabelle 3.1.24). Der Mittelwert der dichotomen Variablen ist mit $M = 0.2$ ($SD = 0.1$) tief (Tabelle 3.1.25).

Tabelle 3.1.24: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Fokus auf Veränderung

Merkmalsausprägung	f	%
0: Fokus auf Zustand	3036	98
1: Fokus auf Veränderung	58	2

Tabelle 3.1.25 veranschaulicht die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen dieser Perspektive. Die Mittelwerte der verschiedenen Variablen sind nicht miteinander vergleichbar, da sich der Range der Variablen unterscheidet.

Tabelle 3.1.25: Deskriptive Statistik für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Sitzungsthema ^a	57	0	1	0.6	0.5
Klarer Fokus ^a	57	1	3	2.1	0.7
Intensität der PB ^b	3094	0	1	0.9	0.2
Relevanz der PB	3094	0	3	2.1	0.8
Prozessdirektivität Th.	3094	0	3	1.9	0.8
Aktive Beteiligung Pat.	3094	0	3	0.4	0.6
Alltagsbez. u. Konkr. (allg.)	3094	0	3	1.8	0.8
Alltagsbez. u. Konkr. (Therap.)	3094	0	3	0.3	0.5
Fokus auf Veränderung ^b	3094	0	1	0.2	0.1

Anmerkungen: ^a Einschätzung auf Stundenebene, ^b dichotome Variable

3.1.1.4 Perspektive der emotionalen Aktivierung und motivationalen Ausrichtung der Patienten

In lediglich 5 Prozent der untersuchten Minuten war eine *positive emotionale Aktivierung* der Patienten feststellbar (Tabelle 3.1.26). In 29 Prozent der analysierten Sequenzen waren die Patienten *schwach positiv aktiviert*. In den meisten untersuchten Minuten (66 Prozent) war *keine* positive emotionale Aktivierung feststellbar. Der Mittelwert ist entsprechend tief ($M = 0.4$, $SD = 0.3$, Tabelle 3.1.30).

Tabelle 3.1.26: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive emotionale Aktivierung des Patienten

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Keine positive emotionale Aktivierung	2049	66
1: Schwache positive emotionale Aktivierung	882	29
2: Positive emotionale Aktivierung	162	5
3: Starke positive emotionale Aktivierung	1	0

Tabelle 3.1.27: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable negative emotionale Aktivierung

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Keine negative emotionale Aktivierung	593	19
1: Schwache negative emotionale Aktivierung	1762	57
2: Negative emotionale Aktivierung	706	23
3: Starke negative emotionale Aktivierung	33	1

Anders verhält es sich mit der *negativen emotionalen Aktivierung*. Diese konnte in 23 Prozent (706 Minuten) der analysierten Sequenzen beobachtet werden. (Tabelle 3.1.27). 57 Prozent der Sequenzen waren durch eine *schwache* negative emotionale Aktivierung des Patienten gekennzeichnet. In nur 19 Prozent der Minuten war *keine* negative emotionale Aktivierung des Patienten beobachtbar. Der Mittelwert beträgt $M = 1.1$, die Standardabweichung $SD = 0.2$ (Tabelle 3.1.30).

Der *Annäherungsmodus* ist definiert als intrinsische Motivation und Bereitschaft des Patienten, sich auf die Problembearbeitung einzulassen. Diese *annähernde motivationale Ausrichtung* des Patienten wurde in 77 Prozent der analysierten Sequenzen (2370 Minuten) beobachtet (Tabelle 3.1.28). In 21 Prozent der Sequenzen war der Annäherungsmodus *nur schwach* realisiert. *Kein Annäherungsmodus* wurde in 52 Minuten (2 Prozent) beobachtet und auch ein *starker Annäherungsmodus* kam nur in 28 Minuten (1 Prozent) vor. Es ist festzuhalten, dass der Annäherungsmodus bei grossen Teilen des untersuchten Datenmaterials realisiert war. Der Mittelwert der Variable ist entsprechend hoch und beträgt $M = 1.8$, $SD = 0.5$ (Tabelle 3.1.30).

Tabelle 3.1.28: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Annäherungsmodus des Patienten

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein annäherungsorientierter Modus	52	2
1: Schwach annäherungsorientierter Modus	644	21
2: Annäherungsmodus	2370	77
3: Stark annäherungsorientierter Modus	28	1

Tabelle 3.1.29: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Vermeidungsmodus

Merkmalsausprägungen	f	%
0: Kein vermeidungsorientierter Modus	2678	87
1: Schwach vermeidungsorientierter Modus	368	12
2: Vermeidungsmodus	47	2
3: Stark vermeidungsorientierter Modus	1	0

Der *Vermeidungsmodus* wird so definiert, dass die psychische Aktivität des Patienten auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen gerichtet ist. In 87 Prozent der untersuchten Sequenzen (2678 Minuten) konnte *keine* vermeidende Motivation des Patienten beobachtet werden. Ein *schwacher* Vermeidungsmodus war in 12 Prozent der Minuten gegeben (Tabelle 3.1.29) und nur in 2 Prozent der Minuten (47 Minuten) war der Vermeidungsmodus *deutlich erkennbar*. Im untersuchten Datenmaterial entspricht ein aktivierter Vermeidungsmodus somit der Ausnahme und nicht der Regel. Der Mittelwert ist entsprechend tief ($M = 0.2$, $SD = 0.4$) (Tabelle 3.1.30). Tabelle 3.1.30 veranschaulicht die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen dieser Perspektive.

Tabelle 3.1.30: Deskriptive Statistik für die Variablen der Perspektive motivationale Ausrichtung und emotionale Beteiligung des Patienten

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Pos. emotionale Aktivierung	3094	0	3	0.4	0.3
Neg. emotionale Aktivierung	3094	0	3	1.1	0.2
Annäherungsmodus	3094	0	3	1.8	0.5
Vermeidungsmodus	3094	0	3	0.2	0.4

3.1.2 Inhalt der Problembearbeitung

3.1.2.1 Perspektive Techniken und Interventionen

Die Variablen der Perspektive *Techniken und Interventionen* erfassen die in einer Minute realisierten spezifischen therapeutischen Interventionen (Techniken). In 14 Prozent der untersuchten Minuten werden *bewältigungsorientierte* Interventionen durchgeführt, in 17 Prozent der analysierten Sequenzen wird *kognitiv* gearbeitet oder *geklärt* und in 19 Prozent der Sequenzen werden *interpersonale Interventionen* durchgeführt (Tabelle 3.1.31). In beinahe 50 Prozent der untersuchten Minuten wurden *prozessunterstützende Interventionen* beobachtet, d.h., es wurden keine spezifischen Techniken realisiert (vgl. für eine kritische Diskussion dieser Kategorie Kapitel 5 (Diskussion)). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der *Hälfte* der untersuchten Sequenzen prozessunterstützende Interventionen untersucht wurden und in der anderen *Hälfte* spezifische Interventionen (welche je einen *Drittel* der Zeit einnahmen).

Tabelle 3.1.31: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Techniken und Interventionen

Merkmalsausprägungen	f	%
Prozessunterstützende Interventionen	1519	49
Bewältigungsorientierte Interventionen	432	14
Kognitive Arbeit und klärende Interventionen	516	17
Interpersonale Interventionen	597	19

Tabelle 3.1.32: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Interventionen in der Therapiemitte

Merkmalsausprägungen	f	%
Prozessunterstützende Interventionen	357	35
Bewältigungsorientierte Interventionen	173	17
Kognitive Arbeit und klärende Interventionen	202	20
Interpersonale Interventionen	280	27

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn nur der *mittlere Teil* (zweites Drittel) der Therapiesitzungen betrachtet wird: Das Verhältnis von prozessunterstützenden Interventionen zu realisierten Techniken verändert sich zu Gunsten der Techniken: In 65 Prozent der untersuchten Minuten wird eine *spezifische Intervention* durchgeführt und nur noch 35 Prozent der Sequenzen dienen der *Prozessunterstützung* (Tabelle 3.1.32). Das bedeutet, dass prozessunterstützende Interventionen vor allem am Anfang und am Schluss der Sitzung vorkommen, während in der Therapiemitte intensiver am Problembereich gearbeitet wird.

Tabelle 3.1.33 gibt Auskunft über die realisierten *Interventionen auf Kategorienebene*. Wie erwartet sind bei den *prozessunterstützenden Interventionen* vor allem die strukturierenden Interventionen übervertreten, welche dann vergeben wurden, wenn der Therapeut (u.a.) Informations- und Verständnisfragen stellt. Diese kommen in 29 Prozent der untersuchten Minuten vor. Wenn *bewältigungsorientierte Interventionen* (14 Prozent der analysierten Minuten) durchgeführt wurden, realisierten die Therapeuten meistens spezifische, in *Manualen* beschriebene Techniken wie Exposition oder Verhaltensanalysen (9 Prozent). In 4 Prozent der Fälle wurden *Hausaufgaben* vor- oder nachbesprochen. In 6 Prozent der Sequenzen (182 Minuten) arbeiteten Therapeuten *kognitiv*, in 7 Prozent (248 Minuten) der analysierten Minuten *klärungorientiert*. Wurde *interpersonal* gearbeitet, lag der Hauptfokus auf *eigenen Beziehungsmustern* und *interpersonalen Konflikten* (15 Prozent der Fälle, respektive 450 Minuten).

Tabelle 3.1.33: Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen für die Variable Techniken und Interventionen auf Kategorienebene

Merkmalsausprägungen	f	%
Prozessunterstützende Interventionen	1519	49
Strukturierende Interventionen	893	29
Direktive Interventionen	88	3
Supportive Interventionen	397	13
Prozessunterstützende Interventionen NNB	141	5
Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen	432	14
Veränderung / Arbeit am Problemverhalten	285	9
Arbeit ausserhalb der Therapiestunde / Hausaufgaben	116	4
Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen NNB	31	1
Kognitive Arbeit und klärende Interventionen	516	17
Kognitive Arbeit	182	6
Klärende Interventionen	248	7
Kognitive Arbeit und klärende Interventionen NNB	86	3
Interpersonale Interventionen	597	19
Eigene Beziehungsmuster, interpersonale Konflikte	450	15
Zwischenmenschliche Fertigkeiten	67	2
Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer	7	0
Interpersonale Interventionen NNB	73	2

In Tabelle 3.1.34 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Interventionen auf Ebene der Oberkategorien angegeben. Die Mittelwerte sind deshalb so tief, weil in jeder Minute nur *eine* Kategorie vergeben werden konnte.

Tabelle 3.1.34: Deskriptive Statistik für die Variablen der Perspektive Techniken und Interventionen

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Prozessunterstützende I.	3094	0	1	0.5	0.4
Bewältigungsorientierte I.	3094	0	1	0.2	0.3
Kognitive und klärende I.	3094	0	1	0.2	0.4
Interpersonale I.	3094	0	1	0.2	0.4

3.1.2.2 Übersicht über die Ergebnisse der Deskriptiven Analyse

- Durch die zweite Staffel der Datenerhebung konnte die Verteilung der Merkmalsausprägungen in den Variablen der *Perspektive Beziehungsgestaltung* verbessert werden.
- Aus inhaltlichen Gründen weisen einige Variablen nur eine geringe Varianz auf. Dies sind insbesondere: *Positive Bindungserfahrungen*, *Therapeutenkompetenz* (Perspektive Beziehungsgestaltung), *dominanter, unterwürfiger, feindseliger Interaktionsstil* (CLOPT), *Intensität der Problembearbeitung, Fokus auf Veränderung* (Perspektive Strukturierung) und *Vermeidungsmodus* (Perspektive motivationale Ausrichtung der Patienten). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist diesem Umstand Rechnung zu tragen.

3.2 Erste Fragestellung: Vergleich der Erfolgsgruppen

Die ersten Fragestellungen beziehen sich auf den Mittelwertsvergleich zwischen den beiden Erfolgsgruppen. Im ersten Teil der Analyse werden die Erfolgsgruppen der *gesamten Stichprobe* (1a) und danach der *Teilstichprobe Depression* miteinander verglichen (1b). Die Fragestellungen wurden mittels T-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Da die Anforderungen für parametrische Verfahren (Normalverteilung, Heterogenität der Varianzen) nicht für alle Variablen als erfüllt erachtet werden können, wurde zusätzlich ein nonparametrisches Verfahren (Mann-Whitney-U-Test) durchgeführt, dessen Ergebnisse in Anhang F eingesehen werden können. Die Berechnungen erfolgten an Hand der aggregierten Daten auf Stundenebene, da Berechnungen auf Minutenebene⁷⁴ dazu geführt hätten, dass auch sehr kleine, praktisch unbedeutende Effekte statistisch signifikant geworden wären. Da mittels der durch dieses Verfahren stark reduzierten Stichprobe nur noch starke Effekte gegen den Zufall abgesichert werden können, werden zusätzlich stichprobenunabhängige Effektstärken (d) berechnet. Im Ergebnisteil werden sowohl die Ergebnisse der T-Tests wie auch die Effektstärkenprofile angegeben. Dies deshalb, weil durch das ausschliessliche Darstellen von Effektstärkenprofilen absolute Mittelwerte unberücksichtigt bleiben, was zu Fehlinterpretationen führen kann. Interpretiert werden lediglich diejenigen Resultate, welche statistisch signifikant sind oder im Bereich eines statistischen Trends liegen, durch para- und nonparametrische Verfahren Bestätigung fanden und Effektstärken $d > 0.5$ aufweisen.

3.2.1 Vergleich der Erfolgsgruppen in der heterogenen Gesamtstichprobe

Fragestellung 1 (a) Wie unterscheiden sich *erfolgreiche* von *weniger erfolgreichen Sitzungen* in der Gesamtstichprobe bezüglich der

- 1.1 Beziehungsgestaltung und der wahrgenommenen Therapeutenkompetenz
- 1.2 Strukturierung der Therapiesitzung
- 1.3 emotionalen Aktivierung und motivationalen Ausrichtung der Patienten
- 1.4 durchgeführten Interventionen?

3.2.1.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Hypothese 1.1 (a) In erfolgreichen Therapiesitzungen gelingt es Therapeuten besser als in wenig erfolgreichen Sitzungen, bedürfniskompatible Interventionen (hinsichtlich des Bedürfnisses nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung sowie positive Zustände) zu realisieren als in weniger erfolgreichen Sitzungen. In erfolgreichen Sitzungen werden Therapeuten als kompetenter eingeschätzt.

⁷⁴ Gesamt $n_1 = 1642$, $n_2 = 1447$, Depression $n_1 = 751$, $n_2 = 620$

Tabelle 3.2.1 veranschaulicht die Ergebnisse der T-Tests für unabhängige Stichproben. Es zeigt sich, dass sich Therapeuten in der hohen Erfolgsgruppe *komplementärer bezüglich allen Grundbedürfnissen der Patienten* verhalten als in der tiefen Erfolgsgruppe. Die Mittelwertsunterschiede werden jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe lediglich für den Aspekt der *positiven Selbstwernerfahrungen* signifikant ($M_1 = 1.41$, $M_2 = 1.66$, $t(55) = 2.37$, $p < .05$). Dieser Befund wird durch den nonparametrischen Test bestätigt (Anhang F, Tabelle F2-1).

Tabelle 3.2.1: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Positive Bindungserfahrungen	Tiefe EG	1.86	0.60	55	1.35	0.36
	Hohe EG	2.01	0.51			
Orientierung und Kontrolle	Tiefe EG	2.00	0.83	55	0.71	0.20
	Hohe EG	2.11	0.84			
Positive Selbstwernerfahrungen	Tiefe EG	1.41	0.73	55	2.37*	0.64
	Hohe EG	1.66	0.77			
Positive Zustände	Tiefe EG	1.04	0.41	55	1.57	0.42
	Hohe EG	1.16	0.48			
Therapeutenkompetenz	Tiefe EG	1.98	0.62	55	0.58	0.15
	Hohe EG	2.04	0.53			

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, ^bSitzungsebene $n_1 = 29$, $n_2 = 28$, $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

In Abbildung 3.2.1 sind die ermittelten Effektstärken (d) abgebildet. Der oben referierte Befund, wonach es Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen besser gelingt, den Patienten potentiell *selbstwernerhöhende Erfahrungen* zu vermitteln, wird durch einen Effekt im mittleren Bereich ($d = .64$) deutlich.

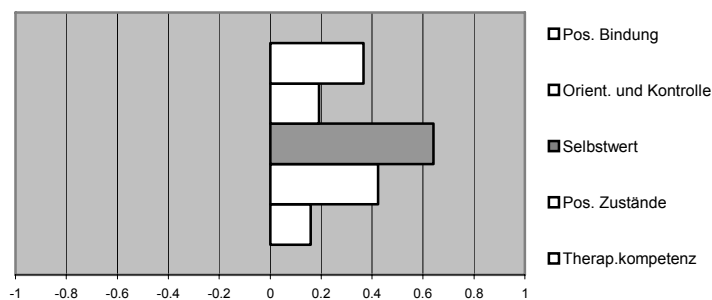


Abbildung 3.2.1: Effektstärkenprofil der Beziehungsgestaltung auf Stundenebene für die Gesamtstichprobe ($n_1 = 29$, $n_2 = 28$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin.

Insgesamt kann für die heterogene Gesamtstichprobe festgehalten werden, dass die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* – insbesondere das Realisieren *selbstwernerhöhender Interventionen* – in erfolgreichen Stunden besser realisiert wird als in wenig erfolgreichen Sitzungen. Bezüglich der Therapeutenkompetenz konnte die Hypothese nicht bestätigt werden. Die Erfolgsgruppen unterschieden sich diesbezüglich nicht signifikant voneinander ($d = .15$).

3.2.1.2 Perspektive der Strukturierung

Hypothese 1.2 (a) In erfolgreichen Sitzungen wird stärker strukturiert als in wenig erfolgreichen Sitzungen: Zu Beginn der Stunde wird vermehrt ein Sitzungsthema festgelegt, die Stunde ist durch einen klaren Fokus gekennzeichnet, die Problembearbeitung ist intensiv, es wird an relevanten Inhalten gearbeitet, die Therapeuten gehen prozessdirektiv vor, Patienten beteiligen sich aktiv, der Inhalt des Gesprächs ist alltagsbezogen und konkret und der Fokus ist stärker auf Veränderung als auf den Zustand gerichtet.

Bezüglich der Strukturierungsperspektive wurde davon ausgegangen, dass sich Therapeuten in erfolgreichen Stunden durch eine *stärkere Strukturierung* des Therapieprozesses auszeichnen als Therapeuten in weniger erfolgreichen Stunden. Tabelle 3.2.2 macht deutlich, dass dies *nicht* für alle Aspekte der Strukturierung der Fall ist. Lediglich zwei Variablen unterscheiden sich in ihrem Mittelwert signifikant voneinander: In erfolgreichen Stunden sind *Patienten aktiver* ($M_2 = 0.48$) als in weniger erfolgreichen Stunden ($M_1 = 0.34$) $t(55) = 2.26, p < .05$ und die Therapeuten nehmen vermehrt einen *veränderungsorientierten Fokus* ein ($M_2 = 0.03, M_1 = 0.00, t(55) = 2.88, p < .001$). Der U-Test ergibt zudem für die *Prozessdirektivität* des Therapeuten ein signifikantes Ergebnis ($R_1(29) = 33.19, R_2(28) = 24.66, U = 284.5, p < .05$), wobei die Richtung konträr zur postulierten Annahme steht.

Tabelle 3.2.2: Effekte der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Strukturierung

Strukturierung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Sitzungsthema ^d	Tiefe EG	0.48	0.50	55	1.50	0.40
	Hohe EG	0.67	0.47			
Klarer Fokus ^d	Tiefe EG	2.17	0.71	55	-0.35	-0.09
	Hohe EG	2.10	0.68			
Intensität der Problembearbeitung	Tiefe EG	0.95	0.21	55	-1.45	-0.39
	Hohe EG	0.93	0.25			
Relevanz der Problembearbeitung	Tiefe EG	2.07	0.79	55	0.29	0.07
	Hohe EG	2.11	0.78			
Prozessdirektivität Therapeut	Tiefe EG	1.95	0.77	55	-1.61	-0.43
	Hohe EG	1.81	0.71			
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Tiefe EG	0.34	0.53	55	2.26*	0.61
	Hohe EG	0.48	0.60			
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Tiefe EG	1.90	0.87	55	-0.65	-0.17
	Hohe EG	1.79	0.84			
Alltagsbezug und Konkretisierung Therap.	Tiefe EG	0.30	0.55	55	-1.56	-0.42
	Hohe EG	0.21	0.46			
Fokus auf Veränderung	Tiefe EG	0.00	0.08	55	2.88***	0.77
	Hohe EG	0.03	0.17			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene $n_1 = 29, n_2 = 28$, ^d Einschätzung auf Sitzungsebene
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

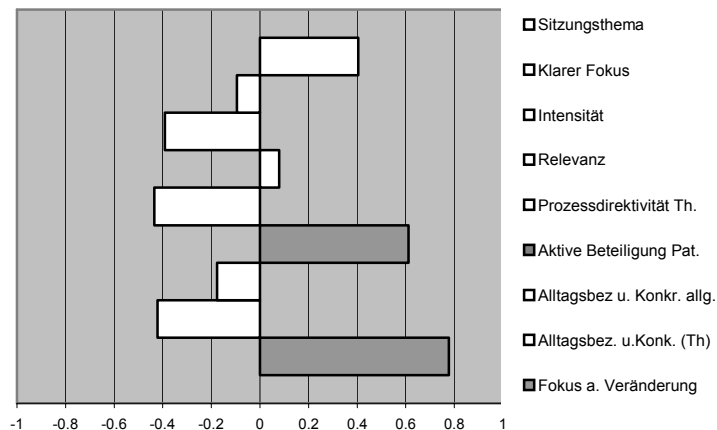


Abbildung 3.2.2: Effektstärkenprofil der Strukturierung auf Stundenebene für die Gesamtstichprobe ($n_1 = 29$, $n_2 = 28$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin.

In Abbildung 3.2.2 ist das Effektstärkenprofil dargestellt. Die Effekte der *aktiven Patientenbeteiligung* und des *Fokus auf Veränderung* liegen im mittleren Bereich ($d = .61$, respektive $.77$).⁷⁵

3.2.1.3 Perspektive der emotionalen Aktivierung und motivationale Ausrichtung des Patienten

Hypothese 1.3 (a) In erfolgreichen Sitzungen erleben Patienten mehr positive und weniger negative Emotionen als in weniger erfolgreichen Sitzungen. In erfolgreichen Sitzungen sind Patienten zudem stärker annähernd und schwächer vermeidend motiviert.

Sehr deutliche Ergebnisse zeigen sich für die Perspektive der emotionalen Aktivierung und motivationalen Ausrichtung des Patienten: In erfolgreichen Sitzungen erleben Patienten hoch signifikant *mehr positive Emotionen* als in der tiefen Erfolgsgruppe ($M_2 = 0.56$, $M_1 = 0.23$) $t(49) = 3.38$, $p < .01$) und sie sind signifikant *stärker annähernd* motiviert ($M_2 = 1.87$, $M_1 = 1.67$) $t(52) = 2.10$, $p < .05$) (Tabelle 3.2.3). In der hohen Erfolgsgruppe erleben Patienten zudem weniger *negative Emotionen* und sie sind *weniger stark vermeidend* motiviert. Diese Mittelwertsunterschiede werden jedoch nicht statistisch signifikant. Die referierten Ergebnisse werden durch das nonparametrische Verfahren bestätigt. Für die stärkere Ausprägung der positiven emotionalen Aktivierung in der hohen Erfolgsgruppe ergibt der U-Test ein hoch signifikantes Ergebnis (Anhang F, Tabelle F2-3).

⁷⁵ Hypothesenkonträre Effekte, welche jedoch nicht gegen den Zufall abgesichert werden konnten, zeigen sich für die Variablen *Intensität der Problembearbeitung* ($d = -.39$), *Prozessdirektivität des Therapeuten* ($d = -.43$) und für die Aufforderung des Therapeuten nach mehr *Alltagsbezug und Konkretisierung des Gesprächs* ($d = -.42$). Relativierend sei auf die hohen Mittelwerte in *beiden* Erfolgsgruppen hingewiesen, welche deutlich machen, dass diese Aspekte in *beiden Gruppen* sehr gut verwirklicht wurden. Obwohl die Werte in der hohen Erfolgsgruppe tiefer ausgeprägt sind, kann nicht der Schluss gezogen werden, dass diese Aspekte der Strukturierung in der hohen Erfolgsgruppen schlecht realisiert wurden. Die dichotome Variable *Intensität der Problembearbeitung* macht deutlich, dass in beiden Gruppen in beinahe allen der untersuchten Minuten an einem relevanten Therapieziel gearbeitet wurde ($M_1 = 0.95$, $M_2 = 0.93$) (vgl. hierzu Tabelle 3.1.18 der deskriptiven Statistik).

Tabelle 3.2.3: Effekte der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Positive emotionale Aktivierung	Tiefe EG	0.23	0.45	49	3.38**	0.91
	Hohe EG	0.56	0.66			
Negative emotionale Aktivierung	Tiefe EG	1.12	0.68	55	-1.41	-0.38
	Hohe EG	0.98	0.66			
Annäherungsmodus	Tiefe EG	1.67	0.52	52	2.10*	0.56
	Hohe EG	1.87	0.40			
Vermeidungsmodus	Tiefe EG	0.20	0.47	42	-1.60	-0.43
	Hohe EG	0.08	0.28			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene $n_1 = 29$, $n_2 = 28$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Die referierten Befunde schlagen sich in einer grossen Effektstärke von $d = .91$ für die *positive emotionale Aktivierung* und in einer mittleren Effektstärke für den *Annäherungsmodus* ($d = .56$) nieder.⁷⁶

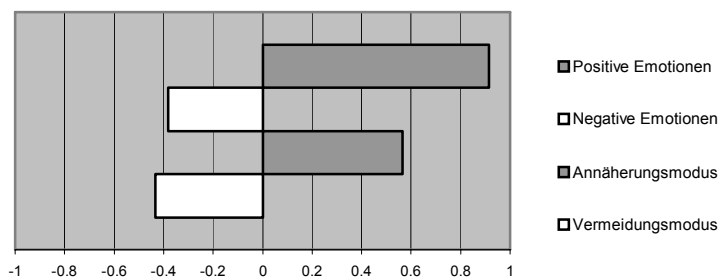


Abbildung 3.2.3: Effektstärkenprofil der emotionalen Ausrichtung und Modi auf Stundenebene für die Gesamtstichprobe ($n_1 = 29$, $n_2 = 28$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin.

3.2.1.4 Perspektive der Techniken und Interventionen

Hypothese 1.4 (a) In erfolgreichen Therapiesitzungen kann häufiger die Durchführung bewältigungs-, klärungsorientierter sowie interpersonalen Interventionen beobachtet werden als in weniger erfolgreichen Therapiesitzungen. In diesen werden vermehrt prozessunterstützende Interventionen durchgeführt.

Ein überraschendes Ergebnis zeigt sich für die Perspektive der Interventionen. Entgegen der formulierten Hypothese zeigt sich, dass in erfolgreichen Sitzungen signifikant häufiger *prozessunterstützende Interventionen* durchgeführt werden als in weniger erfolgreichen Stunden ($M_1 = 0.43$, $M_2 = 0.57$) $t(55) = 2.27$, $p < .05$, und dass Therapeuten in diesen Stunden signifikant weniger *kognitive und klärende Interventionen* durchführen ($M_2 = 0.10$, $M_1 = 0.21$) $t(48) = -2.23$, $p < .05$). Auch *bewältigungsorientierte* Interventionen konnten häufiger in wenig erfolgreichen Sitzungen beobachtet

⁷⁶ Auch für die Variablen *negative emotionale Aktivierung* ($d = -.38$) und *Vermeidungsmodus* ($d = -.43$) ergeben sich Effektstärken in hypothesenkonformer Richtung. Die Stärke des Effektes ist jedoch als klein einzustufen und das Resultat konnte nicht gegen den Zufall abgesichert werden.

werden, dieser Mittelwertsunterschied wird jedoch nicht statistisch signifikant. Der U-Test bestätigt die Resultate (Anhang F, Tabelle F2-4).

Tabelle 3.2.4: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Techniken und Interventionen

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	EG ^a	Sitzungsebene ^b				
		M	SD	df	t	d
Prozessunterstützende Interventionen	Tiefe EG	0.43	0.22	55	2.27*	0.61
	Hohe EG	0.57	0.23			
Bewältigungsorientierte Interventionen	Tiefe EG	0.14	0.21	55	-0.39	-0.10
	Hohe EG	0.12	0.18			
Kognitive Arbeit und Klärung	Tiefe EG	0.21	0.19	48	-2.32*	-0.62
	Hohe EG	0.10	0.12			
Interpersonelle Interventionen	Tiefe EG	0.18	0.23	55	0.05	0.01
	Hohe EG	0.18	0.24			

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, ^bSitzungsebene $n_1 = 29$, $n_2 = 28$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Die eben referierten Befunde werden im Effektstärkenprofil deutlich sichtbar. Es ergibt sich ein mittlerer positiver Effekt von $d = .61$ für *prozessunterstützende Interventionen* und ein mittlerer negativer Effekt von $d = -.62$ für die Variable *kognitive Arbeit und klärende Interventionen*. Die Effekte für die bewältigungsorientierten und interpersonellen Interventionen sind sehr klein und werden daher nicht interpretiert (Abbildung 3.2.4).

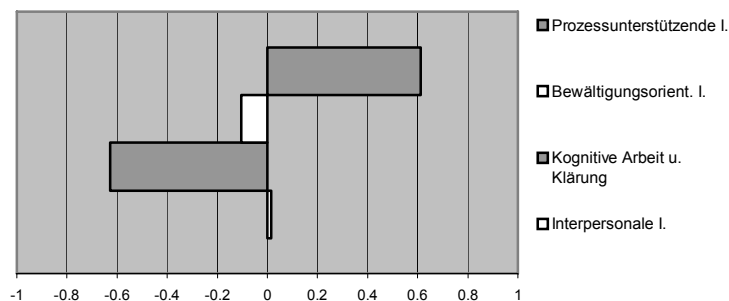


Abbildung 3.2.4: Effektstärkenprofil der Techniken und Interventionen auf Stundenebene für die Gesamtstichprobe ($n_1 = 29$, $n_2 = 28$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin.

3.2.1.5 Übersicht über die Ergebnisse des Erfolgsgruppenvergleichs in der heterogenen Gesamtstichprobe

- In erfolgreichen Stunden realisieren Therapeuten mehr *selbstwerterhöhende Interventionen*.
- In diesen nehmen Therapeuten vermehrt einen *veränderungsorientierten Fokus* ein und Patienten sind *aktiver* am therapeutischen Geschehen beteiligt.
- Patienten erleben in diesen häufiger *positive Emotionen* und sie sind *stärker annähernd motiviert* als in wenig erfolgreichen Sitzungen.
- Durch Patienten subjektiv als erfolgreich eingeschätzte Sitzungen sind durch *mehr prozessunterstützende Interventionen* und *weniger kognitive und klärende Interventionen* gekennzeichnet.

3.2.2 Vergleich der Erfolgsgruppen in der Teilstichprobe depressiver Patienten

Fragestellung 1(b) Wie unterscheiden sich *erfolgreiche* von *weniger erfolgreichen Sitzungen* depressiver Patienten in bezug auf die

- 1.1 Beziehungsgestaltung und wahrgenommene Therapeutenkompetenz
- 1.2 Strukturierung der Therapiesitzung
- 1.3 emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung der Patienten
- 1.4 durchgeführten Interventionen?

3.2.2.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Hypothese 1.1 (b) Eine sich an den Patientenbedürfnissen orientierende Beziehungsgestaltung gelingt Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen besser. Erfolgreiche Therapeuten zeichnen sich insbesondere durch das Realisieren bindungsbezogener Interventionen aus.

Tabelle 3.2.5: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Positive Bindungserfahrungen	Tiefe EG	1.67	0.69	15	2.09 ⁺	0.84
	Hohe EG	2.07	0.41			
Orientierung und Kontrolle	Tiefe EG	1.64	0.82	23	2.33*	0.97
	Hohe EG	2.22	0.82			
Positive Selbsterfahrungen	Tiefe EG	1.20	0.74	23	2.70*	1.13
	Hohe EG	1.67	0.71			
Positive Zustände	Tiefe EG	0.95	0.44	23	1.68 ⁺	0.70
	Hohe EG	1.13	0.38			
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	Tiefe EG	1.81	0.76	23	1.31	0.54
	Hohe EG	2.08	0.40			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene $n_1 = 13$, $n_2 = 12$, ⁺ $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabelle und Abbildung 3.2.5 zeigen auf, dass die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* in der Arbeit mit depressiven Patienten in erfolgreichen Stunden deutlich besser realisiert wird als in weniger erfolgreichen Sitzungen. Signifikante Ergebnisse ergeben sich für die Variablen *Orientierung und Kontrolle* ($M_2 = 2.22$, $M_1 = 1.64$) $t(23) = 2.33$, $p < .05$) und *positive Selbsterfahrungen* ($M_2 = 1.67$, $M_1 = 1.20$) $t(23) = 2.70$, $p < .05$), im Bereich eines Trends liegt der Mittelwertsunterschied für die Variable *positive Bindungserfahrungen* ($M_2 = 2.07$, $M_1 = 1.67$) $t(15) = 2.02$, $p = .05$) und *positive Zustände* ($M_2 = 1.13$, $M_1 = 0.95$) $t(23) = 1.68$, $p = .10$). Der U-Test gelangt zu ähnlichen Resultaten: Signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz der Erfolgsgruppen ergeben sich für die Variablen *Positive Bindungs-* und *Selbsterfahrungen* und im Bereich eines Trends für die Variable *Orientierung und Kontrolle* (Anhang F, Tabelle F2-5).

Ergebnisse

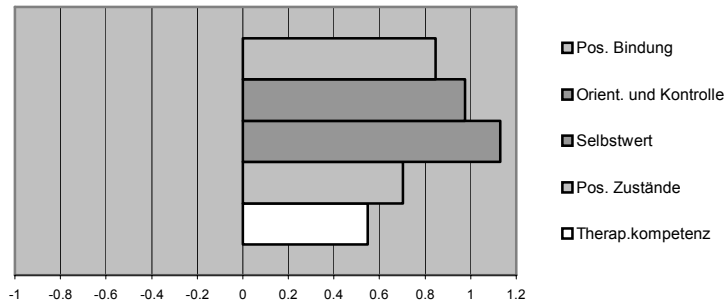


Abbildung 3.2.5: Effektstärkenprofil der Beziehungsgestaltung auf Stundenebene für die Teilstichprobe Depression ($n_1 = 13$, $n_2 = 12$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin, hellere auf einen Trend.

Wird die stichprobenunabhängige Stärke des Effekts ermittelt, ergeben sich grosse Effekte für die Variablen *positive Bindungserfahrungen* ($d = .84$), *Orientierung und Kontrolle* ($d = .97$), sowie *positive Selbstwerterfahrungen* ($d = 1.13$). Für die Variable *positive Zustände* liegt die Effektstärke bei $d = .70$. Die Therapeuten werden in der hohen Erfolgsgruppe nur als geringfügig *kompetenter* eingeschätzt als in der tiefen Erfolgsgruppe ($d = .40$). Hypothese 1.1 (b) konnte somit teilweise bestätigt werden: Zwar gelingt es Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen auffallend besser, bedürfnisbefriedigende Interventionen (hinsichtlich *Bindung*, *Kontrolle* und *Selbstwert*) zu realisieren, der Effekt fällt jedoch *nicht* wie postuliert besonders ausgeprägt für das Vermitteln potentiell bindungsrelevanter Erfahrungen aus.

Die Effektstärken der depressiven Population sind durchgängig höher als diejenigen der gesamten Stichprobe (Abbildung 3.2.1). Dies lässt vermuten, dass die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung bei Depressiven wichtiger für das Erzielen subjektiv erfolgreicher Sitzungen ist. Werden jedoch die absoluten Mittelwerte miteinander verglichen fällt auf, dass diese in der tiefen Erfolgsgruppe bei den Depressiven im Vergleich zur Gesamtstichprobe viel tiefer ausgeprägt sind. Folglich muss der Schluss gezogen werden, dass die Beziehungsgestaltung mit depressiven Patienten in wenig erfolgreichen Stunden auffallend ungut realisiert wird.

3.2.2.2 Perspektive der Strukturierung

Hypothese 1.2 (b) Erfolgreiche Sitzungen mit depressiven Patienten sind durch eine stärkere Strukturierung gekennzeichnet (betreffend Sitzungsthema, klarem Fokus, hoher Intensität und Relevanz der Problembearbeitung, Prozessdirektivität des Therapeuten, aktiver Beteiligung des Patienten, Alltagsbezug des Gesagten und Fokus auf Veränderung).

Der T-Test ergibt – der kleinen Stichprobe wegen – lediglich ein signifikantes Resultat für den Aspekt der *Veränderungsfokussierung* ($(M_2 = 0.04, M_1 = 0.00) t(23) = 3.00, p < .05$) und einen Trend für die Variable *Sitzungsthema* ($(M_2 = 0.75, M_1 = 0.38) t(23) = 1.80, p = .07$) (Tabelle 3.2.6). Die Ergebnisse werden durch den U-Test bestätigt.

Tabelle 3.2.6: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Strukturierung

Strukturierung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Sitzungsthema ^c	Tiefe EG	0.38	0.50	23	1.80 ⁺	0.79
	Hohe EG	0.75	0.45			
Klarer Fokus ^c	Tiefe EG	2.00	0.70	23	-0.58	-0.24
	Hohe EG	1.83	0.71			
Intensität der Problembearbeitung	Tiefe EG	0.93	0.24	23	-0.07	-0.03
	Hohe EG	0.93	0.24			
Relevanz der Problembearbeitung	Tiefe EG	1.93	0.74	23	0.98	0.40
	Hohe EG	2.15	0.77			
Prozessdirektivität Therapeut	Tiefe EG	1.87	0.80	23	-0.32	-0.13
	Hohe EG	1.83	0.78			
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Tiefe EG	0.33	0.55	23	1.44	0.60
	Hohe EG	0.48	0.62			
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Tiefe EG	1.60	0.83	23	1.48	0.62
	Hohe EG	1.87	0.88			
Alltagsbezug und Konkretisierung Therap.	Tiefe EG	0.31	0.57	23	-0.53	-0.22
	Hohe EG	0.26	0.50			
Fokus auf Veränderung	Tiefe EG	0.00	0.08	23	3.00 [*]	1.25
	Hohe EG	0.04	0.21			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene $n_1 = 13$, $n_2 = 12$, ^c Einschätzung auf Sitzungsebene
⁺ $p \leq .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$.

Werden die stichprobenunabhängigen Effektstärken betrachtet, erweisen sich die Effekte für die Variable *Sitzungsthema* ($d = .79$) und *Fokus auf Veränderung* ($d = 1.25$) als gross.⁷⁷

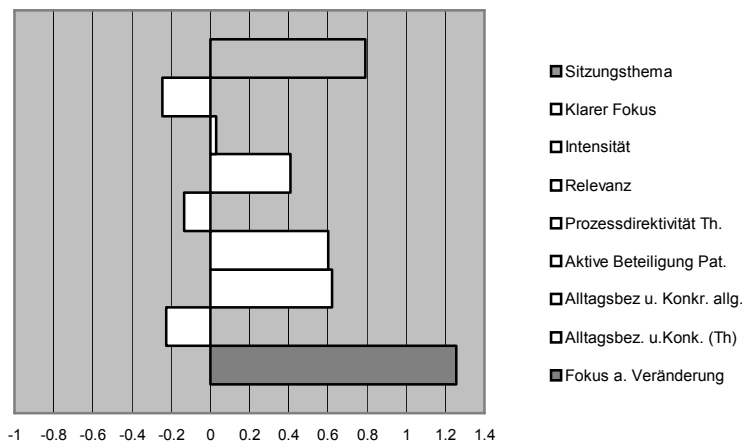


Abbildung 3.2.6: Effektstärkenprofil der Strukturierung auf Stundenebene für die Teilstichprobe Depression ($n_1 = 13$, $n_2 = 12$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin, heller schraffierte auf einen Trend.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in erfolgreichen Stunden mit depressiven Patienten wichtige Aspekte der Strukturierung gut realisiert wurden: Therapeuten legen zu Beginn der Stunde vermehrt ein Sitzungsthema fest und nehmen einen veränderungsorientierten Fokus ein.

⁷⁷ Auch kleine bis mittlere Effekte ergeben sich für die Variablen *Relevanz der Problembearbeitung* ($d = .40$), *Patientenbeteiligung* ($d = .60$) und *Alltagsbezug des therapeutischen Gesprächs* ($d = .62$). Da diese Befunde nicht gegen den Zufall abgesichert werden konnten, wird auf eine Interpretation verzichtet. Die in die hypothesenkonträre negative Richtung zeigenden Effekte sind sehr klein bis klein.

3.2.2.3 Perspektive der emotionalen Aktivierung und motivationale Ausrichtung

Hypothese 1.3 (b) In erfolgreichen Sitzungen erleben depressive Patienten mehr positive Emotionen und sie sind stärker annähernd motiviert als in weniger erfolgreichen Stunden. Es kommt zu weniger Aktivierung negativer Emotionen und zu einer schwächeren vermeidenden motivationalen Ausrichtung. Die Unterschiede sind stärker ausgeprägt als in der heterogenen Gesamtstichprobe. Zudem nimmt die annähernde motivationale Ausrichtung in erfolgreichen Sitzungen im Stundenverlauf zu, während die vermeidende motivationale Ausrichtung im zeitlichen Verlauf der Sitzung abnimmt.

Tabelle 3.2.7: Effekte der t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Positive emotionale Aktivierung	Tiefe EG	0.24	0.35	23	2.60*	1.10
	Hohe EG	0.61	0.36			
Negative emotionale Aktivierung	Tiefe EG	1.10	0.31	23	-0.9	-0.38
	Hohe EG	0.96	0.45			
Annäherungsmodus	Tiefe EG	1.46	0.44	21	2.50*	1.03
	Hohe EG	1.83	0.28			
Vermeidungsmodus	Tiefe EG	0.29	0.38	16	-1.97 ⁺	-0.79
	Hohe EG	0.05	0.15			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene $n_1 = 13$, $n_2 = 12$, ⁺ $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Depressive Patienten erleben in erfolgreichen Sitzungen signifikant mehr *positive Emotionen* ($M_2 = 0.61$, $M_1 = 0.24$) $t(23) = 2.60$, $p < .05$) und sind *motivational stärker annähernd ausgerichtet* ($M_2 = 1.83$, $M_1 = 1.46$) $t(21) = 2.50$, $p < .05$) als depressive Patienten in wenig erfolgreichen Stunden. Zudem besteht ein statistischer Trend, dass sie weniger stark *vermeidend* ausgerichtet sind ($M_2 = 0.29$, $M_1 = 0.05$) $t(16) = -1.97$, $p = .07$) (Tabelle 3.2.7). Diese Ergebnisse werden durch den U-Test bestätigt (Anhang F, Tabelle F2-7).

Das Effektstärkenprofil (Abbildung 3.2.7) macht deutlich, dass es sich um grosse Effekte handelt: Die Effektstärke für *positive Emotionen* liegt bei $d = 1.10$, für *Annäherungsmodus* bei $d = 1.03$ und für den *Vermeidungsmodus* bei $d = -.79$.⁷⁸ (Abbildung 3.2.7). Somit kann der erste Teil der Hypothese mehrheitlich bestätigt werden, wonach sich zwischen den Erfolgsgruppen depressiver Patienten grosse Unterschiede in der motivationalen Ausrichtung (annähernd und vermeidend) und in der emotionalen Aktivierung (positive Emotionen) beobachten lassen. Auch die Vermutung, dass die Gruppenunterschiede bei Depressiven stärker ausfallen als in der heterogenen Gesamtstichprobe, wird insbesondere für die *motivationalen Aspekte* bestätigt: Die Effektstärke für den Annäherungsmodus beträgt in der Teilstichprobe der Depressiven $d = 1.03$ gegenüber $.56$ in der heterogenen Gesamtstichprobe und für den Vermeidungsmodus $d = -.79$ gegenüber $-.43$ in der Gesamtstichprobe.

⁷⁸ Für die *negative emotionale Aktivierung* liegt ein kleiner negativer Effekt vor ($d = -.38$), das Resultat konnte jedoch nicht gegen den Zufall abgesichert werden.

Ergebnisse

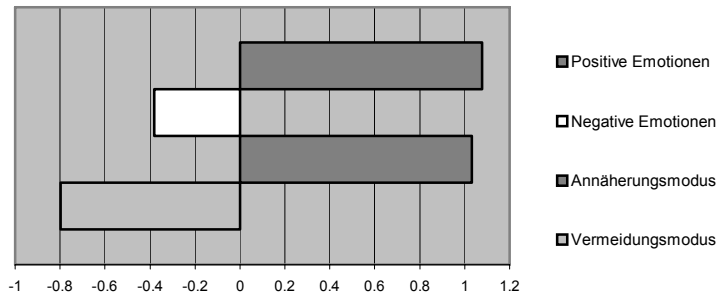
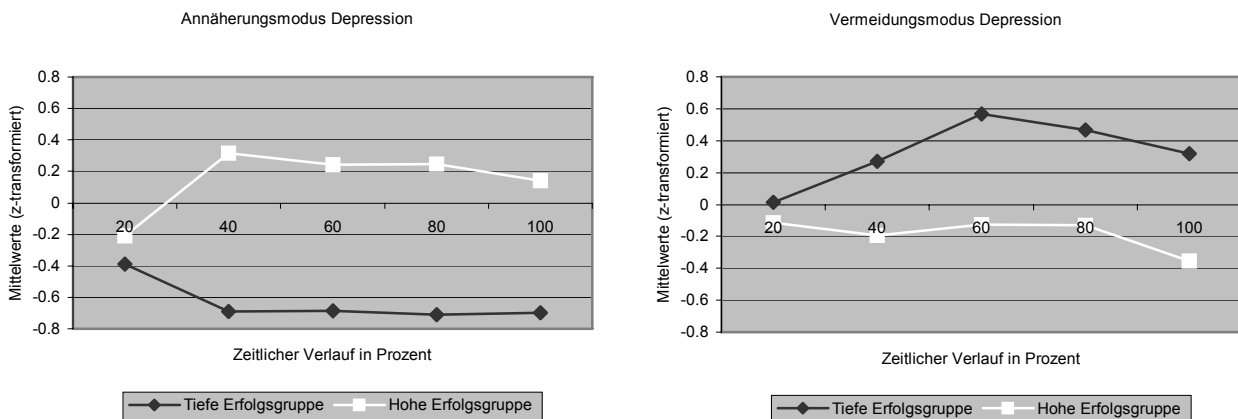


Abbildung 3.2.7: Effektstärkenprofil der Strukturierung auf Stundenebene für die Teilstichprobe Depression ($n_1 = 13$, $n_2 = 12$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin, hellere auf einen Trend.

Der zweite Teil der Hypothese bezieht sich auf den Stundenverlauf der motivationalen Ausrichtung. Es wird davon ausgegangen, dass der *Annäherungsmodus* Depressiver in erfolgreichen Stunden kontinuierlich zu- und der *Vermeidungsmodus* stetig abnimmt.

In Abbildungen 3.2.8 a und b sind die z-standardisierten Mittelwerte der Modi im *Sitzungsverlauf* (in Sequenzen an je 20 Prozent, vgl. Methodenteil Abschnitt 2.7.2) deskriptiv dargestellt. Der Sitzungsverlauf der wenig erfolgreichen Gruppe ist mit schwarz gekennzeichnet, derjenige der erfolgreichen Gruppe mit weiss.



Abbildungen 3.2.8 a und b: Deskriptive Darstellung des Verlaufs der motivationalen Ausrichtung im zeitlichen Verlauf der Sitzung (z-standardisierte Werte, Teilstichprobe Depression). Die Nulllinie repräsentiert die durchschnittliche Realisierung der Variablen in der Gesamtstichprobe. Durchschnittliche Stichprobe pro Sequenz $n_1 = 150$, $n_2 = 124$.

Die deskriptiven Verlaufsdarstellungen weisen in eine hypothesenkonforme Richtung: Der *Annäherungsmodus* ist bei depressiven Patienten (Abbildung 3.2.8 a) in den ersten 20 Minutenprozenten⁷⁹ in beiden Erfolgsgruppen in etwa demselben Ausmass aktiviert.⁸⁰ Der *Annäherungsmodus* der erfolgreichen Gruppe schnellte im zweiten Therapiefünftel in die Höhe und bleibt bis am Ende der Stunde auf überdurchschnittlich hohem Niveau bestehen. In der tiefen Erfolgsgruppe zeigt sich das umgekehrte Bild: Die *annähernde* motivationale Ausrichtung der Patienten sinkt nach dem ersten Sitzungsfünftel auf ein unterdurchschnittliches Niveau ab, wo sie bis zum Sitzungsende verbleibt. In Abbildung 3.2.8 b ist der Verlauf des *Vermeidungsmodus* dargestellt. Zu Stundenbeginn ist der Vermeidungsmodus der Patienten in beiden Erfolgsgruppen in

⁷⁹ Ein Therapiefünftel entspricht bei einer 50 Minuten dauernden Therapie den ersten 10 Minuten

⁸⁰ Wird der Mittelwertsunterschied der *Baseline* (also ausschliesslich von Minute 5 nach Therapiebeginn) ermittelt, zeigt sich ebenfalls *kein* signifikanter Unterschied.

vergleichbarem Ausmass aktiviert.⁸¹ Die *vermeidende motivationale Ausrichtung* der Patienten in erfolgreichen Sitzungen bleibt über die gesamte Stunde hinweg auf tiefem Niveau bestehen, wobei gegen Stundenmitte eine sehr moderate Zunahme und am Schluss der Sitzung eine leichte Abnahme beobachtet werden kann. Ganz anders verläuft der Vermeidungsmodus in der *tiefen Erfolgsgruppe*. In dieser nimmt der *Vermeidungsmodus* bis zur Sitzungsmitte sehr stark zu, um danach wieder leicht abzufallen. Insgesamt ist jedoch die vermeidende motivationale Ausrichtung der Patienten über die gesamte Sitzung hinweg überdurchschnittlich stark aktiviert.

Um die Ergebnisse inferenzstatistisch abzusichern, wurde mittels zweifaktorieller⁸², univariater Varianzanalyse (ANOVA)⁸³ mit Messwiederholung untersucht, ob die Veränderungen der motivationalen Ausrichtung im zeitlichen Verlauf statistisch signifikant sind und welchen Einfluss die Erfolgsgruppen darauf haben.

Tabelle 3.2.8: Varianzanalyse mit Messwiederholung (Erfolg * Zeit > Annäherungsmodus)

Quelle der Varianz	df	F
zeit	4	0.16
erfolg	1	6.19 *
zeit * erfolg	4	1.53
Fehler innerhalb der Gruppen	23	(0.71)

Anmerkung: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die mittleren Quadratfehler.
F-Wert aus Pillai-Spur. * $p < .05$.

Für den Annäherungsmodus ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Erfolg ($F = 6.19$, $df = 1$, $p < .05$) (Tabelle 3.2.8). Da der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen jedoch für die Messzeitpunkte zwei bis fünf signifikante Ergebnisse⁸⁴ ergibt, was bedeutet, dass die Varianzhomogenität der Werte nicht gegeben ist, wird die Signifikanzschranke von $p = 0.05$ auf $p = 0.01$ erhöht. Damit kann das Ergebnis nicht mehr gegen den Zufall abgesichert werden.

Tabelle 3.2.9: Varianzanalyse mit Messwiederholung (Erfolg * Zeit > Vermeidungsmodus)

Quelle der Varianz	df	F
zeit	4	1.19
erfolg	1	3.59 †
zeit * erfolg	4	0.13
Fehler innerhalb der Gruppen	23	(0.44)

Anmerkung: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die mittleren Quadratfehler.
F-Wert aus Pillai-Spur, † $p < .10$.

Für den *Vermeidungsmodus* ergibt die Varianzanalyse für den Faktor Erfolg ein Ergebnis im Bereich eines Trends ($F = 3.59$, $df = 1$, $p = 0.07$) (Tabelle 3.2.9). Doch auch bei dieser Berechnung verweist

⁸¹ Die Mittelwertsunterschiede in der Baseline unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

⁸² Faktor Erfolg mit zwei Stufen, Faktor Zeit mit fünf Stufen.

⁸³ Nach dem allgemeinen linearen Modells (ALM).

⁸⁴ $p_{(12)} = .002$, $p_{(13)} = .017$, $p_{(14)} = .001$, $p_{(15)} = .003$.

der Levene-Test auf Varianzhomogenität der Werte in den Messzeitpunkten 1 und 3 bis 5⁸⁵, womit auch dieses Ergebnis bei Erhöhung der Signifikanzschranke als nicht gegen den Zufall abgesichert einzustufen ist.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Hypothese über den zeitlichen Verlauf von Annäherungs- und Vermeidungsmodus aus methodischen Gründen (Ungleichheit der Varianzen und daraus resultierende Anpassung des Signifikanzniveaus, sowie zu kleine Stichproben ($n_1 = 12$, $n_2 = 13$)) inferenzstatistisch nicht bestätigt werden konnte. Eine Replikation der Ergebnisse mit einer grösseren Stichprobe wäre angebracht. Die deskriptive Analyse verweist jedoch in die in Hypothese 1.3 (b) postulierte Richtung.

3.2.2.4 Perspektive der Techniken und Interventionen

Hypothese 1.4 (b) Bei der Arbeit mit depressiven Patienten können in erfolgreichen Sitzungen mehr bewältigungsorientierte, kognitive und klärende sowie interpersonale Interventionen beobachtet werden als in weniger erfolgreichen Sitzungen.

Tabelle 3.2.10: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen der Perspektive Techniken und Interventionen

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Prozessunterstützende Interventionen	Tiefe EG	0.47	0.22	23	1.40	0.57
	Hohe EG	0.58	0.20			
Bewältigungsorientierte Interventionen	Tiefe EG	0.15	0.20	16	-1.22	-0.50
	Hohe EG	0.06	0.08			
Kognitive Arbeit und Klärung	Tiefe EG	0.22	0.20	18	-1.95 ⁺	-0.81
	Hohe EG	0.09	0.10			
Interpersonelle Interventionen	Tiefe EG	0.17	0.22	23	0.96	0.40
	Hohe EG	0.25	0.23			

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, ^bSitzungsebene $n_1 = 13$, $n_2 = 12$, ⁺ $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hypothese 1.4 (b) wonach erfolgreiche Sitzungen mit depressiven Patienten durch mehr bewältigungsorientierte, klärende und interpersonale Interventionen gekennzeichnet sind, muss klar verworfen werden. Tabelle 3.2.10 macht deutlich, dass in erfolgreichen Stunden lediglich *interpersonale (und prozessunterstützende) Interventionen* häufiger vorkommen, der Mittelwertsunterschied wird jedoch nicht signifikant. In die hypothesenkonträre Richtung zeigt der Effekt für *bewältigungsorientierte* und *kognitive und klärende* Interventionen. Diese Interventionsarten konnten häufiger in weniger erfolgreichen Stunden beobachtet werden, wobei der Mittelwertsunterschied bei den *kognitiven und klärenden* Interventionen einem Trend entspricht ($M_1 = 0.22$, $M_2 = 0.09$, $t(18) = -1.95$, $p = 0.06$). Der U-Test ergibt für *keine* der Interventionsarten ein statistisch signifikantes Resultat (Anhang F, Tabelle F2-8), die Richtung des Zusammenhangs ist jedoch dieselbe.

⁸⁵ $p_{(t1)} = .003$, $p_{(t3)} = .004$, $p_{(t4)} = .010$, $p_{(t5)} = .003$.

Ergebnisse

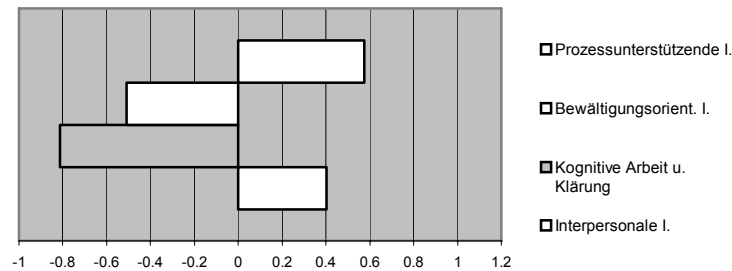


Abbildung 3.2.10: Effektstärkenprofil der Strukturierung auf Stundenebene für die Teilstichprobe Depression ($n_1 = 13$, $n_2 = 12$). Dunkle Balken weisen auf signifikante Unterschiede im t-Test hin, hellere auf einen Trend.

Das Effektstärkenprofil macht deutlich, dass die seltenere Durchführung *kognitiver und klärender Interventionen* einem grossen Effekt ($d = -.81$) entspricht. Da das Ergebnis des nonparametrischen Verfahrens nicht gegen den Zufall abgesichert werden konnte, wird auf eine Interpretation verzichtet.

3.2.2.5 Übersicht über die Ergebnisse des Erfolgsgruppenvergleichs bei depressiven Patienten

- In erfolgreichen Stunden realisieren Therapeuten in der Arbeit mit depressiven Patienten deutlich mehr *bedürfniskompatible Interventionen* als in erfolglosen Sitzungen. Dies gilt insbesondere für Interventionen hinsichtlich *der Bindung, der Kontrolle und des Selbstwerts*. Die Effekte sind gross und im Vergleich zur Gesamtstichprobe markanter ausgeprägt. Eine genaue Analyse macht deutlich, dass die grossen Effekte vor allem auf eine *unterdurchschnittlich gut realisierte Beziehungsgestaltung* in der tiefen Erfolgsgruppe zurückzuführen ist.
- In der erfolgreichen Arbeit mit *Depressiven* nehmen Therapeuten vermehrt einen *veränderungsorientierten Fokus* ein und sie legen zu Stundenbeginn *ein Sitzungsthema* fest.
- In erfolgreichen Sitzungen sind Depressive deutlich *stärker annähernd* und *weniger vermeidend* motiviert und sie erleben bedeutend mehr *positive Emotionen*. Die Effekte sind insbesondere für die motivationalen Variablen grösser als in der Gesamtstichprobe.
- Erfolgreiche und weniger erfolgreiche Patienten unterscheiden sich *zu Beginn der Sitzung nicht* bezüglich ihres Annäherungsmodus. Deskriptive Analysen machen deutlich, dass der Annäherungsmodus bei erfolgreichen Patienten im Sitzungsverlauf zunimmt und bis zum Sitzungsende auf überdurchschnittlich hohem Niveau bestehen bleibt. Bei Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen nimmt der Annäherungsmodus nach Sitzungsbeginn ab und verbleibt auf unterdurchschnittlichem Niveau (deskriptive Analyse).
- Bei der *Vermeidungsmotivation* zeigen sich keine Gruppenunterschiede zu *Stundenbeginn*. Bei Patienten in der tiefen Erfolgsgruppe nimmt der Vermeidungsmodus während der Problembearbeitung (Stundenmitte) stark zu. In der hohen Erfolgsgruppe bleibt der Vermeidungsmodus über die gesamte Sitzung hinweg unterdurchschnittlich stark aktiviert (deskriptive Analyse).

3.3 Zweite Fragestellung: Vergleich der Diagnosegruppen

Bis anhin existieren keine Prozess-Outcome-Studien, in denen Therapiesitzungen von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen *direkt* miteinander verglichen wurden. Zwar wird empfohlen, Prozessanalysen mit *homogenen Stichproben* durchzuführen, da angenommen wird, dass Veränderungsprozesse bei Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern anders verlaufen (Schindler, 1996, vgl. auch den Theoretischen Hintergrund, Abschnitt 1.1.3), bisher fehlt jedoch der Nachweis, *in welcher Weise* sich diese Unterschiede manifestieren. Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit nicht nur Erfolgs- sondern auch Störungsgruppen miteinander kontrastiert. Explorativ soll der Frage nachgegangen werden, wie sich Stunden, in denen mit *depressiven Patienten* gearbeitet wird von solchen unterscheiden, in denen mit *Angstpatienten* gearbeitet wird. Es werden T-Tests für unabhängige Stichproben sowie U-Tests durchgeführt. Der unterschiedlich grossen Stichproben wegen werden die Ergebnisse in Effektstärken für ungleich grosse n transformiert (vgl. Methodenteil, Abschnitt 2.7.1). Es werden diejenigen Ergebnisse interpretiert, welche auf Grund des nonparametrischen Verfahrens gegen den Zufall abgesichert werden konnten (oder im Bereich eines Trends liegen) und einen Effekt im mittleren Bereich erzielen. Die Abbildungen veranschaulichen die z-transformierten Mittelwerte, wobei die Nulllinie die durchschnittliche Realisation der Variablen in der *heterogenen Gesamtstichprobe* darstellt.

Fragestellung 2 Wie unterscheiden sich Therapiesitzungen, in denen mit *depressiven Patienten* gearbeitet wird von solchen, in denen mit *Angstpatienten* gearbeitet wird?

3.3.1 Kontext der Problembearbeitung

3.3.1.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Tabelle 3.3.1: Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression bezüglich der Perspektive Beziehungsgestaltung. Effekte des T-Tests für unabhängige Stichproben.

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	DG ^a	M	SD	df	t	d
Positive Bindungserfahrungen	Depression	1.86	0.62	33	1.44	0.55
	Angst	2.11	0.60			
Orientierung und Kontrolle	Depression	1.91	0.87	33	1.68*	0.64
	Angst	2.26	0.71			
Positive Selbsterfahrungen	Depression	1.42	0.77	33	0.97	0.37
	Angst	1.57	0.72			
Positive Zustände	Depression	1.04	0.42	33	1.04	0.40
	Angst	1.16	0.41			
Wahrg. Therapeutenkompetenz	Depression	1.94	0.64	33	1.58	0.60
	Angst	2.24	0.53			

Anmerkungen: ^a DG = Diagnosegruppen, ^b Sitzungsebene n_{Depression} = 25, n_{Angst} = 10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Es zeigt sich, dass die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* bei der Arbeit mit Angstpatienten besser realisiert wird als bei der Arbeit mit Depressiven. Das bedeutet, dass es Therapeuten in der Arbeit mit Angstpatienten besser gelingt, bedürfniskompatible Interventionen zu realisieren (Tabelle 3.3.1). Die Mittelwertsunterschiede werden im T-Test aufgrund der geringen Power nicht statistisch signifikant (ein Trend liegt für die Variable *Orientierung und Kontrolle* vor), der U-Test ergibt jedoch für die Variablen *Positive Bindungserfahrungen* ($R_1 (15) = 15$, $R_2 (25) = 25.5$, $U = 50.0$ $p < .05$) und *wahrgenommene Therapeutenkompetenz* ($R_1 (15) = 15.6$, $R_2 (25) = 24.1$, $U = 64.0$ $p < .05$) ein signifikantes Ergebnis. Ein Ergebnis im Bereich eines statistischen Trends liegt für die Variablen *Orientierung und Kontrolle* ($R_1 (15) = 16.0$, $R_2 (25) = 23.0$, $U = 75.0$ $p = .07$) vor. Dass der parametrische und nonparametrische Test zu unterschiedlichen Resultaten gelangt, ist auf die ungleiche Stichprobengröße zurückzuführen (Bortz, 1993). Die für ungleich grosse Stichproben korrigierten Effektstärken liegen in einem mittleren Bereich für die Variablen *positive Bindungserfahrungen* ($d = .55$), *Orientierung und Kontrolle* ($d = .65$), sowie für die *wahrgenommene Therapeutenkompetenz* ($d = .61$).

Abbildung 3.3.1 stellt die z-standardisierten Mittelwerte der beiden Diagnosegruppen dar. Das oben Beschriebene wird deutlich: Während *bedürfnisorientierte Interventionen* in der Arbeit mit *Depressiven* unterdurchschnittlich häufig realisiert werden, werden diese bei der Arbeit mit Angstpatienten überdurchschnittlich häufig verwirklicht.

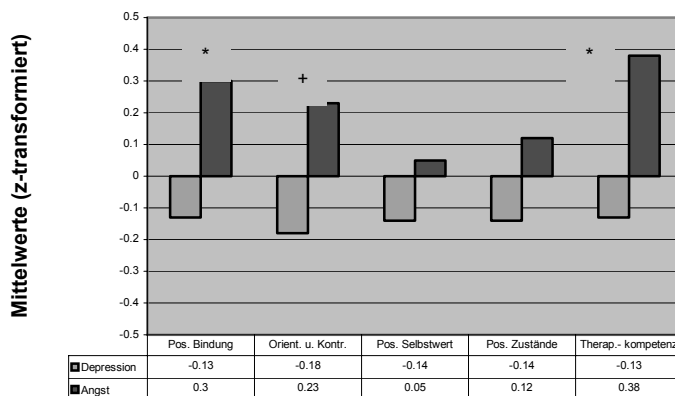


Abbildung 3.3.1: Z-transformierte Mittelwerte der Variablen der Beziehungsgestaltung in den Diagnosegruppen Depression und Angst auf Sitzungsebene ($n_{\text{Depression}} = 25$, $n_{\text{Angst}} = 10$). Die Nulllinie repräsentiert die durchschnittliche Realisation der Variablen in der Gesamtstichprobe ($n_{\text{Gesamt}} = 57$). $^+ p \leq .10$, $^* p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$ (U-Test).

3.3.1.2 Perspektive der Strukturierung

Tabelle 3.3.2 macht deutlich, dass sich bezüglich der Strukturierung klare Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen ergeben. Bei den *Angstpatienten* wird während der Problembearbeitung häufiger ein *klarer Fokus* eingenommen ($M_1 = 1.92$ $M_2 = 2.60$, $t(33) = 2.59$, $p < .05$) und der Inhalt der Problembearbeitung wurde als *relevanter für das Erreichen des Therapieziels* eingeschätzt als bei der Arbeit mit depressiven Patienten ($M_1 = 2.03$ $M_2 = 2.56$, $t(33) = 2.81$, $p < .05$). Die Effektstärken sind mit $d = .99$ und 1.08 entsprechend gross. Die Resultate werden durch den U-Test bestätigt (Anhang F, Tabelle F2-10).

Therapiesitzungen mit *depressiven* Patienten sind durch einen signifikant höher ausgeprägten *Veränderungsfokus* ($M_1 = 0.02$ $M_2 = 0.00$, $t(32) = -2.37$, $p < .05$) gekennzeichnet und Therapeuten müssen die Patienten häufiger zur *Konkretisierung des Gesagten* auffordern ($M_1 = 0.28$ $M_2 = 0.14$, $t(29) = -2.55$, $p < .05$). Diese Resultate werden durch den U-Test bestätigt (Anhang F, Tabelle F2-10). Die Effektstärken bewegen sich mit $d = -.63$ und $d = -.76$ im mittleren Bereich.

Tabelle 3.3.2: Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression bezüglich der Perspektive Strukturierung. Effekte des T-Tests für unabhängige Stichproben.

Strukturierung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	DG ^a	M	SD	df	t	d
Sitzungsthema ^c	Depression	0.56	0.50	33	0.74	0.28
	Angst	0.70	0.48			
Klarer Fokus ^c	Depression	1.92	0.70	33	2.59*	0.99
	Angst	2.60	0.70			
Intensität der Problembearbeitung	Depression	0.90	0.24	33	0.16	0.06
	Angst	0.93	0.24			
Relevanz der Problembearbeitung	Depression	2.03	0.76	33	2.81**	1.00
	Angst	2.56	0.69			
Prozessdirektivität Therapeut	Depression	1.85	0.80	33	0.95	0.36
	Angst	1.96	0.77			
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Depression	0.40	0.59	33	-0.10	-0.04
	Angst	0.37	0.56			
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Depression	1.73	0.86	33	1.44	0.55
	Angst	1.98	0.95			
Alltagsbezug und Konkr. (Therap.)	Depression	0.28	0.54	29	-2.55*	-0.76
	Angst	0.14	0.36			
Fokus auf Veränderung	Depression	0.02	0.15	32	-2.37*	-0.63
	Angst	0.00	0.07			

Anmerkungen: ^a SG = Diagnosegruppen, ^b Sitzungsebene $n_{\text{Depression}} = 25$, $n_{\text{Angst}} = 10$, ^c Einschätzung auf Stundenebene, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

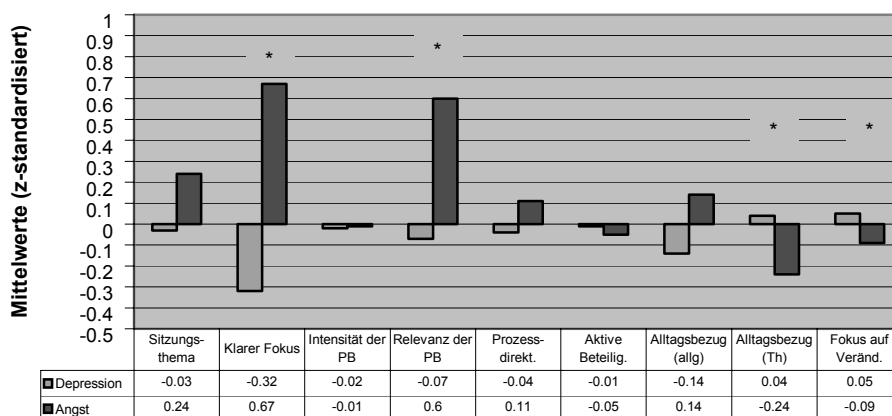


Abbildung 3.3.2: Z-transformierte Mittelwerte der Variablen Strukturierung in den Diagnosegruppen Depression und Angst auf Sitzungsebene ($n_{\text{Depression}} = 25$, $n_{\text{Angst}} = 10$). Die Nulllinie repräsentiert die durchschnittliche Realisation der Variablen in der Gesamtstichprobe ($n_{\text{Gesamt}} = 57$). * $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (U-Test).

3.3.1.3 Emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

Tabelle 3.3.3: Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression bezüglich der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung. Effekte des T-Tests für unabhängige Stichproben.

Emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung des Pat.	DG ^a	Sitzungsebene ^b				
		M	SD	df	t	d
Positive emotionale Aktivierung	Depression	0.41	0.39	30	-1.76 ⁺	-0.53
	Angst	0.23	0.21			
Negative emotionale Aktivierung	Depression	1.03	0.38	33	0.03	0.01
	Angst	1.04	0.40			
Annäherungsmodus	Depression	1.64	0.41	32	2.23*	0.62
	Angst	1.86	0.16			
Vermeidungsmodus	Depression	0.17	0.31	33	-0.26	-0.10
	Angst	0.14	0.25			

Anmerkungen: ^a DG = Diagnosegruppen, ^b Sitzungsebene n_{Depression} = 25, n_{Angst} = 10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Die Ergebnisse des T-Tests geben Hinweise darauf, dass Depressive im Schnitt *weniger stark angenähert* motiviert sind als Angstpatienten. Relativierend muss angefügt werden, dass das signifikante Resultat des T-Tests bezüglich *Annäherungsmodus* ($M_1 = 1.64$ $M_2 = 1.86$, $t(32) = -2.23$, $p < .05$) nicht durch den nonparametrische U-Test bestätigt wird. Bei diesem unterscheidet sich keine Variable hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz. Die Richtungen der Zusammenhänge sind jedoch gleich. Interessant wäre eine Replikation der Ergebnisse mit grösseren Diagnosegruppen, welche sich in ihrem Umfang nicht voneinander unterscheiden.

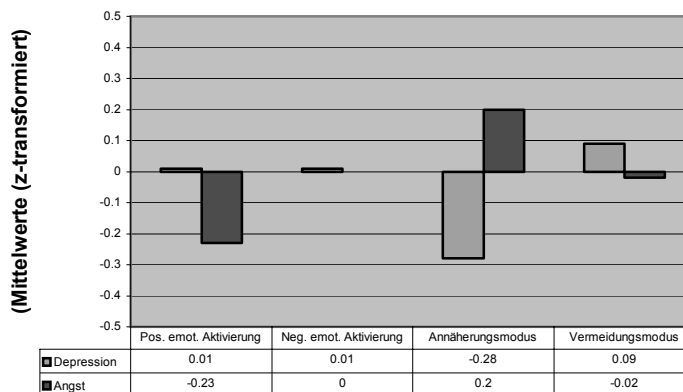


Abbildung 3.3.3: Z-transformierte Mittelwerte der Variablen emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung in den Diagnosegruppen Depression und Angst auf Sitzungsebene (n_{Depression} = 25, n_{Angst} = 10). Die Nulllinie repräsentiert die durchschnittliche Realisation der Variablen in der Gesamtstichprobe (n_{Gesamt} = 57).

3.3.2 Inhalt der Problembearbeitung

3.3.2.1 Perspektive der Techniken und Interventionen

Tabelle 3.3.4: Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression bezüglich der Perspektive Techniken und Interventionen. Effekte des T-Tests für unabhängige Stichproben.

Emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung des Pat.	DG ^a	M	SD	Sitzungsebene ^b		
				df	t	d
Prozessunterstützende Interventionen	Depression	0.52	0.21	33	-0.01	-0.00
	Angst	0.51	0.30			
Bewältigungsorient. Interventionen	Depression	0.10	0.16	33	2.1*	0.81
	Angst	0.27	0.31			
Kognitive und klärende Interventionen	Depression	0.15	0.17	33	-0.58	-0.22
	Angst	0.12	0.14			
Interpersonale Interventionen	Depression	0.21	0.22	33	-2.52*	-0.97
	Angst	0.02	0.07			

Anmerkungen: ^a DG = Diagnosegruppen, ^b Sitzungsebene n_{Depression} = 25, n_{Angst} = 10, ^c * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle 3.3.4 veranschaulicht die Resultate des T-Tests. Es wird deutlich, dass sich die Diagnosegruppen bezüglich *bewältigungsorientierter* ($M_1 = 0.10$ $M_2 = 0.27$, $t(33) = 2.1$, $p < .05$) und *interpersonaler* ($M_1 = 0.21$ $M_2 = 0.02$, $t(33) = -2.52$, $p < .05$) Interventionen unterscheiden. Die Effekte sind gross ($d = .81$, respektive $-.97$). Der U-Test bestätigt lediglich das Resultat für die *interpersonalen Interventionen*. Es ergeben sich diesbezüglich hoch signifikante Resultate ($R_1(15) = 20.9$, $R_2(25) = 10.6$, $U = 51.0$ $p < .001$). Nicht signifikant wird der Gruppenunterschied betreffend *bewältigungsorientierter Interventionen*. Der signifikante Mittelwertsunterschied im T-Test ist folglich auf die grössere Varianz in der kleineren Stichprobe zurückzuführen. Dies führt zu einem grösseren Prozentsatz an Fehlentscheidungen zu Gunsten der H_1 (Bortz, 1993).

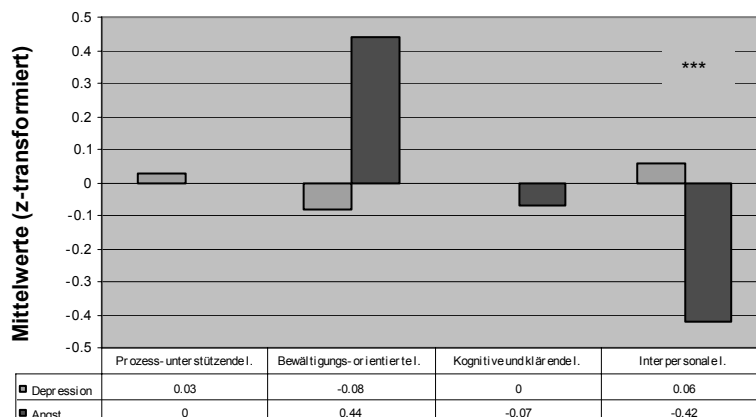


Abbildung 3.3.4: Z-transformierte Mittelwerte der Variablen Techniken und Interventionen in den Diagnosegruppen Depression und Angst auf Sitzungsebene (n_{Depression} = 25, n_{Angst} = 10). Die Nulllinie repräsentiert die durchschnittliche Realisation der Variablen in der Gesamtstichprobe (n_{Gesamt} = 57). * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 (U-Test).

3.3.2.2 Überblick über die Ergebnisse des Vergleichs der Diagnosegruppen Angst und Depression

- In der therapeutischen Arbeit mit Depressiven⁸⁶ realisieren Therapeuten weniger *bedürfniskompatible Interventionen (Bindung und Kontrolle)* als in der Arbeit mit Angstpatienten. In Sitzungen mit diesen werden Therapeuten als *kompetenter* wahrgenommen.
- Therapiestunden mit Angstpatienten sind durch einen *klareren Fokus* und durch die *relevantere Problembearbeitung* gekennzeichnet. Bei ihnen wird der Fokus häufiger auf den *Zustand* gerichtet und bei der Arbeit mit Depressiven häufiger auf *Veränderung*. In der Depressionsbehandlung fordern Therapeuten ihre Patienten häufiger zu *Konkretisierung* des Gesagten auf.
- In Sitzungen mit Depressiven Patienten wird mehr *interpersonal* gearbeitet als in Stunden mit Angstpatienten.

⁸⁶ Aufgrund der ungleich grossen Stichproben (und z.T. unterschiedlichen Varianzen) und dem daraus resultierenden erhöhten Prozentsatz an Fehlentscheidungen im T-Test, orientiert sich die Zusammenfassung ausschliesslich an den durch die nonparametrische Verfahren bestätigten Ergebnisse.

3.4 Dritte Fragestellung: Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolges aufgrund der Kontextvariablen

3.4.1 Vorhersage des Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der heterogenen Gesamtstichprobe

3 (a) Welche Kontextvariablen sind die besten *Prädiktoren* für den subjektiven Sitzungserfolg in der heterogenen Gesamtstichprobe?

Nachdem im vorangehenden Teil die Mittelwertsdifferenzen der Kontextvariablen nach Erfolgs- und Diagnosegruppen untersucht wurden, stellt sich die Frage, mittels welcher Variablen der subjektive Sitzungserfolg am besten vorhergesagt werden kann. Diese Fragestellung hat explorativen Charakter, weshalb hierzu *keine Hypothesen* formuliert werden. Die Vorhersage des Sitzungserfolgs auf Grund der Kontextvariablen erfolgt mittels binär logistischer Regressionen (vgl. Methodenteil, Abschnitt 2.7.2). Es wurde die *schrittweise Analyse* gewählt, in welche nach Einbezug der Konstanten sukzessive diejenigen Variablen einbezogen werden, welche den höchsten Zusammenhang zur abhängigen Variable aufweisen. Auf jeder Stufe werden verschiedene statistische Kriterien (Chi-Quadrat-Statistik und akzeptabler Signifikanzwert) geprüft, welche über Aufnahme oder erneuten Ausschluss der Variablen bestimmen. Insgesamt wurden in 12 Schritten 12 Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen. In Tabelle 3.4.1 wird aus Gründen der Überschaubarkeit lediglich der *letzte Schritt* dargestellt, wobei in diesem die aufgenommenen Variablen in der Reihenfolge des Einbezugs in das Regressionsmodell sowie die dadurch verbesserte Vorhersagewahrscheinlichkeit (R^2) dargestellt wird.

Die Güte der Anpassung des Regressionsmodells kann als hinreichend gut bezeichnet werden.⁸⁷ Der Anteil der Varianz der abhängigen Variable Sitzungserfolg, welcher durch die unabhängigen Variablen zusammen erklärt wird, beträgt 21 Prozent (R^2) (gegenüber 10 Prozent im ersten Schritt) und ist somit als akzeptabel einzustufen. Durch das Regressionsmodell können 64 Prozent der Fälle korrekt klassifiziert werden. Somit liegt die Trefferquote klar über dem zu erwartenden Zufallswert (50 Prozent).

⁸⁷ Die durch Hinzunahme der Einflussvariablen ermittelte Differenz des $-2LL$ -Wertes (Devianz) zum Anfangswert mit der Konstanten erweist sich als hoch signifikant ($\chi^2(12) = 533, p < .001$), was bedeutet, dass das Modell durch Einschluss der unabhängigen Variablen signifikant verbessert wird.

Tabelle 3.4.1: Logistische Regression zur Vorhersage des Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der Gesamtstichprobe (n = 3089)

Variablen	β	SE	Exp(B)	R ²
Positive Emotionen	0.87	0.07	2.93***	0.102
Vermeidungsmodus	-0.85	0.12	0.42***	0.145
Annäherungsmodus	0.56	0.09	1.76***	0.159
Pos. Selbstwerterfahrungen	0.25	0.06	1.30***	0.173
Fokus auf Veränderung	2.01	0.35	7.49***	0.186
Aktive Beteiligung Patient	0.27	0.07	1.32***	0.193
Alltagsbezug und Konkretisierung	-0.21	0.05	0.80***	0.198
Pos. Bindungserfahrungen	0.49	0.11	1.63***	0.202
Therapeutenkompetenz	-0.31	0.10	0.73**	0.205
Relevanz der Problembearbeitung	0.15	0.05	1.17**	0.207
Prozessdirektivität	-0.18	0.06	0.83**	0.210
Negative Emotionen	-0.13	0.06	0.87*	0.212
Konstante	-1.64	0.26	0.19***	

Anmerkungen: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, $X^2 = 533.85$ (12), p < .001, -2LL = 3736, R = .16, R² = .21, Prozentsatz richtig klassifizierter Fälle = 64%.

Der beste Prädiktor für den subjektiven Sitzungserfolg in der heterogenen Gesamtstichprobe ist die Variable *Positive Emotionen*, welche im ersten Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen wird. Erlebt ein Patient während einer Stunde *positive Emotionen*, verändert sich das Chancenverhältnis zu Gunsten der hohen Erfolgsgruppe um beinahe das dreifache (Exp (B) = 2.93). Durch den Einbezug dieser Variable wird im ersten Schritt 10 Prozent der Varianz im Sitzungserfolg erklärt. Das Regressionsmodell nimmt im zweiten Schritt die Variable *Vermeidungsmodus* auf, wodurch die Vorhersagewahrscheinlichkeit des Modells um 4 Prozent verbessert wird (R² = 0.145). Der Effektkoeffizient Exp(B) von 0.42 bedeutet, dass das Chancenverhältnis für die Zugehörigkeit zur hohen Erfolgsgruppe mit steigendem Skalenwert der Variable *Vermeidungsmodus* um beinahe das zweieinhalbfache abnimmt (1:042). An dritter Stelle folgt die Variable *Annäherungsmodus* (Exp (B) = 1.76). Befinden sich Patienten in einem annäherungsorientierten Modus, steigt die Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zur erfolgreichen Gruppe um das 1.7-fache. Im vierten Schritt wird die Variable *Positive Selbsterfahrungen* in das Regressionsmodell aufgenommen (Exp(B) = 1.32), im fünften die Variable *Fokus auf Veränderung* (Exp(B) = 7.49), danach die Variable *Aktive Beteiligung des Patienten* (Exp(B) = 1.32), gefolgt von der Variable *Alltagsbezug und Konkretisierung* (Exp(B) = 0.80). Erst an achter Stelle folgt die Variable *Positive Bindungserfahrungen* (Exp(B) = 1.63). Die ersten acht Variablen haben einen hoch signifikanten Einfluss auf die Trennung der Erfolgsgruppen (p < .001) und über 20 Prozent der Varianz im Stundenerfolg kann auf sie zurückgeführt werden.

Da die Variable *Positive Emotionen* als erste Variable in das Regressionsmodell aufgenommen wurde, kann der Schluss gezogen werden, dass diese der beste Prädiktor für die Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs in der heterogenen Gesamtstichprobe darstellt. Dass der Effektkoeffizient des Veränderungsfokus einen höheren Wert (Exp(B) = 7.49) als derjenige der Variable *Positive Emotionen* aufweist, wird auf die Verteilung der Merkmalsausprägungen in dieser Variable zurückgeführt: Insgesamt wurde der Veränderungsfokus nur sehr selten beobachtet (in 58 der 3089 Minuten, d.h. in 2 Prozent der Fälle) und dies fast ausschliesslich (80 Prozent) in erfolgreichen Sitzungen. Diese Ungleichverteilung führt zu einer Verzerrung der odd ratios.

3.4.2. Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der Teilstichprobe depressiver Patienten

3 (b) Welche Kontextvariablen sind die besten *Prädiktoren* für den subjektiven Sitzungserfolg in der Teilstichprobe Depressiver?

Für die *Teilstichprobe der depressiven Patienten* wurde ebenfalls eine schrittweise logistische Regression mit den Kontextvariablen als unabhängige und dem subjektiven Stundenerfolg als abhängige Variable durchgeführt. Analog zur Gesamtstichprobe wurden in 12 Schritten 12 Variablen in das Regressionsmodell einbezogen. Die Modellgüte ist für diese Diagnosegruppe im Vergleich zur Gesamtstichprobe besser, was bedeutet, dass das Modell die empirischen Daten besser approximiert. Der Chi-Quadrat-Anpassungstest ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis ($X^2(16) = 623, p < .001$) und es können 78 Prozent der Fälle der richtigen Erfolgsgruppe zugeordnet werden. 49 Prozent der Varianz bezüglich der Gruppenzugehörigkeit kann auf die 12 Variablen zurückgeführt werden (im Gegensatz zu 21 Prozent in der Gesamtstichprobe). Dies ist ein sehr gutes Resultat (Backhaus et al., 2003). In Tabelle 3.4.2 werden die Ergebnisse für den letzten Schritt der Regressionsanalyse dargestellt. Die Reihenfolge in Schritt 12 orientiert sich wiederum an der Trennfähigkeit der Variablen.

Tabelle 3.4.2: Logistische Regression zur Vorhersage des Sitzungserfolgs aufgrund der Kontextvariablen in der Teilstichprobe Depression (n =1371)

Variablen	β	SE	Exp (B)	R^2
Annäherungsmodus	1.35	0.16	3.89***	0.160
Pos. Bindungserfahrungen	1.32	0.18	3.75***	0.320
Orientierung und Kontrolle	0.61	0.11	1.85***	0.356
Positive Emotionen	0.68	0.13	1.98***	0.383
Vermeidungsmodus	-1.16	0.21	0.31***	0.413
Alltagsbezug und Konkretisierung	0.51	0.11	1.66***	0.431
Fokus auf Veränderung	3.11	0.67	22.50***	0.448
Konkretisierung (Therapeut)	-0.46	0.14	0.63***	0.463
Aktive Beteiligung des Patienten	0.62	0.13	1.85***	0.466
Negative Emotionen	-0.34	0.11	0.71**	0.475
Relevanz der Problembearbeitung	0.38	0.10	1.47**	0.480
Intensität der Problembearbeitung	-1.14	0.34	0.32**	0.486
Konstante	-6.63	0.54	0.00***	

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, $X^2 = 619.69(12)$, $p < .001$, -2LL = 1268.37, R = .36, $R^2 = .49$, Prozentsatz richtig klassifizierter Fälle = 79%.

Als bester Prädiktor für den subjektiven Sitzungserfolg erweist sich bei Depressiven die Variable *Annäherungsmodus*. Diese wird im ersten Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen. Das Chancenverhältnis zu Gunsten der hohen Erfolgsgruppe verändert sich bei stärkerer Annäherung um beinahe das vierfache (Exp (B) = 3.89). Die Konstante und die Variable *Annäherungsmodus* erklären 16 Prozent der Varianz im Sitzungserfolg. Als zweitbesten Prädiktor für Sitzungserfolg erweist sich die Variable *Positive Bindungserfahrungen* (Exp(B) = 3.75). Im Modell mit der Gesamtstichprobe wurde die Variable *Positive Bindungserfahrungen* erst im achten Schritt in das Regressionsmodell

aufgenommen. Der Einbezug dieser Variable erhöht die Varianzerklärung um ganze 16 Prozent auf insgesamt 32 Prozent. *Annäherungsmodus* und *Positive Bindungserfahrungen* sind klar die besten Prädiktoren für den subjektiven Stundenerfolg Depressiver. Zwei Drittel der insgesamt erklärten Varianz (49 Prozent) gehen auf diese beiden Variablen zurück. An dritter Stelle folgt die Variable Interventionen bezüglich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* ($\text{Exp}(B) = 1.98$) und *Positive Emotionen* ($\text{Exp}(B) = 1.98$) (zusätzlich je drei Prozent Varianzaufklärung durch beide Variablen). Alle genannten Variablen erhöhen das Chancenverhältnis zu Gunsten der hohen Erfolgsgruppe hoch signifikant. Der *Vermeidungsmodus* wurde im fünften Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen. Sind Patienten vermeidend motiviert, *sinkt* das Chancenverhältnis für die Zugehörigkeit zur hohen Erfolgsgruppe um mehr als das dreifache ($\text{Exp}(B) = 0.31$). In den nächsten Schritten werden Strukturierungsvariablen ins Modell aufgenommen (*Alltagsbezug, Fokus auf Veränderung, Konkretisierung durch den Therapeuten, Patientenbeteiligung, Relevanz und Intensität der Problembearbeitung*). Im zehnten Schritt findet auch die Variable *Negative Emotionen* Eingang ins Modell. Auch in der Teilstichprobe depressiver Patienten erzielt die Variable Veränderungsfokus mit einem $\text{Exp}(B)$ von 22.5 einen ungewöhnlich hohen Wert, was wiederum auf die ungleiche Verteilung der Merkmalsausprägungen in dieser Variablen zurückgeführt werden kann.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die besten Prädiktoren für den Sitzungserfolg Depressiver der *Annäherungsmodus* und *Positive Bindungserfahrungen* sind (32 Prozent Varianzerklärung). Weitere gute Prädiktoren stellen *Orientierungs- und Kontrollerfahrungen, Positive Emotionen* und der *Vermeidungsmodus* dar. Diese *motivationalen, emotionalen* und *bindungsbezogenen* Variablen erklären 41 Prozent der Varianz im Sitzungserfolg.

3.4.2.1 Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Vorhersage des subjektiven Stundenerfolgs aufgrund der Kontextvariablen

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in etwa dieselben Variablen ins Regressionsmodell für die gemischte und die störungsspezifische Stichprobe aufgenommen wurden, die Reihenfolge und Stärke der prädiktiven Werte sich jedoch unterscheiden:

- Die besten Prädiktoren ($\text{Exp}(B)$ deutlich > 1 und hoch signifikante Werte) für den subjektiven Sitzungserfolg sind in der heterogenen Gesamtstichproben die Variablen *Positive Emotionen, Vermeidungsmodus* und *Annäherungsmodus*. Erst danach folgt ein Aspekt der Beziehungsgestaltung (*Selbstwerterhöhende Interventionen*) sowie Strukturierungsvariablen (*Fokus auf Veränderung, Patientenbeteiligung* und *Alltagsbezug des Gesprächs*).
- Der subjektive Sitzungserfolg Depressiver lässt sich am besten durch den *Annäherungsmodus* und *Positive Bindungserfahrungen* vorhersagen. Diese Variablen erklären 32 Prozent der Varianz im Sitzungserfolg (von insgesamt 49 Prozent für alle zwölf Variablen). Auch die Variablen *Orientierungs- und Kontrollinterventionen, Positive Emotionen* und *Vermeidungsmodus* sagen den subjektiven Sitzungserfolg Depressiver hoch signifikant voraus. Insgesamt wird der subjektiven Sitzungserfolg Depressiver durch die Kontextvariablen besser vorhergesagt als in der heterogenen Gesamtstichprobe.

3.5 Vierte Fragestellung: Zusammenspiel zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung der Therapeuten und Patientenvariablen

3.5.1 Interaktion zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung der Therapeuten und motivationaler Ausrichtung der Patienten

Fragestellung 4 (a) Lassen sich in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Sitzungen unterschiedliche Interaktionen zwischen Beziehungsgestaltung der Therapeuten und motivationaler Ausrichtung der Patienten beobachten?

Die vorangehenden Ergebnisse machen deutlich, dass sowohl bedürfnisorientierte Interventionen des Therapeuten wie auch die motivationale Ausrichtung des Patienten (neben emotionalen Aspekten) wichtige Prädiktoren für Sitzungserfolg sind. In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, in welcher Weise die beiden Aspekte miteinander *interagieren*. Es wird davon ausgegangen, dass eine durch den Therapeuten (hinsichtlich der Grundbedürfnisse) *komplementär gestalteten Therapiebeziehung* die *annähernde motivationale Ausrichtung* des Patienten stärkt und zu einer *Abschwächung der Vermeidungsmotivation* führt. Umgekehrt wird angenommen, dass die *annähernde motivationale Ausrichtung* der Patienten das Realisieren bedürfnisorientierter Interventionen durch den Therapeuten begünstigt, während dies durch *stark vermeidende* Patienten behindert wird.

Hypothese 4 (a) Eine bedürfnisorientierte Therapiebeziehung führt zur Stärkung der annähernden und zur Abschwächung der vermeidenden motivationalen Ausrichtung der Patienten. Diese wird bei annähernd motivierten Patienten besser realisiert als bei stark vermeidenden Patienten.

Für die Beantwortung dieser Frage wurden Kreuzkorrelationen durchgeführt. Um serielle Abhängigkeiten zu kontrollieren und die Stichprobe zu reduzieren (von $n = 3089$ auf $n = 50$) fanden die Berechnungen mittels aggregierten Werten auf der Ebene der Patienten und der standardisierten Sitzungsdauer (zwei Sitzungsprozent) statt (vgl. Methodenteil, Abschnitt 2.7.2). Ein lag entspricht damit dem aggregierten Wert von rund einer Minute. Um stichprobenunabhängigere Aussagen über die Stärke der Effekte machen zu können, werden die Kreuzkorrelationskoeffizienten in d -Effektstärken transformiert, welche teils im Text, teils in Anhang F dargestellt werden. Da davon ausgegangen wird, dass sich nach Erfolgsgruppen unterschiedliche Interaktionsmuster aufzeigen lassen, erfolgen die Analysen *getrennt* nach Erfolgsgruppen. Die Kreuzkorrelationstechnik prüft nicht nur den Zusammenhang zweier Variablen in einer Sequenz, sondern mit einem verzögerten Einfluss von sieben lags. Der Einfluss der ersten Variable (bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung des Therapeuten) auf die zweite Variable (motivationale Ausrichtung des Patienten) wird in *positiven* lags dargestellt und der Einfluss der zweiten auf die erste Variable in *negativen* lags.

3.5.1.1 Beziehungsgestaltung des Therapeuten – Annäherungsmodus des Patienten in der Gesamtstichprobe

Beziehungsgestaltung Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

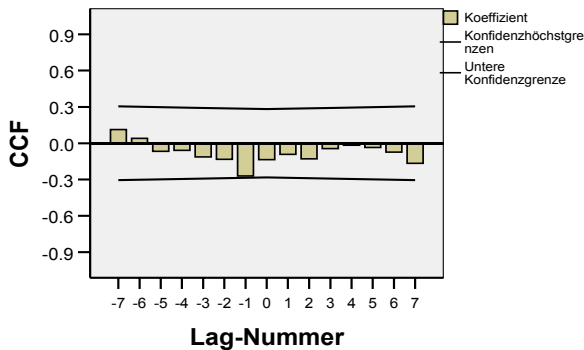


Abbildung 3.5.1: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe n=50)

Beziehungsgestaltung Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

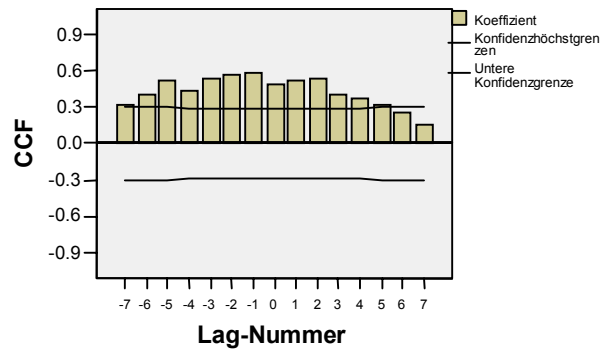


Abbildung 3.5.2: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe n=50)

Die positiven Korrelationen in erfolgreichen Sitzungen (Abbildung 3.5.2) deuten darauf hin, dass Therapeuten und Patienten *sensibel* aufeinander reagieren. Therapeuten führen bedürfniskompatible Interventionen dann durch, wenn Patienten *annähernd motiviert* sind und diese reagieren darauf mit Offenheit und einer annähernden motivationalen Ausrichtung. Dieses positive Muster erweist sich als stark ausgeprägt ($d = .54$ bis 1.46) und zeitlich stabil (signifikanten Kreuzkorrelationen bis lag 5 (positive lags), respektive 7 (negative lags)).

Tabelle 3.5.1: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	d
-7	0.11	0.23
-6	0.04	0.08
-5	-0.07	-0.13
-4	-0.06	-0.12
-3	-0.11	-0.23
-2	-0.13	-0.27
-1	-0.27	-0.56
0	-0.13	-0.27
1	-0.09	-0.18
2	-0.13	-0.26
3	-0.04	-0.09
4	-0.02	-0.03
5	-0.04	-0.07
6	-0.07	-0.15
7	-0.17	-0.34

Tabelle 3.5.2: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung u. Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	d
-7	0.32	0.68
-6	0.40	0.88
-5	0.52	1.22
-4	0.44	0.97
-3	0.53	1.25
-2	0.57	1.40
-1	0.59	1.46
0	0.48	1.09
1	0.51	1.20
2	0.54	1.30
3	0.41	0.90
4	0.38	0.82
5	0.32	0.67
6	0.26	0.54
7	0.16	0.32

In der tiefen Erfolgsgruppe lässt sich *keine* positive Interaktion zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten beobachten (Abbildung 3.5.1 und Tabelle 3.5.1).

3.5.1.2 Beziehungsgestaltung des Therapeuten – Vermeidungsmodus des Patienten in der Gesamtstichprobe

Beziehungsgestaltung Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

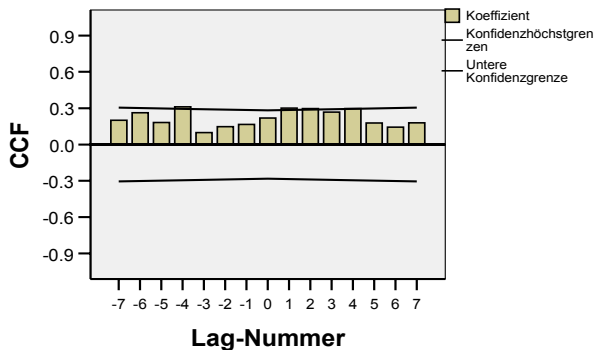


Abbildung 3.5.3: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Vermeidungsmodus beim Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n=50)

Beziehungsgestaltung Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

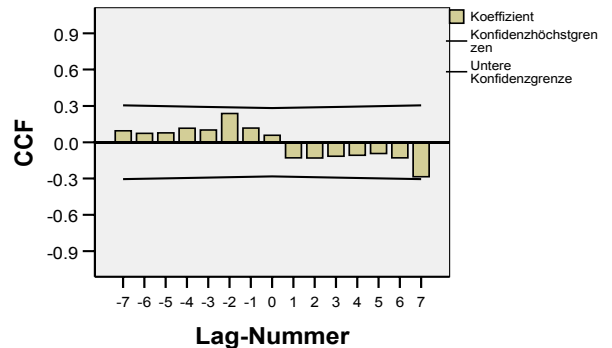


Abbildung 3.5.4: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Die Korrelationen zwischen *bedürfniskompatiblen Interventionen* und *Vermeidungsmodus* fallen in der hohen Erfolgsgruppe weniger deutlich aus als diejenigen mit dem Annäherungsmodus. Es zeigt sich die Tendenz, dass *bedürfnisbefriedigende Interventionen* tendenziell, aber mit zunehmender Deutlichkeit mit einer *wenig ausgeprägten vermeidenden motivationalen Ausrichtung* der Patienten in Zusammenhang stehen (Abbildung 3.5.4). Um dieses Ergebnis gegen den Zufall abzusichern, wäre

Tabelle 3.5.3: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	d
-7	0.20	0.41
-6	0.26	0.54
-5	0.18	0.37
-4	0.31	0.65
-3	0.10	0.20
-2	0.15	0.30
-1	0.17	0.34
0	0.22	0.45
1	0.30	0.63
2	0.30	0.62
3	0.27	0.56
4	0.30	0.62
5	0.18	0.36
6	0.14	0.29
7	0.18	0.36

Tabelle 3.5.4: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	d
-7	0.09	0.19
-6	0.07	0.15
-5	0.08	0.16
-4	0.12	0.23
-3	0.10	0.20
-2	0.24	0.49
-1	0.12	0.24
0	0.06	0.12
1	-0.13	-0.26
2	-0.13	-0.26
3	-0.12	-0.23
4	-0.11	-0.22
5	-0.09	-0.19
6	-0.13	-0.26
7	-0.28	-0.59

der Einbezug einer längeren Zeitsequenz (z.B. bis lag 10) notwendig. In der *hohen* Erfolgsgruppe zeigen sich in den negativen lags geringe, statistisch nicht signifikante, jedoch positive Korrelationen (Abbildung 3.5.4, negative lags). Das bedeutet inhaltlich, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* und den in den nachfolgenden Minuten realisierten *bedürfnisorientierten Interventionen* durch den Therapeuten gibt. Dieses Muster kann auch in *wenig erfolgreichen* Stunden beobachtet werden (Abbildung 3.5.3, negative lags). Im Unterschied zur hohen Erfolgsgruppe wechselt die Korrelation in den positiven lags die Richtung jedoch *nicht* (Abbildung 3.5.3, positive lags).

3.5.1.3 Beziehungsgestaltung des Therapeuten – Annäherungsmodus des Patienten bei der Arbeit mit depressiven Patienten

Beziehungsgestaltung Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

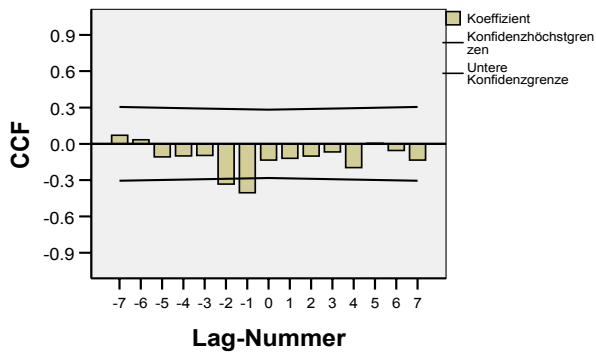


Abbildung 3.5.4: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Beziehungsgestaltung Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

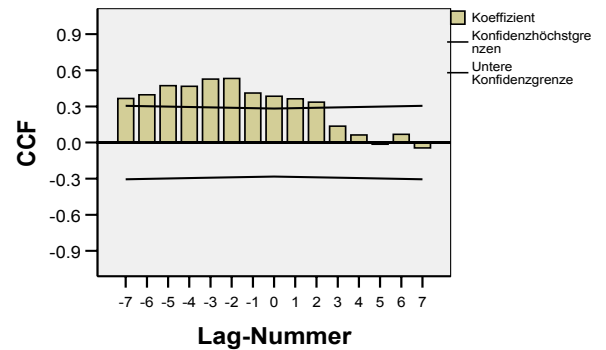


Abbildung 3.5.5: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Ein interessantes Interaktionsmuster zeigt sich in *erfolgreichen* Sitzungen mit *depressiven Patienten*: In diesen ist der positive Zusammenhang zwischen *annähernder motivationalen Ausrichtung* des Patienten und *Realisation bedürfniskompatibler Interventionen* in den nachfolgenden Minuten stark ausgeprägt ($d = .79$ bis 1.26), signifikant und zeitlich nachhaltig (bis lag -7) beobachtbar.

Tabelle 3.5.4: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression, n = 50)

lag	KK	d
-7	0.07	0.14
-6	0.03	0.07
-5	-0.11	-0.22
-4	-0.10	-0.20
-3	-0.10	-0.19
-2	-0.33	-0.70
-1	-0.40	-0.88
0	-0.13	-0.27
1	-0.12	-0.24
2	-0.10	-0.20
3	-0.07	-0.13
4	-0.20	-0.40
5	0.00	0.01
6	-0.06	-0.11
7	-0.13	-0.27

Tabelle 3.5.5: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung u. Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	d
-7	0.37	0.79
-6	0.40	0.86
-5	0.47	1.07
-4	0.47	1.06
-3	0.53	1.24
-2	0.53	1.26
-1	0.41	0.90
0	0.38	0.83
1	0.36	0.78
2	0.33	0.71
3	0.14	0.27
4	0.06	0.13
5	-0.01	-0.03
6	0.07	0.14
7	-0.04	-0.09

Bedürfniskompatible Interventionen stehen zwar umgekehrt auch in einem positiven Zusammenhang mit dem *Annäherungsmodus* der Patienten (positive lags), dieser Effekt verliert jedoch bereits nach zwei lags bedeutend an Stärke. Hier zeigt sich ein auffallender Unterschied zur heterogenen Gesamtstichprobe, in welcher die positiven Korrelationen in den positiven lags zeitlich deutlich stabiler ausfielen.

In der *tiefen Erfolgsgruppe* sind die Kreuzkorrelationen negativ und mehrheitlich schwach ausgeprägt. Es ergeben sich lediglich signifikante negative Korrelation in den ersten beiden negativen lags. Das bedeutet inhaltlich, dass Therapeuten auf Minuten, in welchen Patienten *stark angenähert* sind, mit *wenig bedürfnisorientierten Interventionen* reagieren (und umgekehrt).

3.5.1.6 Beziehungsgestaltung des Therapeuten - Vermeidungsmodus des Patienten bei der Arbeit mit depressiven Patienten

Beziehungsgestaltung Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

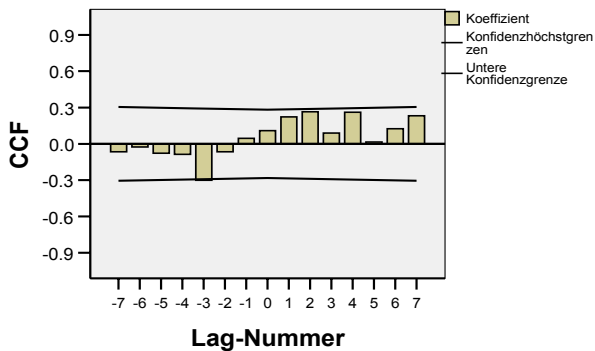


Abbildung 3.5.6: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Vermeidungsmodus beim Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Beziehungsgestaltung Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

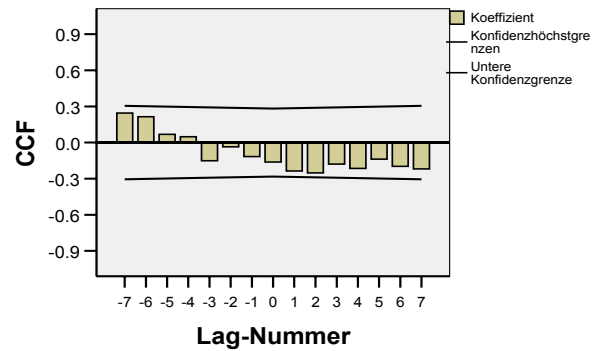


Abbildung 3.5.7: Kreuzkorrelationen zwischen Beziehungsgestaltung des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

In *erfolgreichen* Stunden steht die Realisation *bedürfnisorientierter Interventionen* durch den Therapeuten tendenziell mit einer schwach ausgeprägten *vermeidenden* motivationalen Ausrichtung des Patienten im weiteren Sitzungsverlauf in Zusammenhang. Dieses Muster ist nachhaltig (bis lag 7), wenn auch nur schwach ausgeprägt. Die Effektstärken liegen im tiefen bis mittleren Bereich ($d = -.33$ bis $-.52$). Im Vergleich zur heterogenen Gesamtstichprobe scheint dieses Muster stabiler.

Tabelle 3.5.6: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression, n = 50)

lag	KK	d
-7	-0.13	-0.13
-6	-0.05	-0.05
-5	-0.15	-0.15
-4	-0.17	-0.17
-3	-0.63	-0.63
-2	-0.13	-0.13
-1	0.09	0.09
0	0.22	0.22
1	0.46	0.46
2	0.55	0.55
3	0.18	0.18
4	0.54	0.54
5	0.03	0.03
6	0.25	0.25
7	0.48	0.48

Tabelle 3.5.7: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Beziehungsgestaltung und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression, n = 50)

lag	KK	d
-7	0.24	0.50
-6	0.22	0.44
-5	0.07	0.14
-4	0.05	0.10
-3	-0.15	-0.30
-2	-0.04	-0.07
-1	-0.12	-0.23
0	-0.16	-0.33
1	-0.25	-0.51
2	-0.26	-0.54
3	-0.20	-0.41
4	-0.25	-0.52
5	-0.15	-0.30
6	-0.21	-0.42
7	-0.23	-0.47

In *wenig* erfolgreichen Stunden kann kein klares Interaktionsmuster beobachtet werden. In den positiven lags zeigen sich einige positive Zusammenhänge zwischen *vermeidender motivationaler* Ausrichtung und *bedürfnisorientierten Interventionen* (Abbildung 3.5.6, positive lags). Da das Muster zeitlich wenig Stabilität aufweist und nur einige Korrelationen statistisch signifikant werden, sollte von einer Überinterpretation der Zusammenhänge abgesehen werden.

Die durchgeführten Analysen legen nahe, dass in erfolgreichen Stunden ein motivationales Priming durch die Realisierung bedürfniskompatibler Interventionen durch die Therapeuten erzielt wird. Es stellt sich nun die Frage, welche *Aspekte* der Beziehungsgestaltung besonders geeignet sind, den Annäherungsmodus des Patienten zu stärken und dessen Vermeidungsmodus abzuschwächen. Im Folgenden werden Kreuzkorrelationen zwischen den vier Aspekten der Beziehungsgestaltung und den Modi in *erfolgreichen* Stunden getrennt für die heterogene Gesamtstichprobe und Depressive dargestellt. Die ermittelten Effektstärken der Kreuzkorrelationskoeffizienten finden sich in Anhang F3 (Tabelle F3-1 bis F3-16).

3.5.1.7 Positive Bindung

Positive Bindungserfahrungen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Gesamt)

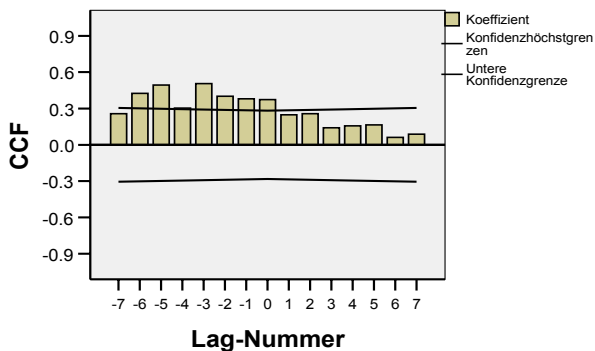


Abbildung 3.5.8: Kreuzkorrelationen zwischen bindungsrelevanten Interventionen seitens des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Positive Bindungserfahrungen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression)

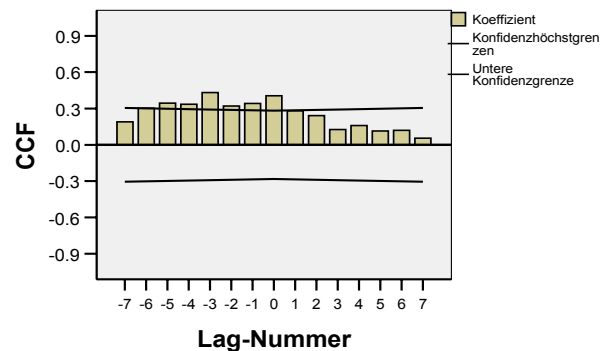


Abbildung 3.5.9: Kreuzkorrelationen zwischen bindungsrelevanten Interventionen des Therapeuten und dem Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Depr., n = 50)

Positive Bindungserfahrungen Therapeut-Vermeidungsmodus Patient (Gesamt)

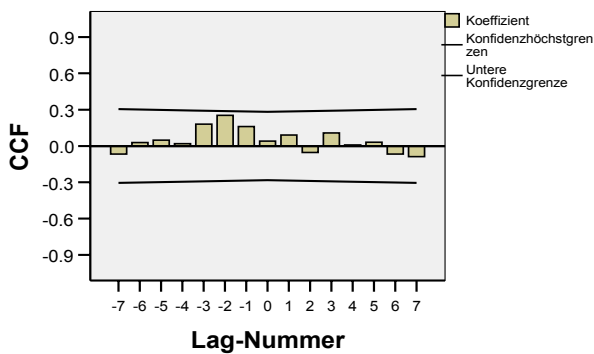


Abbildung 3.5.10: Kreuzkorrelationen zwischen bindungsrelevanten Interv. seitens des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Positive Bindungserfahrungen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression)

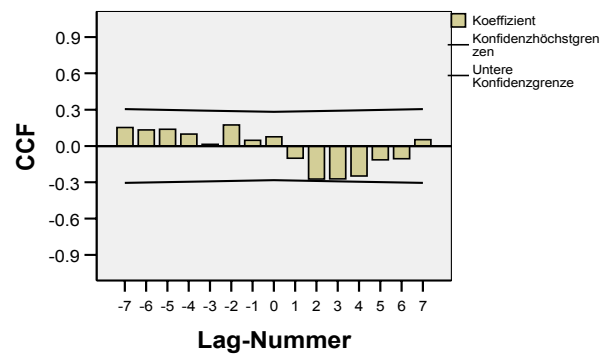


Abbildung 3.5.11: Kreuzkorrelationen zwischen bindungsrelevanten Interv. seitens des Therapeuten und dem Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Depr., n = 50)

In erfolgreichen Sitzungen stehen positive Interventionen hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses* sowohl in der Gesamtstichprobe (Abbildung 3.5.8) wie auch bei depressiven Patienten (Abbildung 3.5.9) in einem positiven, wenn auch wenig nachhaltigen Zusammenhang mit dem *Annäherungsmodus*. Deutlicher und zeitlich stabiler sind die Kreuzkorrelationen in den negativen lags. Vor allem bei depressiven Patienten ist nach der *Realisierung bindungsbezogener Interventionen* eine negative Korrelation mit der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* zu beobachten. Dieser Zusammenhang ist einige Minuten nach dem motivationalen Priming am stärksten ($d = -.51$ bis $-.57$ in lag zwei bis vier, vgl. Tabelle F3-4 in Anhang F3), nimmt danach jedoch rasch wieder ab. Es kann somit festgehalten werden, dass *bindungsbezogene Interventionen* bei depressiven Patienten kurzfristig mit einer schwach ausgeprägten *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* in Beziehung stehen.

3.5.1.8 Orientierung und Kontrolle

Orientierung und Kontrolle Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Gesamt)

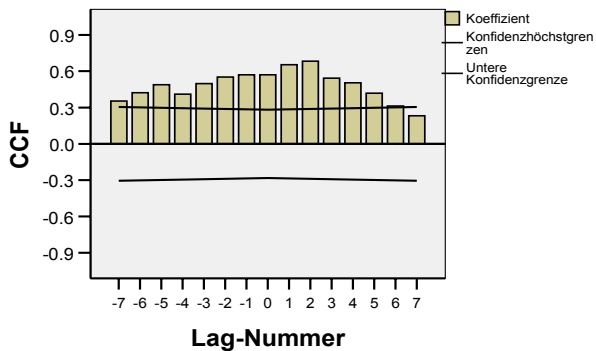


Abbildung 3.5.12: Kreuzkorrelationen zwischen Interv. bezügl. Orient.- und Kontrolle seitens des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Orientierung und Kontrolle Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression)

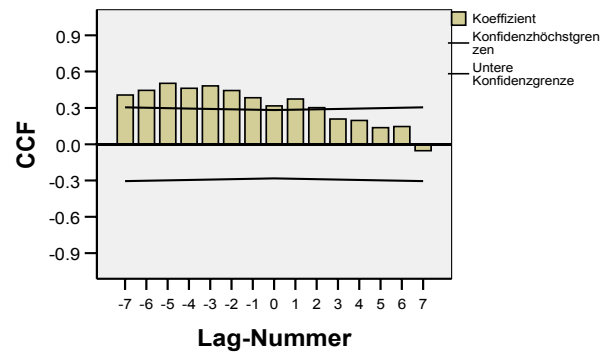


Abbildung 3.5.13: Kreuzkorrelationen zwischen Interv. bezügl. Orientierung und Kontrolle durch Therapeuten und Annäherungsmodus des Pat. in erfolgreichen Stunden (Depression, n = 50)

Orientierung und Kontrolle Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Gesamt)

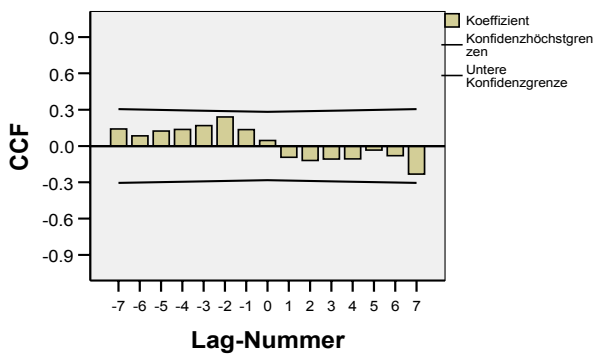


Abbildung 3.5.14: Kreuzkorrelationen zwischen Vermitteln pos. Orientierungs- und Kontrollerrf. seitens des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Orientierung und Kontrolle Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression)

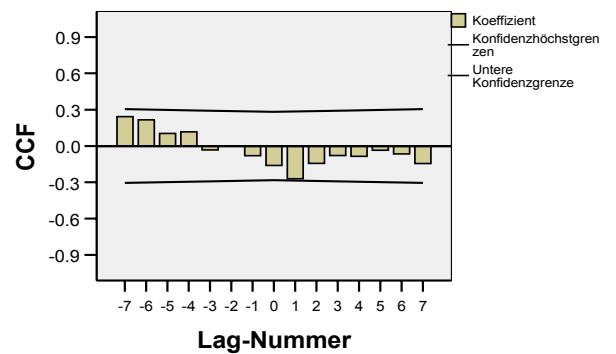


Abbildung 3.5.15: Kreuzkorrelationen zwischen Vermitteln positiver Orientierungs- und Kontr.erfahrungen seitens des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Depression, n = 50)

In der Gesamtstichprobe lässt sich ein starker ($d = 1.17$ bis 1.87) Zusammenhang zwischen Interventionen hinsichtlich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* und einer *annähernden motivationalen Ausrichtung* der Patienten beobachten (Abbildung 3.5.12, positive lags). Bei *depressiven* Patienten ist dieser Zusammenhang schwächer ausgeprägt und weniger nachhaltig (Abbildung 3.5.13, positive lags). In beiden Stichproben sind die Zusammenhänge in den negativen lags positiv und stark ausgeprägt. Nach Sequenzen, in welchen Patienten als *annähernd motiviert* eingeschätzt wurden, konnten häufiger bedürfniskompatible Interventionen hinsichtlich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* beobachtet werden (Abbildungen 3.5.14 und 3.5.15).

3.5.1.9 Positiver Selbstwert

Positive Selbstwerterfahrungen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Gesamt)

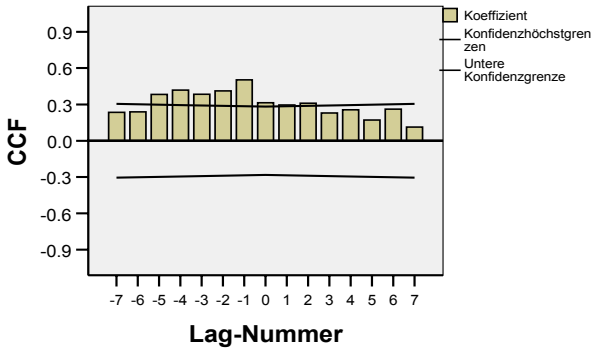


Abbildung 3.5.16: Kreuzkorrelationen zwischen Interv. bezüglich pos. Selbstwert seitens des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Positive Selbstwerterfahrungen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression)

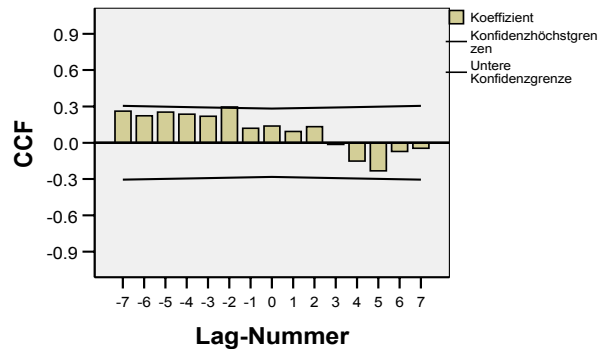


Abbildung 3.5.17: Kreuzkorrelationen zwischen Intervent. bezügl. pos. Selbstwert seitens des Therapeuten und Annäherungsmodus des Pat. in erfolgreichen Stunden (Depression, n = 50)

Positive Selbstwerterfahrungen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Gesamt)

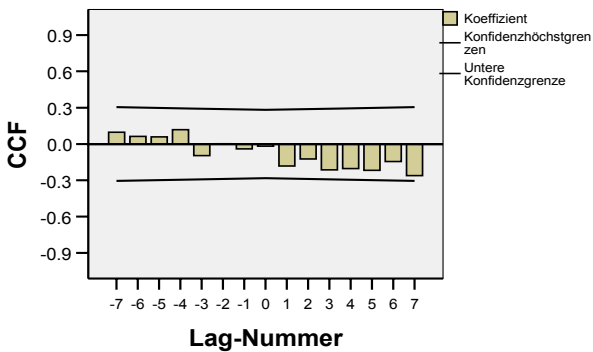


Abbildung 3.5.18: Kreuzkorrelationen zwischen Interv. bezügl. pos. Selbstwert seitens des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

Positive Selbstwerterfahrungen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression)

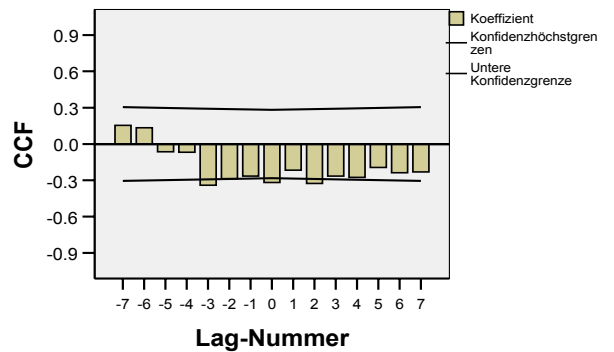


Abbildung 3.5.19: Kreuzkorrelationen zwischen Intervent. bezügl. pos. Selbstwert seitens des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Pat. in erfolgreichen Stunden (Depr., n = 50)

Ein interessantes differentielles Muster zeigt sich bei Interventionen bezüglich des *Selbstwertbedürfnisses*. In der Gesamtstichprobe stehen *selbsterhöhende* Interventionen in einem langfristigen, positiven Zusammenhang mit der *annähernden* Motivation des Patienten (Abbildung 3.5.16, positive lags). Bei *Depressiven* hingegen ist dieser Zusammenhang marginal ausgeprägt (Abbildung 3.5.17, positive lags). Nach dem dritten lag ist der Kreuzkorrelationskoeffizient sogar negativ. Abbildung 3.5.19 macht deutlich, dass *selbsterhöhende Interventionen* bei diesen jedoch langfristig negativ mit der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* in Zusammenhang stehen. Die Effekte von lag 0 bis 7 bewegen sich im Bereich von $d = -.44$ bis $-.69$.

3.5.1.10 Positive Zustände

**Positive Zustände Therapeut -
Annäherungsmodus Patient (Gesamt)**

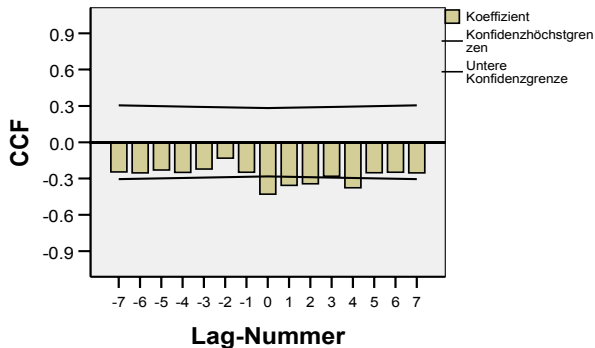


Abbildung 3.5.20: Kreuzkorrelationen zwischen Herstellen positiver Zustände durch den Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe, n =50)

**Positive Zustände Therapeut -
Annäherungsmodus Patient (Depression)**

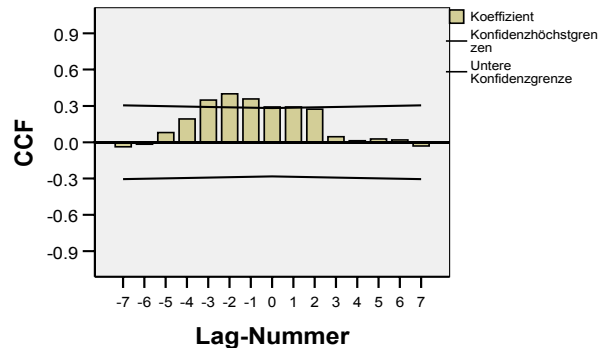


Abbildung 3.5.21: Kreuzkorrelationen zwischen Herstellen pos. Zustände durch den Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Depression, n = 50)

**Positive Zustände Therapeut -
Vermeidungsmodus Patient (Gesamt)**

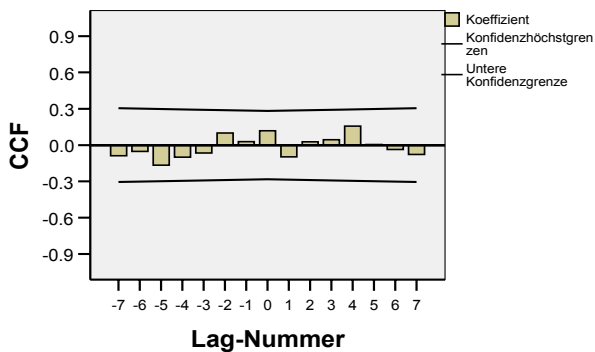


Abbildung 3.5.22: Kreuzkorrelationen zwischen Herstellen pos. Zustände durch den Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Gesamtstichprobe n, =50)

**Positive Zustände Therapeut -
Vermeidungsmodus Patient (Depression)**

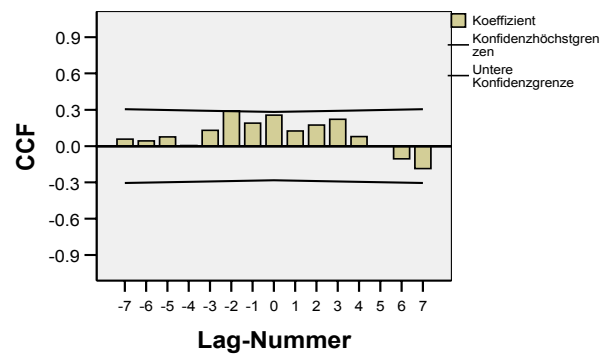


Abbildung 3.5.23: Kreuzkorrelationen zwischen Herstellen pos. Zustände durch den Therapeuten Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Stunden (Depression, n = 50)

Ein erstaunliches Resultat zeigen die Kreuzkorrelationen zwischen der *Induktion positiver Zustände* und der *annähernden motivationalen Ausrichtung* der Patienten in der *Gesamtstichprobe* (Abbildung 3.5.20). Alle Kreuzkorrelationen sind negativ. Bei *Depressiven* steht das Vermitteln *positiver Zustände* kurzfristig mit stark ausgeprägter *annähernden Motivation* in Beziehung. Bereits nach zwei lags zeigen sich jedoch Nullkorrelationen. Mit der Vermeidungsmotivation zeigen sich keine stabilen Zusammenhangsmuster.

3.5.1.11 Übersicht über die Ergebnisse der Interaktion zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung der Therapeuten und motivationaler Ausrichtung der Patienten

- Eine sich an den Bedürfnissen des Patienten orientierende Beziehungsgestaltung steht mit der *annähernden motivationale Ausrichtung* der Patienten in den nachfolgenden Minuten in Beziehung. Diese Zusammenhänge sind in der heterogenen Stichprobe *stärker* ausgeprägt und *nachhaltiger* als bei Depressiven. Die deutlichsten Zusammenhangsmuster ergeben sich mit Interventionen hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses*, des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* sowie des *Selbstwertbedürfnisses* (Gesamtstichprobe).
- Eine bedürfnisorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung steht – vor allem bei Depressiven – in den nachfolgenden Minuten zwar marginal, jedoch langfristig mit einer tief ausgeprägten *vermeidenden* motivationalen Ausrichtung in Beziehung. Deutliche Zusammenhänge ergeben sich mit Interventionen hinsichtlich der *Bindung* und dem *Selbstwert*, wobei mit letzterem die nachhaltigsten Effekte beobachtet wurden.
- *Bedürfniskompatible Interventionen* werden häufiger realisiert, wenn Patienten sich im *Annäherungsmodus* befinden.
- Diese Zusammenhänge sind nur in *erfolgreichen* Stunden beobachtbar.

3.5.2 Zusammenhang zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung und Interaktionsstilen

Im vorangehenden Teil konnte gezeigt werden, dass eine durch den Therapeuten realisierte bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung beim Patienten zu einem motivationalen Priming bezüglich Annäherung und Vermeidung führt, und dass bedürfnisorientierte Interventionen vor allem bei annähernd motivierten Patienten realisiert werden (negative lags). Weitere Analysen sollen aufdecken, *welche Interaktionsstile* die Realisierung einer komplementären Beziehungsgestaltung begünstigen und welche diese erschweren.

Fragestellung 4(b) In welchem Zusammenhang stehen Interaktionsstil von Therapeut und Patient mit bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung?

Naheliegender ist die Vermutung, dass es *freundlichen* Therapeuten besser gelingt, sich komplementär zu Patientenbedürfnissen zu verhalten und dies durch einen *freundlichen* Interaktionsstil derselben begünstigt wird.

Hypothese 4 (b) Therapeuten mit freundlichem Interaktionsstil gelingt es besonders gut, eine bedürfnisorientierte Therapiebeziehung zu realisieren, denjenigen mit feindseligem Interaktionsstil gelingt dies besonders schlecht. Das Etablieren einer bedürfnisorientierten Therapiebeziehung kann vor allem bei Patienten mit freundlichem Interaktionsstil beobachtet werden, wohingegen die Therapiebeziehung mit feindseligen Patienten am wenigsten gut realisiert wird.

Die Fragestellungen wurden mittels Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil und Beziehungsgestaltung, getrennt nach Stichproben, durchgeführt.⁸⁸

3.5.2.1 Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und bedürfnisorientierten Interventionen in der heterogenen Gesamtstichprobe

Zu Beginn der Analyse wird kurz referiert, ob sich zwischen den Erfolgsgruppen Mittelwertsunterschiede bezüglich des Interaktionsverhaltens zeigen. Ausführliche Ergebnisse diesbezüglich können in Anhang F4 eingesehen werden.

In der *Gesamtstichprobe* unterscheidet sich der Interaktionsstil *der Therapeuten* nur geringfügig nach Erfolgsgruppe. In erfolgreichen Sitzungen wird das Interaktionsverhalten von *Therapeuten* häufiger als *freundlich* eingeschätzt ($d = .40$). Der Effekt ist nicht signifikant ($M_1 = 0.93$, $M_2 = 1.16$, $t(55) = 1.49$, $p = .14$).

Beim Interaktionsverhalten der *Patienten* wurden deutlichere Unterschiede beobachtet. In erfolgreichen Sitzungen wurden Patienten signifikant häufiger als *dominant* ($M_1 = 0.20$, $M_2 = 0.52$), t

⁸⁸ Durchgeführte Spearman-Korrelationen ergaben dieselben Resultate.

(55) = 2.25, $p < .05$) und *seltener als feindselig* ($M_1 = 0.25$, $M_2 = 0.08$), $t(55) = -2.07$, $p < .05$) eingeschätzt. Die Ergebnisse entsprechen einem Effekt im mittleren Bereich ($d = .58$, respektive $-.55$).

Die Korrelationen zwischen *Interaktionsstil des Therapeuten* und realisierter Beziehungsgestaltung (Tabelle 3.5.8) weisen in die Richtung des in Hypothese 4b postulierten Zusammenhangs:

Tabelle 3.5.8: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten, ausgedrückt in d-Effektstärken ($n = 57$)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient .u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	-0.20	0.14	-0.31	-0.31	-0.17
Freundlich	1.79	1.70	1.18	2.00	1.13
Unterwürfig	-0.46	-0.40	-0.54	-0.44	-0.15
Feindselig	-0.73	-0.85	-0.58	-0.79	-0.27

Anmerkungen: ^a BG Skala = Skala Beziehungsgestaltung. Dunkle Markierungen weisen auf signifikante ($p < .05$) Korrelationen hin.

Freundlichen Therapeuten gelingt es besonders gut, Patienten potentiell *bedürfnisbefriedigende Erfahrungen* zu vermitteln. Die Korrelation entspricht einem starken Effekt ($d = 1.79$). Auffallend ist die Stärke des Zusammenhangs im Bereich der *positiven Selbstwernerfahrungen* ($d = 2.00$). Aber auch Interventionen hinsichtlich der *Bindung* ($d = 1.70$), *Orientierung- und Kontrolle* ($d = 1.18$) und das Vermitteln *positiver Zustände* ($d = 1.13$) gelingt freundlichen Therapeuten sehr gut. *Feindselige Therapeuten* gelingt es insgesamt am wenigsten gut, eine bedürfnisorientierte Beziehung zu den Patienten herzustellen ($d = -.73$). Dies zeigt sich besonders deutlich in den Bereichen der *Bindung* ($d = -.82$) und des *Selbstwertes* ($d = -.79$).

Tabelle 3.5.9: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Patienten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten, ausgedrückt in d-Effektstärken ($n = 57$)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient. u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	-0.21	-0.08	-0.24	-0.22	-0.20
Freundlich	1.25	1.13	1.00	1.00	1.18
Unterwürfig	0.04	0.03	0.14	0.00	-0.07
Feindselig	-0.11	0.04	-0.20	-0.07	-0.15

Anmerkungen: ^a BG Skala = Skala Beziehungsgestaltung. Dunkle Markierungen weisen auf signifikante ($p < .05$) Korrelationen hin.

Ein klares Ergebnis zeigen die Korrelationen zwischen *Verhaltensweisen der Patienten* und *bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung* des Therapeuten (Tabelle 3.5.9). Bei Patienten mit einem *freundlichen Interaktionsstil* ergeben sich hohe Effektstärken für *alle* Aspekte der Beziehungsgestaltung ($d = 1.00$ bis 1.25). Schwache und statistisch nicht signifikante Zusammenhänge finden sich zwischen komplementärer Beziehungsgestaltung des Therapeuten und *dominantem, unterwürfigem* sowie *feindseligem* Interaktionsstil des Patienten.

3.5.2.2 Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und bedürfnisbefriedigenden Interventionen in der Teilstichprobe Depression

Zu Beginn der Analyse werden wieder kurz die Gruppenunterschiede im Interaktionsverhalten referiert: Bezüglich des Interaktionsverhaltens der *Therapeuten* zeigen sich bei der therapeutischen Arbeit mit *depressiven Patienten* deutliche Unterschiede. In der hohen Erfolgsgruppe finden sich signifiant mehr *freundliche Therapeuten* ($M_1 = 0.71$, $M_2 = 1.00$, $t(23) = 2.11$, $p < .05$) der Effekt ist gross ($d = .88$). Erfolgreiche Therapeuten verhalten sich zudem *weniger unterwürfig* ($d = -.68$). Der Mittelwertsunterschied entspricht einem Trend ($M_1 = 0.15$, $M_2 = 0.02$, $t(23) = -1.59$, $p = .10$).

Auch seitens der *Patienten* fallen die Gruppenunterschiede deutlicher aus als in der heterogenen Gesamtstichprobe. Patienten in erfolgreichen Sitzungen fallen durch signifikant *dominanteres* ($M_1 = 0.07$, $M_2 = 0.33$, $t(23) = 2.25$, $p < .05$, $d = .93$) und tendenziell (Trend) *freundlicheres* ($M_1 = 0.55$, $M_2 = 0.85$, $t(23) = 1.89$, $p = 0.07$, $d = .80$) Verhalten auf.

Die Korrelation zwischen *Interaktionsstil des Therapeuten* und Therapiebeziehung ergibt ein ähnliches Bild wie in der heterogenen Stichprobe: *Freundlichen* Therapeuten gelingt die Realisation einer bedürfnisorientierten Therapiebeziehung am besten ($d = 2.05$), *feindseligen* Therapeuten am wenigsten gut ($d = -.44$). Freundliche Therapeuten setzten sich besonders komplementär zum *Bindungsbedürfnis* depressiver in Beziehung ($d = 2.87$). Insgesamt sind alle Zusammenhänge zwischen *freundlichem Interaktionsstil* des Therapeuten und *komplementärer Beziehungsgestaltung* in der Teilstichprobe der Depressiven stärker ausgeprägt als in der Gesamtstichprobe.

Tabelle 3.5.10: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten, ausgedrückt in d-Effektstärken. Depression (n = 25).

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient. u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	0.10	0.48	-0.27	0.16	0.16
Freundlich	2.05	2.87	1.38	1.81	1.49
Unterwürfig	-0.14	-0.14	-0.16	-0.18	0.03
Feindselig	-0.44	-0.49	-0.32	-0.66	-0.08

Anmerkungen: ^a BG Skala = Skala Beziehungsgestaltung. Dunkle Markierungen weisen auf signifikante ($p < .05$) Korrelationen hin.

Tabelle 3.5.10 weist zudem auf den positiven Zusammenhang zwischen dominantem *Interaktionsstil der Therapeuten* und *positiven Bindungserfahrungen* hin ($d = .48$). Die Korrelation wird zwar nicht statistisch signifikant, dies ist jedoch auf die geringe Power zurückzuführen ($n = 25$). Ein solcher Zusammenhang konnte in der heterogenen Gesamtstichprobe nicht gefunden werden.

Die Korrelationstabelle zwischen *Interaktionsstil des Patienten* und realisierter Therapiebeziehung durch den Therapeuten (Abbildung 3.5.11) zeigt bei Depressiven in Analogie zur Gesamtstichprobe, dass bedürfnisbefriedigende Interventionen vor allem in der Arbeit mit *freundlichen Patienten* gut realisiert werden können ($d = 1.59$).

Tabelle 3.5.11: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Patienten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten, ausgedrückt in d-Effektstärken. Depression (n = 25).

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient. u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	0.21	0.35	0.12	0.26	-0.02
Freundlich	1.59	1.63	1.52	1.19	1.28
Unterwürfig	0.07	0.12	-0.02	0.17	-0.02
Feindselig	0.11	0.32	-0.16	0.26	0.08

Anmerkungen: ^a BG Skala = Skala Beziehungsgestaltung. Dunkle Markierungen weisen auf signifikante ($p < .05$) Korrelationen hin.

3.5.2.3 Übersicht über die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung

- In der *Gesamtstichprobe* gibt es keine Unterschiede im Interaktionsstil der Therapeuten. Patienten zeichnen sich durch *dominanteres* und *weniger feindseliges* Verhalten aus.
- Bei *Depressiven* sind *erfolgreiche* Therapeuten *freundlicher* und *weniger unterwürfig*. Patienten in erfolgreichen Stunden wurden als *freundlicher* und *dominanter* eingeschätzt.
- Positive Zusammenhänge ergeben sich zwischen einer *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* und *freundlichem Interaktionsstil* (Therapeuten und Patienten) (Heterogene Stichprobe und Stichprobe der Depressiven). Ein negativer Zusammenhang zeigt sich zwischen *feindseligem Therapeutenverhalten* und einer *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* (Gesamtstichprobe).

3.5.3 Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung der Patienten

Nachdem der Interaktionsstil von Patient und Therapeut mit dem Realisieren bedürfnisbefriedigender Interventionen in Beziehung gebracht wurde, interessieren des Weiteren noch die Zusammenhänge zwischen *Interaktionsstil* und *motivationaler Ausrichtung der Patienten*.

Fragestellung 4 (c) In welchem Zusammenhang steht der *Interaktionsstil des Patienten* mit dessen motivationaler Ausrichtung?

Hypothese 4 (c) Freundliche Patienten sind durch eine annähernde und wenig vermeidende motivationale Ausrichtung gekennzeichnet.

Die Hypothese kann für die Gesamtstichprobe bestätigt werden: *Freundliche Patienten* sind annähernd ($d = .53$) und wenig vermeidend motiviert ($d = -.63$). Die Zusammenhänge sind signifikant und entsprechen einem mittleren Effekt. Explorativ werden die Zusammenhänge mit den andern Interaktionsstilen untersucht. Die Analyse ergibt plausible Ergebnisse: *Dominante Patienten* sind stark annähernd motiviert ($d = .49$), *unterwürfige Patienten* zeichnen sich durch wenig Annäherungs- ($d = -.75$) und eine stark ausgeprägte Vermeidungsmotivation aus ($d = 1.05$) und *feindselige Patienten* sind in erster Linie vermeidend ($d = 1.47$).

Tabelle 3.5.12: Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung des Patienten, ausgedrückt in d-Effektstärken ($n = 57$)

	AM ^a	VM ^b
Dominant	0.49	-0.12
Freundlich	0.53	-0.62
Unterwürfig	-0.75	1.05
Feindselig	-0.42	1.47

Anmerkungen: ^a AM = Annäherungsmodus; ^b VM = Vermeidungsmodus;
Dunkle Markierungen weisen auf signifikante Korrelationen hin oder solche im Bereich eines Trends ($p \leq .10$) hin.

Die Zusammenhänge sind bei depressiven Patienten noch stärker ausgeprägt (werden jedoch auf Grund der kleinen Stichprobe nicht immer signifikant)⁸⁹: *Freundliche Patienten* zeichnen sich durch eine stark aktivierte annähernde ($d = .76$) und wenig ausgeprägt vermeidende ($d = -.68$) Motivation aus, *dominante Patienten* sind in erster Linie annähernd ($d = .58$) motiviert, bei *unterwürfigen Patienten* überwiegt die Vermeidungsmotivation ($d = 1.12$) und in die gleiche, jedoch pointiertere Richtung weist der Zusammenhang für *feindselige Patienten* (Annäherungsmodus $d = -.50$, Vermeidungsmodus $d = 2.16$).

⁸⁹ Da die Richtung des Zusammenhangs dieselbe ist wie in der Gesamtstichprobe, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse nicht zufällig sind. Aus diesem Grund werden Effekte ab $d > .50$ interpretiert, auch wenn sie nicht gegen den Zufall abgesichert werden konnten.

Tabelle 3.5.13: Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung des Patienten, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression, n = 25)

	AM ^a	VM ^b
Dominant	0.58	-0.20
Freundlich	0.76	-0.68
Unterwürfig	-0.30	1.12
Feindselig	-0.50	2.16

Anmerkungen: ^a AM = Annäherungsmodus; ^b VM = Vermeidungsmodus;
 Dunkle Markierungen weisen auf signifikante Korrelationen oder solche im Bereich eines statistischen Trends ($p \leq .10$) hin.

Es kann festhalten werden, dass vor allem bei *unterwürfigen* und *feindseligen* Patienten eine stark ausgeprägte *Vermeidungsmotivation* und *keine annähernde* motivationale Ausrichtung beobachtet werden kann. Bei *freundlichen* Patienten dominiert der *Annäherungs-* gegenüber dem *Vermeidungsmodus*.

3.5.3.1 Übersicht über die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung der Patienten

- *Freundliche Patienten* sind stark annähernd und wenig vermeidend motiviert. Auch bei *dominanten Patienten* ist dieses Muster in abgeschwächter Form erkennbar.
- Bei *unterwürfigen* und *feindseligen Patienten* dominiert die vermeidende motivationale Ausrichtung über die Annäherungsmotivation. Am stärksten vermeidend motiviert sind *feindselige* Patienten.
- Bei *Depressiven* sind die Zusammenhänge stärker ausgeprägt als in der Gesamtstichprobe.

3.6 Fünfte Fragestellung: Stringenz und Zeitpunkt durchgeführter Interventionen

3.6.1 Stringenz durchgeführter Interventionen

Im ersten Teil der Ergebnisse (Fragestellungen 1 bis 4) wurde vorwiegend der *Kontext der Problembearbeitung* untersucht. Die nächsten beiden Fragen (5 und 6) widmen sich der Analyse der *durchgeführten Interventionen*. Als erstes (5a) wird die *Intensität der Problembearbeitung*⁹⁰ untersucht. Hier interessiert die Frage nach deren *Stringenz*. Es wird davon ausgegangen, dass in erfolgreichen Sitzungen hartnäckiger, also stringenter an einem Themenbereich gearbeitet wird. Im zweiten Teil der Analyse wird untersucht, ob sich die Erfolgsgruppen hinsichtlich der *Stringenz durchgeführter spezifischer Interventionen* unterscheiden. Es wird angenommen, dass erfolgreiche Therapeuten Interventionen ausdauernder durchführen, und dass sie weniger zwischen verschiedenen Techniken hin und her springen. Die diesbezüglichen Analysen werden nur für die Gesamtstichprobe durchgeführt, da keine störungsspezifischen Ergebnisse erwartet werden.

Fragestellung 5 (a) Wie unterscheiden sich erfolgreiche von weniger erfolgreichen Therapiesitzungen hinsichtlich der *Stringenz* der Problembearbeitung?

Hypothese 5 (a) In erfolgreichen Sitzungen sind Stringenz der Problembearbeitung und Stringenz durchgeführter Interventionen besser verwirklicht als in weniger erfolgreichen Sitzungen.

3.6.1.1 Stringenz der Problembearbeitung

Als erstes wird untersucht, ob die *Stringenz der Problembearbeitung* in erfolgreichen Stunden besser realisiert wurde. *Stringenz der Problembearbeitung (Stringenz 1)* ist definiert als die an der Sitzungslänge standardisierte Dauer der *ununterbrochenen* Problembearbeitung. *Stringenz 2* ist die an der Sitzungslänge standardisierte Anzahl *Wechsel* zwischen Problembearbeitung und keiner Problembearbeitung (vgl. für die Operationalisierung der Stringenzmasse auch den Methodenteil, Abschnitt 2.7.2).

Stringenz 1 (Dauer der Problembearbeitung):

Maximale Dauer der ununterbrochenen Problembearbeitung / Dauer der Therapie in Minuten

Stringenz 2 (Anzahl Sprünge):

Anzahl der Sprünge (Problembearbeitung / keine Problembearbeitung) / Dauer der Therapie in Minuten

⁹⁰ Die Intensität der Problembearbeitung wurde definiert als effektive Arbeit am jeweiligen Therapieziel des Patienten

Tabelle 3.6.1 veranschaulicht die deskriptive Analyse für die in die Untersuchung einflussenden Variablen inklusive der ermittelten Stringenzmasse. Die deskriptive Analyse macht deutlich, dass sich die *Dauer der ununterbrochenen Problembearbeitung* nach Sitzung stark unterscheidet. Der Range reicht von 18 bis 72 Minuten. Die Variable weist einen hohen Mittelwert ($M = 48.03$) und eine grosse Streuung auf ($SD = 10.56$). Entsprechend fällt auch *Stringenz 1*, welche einen maximalen Wert von 1 einnehmen kann, mit einem Mittelwert von 0.88 ($SD 0.14$), hoch aus. Die *Anzahl Sprünge* während einer Stunde reicht von 0 bis 6 mit einem Mittelwert von 2 ($SD 1.58$). Die Variable *Stringenz 2* hat einen entsprechend tiefen Mittelwert von 0.04 ($SD 0.02$).

Tabelle 3.6.1: Deskriptive Analyse für die Variablen der Stringenz der Problembearbeitung

	N	Min	Max	M	SD
Dauer Therapie in Minuten	57	22.00	73.00	54.56	7.93
Erste Sequenz der Problembearbeitung	57	0.00	38.00	4.84	7.49
Letzte Sequenz der Problembearbeitung	57	21.00	72.00	51.87	8.48
Dauer der Problembearbeitung	57	18.00	72.00	48.03	10.56
Anzahl Sprünge	57	0.00	6.00	2.00	1.58
Stringenz 1 (Dauer der Problembearbeitung)	57	0.30	1.00	0.88	0.14
Stringenz 2 (Sprünge)	57	0.00	0.10	0.04	0.02

Die Stringenzmasse wurden mit Stundenerfolg korreliert (Spearman-Korrelationen). Beide Korrelationen fallen tief aus und werden statistisch nicht signifikant. Wie auf Grund der Berechnungen in Abschnitt 3.2 zu erwarten war⁹¹, ergibt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der an der Sitzungslänge standardisierten *Dauer der Problembearbeitung (Stringenz 1)* und dem Sitzungserfolg ($\rho = -.21$), was bedeutet, dass in *wenig* erfolgreichen Stunden *geringfügig länger* ununterbrochen an einem Problembereich gearbeitet wird als in erfolgreichen Sitzungen.

Die Korrelation zwischen der *Anzahl Sprünge zwischen Problembearbeitung / keiner Problembearbeitung (Stringenz 2)* mit dem Stundenerfolg fällt positiv aus ($\rho = .11$). In *erfolgreichen* Stunden wird die Problembearbeitung *geringfügig häufiger* durch Sequenzen unterbrochen, in denen *nicht* am Problem gearbeitet wird. Die Ergebnisse sind statistisch nicht signifikant, daher ist von einer Interpretation abzusehen.

3.6.1.2 Stringenz durchgeführter Interventionen

Die Stringenz durchgeführter Interventionen wurde ebenfalls untersucht. Die *Stringenz der Intervention (1)* ist die an der Sitzungslänge standardisierte Dauer, in welcher eine *Interventionsart ohne Unterbrechung* durchgeführt wurde. *Stringenz der Intervention (2)* ist die an der Sitzungsdauer standardisierte *Anzahl Wechsel zwischen unterschiedlichen Interventionstypen* (klärende, bewältigungsorientierte und interpersonale Interventionen).

Stringenz der Intervention 1 (Dauer der Intervention):
Maximale Dauer der Intervention / Dauer der Therapie in Minuten

⁹¹ In Abschnitt 3.2 zeigte sich, dass in erfolgreichen Stunden weniger intensiv an den Problemen der Patienten gearbeitet wurde als in wenig erfolgreichen Stunden. Die mittlere Intensität erwies sich jedoch in beiden Erfolgsgruppen als sehr hoch.

Stringenz der Intervention 2 (Anzahl Sprünge)

Anzahl der Wechsel zwischen verschiedenen Interventionstypen / Dauer der Therapie in Minuten

Im Schnitt *dauerte* eine Intervention 15 Minuten (Tabelle 3.6.3), die Streuung ist gross (SD = 10.56). Der Range der *Wechsel* zwischen verschiedenen Interventionstypen reicht von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 21. Der Durchschnitt liegt bei 7.49 (SD 4.53).

Tabelle 3.6.2: Deskriptive Analyse für die Stringenz der Interventionen

	N	Min	Max	M	SD
Dauer der Therapie in Minuten	57	22.00	73.00	54.56	7.93
Erste Sequenz der Intervention	57	0.00	50.00	22.52	11.65
Letzte Sequenz der Intervention	57	0.00	61.00	36.54	13.89
Maximale Dauer der Intervention	57	1.00	41.00	15.01	10.56
Anzahl Wechsel zwischen Interventionen	57	0.00	21.00	7.49	4.53
Stringenz 1 der Intervention	57	0.02	0.74	0.26	0.18
Stringenz 2 der Intervention	57	0.00	0.37	0.13	0.08

Die Korrelationen mit dem Stundenerfolg ergeben ein ähnliches Bild wie bei vorangehenden Analysen (Tabelle 3.6.4): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen *Dauer der Intervention (Stringenz der Intervention 1)* und Stundenerfolg ($\rho = -.24$) im Bereich eines statistischen Trends ($p = .06$). In *erfolgreichen* Stunden dauert die *Durchführung einer Intervention* somit *weniger lange*. Kein interpretierbarer Zusammenhang zeigte sich zwischen der *Anzahl der Wechsel zwischen Interventionstypen (Stringenz 2)* und Sitzungserfolg.

Die vorangehenden Analysen ergaben, dass in *erfolgreichen* Stunden *durchgeführte Interventionen (Stringenz der Intervention 1)* tendenziell *weniger lange dauern* als in wenig erfolgreichen Stunden.

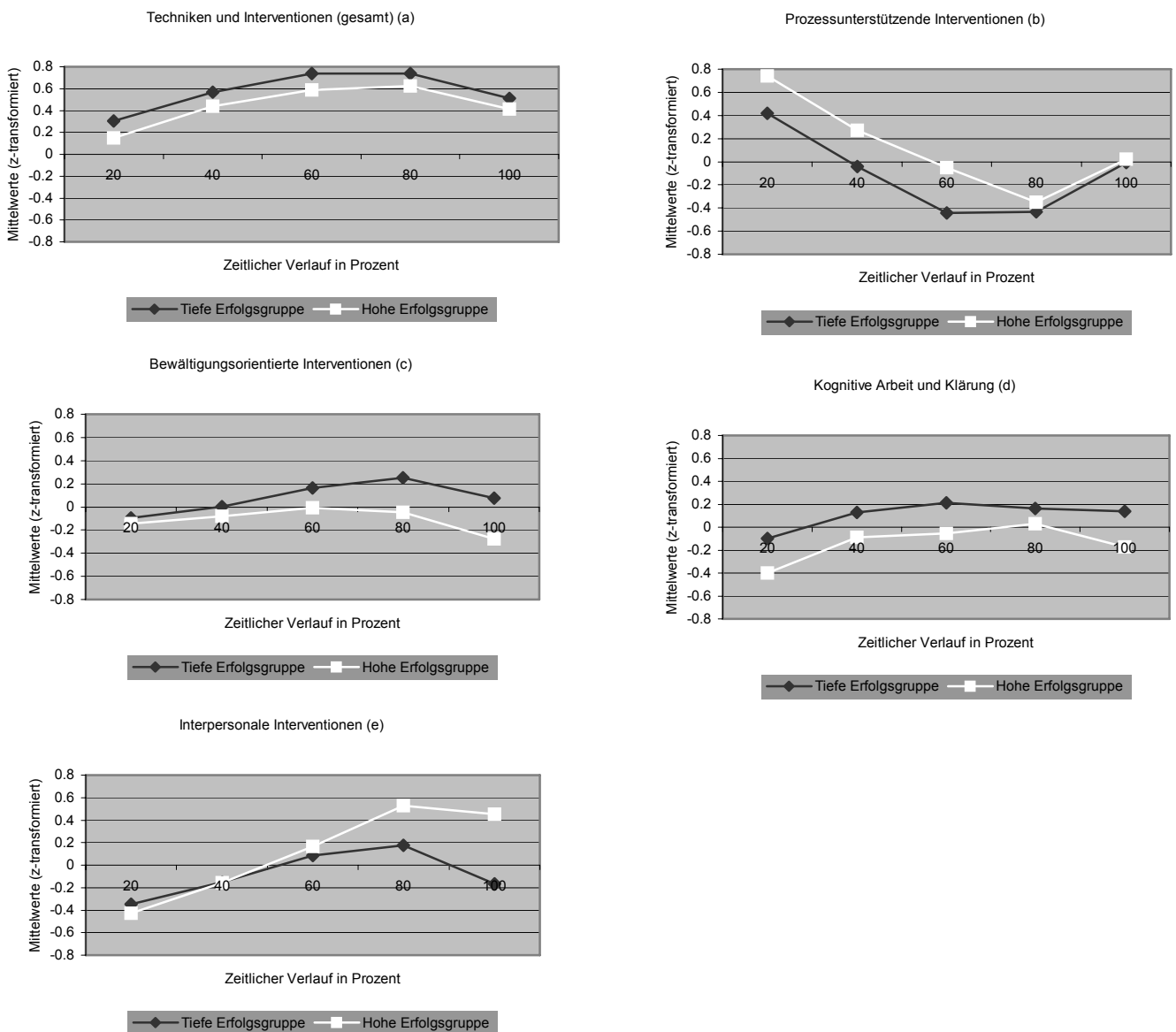
Im Folgenden wird untersucht, zu *welchem Zeitpunkt* erfolgreiche Interventionen durchgeführt werden. Es wird vermutet, dass *spezifische Interventionen* (Bewältigung, kognitive Arbeit und Klärung, interpersonale Interventionen) in erfolgreichen Sitzungen vor allem im mittleren Sitzungsteil stattfinden, während *prozessunterstützende Interventionen* in diesen insbesondere zu Beginn und am Ende der Stunde Anwendung finden.

3.6.2 Zeitpunkt durchgeführter Interventionen

Fragestellung 5 (b) Zu welchem Zeitpunkt werden erfolgreiche Interventionen durchgeführt?

Hypothese 5 (b) Erfolgreiche Sitzungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Techniken und Interventionen vor allem in der Stundenmitte realisiert werden. Prozessunterstützende Interventionen können vermehrt zu Beginn und am Ende der Sitzung beobachtet werden.

Abbildungen 3.6.1 a bis d stellen die standardisierten Verlaufsdarstellungen dar.



Abbildungen 3.6.1 a bis e: Z-standardisierte Verläufe der Variablen Techniken und Interventionen (Skala), prozessunterstützende, bewältigungsorientierte, kognitive und klärende sowie interpersonale Interventionen im Stundenverlauf, getrennt nach Erfolgsgruppen. Durchschnittliche Stichprobe pro Sequenz $n_1 = 220$, $n_2 = 160$.

Die deskriptiven Ergebnisse wurden inferenzstatistisch mittels ANOVA mit Messwiederholung überprüft. Für alle Messzeitpunkte ist die Varianzhomogenität gegeben.

Tabelle 3.6.3: Varianzanalyse mit Messwiederholung für die verschiedenen Interventionstypen (Erfolg * Zeit > Intervention). $n_1 = 28$, $n_2 = 29$.

Quelle der Varianz	df	F
Techniken (gesamt)		
zeit	4	27.58***
erfolg	1	5.13 *
zeit * erfolg	4	0.77
Fehler innerhalb der Gruppen	55	(0.28)
Prozess		
zeit	4	27.58***
erfolg	1	5.13*
zeit * erfolg	4	0.77
Fehler innerhalb der Gruppen	55	(0.28)
Bewältigungsorientierte Interventionen		
zeit	4	0.92
erfolg	1	0.16
zeit * erfolg	4	1.14
Fehler innerhalb der Gruppen	55	(0.16)
Kognitive Arbeit und Klärung		
zeit	4	3.51*
erfolg	1	5.35 *
zeit * erfolg	4	0.06
Fehler innerhalb der Gruppen	55	(0.14)
Interpersonale Interventionen		
zeit	4	5.61**
erfolg	1	0.02
zeit * erfolg	4	0.47
Fehler innerhalb der Gruppen	55	(0.29)

Anmerkung: Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die mittleren Quadratfehler.
F-Wert aus Pillai-Spur. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Für die Techniken (gesamt) und die prozessunterstützenden Interventionen ergeben sich Haupteffekte für die Faktoren *Zeit* und *Erfolg*. Es ergibt sich kein signifikanter Interaktionseffekt. Es kann somit festgehalten werden, dass (1) in *erfolgreichen* Sitzungen *mehr prozessunterstützende* und *weniger „spezifische“ Interventionen* durchgeführt werden und (2) dass in beiden Erfolgsgruppen „spezifische“ Interventionen häufiger im *mittleren Sitzungsteil* durchgeführt werden, während unspezifische (prozessunterstützende) Interventionen vor allem zu *Beginn* und am *Ende* der Sitzung realisiert werden.

Für die *bewältigungsorientierten Interventionen* ergeben sich weder ein Haupt- noch ein Interaktionseffekt. Somit sind weder die deskriptiv gefunden zeitlichen Veränderungen noch die Gruppenunterschiede interpretierbar.

Die ANOVA für *kognitive Arbeit und klärende Interventionen* ergibt signifikante Haupteffekte für die Faktoren *Zeit* und *Erfolg*, jedoch keinen Interaktionseffekt. Inhaltlich bedeutet dies, (1) dass in *wenig* erfolgreichen Sitzungen häufiger kognitiv gearbeitet und geklärt wird als in erfolgreichen Sitzungen (2) und dass kognitive und klärende Interventionen in *beiden Erfolgsgruppen* häufiger im mittleren und letzten Sitzungsteil stattfinden.

Für die *interpersonalen Interventionen* ergibt die ANOVA einen signifikanten Effekt für den *Zeitfaktor*. Interpersonale Interventionen nehmen im zeitlichen Verlauf zu.

3.6.2.1 Übersicht über die Ergebnisse zur Stringenz und dem Zeitpunkt durchgeführter Interventionen

- In erfolgreichen Stunden *dauern spezifische Interventionen* tendenziell weniger lange als in weniger erfolgreichen Stunden.
- *Interventionen* (typenübergreifend) finden in beiden Erfolgsgruppen vor allem im *mittleren* Sitzungsteil statt während *prozessunterstützende Interventionen* vermehrt zu *Beginn* und am *Ende* der Stunde beobachtet werden können. In *erfolgreichen Sitzungen* finden *mehr* prozessunterstützende und *weniger* spezifische Interventionen statt als in wenig erfolgreichen Stunden.
- *Kognitive und klärende Interventionen* finden vorwiegend in *wenig erfolgreichen* Sitzungen statt. Diese werden vor allem im *mittleren und letzten Teil* der Stunde durchgeführt.
- *Interpersonale Interventionen* werden im Stundenverlauf mit *zunehmender Intensität* durchgeführt.

3.7. Sechste Fragestellung: Motivationaler und interpersonaler Kontext realisierter Interventionen

Durch vorangehende Analysen konnte gezeigt werden, dass lediglich *geringfügige Unterschiede* in Stringenz und Zeitpunkt durchgeführter Interventionen vorhanden sind. Die Vermutung ist naheliegend, dass weniger die Intensität, sondern viel mehr der *motivationale und interpersonale Kontext* durchgeführter Interventionen entscheidend für deren Erfolg ist. Dieser Frage widmet sich nachfolgende Analyse.

Fragestellung 6 In welchem *Kontext (bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung, motivationale Ausrichtung der Patienten)* finden erfolgreiche und wenig erfolgreiche Interventionen statt?

Hypothese 6 Erfolgreiche Therapeuten führen der Problembearbeitung direkt dienliche spezifische Interventionen (Bewältigung, Kognitive Arbeit und Klärung, Interpersonale Interventionen) in einem günstigen Kontext durch (bedürfnisorientierte Therapiebeziehung, stark angenäherte, wenig vermeidende Patienten).

Zur Beantwortung von Fragestellung 6 wurden Kreuzkorrelationen zwischen den *therapeutisch realisierten spezifischen Interventionen, der bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* und der *motivationalen Ausrichtung* der Patienten durchgeführt. Die Berechnung der Kreuzkorrelationen erfolgte mit aggregierten Werten auf der Ebene der Patienten und der standardisierten Sitzungsdauer (zwei Sitzungsprozent) (vgl. Methodenteil 2.7.2). Ein lag entspricht dem aggregierten Wert einer Minute. Die Stärke der Kreuzkorrelationskoeffizienten wird in d-Effektstärken ausgedrückt, welche in Anhang F6 eingesehen werden können. Da nicht von differentiellen Zusammenhängen für depressive Patienten ausgegangen wird, werden die Berechnungen an der heterogenen Gesamtstichprobe durchgeführt. Geneigte Leser und Leserinnen, welche sich für depressionsspezifische Effekte interessieren, finden die entsprechenden Kreuzkorrelationen in Anhang F6 (Abbildungen F6-23 bis 52).

Zur Überprüfung der Hypothese wurden Kreuzkorrelationen mit einer aus allen *spezifischen Interventionen* gebildeten *Skala*⁹² durchgeführt. Zudem wurden explorativ Kreuzkorrelationen mit Interventionstypen auf *Kategorieebene* berechnet, namentlich mit *bewältigungsorientierten Interventionen im engeren Sinn des Wortes*⁹³, *klärende Interventionen*⁹⁴, sowie mit *interpersonalen Interventionen i.e.S.*⁹⁵. In Anhang F können die Häufigkeiten der Interventionen auf *Ober- und Kategorieebene* eingesehen werden.

⁹² Die Skala ist ein additiver Index auf Basis der Interventionen auf Oberkategorieebene (Bewältigungsorientierte Interventionen + Kogn./Klärende Interventionen + Interpersonale Interventionen + Emotionsregulation) / 4.

⁹³ Im Manual mit der Kategorie 201 *Veränderung des und direkte Arbeit am Problemverhalten* bezeichnet und der Oberkategorie der *Verhaltensrelevanten und bewältigungsorientierten Interventionen* zuzuordnen (vgl. Methodenteil 2.3.1 sowie Manual in Anhang D).

⁹⁴ Im Manual mit den Kategorien 303 *Klären selbstrelevanter Schemata* sowie Kategorie 304 *Verändern selbstrelevanter Schemata* bezeichnet und der Oberkategorie *kognitive und klärende Interventionen* zuzuordnen.

⁹⁵ Im Manual mit der Kategorie 401 *Eigene Beziehungsmuster, Auswirkungen eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt, interpersonale Konflikte* bezeichnet und der Oberkategorie der *Interpersonalen Interventionen* zuzuordnen.

Interventionen (Skala) auf Oberkategorieebene

Interventionen (Skala) Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

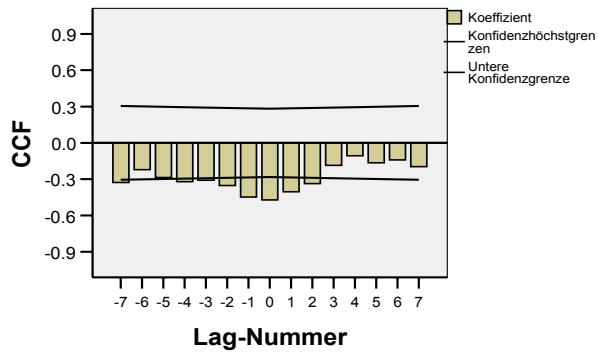


Abbildung 3.7.1: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

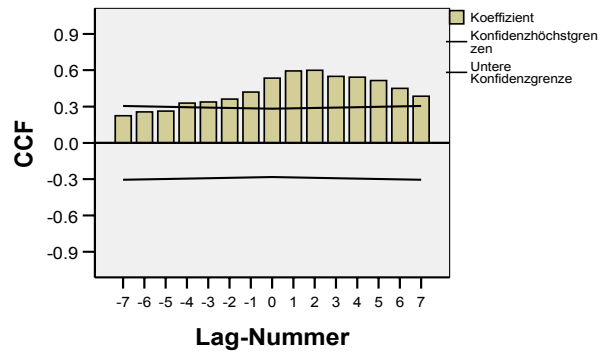


Abbildung 3.7.2: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

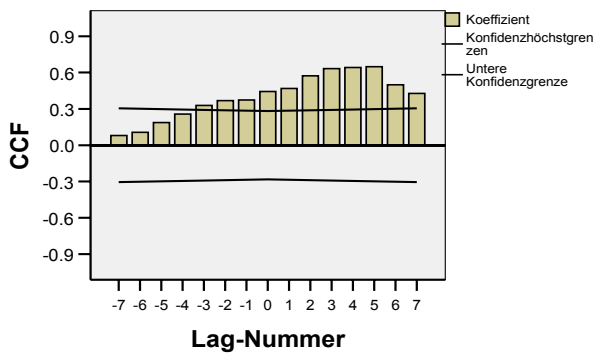


Abbildung 3.7.3: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

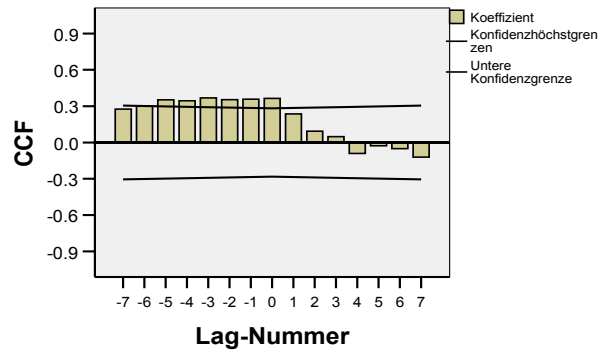


Abbildung 3.7.4: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

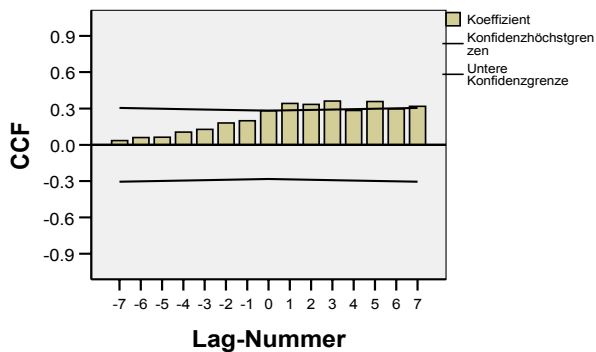


Abbildung 3.7.5: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und der Beziehungsgestaltung Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

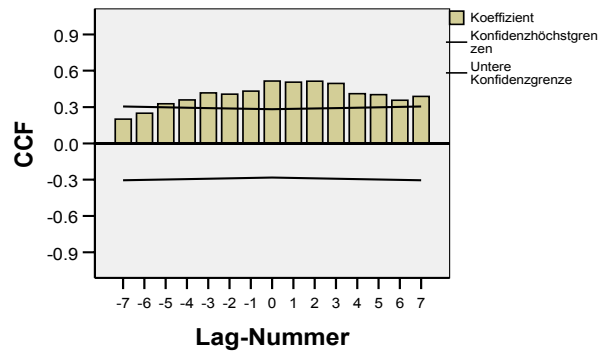


Abbildung 3.7.6: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und der Beziehungsgestaltung des Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichp., n = 50)

3.7.1 Interventionen (Skala) auf Oberkategorieebene

In *erfolgreichen* Stunden reagieren Therapeuten im Unterschied zu *wenig erfolgreichen* Stunden bei der Durchführung *spezifischer Interventionen*⁹⁶ *sensitiv* auf die *annähernde motivationale Ausrichtung* der Patienten. Sie führen diese dann durch, wenn Patienten in den vorangehenden Minuten *annähernd* motiviert waren (Abbildung 3.7.2, negative lags). Im Gegensatz dazu finden in weniger erfolgreichen Stunden Interventionen vorwiegend dann statt, wenn sich Patienten *nicht* im Annäherungsmodus befinden (Abbildung 3.7.1). Die hohen positiven Korrelationskoeffizienten in erfolgreichen Stunden (Abbildung 3.7.2, positive lags) zeigen auf, dass sich Patienten auch *nach* der Initiierung einer spezifischen Intervention nachhaltig im *Annäherungsmodus* befinden. Die Korrelationen bleiben bis zu lag 7 signifikant und können mit Effektstärken von $d = .83$ bis $d = 1.50$ (Anhang F6, Tabelle F6-2) als grosse Effekte eingestuft werden. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass erfolgreiche Therapeuten Interventionen auf die *annähernde motivationale Ausrichtung* der Patienten abstimmen und diese Interventionen die *Annäherungsmotivation nachhaltig* begünstigen. Im Gegensatz stimmen *wenig erfolgreiche* Therapeuten die Durchführung spezifischer Interventionen *nicht* mit der *Annäherungsmotivation* der Patienten ab und die spezifischen Interventionen begünstigen die annähernde Haltung der Patienten im weiteren Sitzungsverlauf *nicht*.

Was den *Vermeidungsmodus* anbelangt, zeigt sich ein etwas anderes Bild: Zwar führen *erfolgreiche* Therapeuten spezifische Interventionen auch dann durch, wenn Patienten in den vorangehenden Minuten *vermeidend* motiviert waren (Abbildung 3.7.4, negative lags), der Zusammenhang nimmt jedoch nach erfolgter Intervention markant ab. Erfolgreiche Interventionen stehen damit mit der *Reduktion einer vorangehend vorhandenen vermeidenden motivationalen Ausrichtung* in Zusammenhang. Umgekehrt verläuft es in weniger erfolgreichen Stunden: Auch hier werden Interventionen durchgeführt, wenn sich Patienten vorangehend im *Vermeidungsmodus* befanden (Abbildung 3.7.3, negative lags), die *vermeidende motivationale Ausrichtung steht nach initiierter Intervention* jedoch mit einer sehr starken Zunahme der Vermeidungsmotivation in Beziehung (in lag 5 ergibt sich eine Korrelation in der Höhe von $r = .63$, was einer Effektstärke von $d = 1.70$ entspricht) und die positive Korrelation bleibt *nachhaltig* bestehen.

Auch die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* ist in *erfolgreichen* Stunden gut verwirklicht, bevor Therapeuten spezifische Interventionen durchführen (Abbildung 3.7.6, negative lags) und der Zusammenhang bleibt *nach realisierter Intervention* langfristig positiv (positive lags). Der Zusammenhang ist nach lag 7 noch positiv und stark ausgeprägt ($r = .39$ bis $.51$, respektive $d = .84$ bis 1.20). Im Gegensatz dazu ist die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* in *wenig erfolgreichen* Stunden deutlich weniger gut realisiert, bevor Therapeuten zu spezifischen Interventionen ansetzen (Abbildung 3.7.5, negative lags).

⁹⁶ Spezifische Interventionen fanden häufiger in weniger erfolgreichen Sitzungen Anwendung (57 Prozent der eingeschätzten Minuten), während in erfolgreichen Sitzungen lediglich 44 Prozent der analysierten Minuten als spezifische Interventionen kategorisiert wurden (Anhang F6, Tabelle F6-1).

Bewältigungsorientierte Interventionen im engeren Sinn (Kategorienebene)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

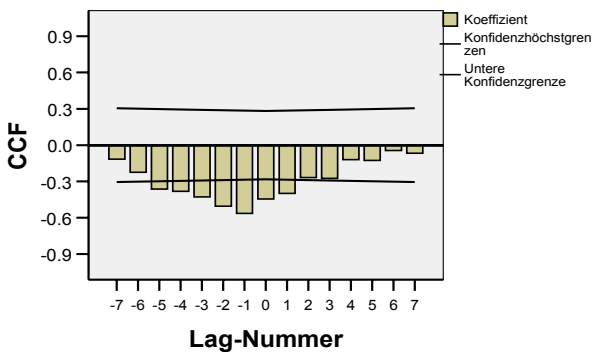


Abbildung 3.7.13: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie bewältigungsorient. Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

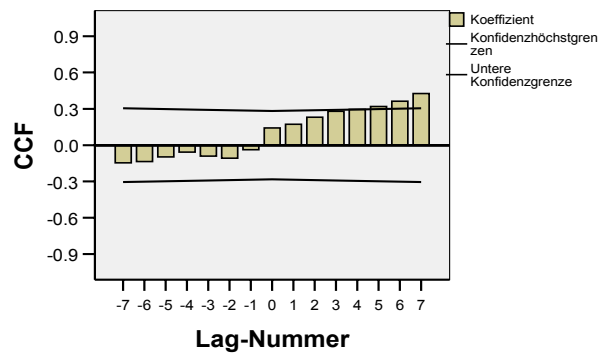


Abbildung 3.7.14: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie bewältigungsorient. Interventionen des Therap. und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n =50)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patiente (tiefe EG)

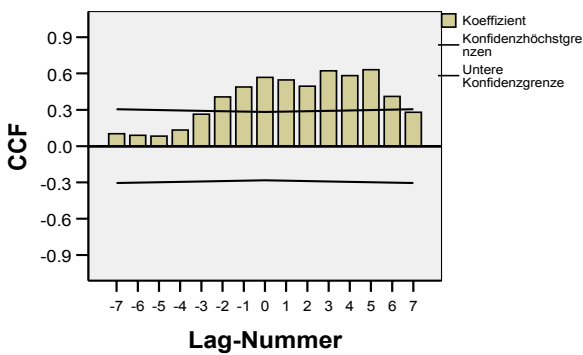


Abbildung 3.7.15: Kreuzkorrelationen zwischen Kategorie bewältigungsorient. Interventionen d. Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

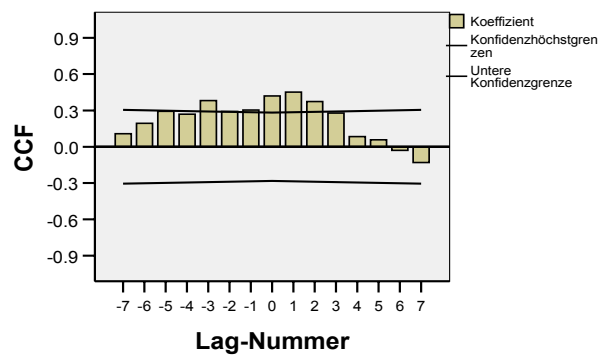


Abbildung 3.7.16: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie bewältigungsorient. Interventionen des Therap. und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n =50)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

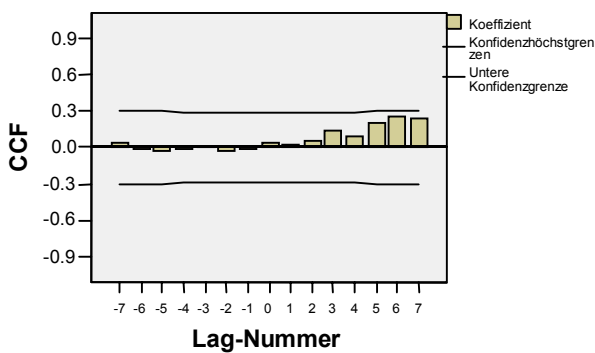


Abbildung 3.7.17: Kreuzkorrelationen zwischen Kategorie bewältigungsorient. Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Manualisierte bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

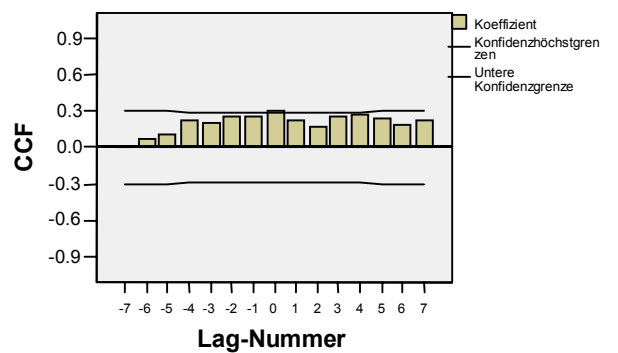


Abbildung 3.7.18: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie bewältigungsorient. Interventionen des Therap. und Beziehungsgestaltung des Therap. in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n =50)

3.7.2 Bewältigungsorientierte Interventionen im engeren Sinn

Es folgt die explorative Analyse kontextueller Zusammenhänge dreier Interventionen auf *Kategorienebene*. Als erstes werden *bewältigungsorientierte Interventionen* im engeren Sinn des Wortes betrachtet, d.h. solcher Interventionen, wie sie häufig in störungsspezifischen Manualen beschrieben werden (deshalb auch als „manualisierte“ bewältigungsorientierte Interventionen bezeichnet). Bewältigungsorientierte Interventionen im engeren Sinn konnten in der tiefen Erfolgsgruppe in 9.2 Prozent und in der hohen Erfolgsgruppe in 9.5 Prozent der analysierten Minuten beobachtet werden (Anhang F6, Tabelle F6-2).

In *erfolgreichen Stunden* steht die Durchführung bewältigungsorientierter Interventionen mit einer deutlichen und nachhaltigen Aktivierung der *annähernden motivationalen Ausrichtung* der Patienten in Beziehung (Abbildung 3.7.14, positive lags). Dieser Zusammenhang war *vor* Einführung der Intervention nicht beobachtbar (negative lags). Der *Vermeidungsmodus* ist kurz nach Einführung bewältigungsorientierter Interventionen hoch ausgeprägt, bereits nach dem 4 lag verschwindet dieser Zusammenhang und wird in lag 7 sogar negativ (Abbildung 3.7.16). Das bedeutet inhaltlich, dass sich in erfolgreichen Stunden die *vermeidende Haltung* der Patienten trotz bewältigungsorientierender Interventionen, von welchen angenommen wird, dass sie Vermeidung tendenziell eher begünstigen, im zeitlichen Verlauf abschwächt. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil der Zusammenhang mit der Vermeidungsmotivation *vor* Durchführung der Intervention relativ stark ausgeprägt ist (negative lags). Die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* ist sowohl *vor*, wie auch nach durchgeführter Intervention moderat günstig verwirklicht (Abbildung 3.7.18). Es kann somit festgehalten werden, dass erfolgreiche *Bewältigungsinterventionen* die *Annäherungsmotivation* des Patienten begünstigen und nach anfänglicher Aktivierung der *Vermeidungsmotivation* auch mit der Reduktion derselben in Beziehung stehen.

Ganz anders fällt das Bild in weniger *erfolgreichen Stunden* aus. Die negativen Kreuzkorrelationen verdeutlichen, dass keine Abstimmung zwischen *Durchführung bewältigungsorientierter Interventionen* und *Annäherungsmotivation* der Patienten stattfindet. Die Interventionen finden dann statt, wenn Patienten wenig angenähert sind und werden bei hoher Patientenoffenheit kaum durchgeführt (Abbildung 3.7.13, negative lags). Zudem haben bewältigungsorientierte Interventionen in *wenig erfolgreichen Sitzungen* im Gegensatz zu *erfolgreichen Stunden* keinen günstigen Effekt auf die Annäherungsmotivation der Patienten im weiteren Sitzungsverlauf (positive lags). Die Stärke des Zusammenhangs nimmt zwar im zeitlichen Verlauf ab (was bedeutet, dass die Stärke der Disharmonie zwischen durchgeführten bewältigungsorientierten Interventionen und Annäherungsmotivation abnimmt), der Zusammenhang bleibt jedoch negativ. Ein deutlicher Unterschied zu erfolgreichen Stunden zeigt sich bei Betrachtung *des Vermeidungsmodus* (Abbildung 3.7.15): Die Interventionen werden – analog zu erfolgreichen Stunden – bei starker Aktivierung der Vermeidungsmotivation eingeführt, im Unterschied zu diesen bleiben die hohen Korrelationen im zeitlichen Verlauf bestehen und gewinnen an Stärke. Je intensiver bewältigungsorientierte Interventionen durchgeführt werden, desto stärker ausgeprägt *vermeidend* ist die motivationale Ausrichtung der Patienten.

Klärende Interventionen (Kategorienebene)

Klärende Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

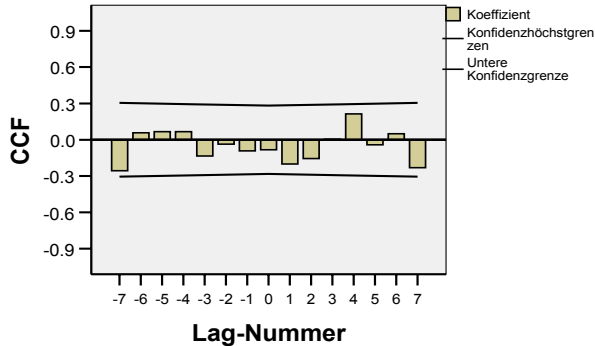


Abbildung 3.7.19: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Klärende Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

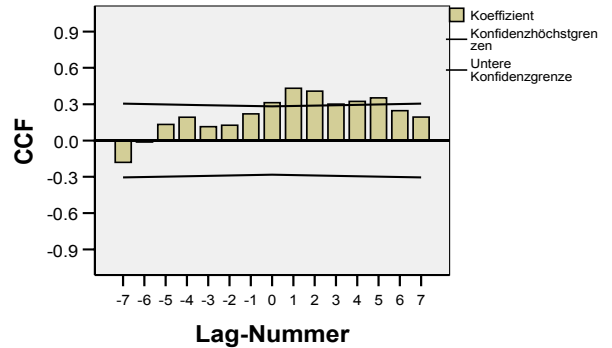


Abbildung 3.7.20: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n =50)

Klärende Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

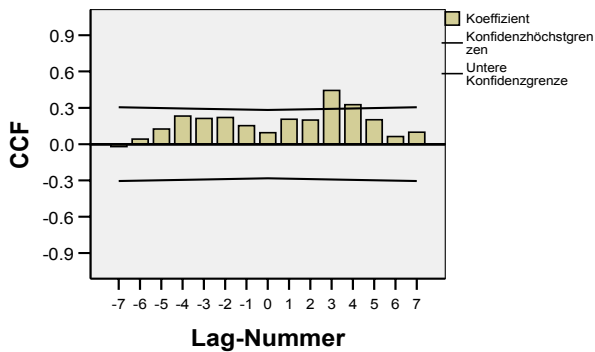


Abbildung 3.7.21: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Klärende Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

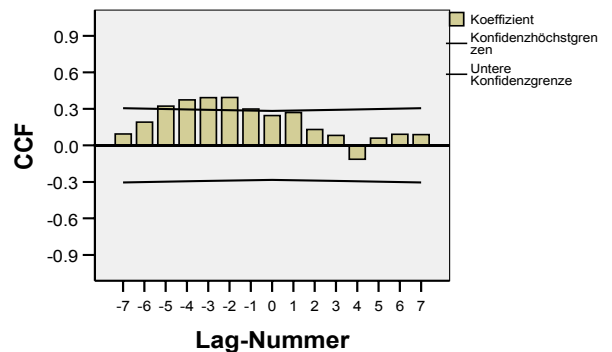


Abbildung 3.7.22: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n =50)

Klärende Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

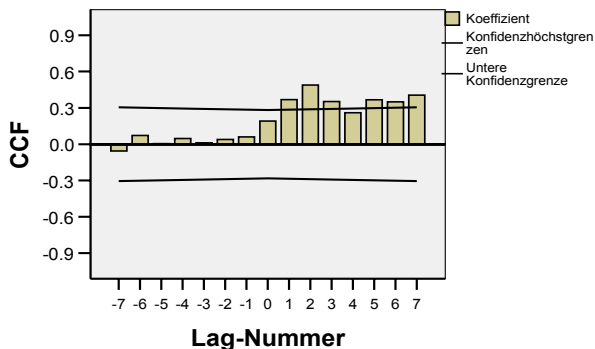


Abbildung 3.7.23: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in weniger erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Klärende Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

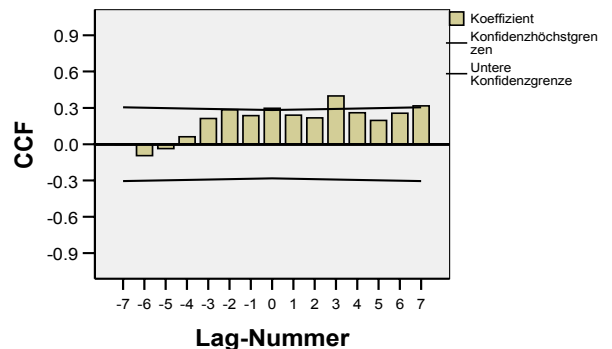


Abbildung 3.7.24: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie klärende Interventionen und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

3.7.3 Klärende Interventionen

Schliesslich interessiert auch der motivationale und interpersonale Kontext, in dem *klärende Interventionen* durchgeführt werden. In Abschnitt 3.2 fand sich das Ergebnis, dass kognitive und klärende Interventionen sowohl in der Gesamtstichprobe wie auch in der Stichprobe depressiver Patienten signifikant häufiger in *wenig* erfolgreichen Stunden durchgeführt werden. Die Häufigkeitsanalyse ergibt, dass dieses Verhältnis auch auf *kategorialer* Ebene repliziert wird: Klärung findet in 10.3 Prozent der Minuten wenig erfolgreicher und in nur 5.5 Prozent der Minuten erfolgreicher Stunden statt (Anhang F6, Tabelle F6-2). Es stellt sich die berechtigte Frage, ob weniger die *Quantität* als die *Qualität* entscheidend für erfolgreiche Klärungsarbeit ist.

Tatsächlich machen die Kreuzkorrelationen deutlich, dass *klärende Interventionen* in erfolgreichen Stunden in einem deutlich günstigeren *motivationalen Kontext* stattfinden: Sie werden therapeutisch dann initiiert, wenn Patienten voangehend leicht *annähernd* motiviert waren und die Stärke des Zusammenhangs nimmt im zeitlichen Verlauf deutlich zu (Abbildung 3.7.20). Die Korrelationskoeffizienten werden bis zu lag 5 signifikant und sind mit $d = .66$ bis $.96$ als mittlere bis hohe Effekte einzustufen (Anhang F6, Tabelle F6-20). Interessanterweise werden *klärende Interventionen* in *erfolgreichen* Stunden häufig eingesetzt, wenn Patienten vorangehend *vermeidend* motiviert waren (Tabelle 3.7.22). Die *Vermeidungsmotivation* der Patienten nimmt jedoch fast unmittelbar nach Einführung der Klärungsarbeit markant ab und bleibt mit zeitlicher Stabilität auf tiefem Niveau bestehen. Auch *bedürfnisorientierte Interventionen* werden in erfolgreichen Sitzungen sowohl vor wie auch nach durchgeführten Klärungsinterventionen gut auf dieselben abgestimmt.

Ein ganz anderes Muster zeigt sich in *weniger erfolgreichen* Sitzungen: Klärung wird sowohl hinsichtlich der annähernden, wie auch der vermeidenden motivationalen Ausrichtung des Patienten in einem deutlich *ungünstigeren motivationalen Kontext* durchgeführt. Zwar realisieren Therapeuten nach initiiert Klärung auch vermehrt bedürfnisorientierte Interventionen (positive lags in Abbildung 3.7.23), interessanterweise findet sich dieser Zusammenhang *nicht vor* der Durchführung der Klärungsintervention (negative lags).

Es kann somit festgehalten werden, dass *erfolgreiche Klärungsarbeit* in einem *vorteilhaften motivationalen und interpersonalen Kontext* stattfindet. Sie steht sowohl mit einer nachhaltigen *Stärkung der annähernden motivationalen Ausrichtung*, wie auch mit einer *zeitlich stabilen Abschwächung der Vermeidungsmotivation* in Beziehung. Die *bedürfnisorientierte Therapiebeziehung* wird sowohl *vor*, wie auch *nach* der Einleitung des Klärungsprozesses gut verwirklicht. In *wenig* erfolgreichen Sitzungen fallen die schwachen Zusammenhänge der Klärung sowohl mit der *Annäherungs-* wie auch mit der *Vermeidungsmotivation* auf. Zudem realisieren Therapeuten erst dann *bedürfnisbefriedigende Interventionen*, wenn sie den Klärungsprozess bereits initiiert haben.

Interpersonale Interventionen im engeren Sinn (Kategorienebene)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

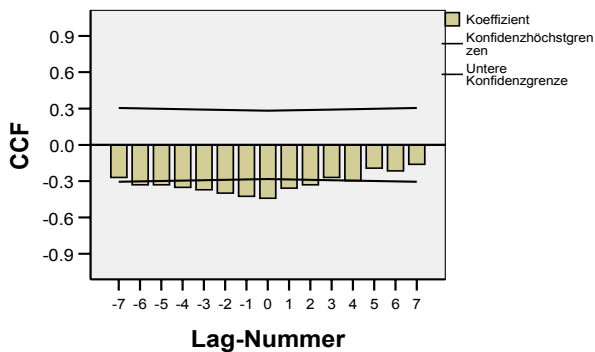


Abbildung 3.7.25: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

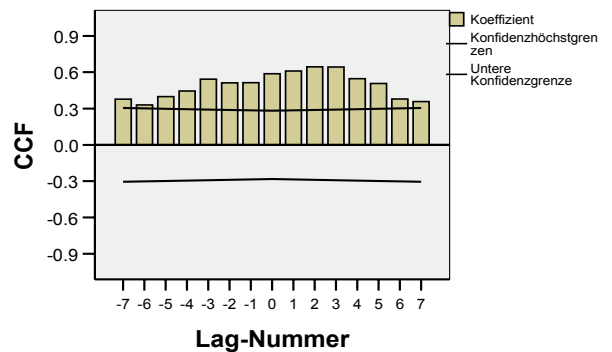


Abbildung 3.7.26: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

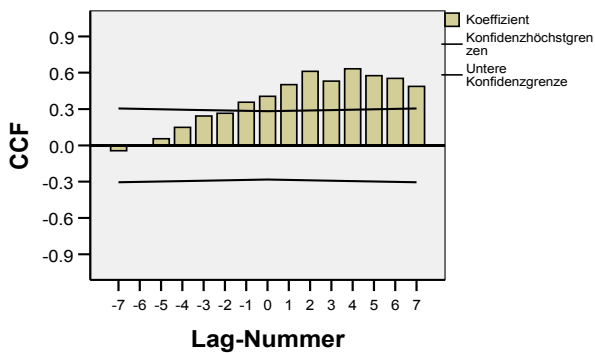


Abbildung 3.7.27: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

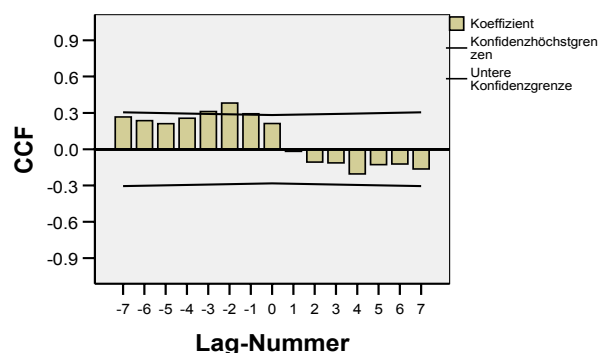


Abbildung 3.7.28: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst., n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

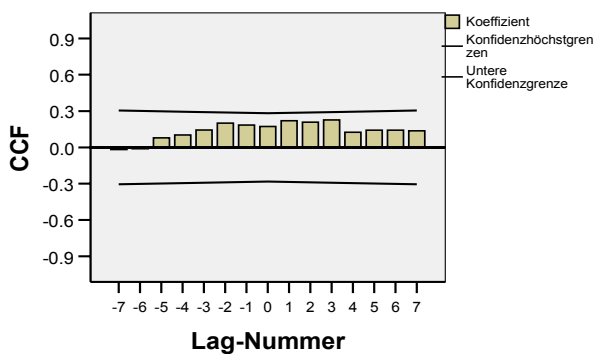


Abbildung 3.7.29: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamtstichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

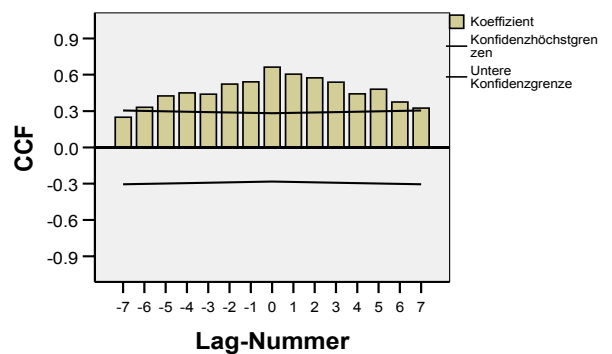


Abbildung 3.7.30: Kreuzkorrelationen zw. Kategorie interpersonale Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamtst. n = 50)

3.7.4 Interpersonale Interventionen im engeren Sinn

Als letztes wird der Kontext *interpersonaler Interventionen* im engeren Sinn des Wortes untersucht, d.h. derjenigen Interventionen, in denen an Beziehungsmustern der Patienten gearbeitet wird. Dieser Interventionstypus konnte in 17.5 Prozent der Minuten in wenig erfolgreichen und in 18 Prozent der Minuten in erfolgreichen Stunden beobachtet werden, er kommt somit doppelt so häufig vor wie Klärung.

Vorangehend Beschriebenes wird bei interpersonalen Interventionen in bemerkenswerter Weise deutlich: In *erfolgreichen* Stunden ist die *bedürfnisorientierte Therapiebeziehung* sowohl vor, wie auch nach eingeführter Intervention deutlich und mit überzeugender zeitlicher Stabilität besser verwirklicht als in weniger erfolgreichen Stunden ($r = .37$ bis $.66$, resp. $d = .81$ bis 1.77 gegenüber $r = -.02$ bis $.22$, resp. $d = .04$ bis $.45$). (Abbildungen 3.7.29 und 3.7.30 sowie Tabellen F6-29 und F6-30 in Anhang F6). Auch bezüglich des *Annäherungsmodus* könnten die Gruppenunterschiede kaum deutlicher ausfallen: Während Patienten in *erfolgreichen* Sitzungen in hohem Masse *angenähert* motiviert sind (und die Interventionen auch bei angenäherten Patienten initiiert werden), ist in der *tiefen* Erfolgsgruppe das Umgekehrte der Fall.

Klare Gruppenunterschiede zeigen sich auch bezüglich der *Vermeidungsmotivation*: Während in erfolgreichen Sitzungen interpersonale Interventionen mit der *Reduktion der Vermeidungsmotivation* in Beziehung stehen, zeigt sich in *wenig erfolgreiche* Sitzungen ein stark positiver zeitlich nachhaltiger Zusammenhang. Die Effektstärken betragen $d = 1.16$ bis 1.63 und sind somit als grosse Effekte einzustufen.

Die deutlichen Zusammenhänge dieser Interventionsart mit den Kontextvariablen sind sowohl inhaltlich, wie auch methodisch begründet: Wie eingangs erwähnt, wird dieser Interventionstypus rund doppelt so häufig eingesetzt wie klärende oder bewältigungsorientierte Interventionen. Werden kognitive und klärende Interventionen zusammengefasst, womit sie ebenfalls rund 20 Prozent der analysierten Minuten ausmachen, ergeben sich ähnlich starke Zusammenhänge (Anhang F6. Abbildungen F6-9 bis 13).⁹⁷

⁹⁷ Die interventionsspezifische Analyse auf Kategorienebene wurde deshalb durchgeführt, um *differentielle Muster* aufzeigen zu können. Unterschiedliche Häufigkeiten in den Interventionstypen wurden daher in Kauf genommen.

3.7.1.5 Übersicht über die Ergebnisse zum Kontext durchgeführter Interventionen

- *Erfolgreiche* Therapeuten führen Interventionen in einem *positiven Kontext*⁹⁸ durch: Die *bedürfnisorientierte Therapiebeziehung* ist gut verwirklicht und die Patienten sind *annähernd* motiviert. Zwar ist auch deren *Vermeidungsmodus* aktiviert, dieser reduziert sich jedoch nach initiiertes Intervention deutlich. *Ansteigender Annäherungsmodus* und die *vermehrte Durchführung bedürfnisorientierter Interventionen* im zeitlichen Verlauf sind weitere Indizien für den positiven Kontext erfolgreicher Interventionen. In *wenig erfolgreichen* Stunden ist das fast umgekehrte Muster beobachtbar: Interventionen werden in einem *ungünstigen Kontext* durchgeführt, wenn die Patienten *wenig annähernd* und *stark vermeidend* motiviert sind und die *bedürfniskompatiblen Interventionen* ungenügend umgesetzt werden. Die Interventionen führen zu einem dramatischen *Anstieg der Vermeidungsmotivation*.
- Das oben beschriebene Muster konnte auch für einzelne Interventionstypen (Kategorienebene) nachgewiesen werden, wobei bei jeder Interventionsart spezifische Kontextvariablen differentielle Merkmale aufweisen: Bei *bewältigungsorientierten Interventionen* fällt bei erfolgreichen Stunden der Anstieg der *Annäherungs-* und in erfolglosen Stunden derjenige der *Vermeidungsmotivation* auf, bei *klärenden Interventionen* frapportiert der Abfall der *Vermeidungsmotivation* in erfolgreichen Sitzungen und in *wenig erfolgreichen* Stunden fällt auf, dass Therapeuten erst dann *bedürfnisorientierte Interventionen realisieren*, wenn der Klärungsprozess angelaufen ist. Bei *erfolgreichen interpersonalen Interventionen* wird die *bedürfnisorientierte Therapiebeziehung* nachhaltig gut realisiert und Patienten befinden sich in einer stark ausgeprägten und stabilen *annähernden motivationalen Ausrichtung*, während in *wenig erfolgreichen* Stunden durch interpersonale Interventionen vor allem der *Vermeidungsmodus* stark aktiviert wird.

⁹⁸ Die Bezeichnung Kontext wird gewählt, weil damit sowohl die Sequenzen, welche der Intervention vorangehen, wie auch diese nachfolgende Sequenzen bezeichnet werden.

3.8 Siebte Fragestellung: Wirkungsweise von Psychotherapie

Im Theorieteil (Abschnitt 1.2.2) wurde die konsistenztheoretische Auffassung der Wirkungsweise von Psychotherapie dargestellt. Gemäss Grawe (2004) kann therapeutische Veränderung durch ein „motivationales Priming“ erfolgen, wenn Therapeuten gezielt durch Ressourcenaktivierung und eine massgeschneiderte Beziehungsgestaltung positive Emotionen und damit die annähernde motivationale Ausrichtung der Patienten fördern, respektive negative Emotionen und die vermeidende motivationale Ausrichtung reduzieren. Das motivationale Priming begünstigt die Bahnung neuer neuronaler Erregungsmuster, welche das Problemverhalten hemmen oder ersetzen und führt somit zur Verringerung der Symptome oder Probleme der Patienten (vgl. Abbildung 1.4 im Theorieteil). Die Kreuzkorrelationen in Abschnitt 3.5 belegen, dass eine bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung in erfolgreichen Stunden mit der Aktivierung des Annäherungsmodus korreliert und tendenziell mit der Abnahme der Vermeidungsmotivation in Beziehung steht.

Die folgenden Analysen sollen nun aufzeigen, dass *motivationales Priming* als *Mediator* zwischen *Beziehungsgestaltung* und *Stundenerfolg* fungiert. Zur Überprüfung dieser Annahmen wurden Strukturgleichungsmodelle berechnet (vgl. Abschnitt 2.7.2 im Methodenteil). Die Analysen erfolgten jeweils an der aggregierten Gesamtstichprobe (n = 57) und wurden mittels Stichprobe auf Minutenebene repliziert (n = 3089), um die Reliabilität der Fit-Indikatoren zu überprüfen (vgl. Methode, Abschnitt 2.7.2). Dasselbe Verfahren fand für die störungsspezifische Stichprobe der depressiven Patienten Anwendung (n = 25, respektive n = 1371). Die Resultate der Strukturmodelle auf Minutenebene können in Anhang F7 eingesehen werden.

Fragestellung 7 Lässt sich der durch Grawe (2004) postulierte *indirekte* Pfad (motivationales Priming) der *Wirkungsweise von Psychotherapie* empirisch bestätigen?

Hypothese 7 (a) Der Einfluss der Beziehungsgestaltung auf den Stundenerfolg wird durch ein Annäherungspriming (Aktivierung positiver Emotionen, Annäherungsmodus) mediiert.

Hypothese 7 (b) Der Einfluss der Beziehungsgestaltung auf den Stundenerfolg wird durch ein Vermeidungspriming (Reduktion negativer Emotionen, Vermeidungsmodus) mediiert.

Hypothese 7 (c) Diese Zusammenhänge sind bei der Arbeit mit depressiven Patienten besonders stark ausgeprägt.

3.8.1 Einleitung

3.8.1.1 Korrelationen

Als erstes werden alle Variablen, welche in den Strukturgleichungsmodellen verwendet werden, miteinander korreliert (Tabelle 3.8.1). Richtung und Höhe der Korrelationskoeffizienten entsprechen mit Ausnahme der *negativen Emotionen* den Erwartungen. Diese korrelieren erwartungsgemäss negativ mit der Variable *Positiven Emotionen* und positiv mit *Vermeidungsmodus*. Es zeigen sich jedoch auch positive Korrelationen zwischen *negativen Emotionen* und dem *Annäherungsmodus*, was auf den ersten Blick kontraintuitiv scheint. Vor dem definitorischen Hintergrund des Annäherungsmodus im Sinn der Patientenbereitschaft, sich auf neue Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen einzulassen, ist der Zusammenhang jedoch plausibel. Annähernd motivierte Patienten erleben zwar positive Emotionen, sie lassen jedoch auch negative Emotionen zu.

Tabelle 3.8.1: Pearson-Korrelationen zwischen den in den Strukturgleichungsmodellen verwendeten Variablen (n = 57)

Variablen	1.	2.	2a.	2b.	2c.	2d.	3.	4.	5.	6.
1. Erfolg	-	.18	.11	.07	.22	.15	.45**	-.15	.36**	-.21
2. BG Skala		-	.90***	.77***	.95***	.86***	.28*	-.33*	.08	-.09
2a. Pos Bind.			-	.78***	.77***	.63***	.18	-.17	.03	-.06
2b. Kontrolle				-	.75***	.51***	.25	-.11	.05	-.16
2c. Selbstwert					-	.77***	.24	-.34**	.12	-.14
2d. Pos. Zust.						-	.37**	-.42**	.05	-.03
3. Pos. Emot.							-	-.25	.29*	-.28*
4. Neg. Emot.								-	.15	.16
5. AM									-	-.40**
6.VM										-

Anmerkungen: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Um das Verständnis der unten aufgeführten Resultate zu erhöhen, wird im Folgenden noch einmal die Tabelle mit den Fit-Indikatoren aufgeführt (Tabelle 2.8.1).

Tabelle 2.8.2: Masse der globalen Anpassung

Gütekriterien	Guter Fit	Akzeptabler Fit
χ^2	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2df \leq \chi^2 \leq 3df$
p	$.05 < p \leq 1.00$	$.01 \leq p \leq .05$
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
SRMR	$RMR < 0.08$	
NFI	$.95 \leq NFI \leq 1.00$	$.90 \leq NFI \leq .95$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq .06$	$.06 \leq RMSEA \leq .08$

3.8.1.2 Messmodell der latenten exogenen Variablen

In einem nächsten Schritt wird das *Messmodell der latenten exogenen Variablen* (von dem der postulierte Einfluss ausgeht) untersucht. In den in dieser Arbeit untersuchten Modellen ist die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung (BG)* die latente exogene Variable, welche durch die Indikatorvariablen *Positive Bindungserfahrungen (Pos. Bind.)*, *Positive Erfahrungen hinsichtlich des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle (Kontrolle)*, *Selbstwerterhöhende Erfahrungen (Selbstwert)* und *Vermitteln Positiver Zustände (Pos. Zust.)* abgebildet wird (Abbildung 3.8.1). Die Pfadkoeffizienten der Indikatorvariablen sind im Fall standardisierter Variablen (was hier der Fall ist) Regressionen der Indikatoren auf die latente Variable und entsprechen den *Faktorladungen* in der Faktorenanalyse.

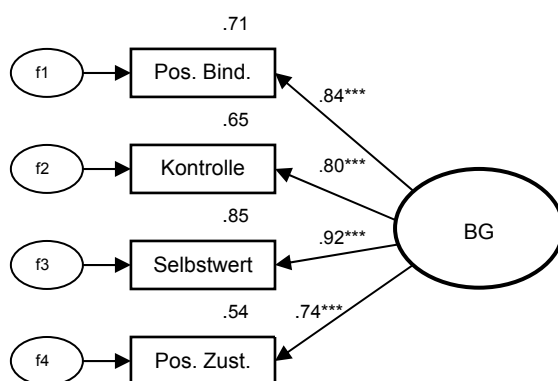


Abbildung 3.8.1. Messmodell der latenten exogenen Variablen Beziehungsgestaltung, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. $\chi^2 = 11.91$ (2), $p = 0.03$, $\chi^2/df = 5.95$, GFI = 0.905, SRMR = 0.005, NFI = 0.926, RMSEA = 0.298 (90% CI: 0.150-0.470)

Als *Gütekriterium* gilt, dass die *Faktorenloadungen* *signifikant* sein sollten. Dies ist hier der Fall. Im Messmodell werden auch die *Indikatorreliabilitäten (oder Kommunalitäten) der Indikatorvariablen* angegeben. Diese verdeutlichen den Anteil *erklärter Varianz* der Indikatorvariablen, welche durch das hypothetische Konstrukt erklärt wird. Als Faustregel gilt, dass Kommunalitäten mindestens .40 bis .50 betragen sollten. Das bedeutet inhaltlich, dass 40 bis 50 Prozent der Varianz einer Messvariablen durch den dahinterstehenden Faktor erklärt wird (Backhaus et al., 2003).⁹⁹ Auch dieses Kriterium wird durch das hier untersuchte Messmodell erfüllt.

Tabelle 3.8.3: Masse der globalen Anpassungsgüte.

	χ^2 (df)	p	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	RMSEA	90% CI
Strukturmodell 1a ^a	11.915 (2)	.03	5.957	.905	.005	.926	.298	.150-.470
Strukturmodell 1b ^b	152.654 (2)	.00	76.327	.977	.008	.952	.156	.136-.178
Strukturmodell 2a ^c	1.810 (2)	.41	0.905	.964	.003	.981	.005	.000-.392
Strukturmodell 2b ^d	42.302 (2)	.00	21.151	.985	.008	.978	.121	.091-.154

Anmerkungen: ^a Strukturmodell der aggregierten Stichprobe (n = 57), ^b Strukturmodell der Stichprobe Minutenebene (n = 3089), ^c Strukturmodell aggr. Teilstichprobe Depression (n = 25), ^d Strukturmodell Teilstichprobe Depression Minutenebene (n = 1371)

⁹⁹ Die Berechnung des *erklärten Varianzanteils* einer Indikatorvariablen durch den latenten Faktor ergibt sich im standardisierten Modell, in dem alle Varianzen auf 1 fixiert sind dadurch, dass die Faktorenloadungen ins Quadrat gesetzt werden, im Fall der Indikatorvariablen *Positive Bindung*: $0.84^2 = 0.71$. Entsprechend beträgt der Anteil *nicht erklärter* Varianz für diese Variable $1 - 0.71 = 0.29$, d.h. 29 Prozent der Varianz der Variable Positive Bindung sind auf Messfehler oder evtl. nicht berücksichtigte Variableneffekte zurückzuführen.

Tabelle 3.8.2 veranschaulicht die Fit-Indikatoren für das Messmodell. Diese verweisen sowohl für die heterogene aggregierte *Gesamtstichprobe (1a)* wie auch für die *Gesamtstichprobe auf Minutenebene (1b)* auf einen nicht optimalen Modellfit. Zwar bewegen sich GFI, SRMR und NFI in einem akzeptablen Bereich, der Wert von RMSEA liegt jedoch für beide Modelle ausserhalb des geforderten Bereichs (Minimum RMSEA $<.10$). Für die *depressionsspezifische Teilstichprobe* weisen die Fit-Indikatoren deutlich bessere Werte auf. Für die *aggregierte Teilstichprobe der Depressiven (2a)* erzielen alle Indikatoren sehr gute Werte. Sowohl das Verhältnis von Chi-Quadrat zu den Freiheitsgraden ist mit 0.905 als sehr gut zu bezeichnen, doch auch GFI, SRMR und NFI weisen sehr gute Resultate auf. Ein RMSEA-Wert von 0.005 verweist darauf, dass das Modell die empirischen Daten ausgezeichnet approximiert, relativierend ist jedoch auf das durch die kleine Stichprobe bedingte grosse Konfidenzintervall im Bereich von 0.000 bis 0.392 hinzuweisen. Der PCLOSE Wert von 0.426 verweist darauf, dass sich der Wert von RMSEA mit einer Wahrscheinlichkeit von 57 Prozent *über* dem optimalen Wert von 0.05 befindet. Dies wird durch die *Depressionsstichprobe auf Minutenebene (2b)* bestätigt, in welcher der RMSEA-Wert aufgrund der grossen Stichprobe reliabler ist. In dieser liegt nimmt RMSEA einen knapp über dem Minimum geforderten Wert an (0.121). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Messmodell alleine die Daten nicht hinreichend gut approximiert, das Modell die empirischen Daten der homogenen Teilstichprobe jedoch besser erfasst.

3.8.1.3 Einfluss der Beziehungsgestaltung auf den Sitzungserfolg

Im ersten Modell wird der kausale Einfluss der *Therapiebeziehung* auf den *Sitzungserfolg* unter Ausschluss von Mediatorvariablen untersucht (Abbildung 3.8.2). Der Pfadkoeffizient zwischen Therapiebeziehung und Sitzungserfolg beträgt .22 im Bereich eines statistischen Trends ($p \leq .10$). Dies entspricht einem kleinen bis mittleren Effekt (Kline, 2005).

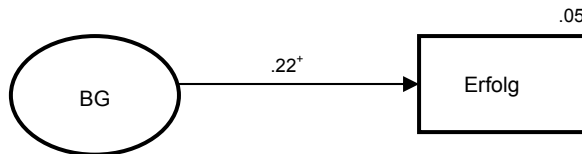


Abbildung 3.8.2: Strukturmodell Zusammenhang zwischen Beziehungsgestaltung und Erfolg (Gesamtstichprobe, $n = 57$), $^+ p \leq .10$, $^* p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$. $\chi^2 = 0.934$ (2), $p = 0.62$, $\chi^2/df = 0.476$, GFI = 0.992, SRMR = 0.022, NFI = 0.991, RMSEA = 0.005

Die Anpassung der Modellstruktur an die empirischen Daten kann sowohl für die *aggregierte Gesamtstichprobe (1a)*, wie auch für die *Gesamtstichprobe auf Minutenebene (1b)* bezüglich *aller stichprobenunabhängigen* Gütekriterien als gut bis sehr gut bezeichnet werden (vgl. Tabelle 3.8.3). Für die (aggregierte) Teilstichprobe der *depressiven Patienten (2a)* liegt der RMSEA an der untersten Grenze des Akzeptablen, die anderen Fit-Indices entsprechen jedoch ebenfalls guten bis sehr guten Werten. In der *Teilstichprobe auf Minutenebene (2b)* erzielten *alle* (stichprobenunabhängigen) Gütekriterien sehr gute Werte.

Tabelle 3.8.4: Masse der globalen Anpassungsgüte.

	χ^2 (df)	p	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	RMSEA	90% CI
Strukturmodell 1a ^a	.934 (2)	.62	0.476	.992	.022	.991	.005	.000-.212
Strukturmodell 1b ^b	5.805 (2)	.06	2.902	.999	.009	.997	.025	.000-.049
Strukturmodell 2a ^c	2.329 (2)	.31	1.164	.955	.038	.963	.083	.000-.423
Strukturmodell 2b ^d	11.750 (2)	.00	5.875	.996	.020	.990	.060	.030-.095

Anmerkungen: ^a Strukturmodell der aggregierten Stichprobe ($n = 57$), ^b Strukturmodell der Stichprobe Minutenebene ($n = 3089$), ^c Strukturmodell aggr. Teilstichprobe Depression ($n = 25$), ^d Strukturmodell Teilstichprobe Depression Minutenebene ($n = 1371$)

3.8.2 Überprüfung der Hypothesen

3.8.2.1 Mediatorfunktion des Annäherungsprimings

Als nächstes wird untersucht, ob der Einfluss der *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* auf den *Sitzungserfolg* durch *positive Emotionen* und den *Annäherungsmodus* mediiert wird. Wie Abbildung 3.8.3 veranschaulicht, ist dies der Fall. Der Pfadkoeffizient zwischen *Beziehungsgestaltung* auf *Erfolg* wird durch den Beizug mediiender Variablen von .22 auf .09 reduziert. Es ergibt sich ein signifikanter Pfad zwischen der latenten Variable *Beziehungsgestaltung* und der manifesten Variablen *Positive Emotionen* ($\beta = .28, p < .05$), sowie ein hoch signifikanter Pfad von *Positiven Emotionen* nach *Erfolg* ($\beta = .35, p < .01$). Das bedeutet, dass die Variable *Positive Emotionen* einen *Mediator* zwischen Beziehungsgestaltung und Stundenerfolg darstellt. Zudem ergibt sich ein signifikanter und positiver Pfad von *Positive Emotionen* zu *Annäherungsmodus* ($\beta = .28, p < .05$). Je mehr positive Emotionen ein Patient erlebt, desto stärker ausgeprägt ist dessen positive motivationale Ausrichtung, was signifikant mit Sitzungserfolg in Beziehung steht ($\beta = .25, p < .05$). Dass die standardisierten Regressionsgewichte trotz der geringen Modellpower signifikant werden, ist bemerkenswert und verdeutlicht die Stärke der Zusammenhänge. Durch den Beizug der Variablen *Positive Emotionen* und *Annäherungsmodus* wird 27 Prozent der Erfolgsvarianz erklärt.

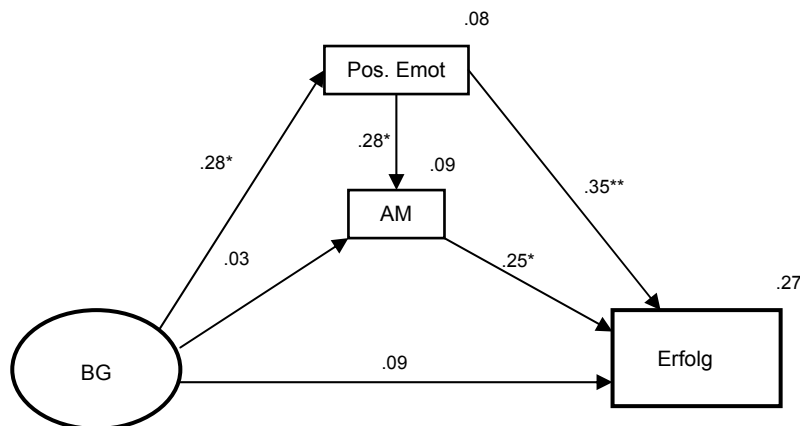


Abbildung 3.8.3: Strukturmodell Annäherungspriming (Gesamtstichprobe, $n = 57$), $^+ p \leq .10$, $^* p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$. $\chi^2 = 7.822 (6)$, $p = 0.25$, $\chi^2/df = 1.304$, GFI = 0.958, SRMR = 0.040, NFI = 0.941, RMSEA = 0.074

Das Strukturmodell der *aggregierten Gesamtstichprobe* (1a) zeigt für *alle* Fit-Indices gute bis sehr gute Werte an (Tabelle 3.8.4). Es kann somit der Schluss gezogen werden, dass die Modellstruktur sehr gut zu den empirischen Daten passt. Der GFI beträgt .958, das heisst, dass die Modellstruktur 95 Prozent der gesamten Ausgangsvarianz erklärt. NFI und RMSEA weisen hinreichend gute Werte auf. In der *Gesamtstichprobe auf Minutenebene* (1b) wird erwartungsgemäss der stichprobenabhängige Chi-Quadrat-Test signifikant, und auch das aussagekräftigere Verhältnis des Chi-Quadrat-Wertes zu den Freiheitsgraden überschreitet den geforderten Wert. GFI, SRMR und NFI weisen gute Werte auf und der RMSEA liegt für die Stichprobe auf Minutenebene mit einem Wert von .088 in einem gerade noch akzeptablen Bereich (Das 90Prozent Konfidenzintervall liegt zwischen .076 und .101).

Tabelle 3.8.5: Masse der globalen Anpassungsgüte für das Modell „Annäherungspriming“

	χ^2 (df)	p	χ^2/df	GFI	SRMR	NFI	RMSEA	90% CI
Strukturmodell 1a ^a	7.822 (6)	.25	1.304	.958	.040	.941	.074	.000-.199
Strukturmodell 1b ^b	149.561 (6)	.00	24.927	.984	.033	.946	.088	.076-.101
Strukturmodell 2a ^c	4.483 (6)	.61	.747	.945	.034	.947	.005	.000-.224
Strukturmodell 2b ^d	72.488 (6)	.00	12.081	.983	.030	.960	.084	.072-.109

Anmerkungen: ^a Strukturmodell der aggregierten Stichprobe (n = 57), ^b Strukturmodell der Stichprobe Minutenebene (n = 3089), ^c Strukturmodell aggr. Teilstichprobe Depression (n = 25), ^d Strukturmodell Teilstichprobe Depression Minutenebene (n = 1371)

Im Modell der *depressiven Patienten* sind die Pfadkoeffizienten stärker ausgeprägt und entsprechen mehrheitlich mittleren bis starken Effekten. Der Zusammenhang zwischen *Beziehungsgestaltung* und *Erfolg*, welcher *ohne* Mediatorvariablen ein Beta-Gewicht von $\beta = .27$ betrug, reduziert sich im Modell „Annäherungspriming“ auf $\beta = .18$. Ein (trotz der geringen Power) signifikanter Pfad führt von *bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung* zu *Positive Emotionen* ($\beta = .38$, $p < .05$). Die Varianz von *Positive Emotionen* wird durch *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* zu 14 Prozent erklärt. Ein anderer Pfad, welcher jedoch nicht signifikant wird, führt von *Beziehungsgestaltung* zu *Annäherungsmodus* ($\beta = .22$, $p = .27$). Dieser Einfluss konnte in der Gesamtstichprobe nicht beobachtet werden. Von den *Positiven Emotionen* führt ein direkter und hoch signifikanter Pfad zum *Annäherungsmodus* ($\beta = .55$, $p < .01$). Dieser Zusammenhang ist als sehr grosser Effekt einzustufen.

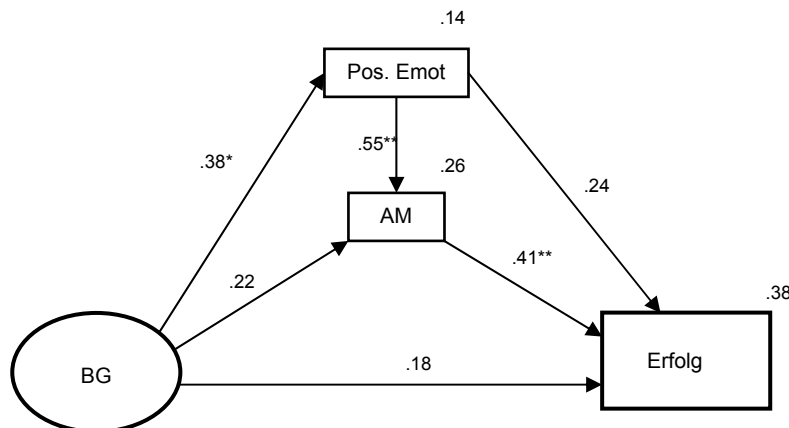


Abbildung 3.8.4: Strukturmodell Annäherungspriming (Depression, n = 25), [†] $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. $\chi^2 = 7.822$ (6), $p = 0.61$, $\chi^2/df = 0.747$, GFI = 0.945, SRMR = 0.034, NFI = 0.947, RMSEA = 0.005

Die Varianz im *Annäherungsmodus* wird durch *Positive Emotionen* und *Beziehungsgestaltung* zu 26 Prozent erklärt (im Gegensatz zu 9 Prozent Varianzerklärung in der Gesamtstichprobe). Der Zusammenhang von *Annäherungsmodus* zu *Erfolg* ist mit einem Pfadkoeffizienten von $\beta = .41$ ($p < .01$) sehr hoch ausgeprägt und hoch signifikant, was darauf hinweist, dass der Sitzungserfolg bei *Depressiven* stark mit der *annähernden motivationalen Ausrichtung* zusammenhängt. Im Gegensatz dazu ist der Pfad von *Positive Emotionen* zu *Erfolg* mit einem *nicht* signifikanten Pfadkoeffizienten von $\beta = .24$ schwächer ausgeprägt. Bei *depressiven Patienten* wird der positive Effekt der *bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung* also vor allem über die *Aktivierung positiver Emotionen* und der *annähernden motivationalen Ausrichtung* mediiert, während der Mediatoreffekt in der

Gesamtstichprobe vor allem über die *positiven Emotionen* läuft. Die Variablen *Beziehungsgestaltung*, *Positive Emotionen* und *Annäherungsmodus* erklären 38 Prozent der Erfolgsvarianz Depressiver (in der Gesamtstichprobe 27 Prozent).

Die Güte der globalen Anpassung weist für das Modell der *Depressiven (aggregierte Stichprobe) (2a)* gute (GFI, NFI) bis sehr gute (X^2 , p , X^2/df und RMSEA) Werte auf. Auch in der *Stichprobe auf Minutenebene (2b)* liegen die Werte von GFI, NFI, X^2 , p , X^2/df in einem sehr guten Bereich. Das Modell erklärt 97 Prozent der gesamten Ausgangsvarianz. Lediglich der RMSEA befindet sich mit .084 in einem kritischen Bereich (Das 90Prozent Konfidenzintervall liegt zwischen .070 und .109). Insgesamt wird der Schluss gezogen, dass das Modell Annäherungspriming die empirischen Daten hinreichend gut approximiert.

3.8.2.2 Mediatorfunktion des Vermeidungsprimings

In einem nächsten Schritt wurde das Strukturmodell mit dem postulierten Zusammenhang über das *Vermeidungspriming* erstellt (Abbildung 3.8.5). In der Gesamtstichprobe zeigt sich ein starker und hoch signifikanter negativer Pfadkoeffizient zwischen *Beziehungsgestaltung* und *Negative Emotionen* ($\beta = -.36, p < .01$). Das Vermitteln bedürfnisbefriedigender Erfahrungen steht mit der Reduktion von *negativen Emotionen* beim Patienten in Zusammenhang. Bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung erklärt 13 Prozent der Varianz in der Variable *Negative Emotionen*. Entgegen postulierter Annahmen führt jedoch *kein* signifikanter Pfad von *Negative Emotionen* zu *Vermeidungsmodus* oder *Sitzungserfolg*. Es zeigt sich jedoch ein Zusammenhang im Bereich eines statistischen Trends zwischen *Vermeidungsmodus* und *Erfolg* ($\beta = -.18, p \leq .10$), der Pfadkoeffizient entspricht einem kleinen Effekt. Insgesamt erklären *Beziehungsgestaltung*, *Negative Emotionen* und *Vermeidungsmodus* lediglich 8 Prozent in der Sitzungserfolgsvarianz.

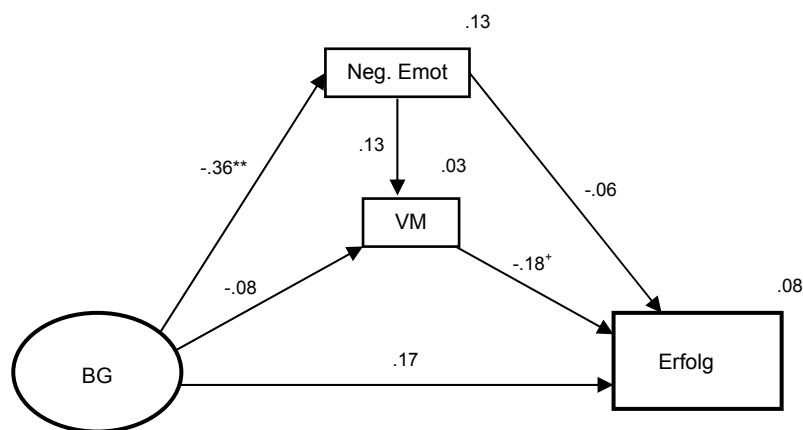


Abbildung 3.8.5: Strukturmodell Vermeidungspriming (Gesamtstichprobe, $n = 57$), $^+ p \leq .10$, $^* p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$. $X^2 = 7.851 (6)$, $p = 0.25$, $X^2/df = 1.308$, $GFI = 0.958$, $SRMR = 0.044$, $NFI = 0.935$, $RMSEA = 0.074$

Die Güte der globalen Modellanpassung verweisen im Modell der *aggregierten Gesamtstichprobe (1a)* für alle Fit-Indices auf einen guten bis sehr guten Modellfit (Tabelle 3.8.5). In der *Gesamtstichprobe auf Minutenebene (2b)* liegt wiederum der RMSEA in einem kritischen Bereich ($RMSEA = .088$ mit einem 90Prozentigen Konfidenzintervall von 0.076 bis .101).

Tabelle 3.8.6: Masse der globalen Anpassungsgüte für das Modell „Vermeidungspriming“

	$X^2 (df)$	p	X^2/df	GFI	SRMR	NFI	RMSEA	90% CI
Strukturmodell 1a ^a	7.851 (6)	.25	1.308	.958	.044	.935	.074	.000-.199
Strukturmodell 1b ^b	150.014 (6)	.00	25.002	.984	.029	.936	.088	.076-.101
Strukturmodell 2a ^c	6.434 (6)	.38	1.072	.922	.044	.913	.055	.000-.275
Strukturmodell 2b ^d	52.366 (6)	.00	8.728	.988	.029	.962	.075	.057-.094

Anmerkungen: ^a Strukturmodell der aggregierten Stichprobe ($n = 57$), ^b Strukturmodell der Stichprobe Minutenebene ($n = 3089$), ^c Strukturmodell aggr. Teilstichprobe Depression ($n = 25$), ^d Strukturmodell Teilstichprobe Depression Minutenebene ($n = 1371$)

Im Modell der Teilstichprobe *depressiver Patienten* zeigen sich drei markante Unterschiede zum Modell der Gesamtstichprobe: (1) Die Stärke des Pfadkoeffizienten zwischen *Vermeidungsmodus* und *Sitzungserfolg* ist mit $\beta = -.44$ deutlich stärker ausgeprägt (in der Gesamtstichprobe $-.18$) und wird hoch signifikant ($p < .01$). Dies entspricht den Annahmen, dass die *Vermeidungsmotivation* bei depressiven Patienten in stärkerem Zusammenhang mit Sitzungs- und Therapieerfolg steht als bei Patienten mit anderen Störungsbildern. (2) Die Variablen *Beziehungsgestaltung*, *Negative Emotionen* und *Vermeidungsmodus* erklären 27 Prozent in der *Erfolgsvarianz* (im Gegensatz zu nur 8 Prozent im Modell der Gesamtstichprobe). Das bedeutet, dass durch die Störungsspezifität ein grosser Anteil der Fehlervarianz reduziert werden kann. Drittens (3) *mediiert* das *Vermeidungspriming* den Zusammenhang zwischen *Beziehungsgestaltung* und *Sitzungserfolg* in diesem Modell nicht vollständig, sondern nur teilweise ($\beta = .30$, $p \leq .10$).

In Analogie zur Gesamtstichprobe führt ein signifikanter Pfad von *Beziehungsgestaltung* zu den *negativen Emotionen* ($\beta = -.32$, $p < .05$).

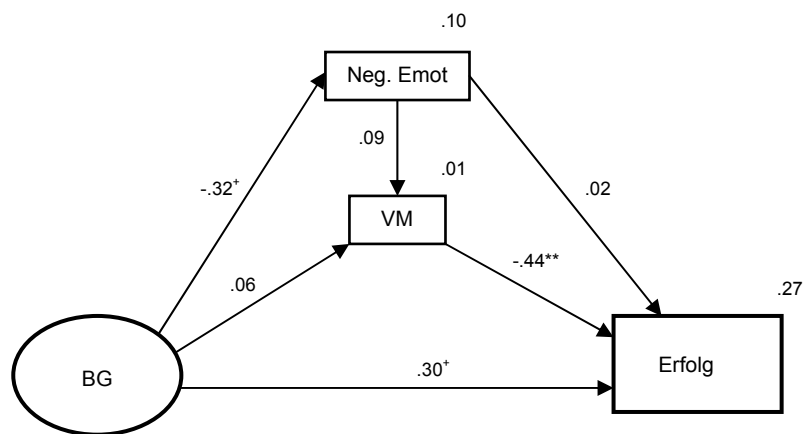


Abbildung 3.8.6: Strukturmodell: Vermeidungspriming (Depression, $n = 25$), $^+ p \leq .10$, $^* p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$. $\chi^2 = 6.434$ (6), $p = 0.38$, $\chi^2/df = 1.072$, GFI = 0.922, SRMR = 0.044, NFI = 0.913, RMSEA = 0.055

Alle Gütekriterien weisen für das *Modell mit Depressiven (aggregierte Stichprobe) (2a)* einen *guten bis sehr guten* Fit auf. Durch das Modell wird 92 Prozent der gesamten Ausgangsvarianz erklärt (GFI) und der RSMEA weist mit einem Wert von 0.055 darauf hin, dass die Modellstruktur *sehr gut* zu der empirischen Datenmatrix passt. Auch in der *Depressionsstichprobe auf Minutenebene (2b)* weisen alle Werte – mit Ausnahme des stichprobenabhängigen Chi-Quadrat-Wertes – auf eine hinreichend gute Modellstruktur hin. Der RSMEA beträgt 0.075 (mit einem 90prozentigen Konfidenzintervall von 0.057 bis 0.094).

3.8.2.3 Integratives Modell

Die vorangehenden Modelle werfen die Frage auf, durch welche Variablen die *Vermeidungsmotivation direkt* beeinflusst wird. Wie vorangehende Modelle zeigen konnten, erfolgt das Vermeidungspriming *nicht* über die *Reduktion negativer Emotionen*. Theoretische Überlegungen sowie die Korrelationskoeffizienten in Tabelle 3.8.1 lassen vermuten, dass der Pfad über das *Annäherungspriming* läuft. Es wird angenommen, dass die *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* über die *Aktivierung positiver Emotionen* und eine *annähernde motivationale Ausrichtung* zur *Reduktion der Vermeidungsmotivation* führt, was sich günstig auf den Stundenerfolg auswirkt.

Um dieses Modell zu überprüfen wurden wiederum Strukturgleichungsmodelle berechnet. Da diese Modelle eine *Weiterentwicklung* vorangehend dargestellter Analysen sind, wird an dieser Stelle das konfirmatorische zu Gunsten eines *explorativen Vorgehens* aufgegeben.

Das Strukturmodell für die gesamte Stichprobe bestätigt oben genannte Annahmen: Sowohl von den *positiven Emotionen* wie auch vom *Annäherungsmodus* führt ein hoch signifikanter Pfad zum *Vermeidungsmodus* ($\beta = -.44$, respektive $\beta = -.52$, $p < .001$). Diese beiden Variablen klären 33 Prozent der Varianz im Vermeidungsmodus auf (Abbildung 3.8.7). Von der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* führt ein signifikanter Pfad mit einem negativen Beta-Gewicht von $-.32$ zum *Stundenerfolg* ($p < .05$).

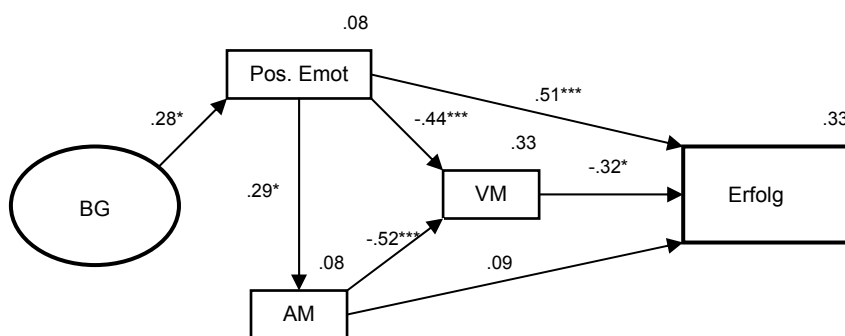


Abbildung 3.8.7: Strukturmodell motivationales Priming gesamt (Gesamtstichprobe, $n = 57$),
⁺ $p \leq .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. $\chi^2 = 11.391$ (11), $p = 0.41$, $\chi^2/df = 1.036$,
 GFI = 0.947, SRMR = 0.068, NFI = 0.930, RMSEA = 0.025

Interessanterweise mediiert die *Vermeidungsmotivation* den Zusammenhang zwischen *Positiven Emotionen* und *Erfolg* nur teilweise, während der direkte Einfluss der *Annäherungsmotivation* auf den *Sitzungserfolg vollständig* mediiert wird. Eine differentielle Analyse des Modells nach *Sitzungsvierteln* konnte den Nachweis erbringen, dass der Mediatoreffekt lediglich in der zweiten Sitzungshälfte stattfindet. In den ersten beiden Sitzungsvierteln beträgt der Pfadkoeffizient *Annäherungsmodus – Erfolg* $\beta = .15$, respektive $\beta = .33$, $p < .01$. Interessanterweise verhält es sich mit dem Einfluss von *Vermeidungsmotivation* auf *Erfolg* umgekehrt. Die Zusammenhänge sind in der zweiten Sitzungshälfte deutlich stärker ausgeprägt als in der ersten Sitzungshälfte. Das bedeutet, dass das

Annäherungspriming in der ersten Sitzungshälfte *direkt* auf den Sitzungserfolg Einfluss nimmt, während es in der zweiten Sitzungshälfte über das *Vermeidungspriming* mediiert wird.

Der Effekt von *Positive Emotionen* auf *Erfolg* ist in allen Sitzungsvierteln gross und statistisch hoch signifikant. Die Varianz des Sitzungserfolges wird durch das latente Konstrukt sowie die drei manifesten Variablen zu 33 Prozent erklärt.

Die Fit-Indices weisen für das Strukturmodell der *aggregierten gesamten Stichprobe (1a)* einen *aussergewöhnlich* guten Fit auf. Dies gilt sowohl für die Chi-Quadrat-Teststatistik ($X^2=11.391 (11)$, $p = .41$, $X^2/df = 1.036$), wie auch für GFI, SRMR und NFI, als auch für das kritische Mass des RMSEA (RMSEA = .025). Das Modell für die *Gesamtstichprobe auf Minutenebene (1b)* zeigt einen signifikanten Chi-Quadrat-Test, die stichprobenunabhängigeren Gütekriterien weisen jedoch ebenfalls gute bis sehr gute Werte auf.

Tabelle 3.8.7: Masse der globalen Anpassungsgüte für das integrative Modell

	X^2 (df)	p	X^2/df	GFI	SRMR	NFI	RMSEA	90% CI
Strukturmodell 1a ^a	11.391 (11)	.41	1.036	.947	.068	.930	.025	.000-.144
Strukturmodell 1b ^b	184.641 (11)	.00	16.786	.983	.039	.942	.071	.063-.083
Strukturmodell 2a ^c	10.266 (11)	.51	0.933	.902	.068	.906	.005	.000-.203
Strukturmodell 2b ^d	124.844(11)	.00	11.349	.974	.045	.939	.084	.074-.101

Anmerkungen: ^a Strukturmodell der aggregierten Stichprobe (n = 57), ^b Strukturmodell der Stichprobe Minutenebene (n = 3089), ^c Strukturmodell aggr. Teilstichprobe Depression (n = 25), ^d Strukturmodell Teilstichprobe Depression Minutenebene (n = 1371)

Im Modell mit den *depressiven Patienten* werden 53 Prozent der Varianz im Stundenerfolg durch die untersuchten Modellvariablen erklärt. Die Zusammenhänge weisen in dieselbe Richtung wie in der Gesamtstichprobe, sind jedoch noch *höher* ausgeprägt. Auffallend ist der Pfadkoeffizient zwischen *Annäherungsmodus* und *Vermeidungsmodus*. Das Beta-Gewicht beträgt $-.70$ und ist hoch signifikant. Die *annähernde motivationale Ausrichtung* depressiver Patienten steht also mit einer hoch signifikanten *Reduktion der Vermeidungsmotivation* in Beziehung.

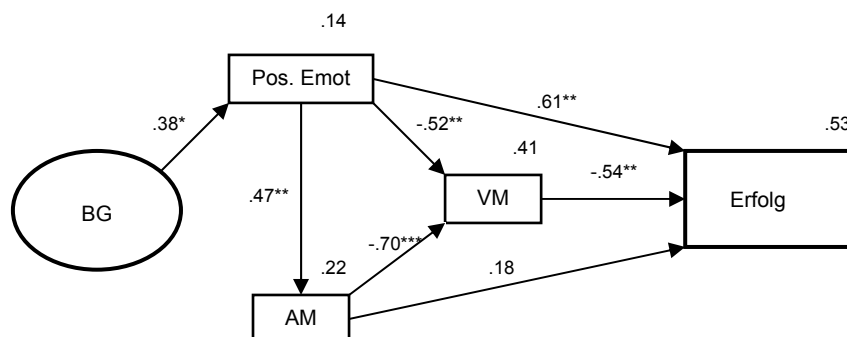


Abbildung 3.8.7: Strukturmodell motivationales Priming gesamt (Gesamtstichprobe, n = 57),
⁺ $p \leq .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$. $X^2 = 10.266 (11)$, $p = 0.51$, $X^2/df = 0.933$,
 GFI = 0.902, SRMR = 0.068, NFI = 0.906, RMSEA = 0.005

Auch der Pfad von *Positive Emotionen* zu *Vermeidungsmodus* ist mit $\beta = -.52$ hoch signifikant. Gemeinsam erklären diese Variablen 41 Prozent der Varianz in der Variable *Vermeidungsmodus*. Der

Pfadkoeffizient zwischen *Vermeidungsmodus* und *Sitzungserfolg* ist ebenfalls hoch signifikant und beträgt $\beta = -.54$. Der negative Zusammenhang zwischen *Vermeidungsmotivation* und *Sitzungserfolg* fällt somit stärker aus als in der störungsunspezifischen Gesamtstichprobe ($\beta = -.32$), was darauf hinweist, dass die Reduktion der Vermeidungsmotivation bei Depressiven für das Erzielen therapeutischer Veränderungen einen wichtigeren Stellenwert einnimmt als bei Patienten mit anderen Störungsbildern.

Der Pfadkoeffizient zwischen der Variable *Positive Emotionen* und *Sitzungserfolg* beträgt $\beta = .61$ ($p < .01$). Das bedeutet, dass der direkte Einfluss *positiver Emotionen* auf den *Sitzungserfolg* auch unter Berücksichtigung der Mediatorvariablen *Vermeidungsmodus* bestehen bleibt. Eine teilweise Mediation findet sich für den Zusammenhang zwischen *Annäherungsmodus* und *Erfolg*. Das Beta-Gewicht beträgt nur mehr $\beta = .18$ (im Modell Annäherungspriming $\beta = .41$, $p < .01$).

Alle Masse der globalen Anpassungsgüte weisen für das *Modell mit Depressiven (aggregierte Stichprobe) (2a)* gute bis sehr gute Werte auf. Auffallend ist sowohl der ausgezeichnete Wert von $X^2/df = 0.933$, was auf eine optimale Modellstruktur hindeutet. Auch der RMSEA-Wert von 0.005 weist darauf hin, dass die Modellstruktur die empirische Kovarianzmatrix sehr gut approximiert. Die Gütemasse für die *Stichprobe auf Minutenebene (2b)* sind etwas weniger gut, weisen aber immer noch hinreichend gute Werte für die Aufrechterhaltung des Modells auf.

3.8.2.4 Übersicht über die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle

- Die Hypothese des *Annäherungsprimings*, welches als *Mediator* zwischen bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung und Sitzungserfolg fungiert, wird durch die empirischen Daten gestützt. Bei der gemischten Patientenpopulation wirkt das Annäherungspriming insbesondere über die *Positiven Emotionen* und lediglich in moderater Form über die Aktivierung der *annäherungsorientierten* Haltung. Anders bei *depressiven* Patienten: Hier führen bedürfnisbefriedigende Erfahrung zur Aktivierung *positiver Emotionen*, welche den *Annäherungsmodus* stärken. Dieser weist im Gegensatz zur gemischten Stichprobe einen hoch signifikanten Zusammenhang mit dem Sitzungserfolg auf.
- Die Hypothese des *Vermeidungsprimings* fand nur teilweise Bestätigung. Zwar ergibt sich in der heterogenen Gesamtstichprobe ein negativer Pfad zwischen *bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen* und *Negative Emotionen*. Weder zwischen den Variablen *Negative Emotionen* und *Vermeidungsmodus*, noch zwischen *Vermeidungsmodus* und *Sitzungserfolg* ergeben sich signifikante Zusammenhänge.
- Allerdings zeigt sich bei Depressiven ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen *Vermeidungsmodus* und *Erfolg*. Dies verweist darauf, dass der *Reduktion der Vermeidungsmotivation* bei Depressiven für das Erzielen therapeutischer Veränderungen ein hoher Stellenwert zukommt. Diese Aussage wird auch durch die im Strukturmodell „Vermeidungspriming“ erklärte Varianz im Sitzungserfolg (27 Prozent gegenüber 8 Prozent in der gemischten Population) deutlich.

- Im Integrativen Modell konnte gezeigt werden, dass das Vermitteln *bedürfnisbefriedigender Erfahrungen* über die *Aktivierung positiver Emotionen* und die *Stärkung der Annäherungsmotivation* signifikant mit der *Reduktion des Vermeidungsmodus* in Beziehung steht, was einen signifikanten Zusammenhang mit dem Stundenerfolg hat. Die Zusammenhänge sind bei Depressiven wiederum stärker ausgeprägt. Insbesondere fällt der hoch signifikante Pfadkoeffizient von $\beta = -.70$ zwischen *Annäherungs-* und *Vermeidungsmodus* auf. Der höhere Anteil erklärter Varianz (53 Prozent) im Stundenerfolg bei Depressiven gegenüber 33 Prozent in der gemischten Stichprobe weist darauf hin, dass interpersonalen und motivationalen Aspekten bei der Depressionsbehandlung ein besonders wichtiger Stellenwert zukommt.
- In der ersten Sitzungshälfte entfaltet das *Annäherungspriming* einen *direkten* positiven Einfluss auf den Stundenerfolg und in der zweiten Sitzungshälfte wird das *Annäherungspriming* fast vollständig über das *Vermeidungspriming* mediiert. Der Einfluss *positiver Emotionen* auf den Sitzungserfolg kann über die ganze Stunde hinweg beobachtet werden.

4. DISSKUSSION

4.1. Kritik der Methode

Die Diskussion ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird die Methode kritisch diskutiert, der zweite Teil widmet sich der Diskussion der Ergebnisse und deren Integration in die aktuelle Forschungslandschaft. In der Methodenkritik werden die Stichprobe, das Untersuchungsdesign, das Messmittel und die verwendeten Auswertungsstrategien kritisch hinterfragt.

4.1.1 Stichprobe

Die in dieser Arbeit zwecks *Kontrolle der Abhängigkeit* durchgeführte *Datenreduktion* (vgl. Methode, Abschnitt 2.1.3) führte zur Reduktion der Stichprobe von 150 auf 57 Fälle. Obwohl das Vorgehen zur Verbesserung der *internen Validität* führte,¹⁰⁰ sah man sich – insbesondere bei Auswertungen mit den diagnostisch homogenen Teilstichproben – mit dem Problem kleiner Stichprobenumfänge konfrontiert (die Teilstichprobe Depressiver umfasste 25 und diejenige der Angstpatienten 10 Fälle). Gemäss Bortz und Döring (2003) braucht es zum Aufdecken mittlerer Effekte aus Mittelwertsvergleichen eine Stichprobe von 50 (je 25 pro Vergleichsgruppe) und für Korrelationen eine von 64. Während diese Voraussetzungen für die heterogene Gesamtstichprobe annähernd erfüllt wurden, war dies für die störungsspezifischen Stichproben nicht der Fall. Aus diesem Grund wurden zusätzlich Effektstärken berechnet, welche weniger abhängig von der Stichprobengrösse sind. Zwar hätte die Möglichkeit bestanden, Berechnungen auf Minutenebene durchzuführen, dies hätte jedoch aufgrund der grossen Stichprobe (3089, respektive 1371 und 528) und der daraus resultierenden Power dazu geführt, dass auch praktisch unbedeutende Effekte statistisch signifikant geworden wären (zudem besteht bei diesem Vorgehen das Problem der Abhängigkeit der Daten durch Messwiederholungen). Deshalb wurden Berechnungen wenn immer möglich konservativ auf Stundenebene durchgeführt. Dieses Vorgehen hatte zur Folge, dass bei Berechnungen mit Depressiven nur sehr grosse Effekte statistisch gegen den Zufall abgesichert werden konnten.

Beim Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression bestand zudem das Problem ungleicher Stichprobengrössen. Bei ungleichen Stichprobenumfängen und ungleichen Varianzen (was z.T. der Fall war) führt der T-Test zu einem erheblich grösseren Prozentsatz an Fehlentscheidungen. Während grössere Varianzen in der kleinen Stichprobe zu progressiven Entscheidungen im T-Test führen (zu Gunsten der H_1), führen grössere Varianzen in der grösseren Stichprobe eher zu konservativen Entscheidungen (zu Gunsten der H_0). Diesem Umstand wurde Rechnung getragen, indem zusätzlich zu den *parametrischen* auch *nonparametrische* Berechnungen durchgeführt wurden. Die Interpretation der Ergebnisse wurde konservativ gehandhabt, indem ausschliesslich Resultate der Gruppenvergleiche, welche durch die *para- und nonparametrische* Verfahren gegen den Zufall abgesichert werden konnten und eine *mittlere Effektstärke* ($d > .50$) aufweisen, berücksichtigt wurden.

¹⁰⁰ Im ursprünglichen Datensatz waren die 150 Sitzungen nicht gleich auf die 57 Patienten verteilt. Von sechs Patienten flossen über sieben Sitzungen in das Design ein. Die Übervertretung einzelner Patienten ist eine Störvariable, welche die interne Validität der Untersuchung erheblich einschränkt.

Die Stichprobe ist zudem in ihrer *externen Validität* eingeschränkt, da lediglich Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern untersucht wurden. Eine Replikation der Untersuchung mit Patienten anderer Einrichtungen würde die Generalisierbarkeit der Befunde erhöhen.

4.1.2 Untersuchungsdesign

Ziel vorliegenden Forschungsprojektes ist es, Wirkfaktorenmuster des therapeutischen Prozesses abzubilden, aus denen selektive und adaptive Handlungsregeln¹⁰¹ für den Therapieprozess abgeleitet werden können. Dabei steht die Frage im Vordergrund, *welche Wirkfaktoren- und Wirkfaktorenmuster zu einem guten Sitzungsergebnis oder positiven Veränderungen im Therapieverlauf beitragen* (Grawe, 1999). Als Methode für die wirkfaktorenorientierte Prozessforschung schlägt Grawe (1999) aufgrund der Unmöglichkeit, therapeutische Prozesse experimentell zu manipulieren, ein Forschungsdesign vor, welches auf dem Selektionsverfahren „*Selektion aus natürlicher Variation*“ (SNV) beruht. Bei diesem Verfahren werden die zu analysierenden Therapiesitzungen nach interessierenden Kriterien (z.B. Sitzungsergebnis, Veränderung des Patienten) ausgesucht und hinsichtlich des Wirkfaktorenusters miteinander verglichen. Da umfassende *theoretische Konzeptionen des therapeutischen und psychischen Geschehens* vorliegen, können *Hypothesen* über therapeutisch fruchtbare Wirkfaktorenmuster formuliert und mittels wirkfaktorenorientierter Prozessforschung empirisch überprüft werden. Gemäss Grawe (1999) sind so gefundene Ergebnisse kausal zu interpretieren.

Für vorliegendes Projekt wurde das von Grawe vorgeschlagene Vorgehen gewählt. Grawes (1998, 2004) Konsistenztheorie sowie weiterführende Prozessforschungsergebnisse dienten als Grundlage für die Hypothesenbildung. Mittels SNV wurden aufgrund eines doppelten Erfolgskriteriums *Extremgruppen* gebildet, welche hinsichtlich unterschiedlicher Wirkfaktorenmuster gegeneinander kontrastiert wurden.

Der den *quasiexperimentellen Versuchsplänen* zuordenbare *Extremgruppenvergleich* birgt diverse statistische Probleme in sich (Überschätzen von Zusammenhängen, Regressionseffekte) und wird gemäss Bortz und Döring (2003) nicht zu den hypothesenprüfenden, sondern den explorativen Studien zugeordnet, da damit lediglich geprüft werden kann, ob eine unabhängige Variable potentiell Erklärungswert für eine abhängige Variable hat. Da bei der über die Einzelfallforschung hinausgehenden Prozessforschung die Bildung von Extremgruppen für das Aufdecken unterschiedlicher Wirkungszusammenhänge sinnvoll ist, wurden oben genannte Einschränkungen in Kauf genommen. Zudem sei betont, dass lediglich die *Auswahl* der Therapiesitzungen aufgrund von Extermwerten (vgl. Erfolgskriterium, Abschnitt 2.1.2.4) erfolgte. Die Einschätzung der

¹⁰¹ Therapeutische Handlungsregeln sind Wenn-Dann Formulierungen, auf welche Therapeuten zur Optimierung des Vorgehens im Therapieprozess zurückgreifen können. Grawe (1999) unterscheidet adaptive und selektive Handlungsregeln. Während für *selektive Handlungsregeln* zeitlich eher stabile Merkmale des Patienten oder Therapiebedingungen als Wenn-Bedingungen herangezogen werden (z.B. Diagnosen), orientieren sich *adaptive Handlungsregeln* an variierenden Patienten- oder Situationsmerkmalen als Wenn-Bedingungen (z.B. motivationale Konstellation des Patienten, Therapiebeziehung) etc.

Prozessvariablen, welche der empirischen Analyse unterzogen wurden, erfolgte nachträglich. Das Einschätzen der Prozessvariablen auf *Minutenebene* gleicht durch erhebliche Variation der Merkmalsausprägungen im Stundenverlauf gewisse, dem Design immanente Nachteile aus. Dennoch wurden in Anlehnung an Bortz und Döring (2003) alle parametrischen Berechnungen wenn möglich durch nicht-verteilungsfreie Verfahren repliziert.

Trotz allem weist eine solche *quasiexperimentelle Untersuchung*, in welcher die Therapieprozesse Post Hoc mit Erfolg in Beziehung gebracht werden, bedeutsam mehr Mängel in der *internen Validität* auf als eine auf randomisiertem Kontrollgruppendesign basierende Interventionsstudie: (1) Veränderungen in der abhängigen Variablen können *nicht eindeutig* auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückgeführt und der *Einfluss von Drittvariablen (Confounder)* nicht ausgeschlossen werden. (2) Die *Richtung des Kausalzusammenhangs* ist nicht endgültig geklärt (vgl. folgenden Abschnitt).

Als Confounder sind einerseits Drittvariablen denkbar (z.B. das Ausmass, in welchem sich der Zustand des Patienten bereits verbessert hat), welche nicht erhoben wurden und deren Einfluss in vorliegender Arbeit daher nicht kontrolliert werden kann, andererseits können aufgrund des Selektionsverfahrens Unterschiede in den Ausgangsmerkmalen der Patienten bestehen, welche zu systematischen Verzerrungen der Ergebnisse führen oder es ist denkbar, dass unterschiedliche Variablen dasselbe Konstrukt erfassen, weil die Datenerhebung aufgrund einer undifferenzierten Gut-Schlecht-Heuristik erfolgte.

Erstgenanntes Problem (1) kann in dieser Arbeit nicht kontrolliert werden. Die Tatsache, dass diejenigen Prozessvariablen erfasst wurden, welche in der Fachliteratur als relevant diskutiert werden sowie der Umstand, dass vorhergesagte Wirkfaktorenmuster fast ausnahmslos empirische Bestätigung fanden, lässt diese Vermutung unwahrscheinlich scheinen. (2) Die Analyse der *Ausgangsbedingungen* der Patienten ergab *keine signifikanten Gruppenunterschiede* zwischen den Patienten beider Erfolgsgruppe, in der Teilstichprobe Depression zeigte sich jedoch eine (auf Grund der geringen Testpower nicht signifikante) Tendenz, dass Depressive Patienten in der tiefen Erfolgsgruppe etwas stärker belastet sind als in der hohen Erfolgsgruppe. Obwohl keine systematische Verzerrung der Ergebnisse durch diesen Umstand erwartet wird, da die Unterschiede nur sehr klein sind, kann eine solche nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. (3) Ein weiteres die interne Validität des Forschungsprojektes bedrohendes Problem liegt darin begründet, dass die Möglichkeit besteht, dass die Einschätzung bestimmter Variablen aufgrund einer Gut-Schlecht-Heuristik basiert. Um dies zu überprüfen wurde eine *diskriminante Validierung* derjenigen Variablen vorgenommen, von denen angenommen werden kann, dass sie auf einer solchen Gut-Schlecht-Bewertung der Raterinnen basieren.¹⁰² Die Ergebnisse des Verfahrens lassen den Effekt einer solchen Drittvariable unwahrscheinlich erscheinen.

Ein weiterer Nachteil des auf dem SNV basierenden Untersuchungsdesigns ist das Fehlen von *Therapieverläufen*. Zwar integriert das dem Forschungsprojekt zugrundeliegende dreifaktorielle

¹⁰² Bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung, positive und negative emotionale Aktivierung des Patienten, Annäherungs- und Vermeidungsmodus des Patienten, freundlicher Interaktionsstil von Therapeut und Patient.

Rahmenmodell den Faktor *Therapiephase*, da jedoch keine kontrollierte Zuweisung der Phasen erfolgte, können aufgrund der Konfundierung keine Rückschlüsse auf Therapieverläufe gezogen werden. Für weitere Prozessforschungsanalysen empfiehlt es sich, *ganze Therapieverläufe* anzuschauen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass diese *retrospektive Untersuchung* empirische Evidenz zur Stärkung der formulierten Hypothesen gibt, sie kann jedoch keine anerkannten Beweise dafür liefern. Dafür müsste *eine prospektive, kontrollierte und randomisierte Interventionsstudie* durchgeführt werden (vgl. Ausblick).

4.1.3 Kategoriensystem

Für das dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsprojekt wurde das Kategoriensystem SAWIM (Spezifische und allgemeine Wirkfaktorenmikroprozessanalyse) entwickelt, dessen Reliabilität und Validität überprüft wurde.

Die insgesamt guten bis sehr guten *Interraterreliabilitäten (Kappa)* können einerseits auf das gut ausgearbeitete Manual, und andererseits auf das intensive Ratertraining und die enge Begleitung und regelmässigen Rückmeldungen während des ganzen Datenerhebungsprozesses zurückgeführt werden. Die in bezug auf das Erfolgskriterium blinden Raterinnen waren Studentinnen und verfügten über keine eigenen therapeutischen Erfahrungen, wodurch das Einschätzen therapeutischer Prozessvariablen für sie eine besondere Herausforderung darstellte. Insgesamt weisen alle Variablen, deren Merkmalsausprägungen pro Minute eingeschätzt wurden, gute Reliabilitäten auf. Davon ausgenommen ist die Perspektive *motivationale Ausrichtung und emotionale Aktivierung* des Patienten, deren Interraterreliabilitäten lediglich in einem akzeptablen Bereich liegen (die Reliabilität der Variablen *negative Emotionen* liegt sogar darunter). Diese Konstrukte waren aufgrund ihres hohen Abstraktionsgrades besonders schwer einzuschätzen. Zudem wirkte sich das nicht immer einwandfreie Videomaterial (Bild und Ton) besonders nachteilig auf das Rating dieser Perspektive aus, für welche Mimik, Inhalt und Intonation der Patienten ausserordentlich bedeutsam waren. Da der Nachweis erbracht werden konnte, dass die tiefen Interraterreliabilitäten vorwiegend auf unterschiedliche Schwellenwerte und nicht auf inkonsistente Einschätzungen der Raterinnen zurückzuführen sind und sowohl die Konstrukt- wie auch die konvergente und diskriminante Validität der Variablen sichergestellt werden konnten, wurden die Variablen dieser Perspektive dennoch in die Arbeit einbezogen.

Eine weitere Schwierigkeit lag im Einschätzen der Merkmalsausprägungen von Variablen, welche nicht in jeder Minute vorkamen und daher seltene Ereignisse darstellten. Die Interreliabilitäten für diese Variablen sind moderater (Interaktionsstile von Patient und Therapeut, Perspektive Techniken und Interventionen), liegen jedoch in einem akzeptablen Bereich. Vor allem für die Variable Techniken und Interventionen wurden tiefere Interraterreliabilitäten erwartet, da das Einschätzen therapeutischer

Interventionen (z.B. Unterscheidung kognitiver und klärender Interventionen) auch für erfahrene Therapeuten als Herausforderung empfunden wurde. Die durch die Studentinnen erzielten Kappa-Werte von 0.48 bis 0.90 sind vor diesem Hintergrund als sehr gut einzustufen.

Auch die *Validierung* des neu entwickelten Messinstruments kann als gelungen eingeschätzt werden. Die Interkorrelationen der verschiedenen SAWIM-Items untereinander (*Konstruktvalidität*) ergaben zahlreiche, inhaltlich schlüssige Korrelationen. Bei der Überprüfung der *Konvergenten Validität* der Daten fiel erstmals die *unzureichende Varianz in den Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung* auf.¹⁰³ Da diese Perspektive zentral für vorliegende Arbeit und eine gute Datenqualität unabdingbar schien, wurde das Problem mittels *erneuter Datenerhebung* gelöst. Wie die Ergebnisse aufzeigen, hat sich der durch die Autorin geleistete Zusatzaufwand gelohnt.

Die verschiedenen Perspektiven konnten nicht alle gleich gut validiert werden (konvergente Validität). Am besten gelang die konvergente Validierung der *Perspektiven Beziehungsgestaltung* (Daten der zweiten Staffel der Datenerhebung) und diejenige der Perspektive *motivationale Ausrichtung / emotionale Aktivierung des Patienten*. Zahlreiche inhaltlich logische Korrelationen zwischen den Variablen dieser Perspektiven, insbesondere mit dem Patienten- aber auch mit dem Therapeutenstundenbogen, belegen deren konvergente Validität. Aus inhaltlichen Gründen liess sich die *Perspektive Strukturierung* am schlechtesten validieren. Zahlreiche negative Korrelationen wiesen jedoch bereits während des konvergenten Validierungsprozesses auf hypothesenkonträre Effekte hin (vgl. Diskussion, Abschnitt 4.2.2). Die konvergente Validierung der Perspektive *Techniken und Interventionen* mit dem Therapeutenstundenbogen gelang gut für alle Variablen, ausgenommen derjenigen der *bewältigungsorientierten Verfahren*. Mit dieser Variablen ergaben sich *keine* Korrelationen mit der Bewältigungsskala im Therapeuten- (oder Patientenstundenbogen), was Fragen bezüglich deren konvergenten Validität aufwirft. Auch die unerwartet zahlreichen Korrelationen zwischen *Prozessunterstützenden* (insbesondere *Strukturierenden*) Interventionen und *Klärungs- und Bewältigungserfahrungen im Patientenstundenbogen* werfen Fragen bezüglich der konvergenten Validität dieser Variablen auf. Obwohl die Therapeutenperspektive klar für die konvergente Validität der Variable *Prozessunterstützende Interventionen* spricht,¹⁰⁴ tun dies die Zusammenhänge mit dem Patientenstundenbogen nicht. Ob Prozessunterstützende Interventionen tatsächlich eine über das Intendierte hinausgehende Wirkung beim Patienten erzielen oder die Raterinnen fälschlicherweise klärende oder bewältigungsorientierte Interventionen als Prozessunterstützung kategorisierten, kann an dieser Stelle nicht schlüssig gesagt werden (vgl. hierzu Diskussion, Abschnitt 4.2.3). Eine (konvergente) Validierung der gesamten Perspektive Techniken und Interventionen an anderen Daten (von besonderem Interesse wären Therapien aus spezifischen Bedingungen, z.B. aus gesprächstherapeutischen oder verhaltenstherapeutischen Therapien), wäre für eine bessere konvergente (und diskriminante) Validierung von grossem Nutzen. Für ein weiterführendes Messinstrument müssten Prozessunterstützenden Interventionen zudem weiter differenziert und die Frage beantwortet werden, ob diese tatsächlich lediglich den Prozess unterstützen.

¹⁰³ Aufgrund eines durch die Studentinnen ohne Absprache verwendeten Standardratings.

¹⁰⁴ Negative Korrelation mit den Skalen *Problemaktualisierung*, *Motivationale Klärung* und *Interaktionelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen.

Als positiv erwies sich das gewählte Verfahren, Interventionen auf *Kategorienebene* einschätzen zu lassen. Dies ermöglichte Auswertungen sowohl auf Oberkategorien- (z.B. Kognitive Arbeit und Klärung), wie auch auf Kategorienebene (z.B. Klärung).

Da sich im Verlauf der *konvergenten Validierung* des Messinstruments zeigte, dass gewisse Variablen (*bedürfnisorientierte Interventionen* des Therapeuten, *emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung* des Patienten und *freundlicher Interaktionsstil (CLOPT)* von Patient und Therapeut) mehrheitlich mit der Skala „Therapiebeziehung“ im Therapeuten- und Patientenstundenbogen korrelierten (was inhaltlich sinnvoll ist) und die Variablen z.T. auch untereinander korrelierten, wurde deren *diskriminante Validität* untersucht, um sicherzustellen, dass sie nicht auf einer Gut-Schlecht-Heuristik der Raterinnen beruhen. Die Ergebnisse gaben starke Hinweise darauf, dass die Variablen unterschiedliche Konstrukte erfassen und nicht auf eine Drittvariable zurückzuführen sind.

Die *prädiktive Validität* des subjektiven Sitzungserfolgs für den Endtherapieerfolg wurde mittels Korrelation zwischen diesen beiden Massen ermittelt. Es ergaben sich substantielle Korrelationen in der Höhe von $\rho = 0.58 / .51$ (für die heterogenen Teilstichproben $\rho = 0.45 / .56$ (Depression), respektive $\rho = 0.88$ (Angst)),¹⁰⁵ was den Schluss zulässt, dass der Sitzungserfolg eine gute *prädiktive Validität* für den Endtherapieerfolg aufweist.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es gelungen ist, für das durchgeführte Forschungsprojekt ein *reliables* und *valides* Messinstrument zu entwickeln.

4.1.4 Auswertungsstrategien

Wie bereits erwähnt, wurden aufgrund des Datenmaterials, der Stichprobenumfänge und des Untersuchungsdesigns wenn möglich sowohl *parametrische*, wie auch *nonparametrische* Verfahren gewählt und eine *konservative Interpretationsstrategie* eingeschlagen.

Die Ergebnisse der *Strukturgleichungsmodelle* sind als vorläufig einzustufen und müssten an einer grösseren und unabhängigen Stichprobe kreuzvalidiert werden. Für vorliegende Berechnungen lag eine Stichprobe mit 57 Patienten vor. Als Faustregel für die praktische Anwendung gilt, dass ein Stichprobenumfang (n) minus der einzuschätzenden Parameter (q) grösser als 50 sein sollte ($n - q > 50$). Diese Forderung wurde nur für einige der untersuchten Modelle erfüllt. In der Fachliteratur wird meistens ein Stichprobenumfang von $n \geq 100$ oder mehr gefordert. Aufgrund der Resultate einer durchgeführten Poweranalyse (vgl. Abschnitt 2.7.2.6), wurde eine Überprüfung der Resultate an der *nicht* unabhängigen Stichprobe auf Minutenebene durchgeführt ($n = 3089$). Eine Verletzung der Unabhängigkeitsforderung der Messwerte wurde für diesen Zweck in Kauf genommen. Grundsätzlich

¹⁰⁵ Die Tatsache, dass sich die höchsten Korrelationen in der Teilstichprobe der Angstpatienten ergeben, wird auf die Spezifität der Störung und deren Behandlung zurückgeführt. Es scheint plausibel, dass es einen grossen Zusammenhang zwischen Sitzungen, in denen Patienten positive Klärungs- und Bewältigungserfahrungen hinsichtlich der Angststörung machten und dem Therapieerfolg gibt. Zudem sei auf die kleine Stichprobe hingewiesen ($n_{\text{Angst}} = 6$). Das Ergebnis ist somit weniger zuverlässig als dasjenige der anderen Stichproben ($n_{\text{Depression}} = 20$, $n_{\text{Gesamtstichprobe}} = 43$).

wäre es möglich gewesen, eine Kreuzvalidierung mittels der anderen, *nicht in die Studie einflussenden 93 Videos* (150 – 57) vorzunehmen. Da bei diesen jedoch die Perspektive Beziehungsgestaltung nicht erneut erhoben worden war (zweite Staffel der Datenerhebung), erwies sich dieses Vorgehen für die Validierung der untersuchten Strukturmodelle leider nicht als sinnvoll.

Eine weitere Einschränkung liegt darin begründet, dass aufgrund des *fehlenden Zeitfaktors* aus den auf korrelativen Analysen beruhenden SEM *keine kausalen Aussagen* abgeleitet werden können, sondern die Ergebnisse lediglich als *Vermutungen* über die Kausalität der Zusammenhänge einzustufen sind. Der Versuch, kausale Zusammenhänge im Stundenverlauf durch Einbezug von Sitzungsphasen (z.B. Sitzungsviertel) aufzuzeigen schlug fehl, da die Prozessvariablen *nicht lineare* Verläufe über die Sitzung hinweg aufweisen. Um die Kausalität der Zusammenhänge abzusichern, sollten die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle in weiterführenden Studien an *Therapieverläufen* repliziert werden.

Da diese Arbeit auf der *elaborierten und empirisch abgestützten Konsistenztheorie* von Grawe (1998, 2004) beruht, schien es sinnvoll, für diese Arbeit in Anlehnung an Grawe (1999) ein *hypothesengeleitetes Vorgehen* zu wählen. Die aufgrund der theoretischen Konzeptionen vorhergesagten Wirkfaktorenmuster erfolgreicher Therapiesitzungen, welche statistisch signifikant häufiger in den erfolgreichen Stunden beobachtet wurden, können als empirische Evidenzen zur Stärkung der Hypothesen und der theoretischen Konzeptionen betrachtet werden. Z.T. wurden aufgrund der Auswertungen und Beobachtungen weiterführende Analysen durchgeführt. Die Post Hoc gefundenen, aber nicht vorhergesagten Zusammenhänge müssten an einer neuen Stichprobe repliziert werden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Resultate diskutiert. Um Redundanzen zu vermeiden, orientiert sich der Aufbau der Diskussion nicht an der Reihenfolge der Fragestellungen, sondern ist *thematisch nach Perspektiven* gegliedert. In die Diskussion fliessen sowohl die Ergebnisse der statistischen Analysen ein, als Interpretationshilfe wird jedoch auch auf Befunde der deskriptiven Analysen, wie auch Ergebnisse der Validierung des Messinstruments zurückgegriffen. Am Schluss der Diskussion werden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammenfassend aufgeführt.

4.2.1 Perspektive der Beziehungsgestaltung

Die Therapiebeziehung ist einer der am besten gesicherten Prädiktoren für therapeutische Veränderungen und Therapieerfolg (Beutler et al., 2004; Norcross, 2002; Orlinsky et al., 2004). Daher wurde die Hypothese formuliert, dass die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung durch Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen besser realisiert wird als in weniger erfolgreichen Sitzungen (**Hypothese 1.1 a**) und vor dem Hintergrund des zentralen Stellenwerts interpersonaler Aspekte sowohl bei der Behandlung Depressiver wie auch bei der depressionsspezifischen psychotherapeutischen Prozessgestaltung, wurde die differentielle Hypothese formuliert, dass Therapeuten das Vermitteln *bindungsbezogener* Erfahrungen in erfolgreichen Sitzungen mit Depressiven besonders gut gelingt (**Hypothese 1.1 b**).

Bedürfnisorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung wurde in dieser Arbeit in Anlehnung an Grawe (1998, 2004) als Ausmass operationalisiert, in welchem das therapeutische Verhalten des Therapeuten geeignet scheint, dem Patienten *bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich zentraler Grundbedürfnisse* (Bindung, Selbstwert, Kontrolle, positive Zustände) zu vermitteln. Durch diese Definition wird ausschliesslich der *Therapeutenbeitrag* (durch Fremdeinschätzung) erfasst, obwohl Orlinsky et al. (2004) aufzeigen konnten, dass die *Patienteneinschätzung der Therapiebeziehung* konsistenter mit Therapieergebnis in Beziehung steht und insbesondere die Einschätzung durch *externe Beobachter* vermehrt zu Nullkorrelationen führt. Zudem sei festgehalten, dass eine so definierte Beziehungsgestaltung lediglich einen *schmalen Aspekt* der in der Fachliteratur gängigen Definition von Therapiebeziehung erfasst. Gemäss Gaston (1990) umfasst die Therapiebeziehung (1) die *emotionale Beziehung des Patienten* zum Therapeuten, (2) die Fähigkeit des Patienten, sich *zielgerichtet in den therapeutischen Prozess* einzulassen, (3) das *empathische und verständnisvolle Engagement des Therapeuten* und (4) die *Übereinstimmung* zwischen Therapeut und Patient bezüglich *therapeutischer Ziele und Aufgaben*. Es wird deutlich, dass die in dieser Arbeit erfasste Beziehungsgestaltung insbesondere dem durch Gaston genannten dritten Aspekt der Therapiebeziehung am nächsten kommt und die anderen Aspekte vernachlässigt. Die *Validierung der Perspektive Beziehungsgestaltung* zeigte für alle Aspekte (mit Ausnahme der Variable Orientierung und Kontrolle) signifikante Korrelationen mit der *Skala Therapiebeziehung* im *Patientenstundenbogen* und mit derselben Skala im *Therapeutenstundenbogen*. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die

therapeutisch realisierten bedürfnisorientierten Interventionen mit der durch den Patienten eingeschätzten Güte der Therapiebeziehung in Zusammenhang steht.

Die Ergebnisse der **ersten Fragestellung** ergaben, dass erfolgreiche Therapeuten in der heterogenen Stichprobe (**1.1 a**) signifikant mehr *selbstwerterhöhende Interventionen* realisieren¹⁰⁶ und in der Arbeit mit Depressiven (**1.1 b**) mehr bedürfniskompatible Interventionen hinsichtlich des *Bindungs- Kontroll- und Selbstwertbedürfnisses* umsetzen. Die Effekte waren in der Stichprobe der Depressiven durchgängig *stärker* ausgeprägt ($d = .70$ bis 1.13), was bedeutet, dass bedürfniskompatible Interventionen bei Depressiven wichtiger für das Erzielen erfolgreicher Sitzungen (und damit auch Therapien) sind als bei Patienten mit anderen Diagnosen. Der Vergleich der Mittelwerte zwischen heterogener und depressiver Stichprobe machte zudem deutlich, dass die grösseren Effekte in der depressiven Teilstichprobe vor allem durch eine *unterdurchschnittlich* gut realisierte Beziehungsgestaltung in *wenig* erfolgreichen Sitzungen mit Depressiven zurückzuführen sind. Dass eine bedürfnisorientierte Therapiebeziehung in der therapeutischen Arbeit mit Depressiven unterdurchschnittlich gut realisiert wird, zeigte auch der Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression (**Fragestellung 2**). Es ergaben sich für die Angstpatienten im Vergleich zur Gesamtstichprobe *überdurchschnittliche* und für Depressive *unterdurchschnittliche* (standardisierte) Mittelwerte für alle Beziehungsaspekte. Signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen zeigten sich für das *Bindungs- und Kontrollbedürfnis* sowie für die wahrgenommene *Therapeutenkompetenz*.

Eine erste (1) mögliche Interpretation dafür, warum in *wenig* erfolgreichen Sitzungen mit Depressiven *die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* durch Therapeuten weniger gut realisiert wird, kann auf die Tendenz zurückgeführt werden, dass Depressive in der tiefen Erfolgsgruppe etwas stärker belastet sind als in der hohen Erfolgsgruppe (vgl. Methode, Abschnitt 2.2.2)¹⁰⁷. Es zeigt sich beispielsweise, dass diese mehr interpersonale Probleme (IIP) haben, was auf ein unsicheres Bindungsmuster schliessen lässt (Grawe, 2004). Der Bindungsstil ist eine prädiktive Patientenvariable für Therapieerfolg und Patienten mit vermeidendem Bindungsstil haben eine schlechtere Prognose (Beutler et al., 2006). Das Bindungsmuster steht zudem in Zusammenhang mit der Therapiebeziehung. In diesem Sinne konnten Staatsi, Hary und Cahill (2007) an einer Stichprobe mit 94 Depressiven zeigen, dass der Einfluss des Bindungsmusters auf das Therapieergebnis über die *Therapiebeziehung mediiert* wird. Auch Eames und Roth (2002) fanden einen Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und Therapiebeziehung sowie Therapieabbrüchen. Damit drängt sich als mögliche Interpretation oben genannter Befunde auf, dass ungünstige Beziehungsmuster und damit einhergehende interpersonale Schwierigkeiten der Patienten einen ungünstigen Effekt auf die Realisation bedürfnisorientierter Interventionen seitens der Therapeuten haben.

¹⁰⁶ Die Effekte der anderen Aspekte der Therapiebeziehung weisen in dieselbe Richtung, wurden jedoch nicht statistisch signifikant.

¹⁰⁷ Die Mittelwertsunterschiede werden zwar aufgrund der geringen Power nicht statistisch signifikant ($n = 25$), es zeigt sich jedoch eine Tendenz, dass Patienten in der tiefen Erfolgsgruppe eine höhere mittlere Symptombelastung aufweisen (GSI, $d = .53$), mehr Beschwerden haben (PSDI, $d = .50$) und die Stärke der Beschwerden etwas höher ausfällt (PST, $d = .66$) als bei Patienten in der hohen Erfolgsgruppe. Zudem zeigt sich, dass diese Patienten tendenziell mehr interpersonale Probleme haben (IIP) und die Werte im INK deuten darauf hin, dass Depressive in der tiefen Erfolgsgruppe mehr Inkongruenz in Annäherungs- und Vermeidungszielen ($d = .35$, respektive $.48$) haben und deren Gesamtingkongruenz höher ausgeprägt ist ($d = .48$).

Da die Gruppenunterschiede in den Ausgangsmerkmalen der depressiven Patienten jedoch ausgesprochen gering sind, liegt eine naheliegendere Erklärung (2) im unterschiedlichen *Therapieprozess*. In wenig erfolgreichen Sitzungen sind Depressive deutlich *stärker vermeidend* und wenig *stark annähernd* motiviert (**Fragestellung 1.3 b**). Dass Depressive im Vergleich mit Angstpatienten (und im Vergleich mit der heterogenen Gesamtstichprobe) überdurchschnittlich stark vermeidend und unterdurchschnittlich angenähert sind, wurde auch durch den Vergleich der Diagnosegruppen deutlich (**Fragestellung 2**).¹⁰⁸ Die annähernde motivationale Ausrichtung kann mit der *Offenheit* der Patienten gleichgestellt werden, während die vermeidende motivationale Ausrichtung das Gegenteil dazu darstellt. Offenheit und Engagement des Patienten sind prädiktive Prozessvariablen für therapeutische Veränderungen und Erfolg (Eugster & Wampold, 1996; Orlinky et al., 1996). Zudem steht die Offenheit von (depressiven) Patienten in einem positiven Zusammenhang mit der Therapiebeziehung. In diesem Sinne konnten Kolden et al. (2006) an einer Stichprobe mit 102 depressiven Patienten, welche nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder interpersonalen Methoden behandelt worden waren, mittels Pfadanalysen zeigen, dass Offenheit einen signifikanten Einfluss auf die Güte der Therapiebeziehung hatte, welche wiederum über therapeutische Veränderungen den Sitzungserfolg beeinflusste. In diesem Sinne kann angenommen werden, dass sich die ungünstige motivationale Ausrichtung der Patienten negativ auf das Etablieren der Therapiebeziehung auswirkt (und umgekehrt).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass **Hypothese 1.1 a**, wonach erfolgreiche Therapeuten mehr bedürfnisbefriedigende Interventionen realisieren, bestätigt werden konnte. Insbesondere das *Vermitteln selbstwertkompatibler Interventionen* scheint für das Erzielen des subjektiven Sitzungserfolgs (welcher hoch mit dem Endtherapieerfolg korreliert ist) relevant zu sein.¹⁰⁹ Dieses Ergebnis wird auch durch die logistische Regression bestätigt (**Fragestellung 3 a**). Die Variable *selbstwerterhöhende Interventionen* wird als erste der vier Beziehungsvariablen in das Regressionsmodell aufgenommen, was deren prädiktiven Wert für die Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs in der heterogenen Stichproben untermauert.

Auch **Hypothese 1.1 b** (Depression) konnte *teilweise* bestätigt werden. Erfolgreiche Therapeuten realisieren in der Arbeit mit *Depressiven* signifikant mehr bedürfniskompatible Interventionen bezüglich des *Bindungs- Kontroll- und Selbstwertbedürfnisses*. Die Effekte sind höher ausgeprägt als in der Gesamtstichprobe, was darauf hindeutet, dass sie bei Depressiven wichtiger für das Erzielen therapeutischer Erfolge sind als bei Patienten mit anderen primären Diagnosen. Obwohl der Effekt für die Variable *positive Bindungserfahrungen* im Gruppenvergleich nicht wie postuliert am stärksten

¹⁰⁸ Die Ergebnisse im nonparametrischen Test werden aufgrund methodischer Schwächen (ungleichgrosse Stichprobenumfänge, wenig Varianz) nicht signifikant.

¹⁰⁹ Das Ausbleiben signifikanter Mittelwertsunterschiede in den anderen Beziehungsvariablen kann zumindest teilweise darauf zurückgeführt werden, dass diese in beinahe allen untersuchten Sequenzen gut realisiert wurden (Deckeneffekt). Bei der deskriptiven Analyse der *Perspektive Beziehungsgestaltung* fiel auf, dass Therapeuten in beinahe allen (88 Prozent) der untersuchten Minuten ein Beziehungsverhalten zeigten, welches geeignet oder sehr geeignet schien, den Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses* zu vermitteln. Dieser Befund kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern tätige Therapeuten speziell in dieser Fähigkeit geschult worden waren. Entsprechend wurden Therapeuten mehrheitlich als *kompetent* oder sehr kompetent eingeschätzt (90 Prozent der untersuchten Minuten) und die Therapeuten realisieren eher selten Interventionen, welche geeignet sind, den Patienten *positive Zustände* erleben zu lassen (84 Prozent der untersuchten Minuten). Die inhaltlich plausible ungleiche Verteilung in den Daten führt zu einem Mangel an Varianz, welcher zur Folge hat, dass die Wahrscheinlichkeit für das Aufdecken statistisch signifikanter Zusammenhänge reduziert wird.

ausfällt (vgl. Fussnote 11), wird diese Variable doch als erste Beziehungsvariable (nach dem Annäherungsmodus) ins Regressionsmodell aufgenommen (**Fragestellung 3 b**), was deren zentralen Stellenwert für die *Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs bei Depressiven* untermauert. Diese Variable erklärt zusammen mit dem Annäherungsmodus je 16 Prozent der Erfolgsvarianz (insgesamt über zwei Drittel davon) und ihr prädiktiver Wert liegt damit weit über demjenigen der anderen Kontextvariablen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das *Vermitteln bindungsrelevanter Interventionen* zentral für das Erzielen therapeutischer Erfolge bei der Arbeit mit depressiven Patienten ist. Dieses Ergebnis untermauert den in der Literatur postulierten Stellenwert interpersonaler Faktoren bei der (Entstehung und) Behandlung der Depression (Beutler et al., 2000; Joiner et al., 1999; Grawe, 2004). Daneben sind auch *selbstwerterhöhende Interventionen* und Interventionen bezüglich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* relevant für das Erzielen therapeutischer Erfolge bei der Arbeit mit Depressiven.

Dem Zusammenspiel zwischen *bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung* des Therapeuten und *motivationaler Ausrichtung* des Patienten auf Minutenebene widmet sich **Fragestellung 4 a**. Gemäss Grawe (2004) kann das motivationale System durch angenehme oder unangenehme Erlebnisse oder Gefühlszustände vorgebahnt werden. In Anlehnung an Ito und Cacioppo (1999) bezeichnet er diesen Vorgang als *motivationale Priming*. Je stärker die psychische Aktivität auf Annäherung ausgerichtet ist, desto leichter laufen andere, auf Annäherung und positive Bewertung ausgerichtete Prozesse ab. Durch motivationales Priming des Vermeidungssystems wird die psychische Aktivität auf Vermeidung ausgerichtet. Im Therapieprozess kann das motivationale Priming sowohl über den Einsatz von Interventionen (z.B. hypnotherapeutische Interventionen, Entspannungsübungen, Ansprechen therapeutischer Ziele), wie auch über die komplementäre Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung realisiert werden. Michalak et al. (2005) fanden an einer Stichprobe mit 40 Patienten mit heterogenen Diagnosen einen negativen Zusammenhang zwischen positiv eingeschätzter Therapiebeziehung und vermeidender motivationaler Ausrichtung der Patienten.¹¹⁰ Die Autoren vermuten ein *wechselseitiges Zusammenspiel* zwischen beiden Variablen. In Anlehnung an diese Studie sowie der durch Grawe postulierten Zusammenhänge wurde **Hypothese 4 a** formuliert, welche besagt, dass eine bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung zur Stärkung der annähernden und zur Abschwächung der vermeidenden motivationalen Ausrichtung des Patienten im weiteren Sitzungsverlauf führt. Umgekehrt wurde postuliert, dass sich die Annäherungsmotivation günstig und die Vermeidungsmotivation ungünstig auf das Etablieren einer bedürfnisorientierten Therapiebeziehung auswirken.

Mittels Kreuzkorrelationen konnte der erste Teil der Hypothese (Annäherungsmodus) klar bestätigt werden. Insgesamt zeigt sich in erfolgreichen Sitzungen, dass Therapeuten und Patienten sensibel aufeinander reagieren. Therapeuten *realisieren bedürfnisorientierte Interventionen* bei *angenäherten* Patienten und diese reagieren mit einer *angenäherten Haltung und zunehmender Offenheit* auf deren bedürfnisorientierte Angebote. Damit wird ein optimaler Rahmen für die Problembearbeitung hergestellt. Dieses positive Muster zeigte sich lediglich in erfolgreichen Stunden. In *wenig*

¹¹⁰ Operationalisiert durch die Häufigkeit, mit welcher die Patienten das Wort „nein“ sagten.

erfolgreichen Sitzungen ergeben sich keine Kreuzkorrelationen. Es scheint dort so, als würden Therapeuten die Patienten mit ihren bedürfnisorientierten Interventionen *nicht erreichen*.

Ein etwas unterschiedliches Muster zeigte sich in erfolgreichen Sitzungen mit *Depressiven*: Hier findet sich zwar in erfolgreichen Sitzungen der positive und nachhaltige Effekt der motivationalen Ausrichtung auf die *bedürfnisorientierten Interventionen der Therapeuten* (negative lags), was so interpretiert werden kann, dass Therapeuten den Einsatz bedürfnisorientierter Angebote auf die motivationale Ausrichtung der Patienten abstimmen. Umgekehrt führen zwar bedürfnisorientierte Interventionen auch zu einem motivationalen *Annäherungspriming*, das Muster erweist sich jedoch als zeitlich weitaus *weniger stabil* als in der heterogenen Gesamtstichprobe. Der signifikante Zusammenhang verliert sich bereits nach zwei lags.¹¹¹ Dieser Befund kann mit der neuropsychotherapeutischen Konzeptualisierung von Depression nach Grawe (2004) erklärt werden. Grawe (2004) konzipiert Depression aufgrund der auf Davidson (2000) zurückgehenden Forschungsuntersuchungen zum „Affective Style“ als generalisierte Schutzhaltung, bei welcher die Überaktivierung des Vermeidungssystem das Annäherungssystem hemmt. Neuropsychologisch äussert sich dies in der Unteraktivierung des linken Präfrontalen Cortex (PFC), welcher sowohl absolut als auch relativ schwächer aktiviert ist als der rechte Präfrontale Cortex (PFC).¹¹² Die laterale Asymmetrie bei Depressiven hat weitreichende Konsequenzen. Insbesondere fällt es ihnen schwerer, positive Gefühle und auf positive Ziele gerichtete (annähernde) Verhaltensweisen zu entwickeln (Grawe, 2004). Dies mag erklären, warum das durch Therapeuten realisierte komplementäre Beziehungsangebot nur *kurzfristig* die annähernden motivationalen Tendenzen Depressiver zu aktivieren vermag. Möglicherweise braucht es aufgrund der neuronalen Veränderungen für ein nachhaltiges motivationales Priming Depressiver eine viel „höhere Dosis“ bedürfnisorientierter Interventionen als bei Patienten mit anderen Störungsbildern.

Der Effekt des (negativen) *Vermeidungsprimings* durch die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung (zweiter Teil von **Hypothese 4 a**) kann in der *heterogenen Stichprobe* in erfolgreichen Sitzungen in sehr moderater Form beobachtet werden. In der heterogenen Gesamtstichprobe zeigt sich in *erfolgreichen Sitzungen* wiederum, dass Therapeuten und Patienten sensitiv aufeinander reagieren. Therapeuten begegnen der vermeidenden motivationalen Ausrichtung der Patienten mit der Durchführung bedürfnisorientierter Interventionen (positive Korrelationen in den negativen lags) und diese kommen bei den Patienten an, so dass die Vermeidungshaltung abnimmt (negative Korrelationen in den positiven lags). Diese Interaktion kann nur in erfolgreichen Stunden beobachtet werden. In wenig erfolgreichen Sitzungen scheinen Therapeuten die Patienten mit ihren Interventionen nicht zu erreichen.

Interessanterweise sind diese Effekte bei *Depressiven* deutlich *stärker ausgeprägt*. Eine bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung steht mit einer *deutlicheren* Reduktion der Vermeidungsmotivation im weiteren Sitzungsverlauf in Zusammenhang. Die Effekte werden zwar auf

¹¹¹ Entspricht in einer 50-minütigen Therapiesitzung zwei Minuten.

¹¹² Hemmendes, vermeidendes Verhalten und negative Emotionen gehen mit der Aktivierung des rechten Präfrontalen Cortex einher, während angenehmeres Verhalten und das Erleben positiver Emotionen mit der Aktivierung des linken Präfrontalen Cortex in Beziehung steht.

Grund der kleinen Stichprobe und anderen methodischen Gründen¹¹³ nicht signifikant, es handelt sich jedoch um Effekte im mittleren Bereich. Dass bei Depressiven die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung des Therapeuten stärker und nachhaltiger mit der Reduktion der vermeidenden motivationalen Ausrichtung in Beziehung steht, kann (1) einerseits mit den neuropsychologischen Korrelaten des Störungsbildes begründet werden: Da bei Depressiven eine Hyperaktivierung des rechten PFCs besteht, dessen Aktivierung mit hemmendem, vermeidendem Verhalten und negativen Emotionen einhergeht, wird vermutet, dass erfolgreiche Sitzungen durch korrektive Erfahrungen im Therapieprozess erfolgreich zu dessen Modulierung führen. (2) Andererseits ist denkbar, dass die komplementäre Beziehungsgestaltung über die Aktivierung des Annäherungsmodus zu einer Abschwächung der vermeidenden motivationalen Ausrichtung führt. Wie in den SEM (Integratives Modell) belegt werden konnte, fallen diese Zusammenhänge besonders bei Depressiven stark ausgeprägt aus (das Beta-Gewicht zwischen beiden motivationalen Ausrichtungen beträgt $\beta = -.70$). Da die annähernde motivationale Ausrichtung jedoch nur *kurzfristig* und die negative motivationale Ausrichtung *langfristig* mit der Realisation bedürfnisbefriedigender Interventionen in Beziehung steht, ist diese Erklärung eher unwahrscheinlich. Einleuchtender scheint (3) die dritte Erklärung, wonach die vermeidende motivationale Ausrichtung bei Depressiven mit verletzenden (frühkindlichen) Erfahrungen (insbesondere bezüglich des Bindungsbedürfnisses) in Beziehung steht und auch deren Modifikation im Therapieprozess über korrektive bedürfnisorientierte (Bindungs-) Erfahrungen erfolgt (Grawe, 2004).

Interessanterweise begegnen erfolgreiche Therapeuten der vermeidenden motivationalen Ausrichtung Depressiver erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung (5 lags) mit vermehrten bedürfnisorientierten Interventionen. Möglicherweise liegt hier noch Verbesserungspotential, indem Therapeuten schneller und intensiver mit Komplementarität auf die vermeidende Motivation Depressiver reagieren.¹¹⁴

Die explorativ durchgeführten differenziellen Kreuzkorrelationen zwischen den *verschiedenen Aspekten* der bedürfnisorientierten Interventionen und der motivationalen Ausrichtung der Patienten ergab, dass das *Annäherungspriming* am besten über das Vermitteln *bindungsrelevanter Interventionen* vermittelt wird. Sowohl bei Depressiven wie auch in der gemischten Gesamtstichprobe stehen bindungsbezogene Interventionen in einem positiven Zusammenhang mit dem *Annäherungsmodus* des Patienten, wobei sich der Effekt im zeitlichen Verlauf verliert. Auch Interventionen bezüglich des *Orientierungs- und Kontrollbedürfnisses* stehen in der heterogenen Stichprobe mit einem *nachhaltigen* und bei Depressiven mit einem *kurzfristigeren Annäherungspriming* in Zusammenhang. *Selbstwerterhöhende Interventionen* führen lediglich in der heterogenen Stichprobe zu einem Annäherungspriming, nicht aber bei Depressiven (vgl. Interpretation weiter unten im Text). *Positive Zustände* führen lediglich in der homogenen Stichprobe der Depressiven zur Stärkung der Annäherungsmotivation, während in der heterogenen Stichprobe das umgekehrte Muster beobachtet werden kann (negative Kreuzkorrelationen). Möglicherweise ist dies

¹¹³ Die Variable Vermeidungsmodus weist eine sehr kleine Varianz auf. Dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit für das Auffinden statistisch signifikanter Zusammenhänge.

¹¹⁴ Um beurteilen zu können, ob dieses Muster zeitlich stabil ist, wäre die Durchführung von Kreuzkorrelationen unter Einbezug längerer Zeitsequenzen (z.B. 10 lags) indiziert.

darauf zurückzuführen, dass mit Angstpatienten im Rahmen von Angstbewältigungstrainings in sensu Entspannungsübungen oder Imaginationen („Safe Place“) durchgeführt werden (in den entsprechenden Sequenzen wurden therapeutisch *positive Zustände* vermittelt, seitens des Patienten war der *Vermeidungsmodus* aktiviert). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Vermutung von Grawe (2004), wonach bedürfnisbefriedigende Erfahrungen im Therapieprozess die annähernde motivationale Ausrichtung der Patienten stärkt, Bestätigung fand.

Der negative Zusammenhang zwischen *bedürfnisorientierter Beziehungsgestaltung* der Therapeuten mit der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung* der Patienten im weiteren Sitzungsverlauf ist bei Depressiven stärker ausgeprägt als in der gemischten Stichprobe. Der stärkste (negative) Zusammenhang zeigt sich zwischen den Variablen *Bindungsbezogene*, respektive *Selbstwertbezogene Interventionen* und dem Vermeidungsmodus. Dies bedeutet inhaltlich, dass depressive Patienten auf potentiell bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich des Bedürfnisses nach Bindung oder Selbstwerterhöhung mit einer wenig ausgeprägten (oder einer Reduktion der) vermeidenden Motivation reagieren.

Die Kreuzkorrelationen zwischen *selbstwerterhöhenden Interventionen* und der *motivationalen Ausrichtung* der depressiven Patienten werfen die Frage auf, warum Selbstwerterhöhung lediglich in negativem Zusammenhang mit dem Vermeidungsmodus, nicht aber in positivem Zusammenhang mit dem Annäherungsmodus in den nachfolgenden Sequenzen stehen. Grawe (2004) hält diesbezüglich fest, dass bei Depressiven im Unterschied zu Gesunden (und Patienten mit andern Diagnosen) *keine Tendenz zu Selbstwerterhöhung* mehr festgestellt werden kann. In Anlehnung an die metaanalytische Untersuchung zur Selbstwerterhöhung und zum Selbstwertschutz von Campell und Sedikies (1999) schlussfolgert er, dass die Tendenz zur Selbstwerterhöhung als Teil des Annäherungs- und diejenige zum Selbstwertschutz als Teil des Vermeidungssystems zu konzipieren ist, welche unterschiedlichen Gesetzen gehorchen. Offenbar scheint es so, als würden die selbstwertorientierten Interventionen der Therapeuten die *selbstwertschützenden* und damit vermeidenden Tendenzen Depressiver ansprechen. Dies scheint insofern plausibel als die selbstwertorientierten Interventionen im Therapieprozess häufig indirekt vermittelt wurden,¹¹⁵ wodurch sie weniger die Selbstwerterhöhung, als viel mehr *selbstwertschützende* Tendenzen ansprechen. In diesem Sinne fordert Grawe (2004): „gerade bei Menschen mit schlechtem Selbstwertgefühl sollte man danach zunächst vor allem auf implizitem Wege versuchen, auf das Selbstwertgefühl einen positiven Einfluss zu nehmen. Man sollte Selbstbewertungen also zunächst nicht explizit thematisieren, sondern den Patienten im Sinne einer prozessualen Aktivierung zunächst implizit selbstwerterhöhende Wahrnehmungen machen lassen, die er nicht ausdrücklich auf sich selbst beziehen muss“ (Grawe, 2004, S.257). Dies scheint Therapeuten in erfolgreichen Stunden mit Depressiven besonders gut gelungen zu sein.

Interessant ist auch der genannte Befund, dass *bindungsrelevante Interventionen* bei Depressiven stärker mit der *Abnahme der Vermeidungsmotivation* als mit der Zunahme der Annäherungsmotivation in Beziehung stehen. Möglicherweise sind *positive Bindungserfahrungen* im Therapieprozess

¹¹⁵ Der Aspekt *Positive Selbstwerterfahrungen* wurde dann eingeschätzt, wenn Therapeuten die Aufmerksamkeit auf positive und gesunde Aspekte des Patienten lenkte, wenn sie Patienten Gelegenheit gaben, ihre Stärken und positiven Seiten zu zeigen oder erzielte Fortschritte hervorhoben. Zudem wurde eingeschätzt, wenn Patienten sich durch Therapeuten besonders beachtet fühlen konnten. Der Hauptfokus lag somit *nicht* auf *explizit* vermittelten Selbstwerterfahrungen (Komplimente), sondern eher auf im Prozess übermittelten *impliziten Erfahrungen*.

korrektive Erfahrungen hinsichtlich interpersoneller Ängste, was sich in der *Abnahme der vermeidenden motivationalen Ausrichtung* im Therapieprozess äussert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass **Hypothese 4 a** mehrheitlich Bestätigung fand. In erfolgreichen Sitzungen führt eine sich an den Bedürfnissen der Patienten orientierende Beziehungsgestaltung zu einem *Annäherungspriming* beim Patienten. Dieses ist in der heterogenen Stichprobe *stärker* ausgeprägt und *nachhaltiger* als bei Depressiven. Der Annäherungsmodus wird vor allem durch *positive Bindungserfahrungen*, dem Vermitteln *positiver Orientierungs- und Kontrollerfahrungen* sowie bedürfnisbefriedigender Erfahrungen hinsichtlich des *Selbstwertbedürfnisses* (Gesamtstichprobe) gestärkt.

Eine bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung führt – vor allem bei Depressiven – zur *marginalen*, jedoch *langfristigen* Reduktion der *vermeidenden motivationalen Ausrichtung*. Dieser Effekt gelingt vor allem durch die Umsetzung *Bindungs- und selbstwertbezogener Interventionen*, wobei letzteren der nachhaltigste Effekt zukommt.

Bei *angenäherten* Patienten gelingt es Therapeuten besser, *bedürfnisorientierte Interventionen* zu realisieren. Der postulierte negative Einfluss der *Vermeidungsmotivation der Patienten* auf die Umsetzung bedürfnisorientierter Interventionen durch die Therapeuten konnte lediglich in der Stichprobe der Depressiven und bei diesen in sehr moderatem Ausmass nachgewiesen werden (vgl. Kreuzkorrelationen in der tiefen Erfolgsgruppe).

Caspar (2005) untersuchte an einer Stichprobe mit 22 Depressiven, inwiefern sich eine *motivorientierte* komplementäre Beziehungsgestaltung (ermittelt aus der individuellen Fallkonzeption) seitens des Therapeuten förderlich auf therapeutische Veränderungen des Patienten auswirkt. Es ergab sich ein positiver Zusammenhang zwischen den auf Selbsteinschätzung beruhenden Veränderungsmassen seitens der Patienten (SCL-90, BDI) und spontan verwirklichter motivorientierter Komplementarität. Zudem wurde Komplementarität mit der Position des Patienten auf dem interpersonalen Kreis (IIP) in Beziehung gesetzt. Erwartungsgemäss zeigte sich, dass Komplementarität mit Patienten aus dem freundlichen Teil des interpersonalen Zirkels am besten realisiert wurde, während sie mit Patienten aus dem feindseligen Teil am schwersten fiel. In diesem Sinne wurde **Hypothese 4 b** formuliert, wonach eine sich an den Patientenbedürfnissen orientierende Beziehungsgestaltung bei freundlichen Patienten gut und bei feindseligen Patienten schlecht realisiert wird. Ferner wurde angenommen, dass diese freundlichen Therapeuten besonders gut und feindseligen Therapeuten besonders schlecht gelingt.

Die Hypothese konnte mehrheitlich bestätigt werden: Die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung wird insbesondere durch *freundliche Therapeuten* und bei *freundlichen Patienten* gut und bei feindseligen Patienten schlecht realisiert. Die postulierten negativen Zusammenhänge zwischen *feindseligem* Interaktionsstil des *Therapeuten* und Beziehungsgestaltung des Therapeuten konnten nicht nachgewiesen werden, was auf die geringe Variation in dieser Variablen zurückgeführt werden

kann.¹¹⁶ Für Depressive ergab sich annähernd dasselbe Bild, mit Ausnahme dessen, dass die Korrelationen mit dem Interaktionsstil des Therapeuten aufgrund der geringen Testpower nicht statistisch gegen den Zufall abgesichert werden konnten.

Grawe (2004) konzipiert Annäherungs- und Vermeidungssystem in Anlehnung an Gray & McNaughton (1996) als zwei unabhängige Motivationssysteme, welche zwar mit einer Tendenz zur wechselseitigen Hemmung miteinander interagieren, jedoch aufgrund jeweils eigener neuronaler Substrate und Mechanismen unabhängig voneinander aktiviert werden können. Die stabilen und z.T. genetisch determinierten Motivationssysteme können mit Persönlichkeitseigenschaften im Sinne Eysencks (1981) zweidimensionalem Persönlichkeitsmodell oder Costa und McCraes (1992) Modell der „Big Five“ in Beziehung gebracht werden. Das „Behavioral Inhibition System“ (BIS) nach Gray (1981) überschneidet sich mit dem Faktor „Neurotizismus“ und das „Behavioral Activation System“ (BAS) mit „Extraversion“. Auf dieser Grundlage wurde die Frage untersucht, ob sich Zusammenhänge zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung (welche vorwiegend variable Reaktionen und weniger „Traits“ im Sinne oben erwähnter Untersuchung darstellen) finden lassen (**Fragestellung 4 c**). Es wurde vermutet, dass freundliche Patienten vor allem durch eine annähernde und wenig vermeidende motivationale Ausrichtung gekennzeichnet sind (**Hypothese 4 c**). Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Auch *dominante* Patienten sind vorwiegend angenähert und wenig vermeidend motiviert, die Effekte sind jedoch weniger stark ausgeprägt als bei *freundlichen* Patienten. Im Gegensatz dazu erweisen sich Patienten mit *submissivem* und *feindseligem* Interaktionsstil als ausgesprochen vermeidend und unterdurchschnittlich angenähert. Diese Zusammenhänge zeigten sich diagnoseübergreifend.

Insgesamt kann auf Grund dieser Ergebnisse geschlossen werden, dass vor allem die therapeutische Arbeit mit *submissiven* und *feindseligen* Patienten eine therapeutische Herausforderung darstellt, da ihr Verhalten stark durch Vermeidung geprägt ist. In der therapeutischen Interaktion mit diesen Patienten ist insbesondere auf ein interaktionell komplementäres Verhalten sowie ein die Annäherungskomponente stärkendes und das Vermeidungsverhalten hemmendes Vorgehen zu achten, während bei dominanten und freundlichen Patienten die annähernde motivationale Ausrichtung als Ressource genutzt werden kann. Orlinsky et al. (2004) halten in diesem Zusammenhang fest, dass weniger der Interaktionsstil von Patient oder Therapeut, als viel mehr das *Zusammenspiel* zwischen Therapeuten- und Patientenverhalten und die Fähigkeit des Therapeuten, passend (im Sinne des Vermittelns korrekativer Erfahrungen) auf Patientenverhalten reagieren zu können, ausschlaggebend für Therapieerfolg ist. Entsprechend wären weiterführende Analysen interessant, in welchen die interaktionellen Dyaden von Therapeuten und Patienten (und deren Auswirkungen auf die motivationale Ausrichtung der Patienten) untersucht würden. Es wird vermutet, dass erfolgreiche Therapeuten komplementär auf feindselige oder submissive Patienten reagieren, während ein solches Muster bei wenig erfolgreichen Therapeuten nicht beobachtet werden kann.

¹¹⁶ Die deskriptive Analyse ergab, dass feindseliges Verhalten der Therapeuten lediglich in sieben Prozent der untersuchten Sequenzen beobachtet werden konnte.

4.2.2 Perspektive der Strukturierung

Die Perspektive der Strukturierung umfasst diejenigen Kontextvariablen, welche die organisatorischen Aspekte der Therapiesitzung beschreiben. In dieser Arbeit wurde Strukturierung in Anlehnung an verhaltenstherapeutische Standards, in denen ein strukturiertes Vorgehen gefordert wird, operationalisiert (vgl. Beck et al., 1986; Beck et al., 1992; Becker & Margraf, 2002; Hautzinger, 1998; Schneider & Margraf, 1998).

Die neuropsychotherapeutische Erklärung dafür, warum in Therapiesitzungen ein strukturiertes Vorgehen indiziert ist, kann folgendermassen beschrieben werden (Grawe, 2004): Aus neuropsychotherapeutischer Sicht entstehen psychische Störungen in einem Zustand erhöhter Inkonsistenz. Wenn sich psychische Störungen herausbilden, entstehen neue neuronale Erregungsmuster, welche durch intensive, lang andauernde Einwirkung realer Lebenserfahrungen und dadurch evozierte wiederholte Bahnung konsolidiert werden und längerfristig zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen. In der Psychotherapie geht es darum, diese neuronalen Erregungsmuster zu hemmen oder neue Erregungsmuster zu etablieren, was aufgrund der neuronalen Plastizität des Gehirns möglich ist. Die durch therapeutische Interventionen intendierten strukturellen Gehirnveränderungen und das Etablieren neuer neuronaler Strukturen erfordern *intensive* und *lang andauernde* Interventionen. „Sporadisches und relativ kurzes Aktivieren von Prozessen bewirkt kein langfristiges Lernen. Nur intensive Bahnung der erwünschten Abläufe führt dazu, dass sie eine strukturelle Grundlage im Gehirn erhalten. Erst dann ist die Voraussetzung gegeben, dass die therapieinduzierten Veränderungen sich selbst aufrechterhalten“ (Grawe, 2004, S. 139). Aus neuropsychotherapeutischer Sicht ist somit ein *intensives, strukturiertes* und *prozessdirektives* Vorgehen des Therapeuten unabdingbar. Zudem führt die Aktivierung des Dopamin- oder auch als Belohnungssystem bezeichnetes Areal und dadurch ausgelöste „Second Messenger“ Kaskaden dazu, dass sich die Gedächtnisbildung erheblich verstärkt. Zu erinnernde Erfahrungen werden bei gleichzeitiger Aktivierung des Dopaminsystems, was beispielweise in einem positiven Kontext oder bei Aktivierung wichtiger motivationaler Ziele der Patienten der Fall ist, besser im Gedächtnis gespeichert. Daraus lässt sich der Schluss ableiten, dass spezifische therapeutische Interventionen in einem *positiven Kontext* durchzuführen sind.

Aufgrund dieser neuropsychologischen Überlegungen sowie den für die Angst- und Depressionsbehandlung beschriebenen ESTs, in welchen ein strukturiertes und direktives Vorgehen des Therapeuten gefordert wird (Beutler et al., 2000; Follette & Greenberg, 2006; Woody & Ollendick, 2006), wurde **Hypothese 1. 2 a** formuliert, wonach Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen strukturierter vorgehen als in wenig erfolgreichen Sitzungen. Dies wurde sowohl störungsübergreifend (**Hypothese 1. 2 a**), wie auch für die Arbeit mit Depressiven (**Hypothese 1. 2 b**) angenommen. Explorativ wurde untersucht, ob sich Strukturierungsunterschiede zwischen Sitzungen mit Depressiven und Angstpatienten finden lassen (**Fragestellung 2**).

Bereits die *konvergente Validierung* der Strukturierungsvariablen, welche sich erwartungsgemäss als schwierig erwies, da weder der Therapeuten- noch der Patientenstundenbogen über geeignete Items oder Skalen verfügen, mittels deren sich die Variablen hätten validieren lassen,¹¹⁷ zeigte sich eine Tendenz, welche oben formulierten Hypothesen widersprach. Zwar ergaben sich positive Korrelationen zwischen den Variablen *Klarer Fokus der Problembearbeitung*, *Relevanz der Problembearbeitung*, *Aktive Beteiligung des Patienten* und *Fokus auf Veränderung (SAWIM)* mit der Einschätzung von *Therapiefortschritten* seitens der Therapeuten (TSB) und Patienten (PSB), aber es zeigten sich auch negative Korrelationen zwischen den Items *Intensität der Problembearbeitung*, *Prozessdirektivität des Therapeuten* und *Konkretisierungsaufforderungen der Therapeuten (SAWIM)* und der Skala *Offenheit und sich einlassen* sowie positive Korrelationen mit der Skala *Interaktionell schwieriger Patient* im Therapeutenstundenbogen. Die Vermutung liegt nahe, dass ein hohes Ausmass an Strukturierung (insbesondere Prozessdirektivität, Intensität der Problembearbeitung und Konkretisierungsaufforderungen durch den Therapeuten) dann Anwendung findet, wenn sich Patienten interaktionell schwierig verhalten und der Therapieprozess ungünstig verläuft.

Die Vergleiche zwischen den Erfolgsgruppen bestätigen diese Annahme. In der *Gesamtstichprobe (Fragestellung 1. 2 a)* zeigte sich, dass Therapeuten in *erfolgreichen* Sitzungen signifikant häufiger einen *veränderungsorientierten Fokus* einnehmen und dass sich Patienten *aktiver am therapeutischen Geschehen* beteiligen. Für zahlreiche andere Variablen (*Intensität der Problembearbeitung*, *Prozessdirektivität des Therapeuten*, *Aufforderung zu mehr Alltagsbezug und Konkretisierung*) zeigen sich jedoch Effekte in die entgegengesetzte Richtung (die Ergebnisse konnten jedoch nicht gegen den Zufall abgesichert werden). Bei wieder anderen Variablen zeigten sich *keine* Mittelwertsunterschiede (*Klarer Fokus*, *Relevanz der Problembearbeitung*, *Alltagsbezug und Konkretisierung*), was auf einen Deckeneneffekt zurückgeführt werden kann, da die Strukturierungsvariablen in beiden Erfolgsgruppen annähernd gleich optimal realisiert wurden und wenig Varianz aufweisen.

Für die heterogene Gesamtstichprobe kann also festgehalten werden, (1) dass ein *veränderungsorientierter Fokus*¹¹⁸ und *Aktive Beteiligung der Patienten* mit Sitzungserfolg in Beziehung stehen. Diese Ergebnisse erstaunen wenig in Anbetracht der Befundlage, dass Patientenbeteiligung hoch signifikant mit *Annäherungsmodus* korreliert ist (vgl. Methodenteil, Abschnitt 2.6.1). Dass sich angenäherte und offene Patienten aktiver am therapeutischen Prozess beteiligen, ist naheliegend. Eine hoch signifikante Korrelation erweist sich zudem zwischen dem *Veränderungsfokus* des Therapeuten und den *positiven Emotionen* des Patienten (vgl. Methodenteil, Abschnitt 2.6.1), welche wiederum der beste Prädiktor für den Sitzungserfolg in der heterogenen Gesamtstichprobe darstellt (vgl. **Fragestellung 3 a**). Dass ein veränderungsorientierter Fokus des Therapeuten mit Erfolg in Beziehung steht, konnte zudem in zahlreichen vorangehenden Berner Prozessanalysen

¹¹⁷ Die im Rahmen der Konstruktvalidierung durchgeführten Interkorrelationen der Strukturierungsvariablen wiesen jedoch inhaltlich schlüssige Zusammenhänge auf, was auf die Validität der Konstrukte schliessen lässt.

¹¹⁸ Die deskriptive Analyse dieser Variable ergab, dass in lediglich 2 Prozent der untersuchten Sequenzen der *Fokus des therapeutischen Gesprächs auf Veränderung* lag. In allen anderen Sequenzen wurde der *Zustand* fokussiert. Dies kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass ein veränderungsorientierter Fokus erst nach hinreichender Bearbeitung des Zustandes eingenommen werden kann. Diese Vermutung wird durch Verlaufsanalysen untermauert, welche zeigen, dass Veränderungsfokussierung vor allem im letzten Sitzungsfünftel stattfindet.

nachgewiesen werden. Smith (2001) beispielsweise konnte zeigen, dass erfolgreiche Therapeuten gegen Ende der Therapie den Fokus zunehmend auf umgesetzte Veränderungen richten. In diesem Sinne fordert auch Grawe (2004), jede Problembearbeitung über die Aktivierung hinaus in einen Veränderungsschritt überzuleiten. „Lass es möglichst nie bei der blossen Aktivierung oder Thematisierung eines Problems bewenden, gehe immer über zu einem Veränderungsschritt. Jede Aktivierung eines Problems sollte einmünden in eine konkrete Bewältigungs- und Klärungserfahrung“ (S. 438). Dieser Forderung wurde in erfolgreichen Sitzungen nachgekommen.

(2) Ein weiteres Resultat ist, dass gewisse Strukturierungsvariablen (*Prozessdirektivität, Intensität der Problembearbeitung, Aufforderung zu Konkretisierung*) eher mit *Sitzungsmisserfolg* in Beziehung stehen. Wie die Validierung des Messinstruments nahe legt, werden diese Strukturierungsaspekte vor allem in therapeutisch schwierigen Situationen eingesetzt, wenn Patienten wenig offen, interaktionell schwierig und reaktant sind. Dieser Befund könnte als ungünstige Passung des Therapeuten- an das Patientenverhalten interpretiert werden. Zahlreiche Studien belegen, dass Prozessdirektivität des Therapeuten bei reaktanten Patienten kontraindiziert ist (Beutler et al., 2000; Orlinsky et al., 2004).

Schulte (1992) stellt zudem fest, dass vor allem der *Inhalt* der Direktivität relevant für das Erreichen therapeutischer Veränderungen ist. Während vertiefende Bearbeitungsangebote förderlich sind, sind verflachende Bearbeitungsangebote eher ungünstig für das Therapieergebnis. In welchem Ausmass die in dieser Arbeit untersuchten Therapeuten vertiefende Bearbeitungsangebote machten, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, da der *Inhalt der Direktivität* nicht erfasst wurde. In einer weiterführenden Studie sollte der Direktivitätsaspekt im Sinne Schultes (1992) weiter differenziert werden.

Bei Depressiven (**Fragestellung 1. 2 b**) stehen ebenfalls die Variablen *Veränderungsfokus* und *Festlegen des Sitzungsthemas zu Stundenbeginn* durch den Therapeuten mit Sitzungserfolg in Beziehung. Dass der Veränderungsfokus den Sitzungserfolg sowohl in der heterogenen wie auch in der homogenen Stichprobe gut vorhersagt, wird durch die Regressionsanalysen bestätigt (**Fragestellung 3 a und b**). Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass die Strukturierungsvariablen weniger prädiktiv für Stundenerfolg sind als die motivationalen, emotionalen oder interpersonellen Variablen.

Der Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression (**Fragestellung 2**) hinsichtlich der Strukturierungsvariablen ergab, dass Therapeuten bei der Arbeit mit *Angstpatienten* signifikant häufiger einen *klaren Fokus* bei der Problembearbeitung einnehmen und sie häufiger an *relevanten Inhalten* arbeiten. Dafür liegt bei der Arbeit mit Depressiven der Fokus häufiger auf *Veränderung* und Therapeuten fordern Depressive häufiger zu mehr *Konkretisierung* des Gesagten auf. Dass Stunden mit Angstpatienten durch einen *klarereren Fokus* und eine *höhere Relevanz* der Problembearbeitung gekennzeichnet sind, scheint vor dem Hintergrund, dass mit Angstpatienten vorwiegend an *spezifischen Angstthemen* gearbeitet wird, einleuchtend. Zudem macht es Sinn, dass in der Angstbehandlung häufiger auf den *Zustand* der Angst fokussiert wird und dass der Inhalt durch die klare Vorgabe der Angstthematik kaum noch der näheren *Konkretisierung* bedarf.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass störungsübergreifend die Variable *Veränderungsfokus* konsistent mit Sitzungserfolg in Beziehung steht. Ein veränderungsorientierter Fokus des Therapeuten vor allem gegen Ende der Sitzung scheint im Sinne einer ressourcenaktivierenden Intervention (vgl. Gassmann, 2002) die positiven Emotionen des Patienten zu aktivieren. Neuropsychotherapeutisch kann argumentiert werden, dass die dadurch evozierte Aktivierung des Dopaminsystems die Konsolidierung des in der Sitzung Erarbeiteten begünstigt.

4.2.3 Perspektive der Techniken und Interventionen

In dieser Arbeit wurde zwischen *spezifischen* (bewältigungsorientierten, kognitiven und klärenden sowie interpersonalen) Interventionen und eher *unspezifischen*, der Problembearbeitung *nicht direkt* dienlichen *prozessunterstützenden* Interventionen unterschieden. Aufgrund der im Theorieteil ausgeführten empirischen Forschungslage sowie weiter oben diskutierten Konsistenztheoretischen Annahmen zum therapeutischen Lernen wurde angenommen, dass sich *erfolgreiche* Therapiesitzungen durch häufigere Durchführung *spezifischer* Interventionen auszeichnen und in *weniger* erfolgreichen Sitzungen mehr *prozessunterstützende* Interventionen durchgeführt werden (**Hypothesen 1.4 a und b**) und in erfolgreichen Sitzungen eine *stringentere* Problembearbeitung stattfindet (**Hypothese 5 a**).

Die (konvergente) Validierung dieser Perspektive ergab erwartungskonforme und hohe Korrelationen zwischen den Skalen *Klärende Interventionen (SAWIM)* und *Motivationale Klärung* im Therapeutenstundenbogen, den Skalen *Interpersonale Interventionen (SAWIM)* und *interaktionelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen sowie erwartungskonforme *negative* Korrelationen zwischen den Skalen *Prozessunterstützende Interventionen (SAWIM)* und *Problemaktualisierung, Motivationale Klärung* und *interaktionelle Perspektive* im Therapeutenstundenbogen. Dies lässt auf eine gute konvergente Validität dieser Interventionstypen schließen. Die konvergente Validierung gelang hingegen *nicht* mit der SAWIM-Skala *Bewältigungsorientierte Interventionen*. Hier blieben die erwarteten Zusammenhänge mit der Skala *Problembewältigung* im Therapeutenstundenbogen (und Patientenstundenbogen) aus.¹¹⁹

Überrascht hat der Befund, dass *Klärende Interventionen (SAWIM)* *negativ* mit *Klärungserfahrungen* im *Patientenstundenbogen* korrelieren. Dies kann auf zwei Weisen interpretiert werden: (1) Durchgeführte Klärungsprozesse führen bei Patienten *nicht unmittelbar* nach der Therapiesitzung (sondern erst mit zeitlicher Verzögerung) zu Klärungserfahrungen oder (2) die Klärungsarbeit wurde nicht in einer die Klärungsprozesse fördernden Weise durchgeführt. Welche Interpretation zutreffend ist, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Ein weiteres erstaunliches Resultat fand sich in den positiven Korrelationen zwischen *Prozessunterstützenden Interventionen* (insbesondere *Strukturierenden Interventionen*) (SAWIM) und

¹¹⁹ Die Interkorrelationen der SAWIM-Items im Rahmen der Konstruktvalidierung ergaben jedoch schlüssige Zusammenhänge. So zeigte sich beispielsweise, dass Therapeuten bei der Durchführung bewältigungsorientierter Interventionen prozessdirektiv vorgehen und Patienten dem therapeutischen Geschehen folgen (negative Korrelation mit der Variable „aktive Beteiligung der Patienten“).

Positiven Problembewältigungs- und Klärungserfahrungen im Patientenstundenbogen. Auch für dieses Ergebnis gibt es zwei Erklärungen: (1) Oberflächliche Interventionen (z.B. Informationsfragen) können beim Patienten kurzfristig über das Intendierte hinaus Wirkung entfalten oder (2) die Raterinnen haben Klärungs- und Bewältigungsinterventionen fälschlicherweise als Prozessunterstützung kategorisiert (die Kategorie ist nicht valide). Aufgrund der stimmigen Zusammenhänge mit dem Therapeutenstundenbogen sowie dem Befund, dass prozessunterstützende Interventionen vorwiegend zu Beginn und am Ende der Sitzung stattfinden (vgl. Deskriptive Analyse, Abschnitt 3.1), scheint erstgenannte Interpretation plausibler.¹²⁰ Das Ergebnis aus der *deskriptiven Analyse*, dass prozessunterstützende Interventionen in 50 Prozent der untersuchten Therapiesequenzen beobachtet wurden, lässt vermuten, dass diese Kategorie *zu breit* gefasst wurde. Gegen diese Kritik spricht allerdings ein Ergebnis von Trijsburg et al. (submitted). Die Autoren fanden, dass die in 22 Sitzungen (aus verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Richtung) mittels CPIRS erfassten Interventionen (insgesamt 76 unterschiedliche Interventionstypen) zu 48 Prozent als *schulenübergreifend* (oder unspezifisch, respektive prozessunterstützende Interventionen) und zu 52 als *spezifisch* klassifiziert wurden. Dieses Resultat deckt sich fast genau mit dem Ergebnis dieser Arbeit und stützt die Annahme, dass mit den in dieser Arbeit erhobenen *prozessunterstützenden Interventionen* tatsächlich solche erfasst wurden. Eine *weiterführende konvergente Validierung* des Messinstruments mit anderen Therapiesitzungen (z.B. mit solchen aus verhaltenstherapeutischer Richtung verglichen mit Sitzungen aus einer Placebo-Bedingung) wäre von grossem Interesse. Zudem wäre ein Rating durch erfahrende Therapeuten angebracht. Falls die Skala *Prozessunterstützende Interventionen* (insbesondere deren Kategorie *Strukturierende Interventionen*) valide ist, was oben referierte Befunde nahe legen, drängt sich der Schluss auf, dass einfache Interventionen wie Informations- und Verständnisfragen oder das Explorieren eines Themas besser geeignete Interventionen als klärende und bewältigungsorientierte Interventionen sind, um bei Patienten *unmittelbar* während der Stunde *Klärungs- und Bewältigungserfahrungen* zu evozieren. Dies legen die substantiellen Korrelationen dieser Kategorie mit dem Patientenstundenbogen in der Höhe von $r = .30$ (Klärung) respektive $.46$ (Bewältigung) nahe (im Gegensatz zu den fehlenden und negativen Korrelationen der *spezifischen Interventionen* mit dem Patientenstundenbogen, vgl. oben). Es wäre folglich zu überlegen, ob diese als *Prozessunterstützende Interventionen* bezeichnete Kategorie nicht zutreffender als *schulenübergreifende Interventionen* zu bezeichnen wäre.

Der Vergleich der Erfolgsgruppen bezüglich der Häufigkeit durchgeführter Interventionen (**Fragestellung 1. 4 a**) ergab ein der Hypothese klar widersprechendes Bild: In erfolgreichen Sitzungen werden *häufiger Prozessunterstützende* Interventionen und *weniger Kognitive / Klärende* Interventionen durchgeführt. Bei Depressiven (**Fragestellung 1. 4 b**) zeigte sich die Tendenz (welche jedoch nicht statistisch gegen den Zufall abgesichert werden konnte), dass in erfolgreichen Sitzungen neben den *Prozessunterstützenden* auch mehr *Interpersonale* Interventionen durchgeführt, jedoch *weniger Bewältigungsorientierte* und *Kognitive / Klärende* Interventionen realisiert werden. Plausibel

¹²⁰ Dafür spricht auch eine explorativ durchgeführte Faktorenanalyse, in welcher prozessunterstützende Interventionen als eigenständiger Faktor abgebildet wurden.

schien der Befund, dass in der Arbeit mit Depressiven im Vergleich zu Angstpatienten deutlich *häufiger interpersonal* gearbeitet wird (**Fragestellung 2 d**).

Wiederum ergeben sich verschiedene Interpretationsmöglichkeiten für die Tatsache, dass in erfolgreichen Stunden *weniger spezifische* (insbesondere *Kognitive / Klärende*) und *mehr Prozessunterstützende* (insbesondere *Strukturierende*) Interventionen durchgeführt werden: (1) Wie bereits ausgeführt, ergab die konvergente Validierung des Messinstruments, dass *spezifische Interventionen* (Kognitive / Klärende und Bewältigungsorientierte) *nicht* oder sogar *negativ* mit den Skalen *Positive Klärungs-* und *Bewältigungserfahrungen* im Patientenstundenbogen korreliert sind. Hingegen korrelieren diese Skalen im Patientenstundenbogen mit der Kategorie *Strukturierende* (respektive *Prozessunterstützende*) Interventionen. Eine erste, provokante Interpretation lautet daher, dass Letztgenannte geeignetere Interventionen für das Evozieren von Klärungs- und Bewältigungserfahrungen sind und somit häufiger in erfolgreichen Sitzungen Anwendung finden.

Eine andere (2) in Anlehnung an Doss (2004)¹²¹ mögliche Interpretation ist, dass Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen bis zum Sitzungszeitpunkt weniger Veränderung gezeigt haben und sie daher mehr spezifische Interventionen „nötig“ haben. Doss (2004) hält fest, dass eine *Wechselwirkung* zwischen Therapeutenverhalten (Interventionen) und den Veränderungsprozessen der Patienten besteht. Wenn sich Patienten stark verändern (oder gesünder sind), veranlassen sie Therapeuten weniger dazu, (spezifische) Interventionen zu realisieren als dies stark eingeschränkte Patienten tun. Zudem führen bei diesen Patienten Interventionen weniger unmittelbar zu Therapieerfolgen als bei weniger eingeschränkten Patienten. Folglich fällt die Korrelation zwischen Intervention und Therapieerfolg negativ aus. Solche negativen Zusammenhänge konnten in verschiedenen empirischen Studien nachgewiesen werden (z.B. Castonguay et al., 1996).

Eine weitere Interpretation (3) ist, dass weniger die *Quantität* durchgeführter Interventionen, als viel mehr deren *Qualität* ausschlaggebend für das Evozieren therapeutischer Veränderungen und Erfolg ist. Nach dem Dualen Therapiemodell von Schulte und Eifert (2002) ist eine tragfähige Therapiebeziehung eine *Voraussetzung* für das eigentliche technische Vorgehen. Dass Klärungsprozesse nur dann durchgeführt werden sollten, wenn Therapeuten über hinreichend *Beziehungskredite* verfügen und Patienten *klärungsmotiviert* sind, betont auch Sachse (2003; Sachse & Takens, 2004). Bezüglich des motivationalen Kontexts realisierter Interventionen schreibt Grawe (2004):

Bereite jede Aktivierung und Bearbeitung eines Problems durch ein Annäherungspriming vor. Bring den Patienten durch Herbeiführung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen und durch die Aktivierung der motivationalen Ziele und Emotionen zunächst in einen Annäherungsmodus. Das gilt auch auf der Mikroebene: Wenn du dem Patienten etwas sagen willst, das voraussichtlich eine negative Emotion bei ihm auslöst (eine schmerzhaft Information, Konfrontation oder Deutung), nimm im ersten Teil des Satzes Bezug auf ein in diesem Zusammenhang relevantes positives Ziel des Patienten oder führe eine deutliche bedürfnisbefriedigende Wahrnehmung herbei, die den Patienten aufnahmebereit für die Intervention und die negative Emotion besser erträglich macht. Erst in diesem geöffneten Zustand führe die Intervention durch (S. 438f.).

¹²¹ Vgl. hierzu auch die „responsiveness critique“ von Stiles und Shapiro (1989, 1994).

Ein weiterer Hinweis für die Richtigkeit der Interpretation, dass Qualität oder kontextuelle Bedingungen durchgeführter Interventionen ausschlaggebender für das Erzielen von Erfolg sind als deren Quantität, liegt im Befund, dass *keine* Zusammenhänge zwischen der *Stringenz der Problembearbeitung* und Sitzungserfolg (**Fragestellung 5 a**) nachgewiesen werden konnten. Entgegen formulierter Hypothese zeigte sich, dass in erfolgreichen Therapiestunden spezifische Intervention *etwas weniger lange dauern* als in wenig erfolgreichen Sitzungen. Keine Unterschiede zwischen den Erfolgsgruppen zeigte sich hinsichtlich des Wechsels zwischen verschiedenen Interventionstypen (also dem Wechseln zwischen Klärung, Bewältigung und interpersonalem Interventionen) innerhalb einer Sitzung, der Anzahl „Unterbrüche“ zwischen Problembearbeitung / keiner Problembearbeitung oder der Intensität der Problembearbeitung. Das Fehlen von Unterschieden zwischen den Erfolgsgruppen ist teilweise auf Deckeneffekte zurückzuführen.¹²² Dennoch muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass Grawes (2004) Annahmen über *neuronales Lernen* (vgl. oben) *keine* empirische Bestätigung fand.

In Sinne formulierter Vermutung, dass der interpersonale und motivationale Kontext spezifischer Interventionen ausschlaggebender als deren durchgeführte Häufigkeit oder Dauer ist, wurde auf Mikroebene die *Interaktion* zwischen *therapeutisch realisierter Intervention* und der *motivationalen Ausrichtung* der Patienten untersucht. Zusätzlich wurde untersucht, in welchem Ausmass Therapeuten die gleichzeitige Realisation von spezifischen und *bedürfniskompatiblen Interventionen* gelingt (**Fragestellung 6**). Es wurde die Hypothese formuliert, dass erfolgreiche Therapeuten *spezifische* Interventionen in einem *günstigen interpersonalem und motivationalen* Kontext durchführen (**Hypothese 6 a**).

Die Kreuzkorrelationen zwischen spezifischen Interventionen und interpersonalem sowie motivationalen Kontextvariablen bestätigten die Hypothese eindeutig: *Erfolgreiche Therapeuten* stimmen die Durchführung spezifischer Interventionen auf die Annäherungsmotivation der Patienten ab. Sie realisieren diese dann, wenn Patienten *stark angenähert* sind. Zudem gelingt es erfolgreichen Therapeuten, *gleichzeitig* spezifische und bedürfnisorientierte Interventionen zu realisieren. Nach durchgeführter spezifischer Intervention steigen sowohl die *Annäherungsmotivation* der Patienten wie auch die Intensität, mit der Therapeuten den Patienten *bedürfnisbefriedigende Wahrnehmungen* vermitteln. Der *Vermeidungsmodus* ist zwar aktiviert *bevor* Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen Interventionen durchführen, kurz nach deren Realisation schwächt sich dieser Zusammenhang stark ab und bleibt langfristig auf tiefem Niveau bestehen. In erfolgreichen Stunden ist der motivationale und interpersonale Kontext bei der Durchführung spezifischer Interventionen somit optimal verwirklicht. Die Patienten sind offen, aufnahmebereit und intrinsisch motiviert, an therapeutischen Themen zu arbeiten.

Ganz anders in *wenig erfolgreichen Sitzungen*: In diesen führen Therapeuten Interventionen durch, wenn Patienten *wenig angenähert*, *tendenziell vermeidend* und die *bedürfnisorientierte*

¹²² In beiden Erfolgsgruppen wird beinahe die gesamte Sitzungszeit auf die Problembearbeitung verwendet: In der hohen Erfolgsgruppe liegt die durchschnittliche Problembearbeitungsdauer bei einer mittleren Sitzungsdauer von 53 Minuten bei 45 Minuten, in der tiefen Erfolgsgruppe liegt die durchschnittliche Problembearbeitungsdauer bei 51 Minuten und im Schnitt dauert die Stunde 55 Minuten.

Beziehungsgestaltung moderat realisiert ist. Die Umstände sind also ungünstig für die Durchführung spezifischer Interventionen. Der Kontext verschlechtert sich durch die Intervention in wenig erfolgreichen Stunden auch markant, was insbesondere durch die *starke Zunahme des Zusammenhangs mit der Vermeidungsmotivation* deutlich wird.

Der Kontext der Interventionen wurde auch für einzelne Interventionstypen spezifisch untersucht. Das oben beschriebene Muster zeigte sich mit jeweils unterschiedlichen Ausprägungen auch bei diesen:

Bei „*Manualisierten*“ *Bewältigungsorientierten Interventionen* fiel vor allem die Zunahme der Annäherungsmotivation und die zeitlich verzögerte Abnahme der Vermeidungsorientierung in *erfolgreichen* Sitzungen auf. Der *kurzfristige Anstieg der Vermeidung* in der heterogenen Stichprobe kann im Sinne produktiver Konfrontation bei Patienten mit Angststörungen gedeutet werden. Grawe (2004) nennt als Veränderungsmechanismus in der Angstbehandlung nicht Löschung sondern Hemmung. Neuronale Verbindungen, auf denen die Angstreaktion basiert, sollen durch Konfrontation des Patienten mit dem Angstobjekt in einem *positiven Kontext* gehemmt und durch neue neuronale Erregungsmuster ersetzt werden. Er betont die Wichtigkeit einer guten Therapiebeziehung sowie des Annäherungsprimings im Rahmen der Konfrontation.

Hemmung bedeutet ja, einen anderen neuronalen Prozess an die Stelle des gehemmten zu setzen. Von diesem anderen neuronalen Prozess soll die Hemmung ausgehen. Das, was hemmen soll, muss aber aktiv hergestellt werden. Es muss möglichst oft aktiviert und gebahnt werden, damit es in Zukunft leichter aktivierbar ist als die zu hemmenden neuronalen Prozesse, deren Erregungsbereitschaften, wie wir gesehen haben, erhalten bleiben. Weil sie erhalten bleiben, müssen sie durch möglichst gut gebahnte andere Prozesse mit positiver Funktion und Auswirkung sicher in Schach gehalten werden (Grawe, 2004, S. 108).

Eine gleichzeitige Aktivierung sowohl der zu hemmenden und der neu zu etablierenden Reaktionsbereitschaft scheint sich in erfolgreichen Sitzungen abzuspielen. In diesen nehmen die annähernde Tendenz und damit einhergehende neue Erregungsbereitschaften zu, während die zu hemmenden und mit Vermeidung einhergehenden Reaktionsbereitschaften mit zeitlicher Verzögerung abnehmen. Im Gegensatz dazu scheint in erfolglosen Sitzungen lediglich die Angstreaktion aktiviert zu werden. Natürlich kann aufgrund der motivationalen Ausrichtung der Patienten im Therapieprozess nicht auf das Etablieren neuronaler Erregungsmuster geschlossen werden. Die Parallelen zwischen den vorgefundenen Wirkfaktorenmuster und den neuropsychologisch intendierten Prozessen sind jedoch bestechend.

Bei *klärenden Prozessen* nimmt in *erfolgreichen* Sitzungen der Zusammenhang mit der *vermeidenden* motivationalen Ausrichtung im weiteren Sitzungsverlauf ab und derjenige mit dem Annäherungsmodus zu. Es scheint so, als seien Patienten bereit, sich in Klärungsprozesse einzulassen. Klärungsmotivation ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Klärungsarbeit (Sachse & Takens, 2004). Im Gegensatz dazu zeigen sich in *wenig erfolgreichen Sitzungen* keine Korrelationen zwischen *Klärenden Interventionen* und Annäherungsmotivation der Patienten. Es sind lediglich schwache

positive Korrelationen mit dem Vermeidungsmodus beobachtbar. Es scheint so, als würden sich Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen gar nicht auf den Klärungsprozess einlassen.

Die in dieser Arbeit referierten Befunde decken sich nur teilweise mit den durch Gassmann (2002) gefundenen Ergebnissen, wonach in wenig erfolgreichen Sitzungen Therapeuten dann vertiefende Bearbeitungsangebote durchführen, wenn Patienten emotional abwendend motiviert sind, die vertiefenden Bearbeitungsangebote jedoch sowohl in *erfolgreichen*, wie auch in *nicht erfolgreichen* Stunden zu einer emotional abwendenden Haltung der Patienten führten. In vorliegender Arbeit konnte der Nachweis erbracht werden, dass durch *erfolgreiche Klärungsarbeit* eine günstige Beeinflussung der annähernden Motivation und eine Abschwächung der Vermeidungsmotivation erzielt werden kann.

Bei der Durchführung *Interpersonaler Interventionen* im engeren Sinn (Arbeit an Beziehungsmustern) können dieselben Mechanismen beobachtet werden, die Prozesse verlaufen jedoch akzentuierter als bei der Klärung oder der Bewältigung. Im Unterschied zu diesen fällt auf, dass *erfolgreiche* Therapeuten während interpersonaler Interventionen den Patienten sowohl vor wie auch nach realisierter spezifischer Intervention sehr viele *bedürfniskompatible Wahrnehmungen* zukommen lassen. Dies ist in wenig erfolgreichen Sitzungen nicht der Fall. Eine solide und ressourcenorientierte Therapiebeziehung scheint gerade bei der Durchführung interpersonaler Interventionen von besonderer Bedeutung zu sein.

Hubble et al. (2001) vermuten, dass Techniken und Interventionen ihren Beitrag zur Veränderung dadurch leisten, dass sie die Wirkkraft der andern, *allgemeinen Wirkfaktoren* vergrößern. Aus konsistenztheoretischer Sicht (vgl. Abbildung 1.4 zur Wirkungsweise von Psychotherapie in Abschnitt 1.2.2) nehmen störungsspezifische Interventionen sowohl direkt wie auch *indirekt* Einfluss auf die Bahnung neuer neuronaler Erregungsmuster. Der *indirekte Pfad* führt über die Aktivierung bedürfnisbefriedigender Interventionen zum motivationalen Priming, durch welches die Bahnung neuer neuronaler Erregungsmuster, welche das Problemverhalten hemmen oder ersetzen, erleichtert wird. Die referierten Befunde legen nahe, dass in erfolgreichen Sitzungen über die Realisierung spezifischer Interventionen tatsächlich solche Mechanismen in Gang kommen. Es konnte gezeigt werden, dass *erfolgreiche* Interventionen in einem Kontext vermehrter potentiell bedürfnisbefriedigender Erfahrungen stattfinden und sie zu einem ausgeprägten Anstieg des Annäherungsmodus, und nach anfänglicher Aktivierung auch zu einem starken Abfallen des Vermeidungsmodus führen. Die kontextuellen Bedingungen (bedürfnisorientierte Therapiebeziehung, viel Offenheit, wenig Abwehr) scheinen optimal dafür, den Patienten in einen lernbereiten Zustand zu versetzen, in welchem korrektive Erfahrungen zu fruchtbaren und nachhaltigen Veränderungen führen.

4.2.4 Perspektive der emotionalen Aktivierung und der motivationalen Ausrichtung der Patienten

In dieser Arbeit wurde sowohl die positive und negative emotionale Aktivierung des Patienten, sowie die Richtung dessen motivationalen Ausrichtung (annähernd und / oder vermeidend) erhoben. Der *Annäherungsmodus* eines Patienten äussert sich in dessen Anstrengungsbereitschaft, in seiner intrinsischen Motivation, therapeutische Themen anzugehen und sich in den therapeutischen Prozess einzulassen. Offenheit und Engagement sind prädiktive Prozessvariablen für therapeutischen Erfolg (Eugster & Wamplod, 1996; Orlinsky et al., 2004). Der *Vermeidungsmodus* kennzeichnet sich dadurch, dass die psychische Aktivität auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen gerichtet ist, vergleichbar mit dem Konstrukt, welches Hayes et al. (1996) als „experiential avoidance“ bezeichnet haben, nämlich als „effort to escape and avoid emotions, thoughts, memories and other private experiences“ (p. 1152).

Bereits mehrfach erwähnt, geht Grawe (2004) davon aus, dass Erfahrungen im Therapieprozess zu einem motivationalen Priming führen. Die Ausrichtung der psychischen Aktivität wiederum fördert Bewertungen und Prozesse mit derselben Qualität.

Wenn das Annäherungssystem durch emotional positive Erfahrungen aktiviert und vorgebahnt wird, besteht eine Tendenz zu positiven Emotionen und zu annäherndem Verhalten. Negative Emotionen und Vermeidungsreaktionen werden dagegen abgeschwächt (Grawe, 2004, S. 382f.).

In einer Psychotherapie werden naturgemäss sehr oft Dinge behandelt, die vom Patienten negativ bewertet werden. Die berichteten Ergebnisse legen nahe, dass dadurch ein motivationale Priming zu Gunsten des Vermeidungssystems erfolgt. Das ist eigentlich in hohem Masse unerwünscht, weil das Ziel der Therapie fast immer die Stärkung der positiven Seiten des Patienten ist, also eine anstrebende Ausrichtung seiner psychischen Aktivität auf positive Ziele und eine Zunahme seiner positiven Emotionen. Die eher ungünstige Aktivierung des Vermeidungssystems lässt sich allerdings kaum vermeiden, wenn eine echte Auseinandersetzung mit den Dingen seines Lebens erfolgen soll, die vom Patienten negativ bewertet werden. Wenn die Aktivität des Vermeidungssystems in der Therapie aber überwiegt, ist kaum zu sehen, wie dadurch positive Ziele erreicht werden können. Diese Überlegung führt zu der Schlussfolgerung, dass es für das Erreichen der Therapieziele sehr wichtig ist, dass der Therapeut dafür sorgt, dass das Annäherungssystem des Patienten in der Therapie so oft und intensiv aktiviert wird, wie es bei der Notwendigkeit, die Probleme zu behandeln, möglich ist (Grawe, 2004, S. 276f.).

In Anlehnung daran wurde die Hypothese formuliert, dass Patienten in erfolgreichen Sitzungen mehr *positive Emotionen* erleben und deren motivationale Ausrichtung stärker auf *Annäherung* ausgerichtet und solche in wenig erfolgreichen Sitzungen mehr *negative Emotionen* erleben und eine vorwiegend *vermeidende motivationale Ausrichtung* aufweisen (**Fragestellung 1. 3 a**). Es wurde zudem vermutet, dass bei Depressiven diese Tendenzen besonders stark ausgeprägt sind. Aufgrund des funktionalen Zusammenhangs zwischen motivationalen Faktoren, Inkongruenz und Depression wurde zudem angenommen, dass die *vermeidende motivationale Ausrichtung* bei diesen in erfolgreichen Stunden im *Sitzungsverlauf* abnimmt und die *annähernde motivationale Ausrichtung* zunimmt (**Fragestellung 1. 3 b**).

Bevor die Ergebnisse diskutiert werden, sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass für die Variablen dieser Perspektive die tiefsten Interraterreliabilitäten erzielt wurden. Die Reliabilitäten für die Variablen *Vermeidungsmodus* und *Positive Emotionen* liegen im unteren Bereich des Akzeptablen und diejenige der Variablen *Negative Emotionen* sogar darunter (vgl. Abschnitt 2.5.1 im Methodenteil).¹²³ Da diese Konstrukte nur schwer operationalisierbar und beobachtbar sind, wurden die tiefen Kappa-Werte in Kauf genommen und die Daten dennoch in die Analysen einbezogen. Vor dem Hintergrund, dass methodische Unzulänglichkeiten durch Vergrößerung der Fehlervarianz dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit für das Aufdecken von Zusammenhängen eher erschwert als erleichtert wird (Tschacher, 1997), deuten die klaren Ergebnisse auf starke Zusammenhänge hin. Zudem sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Variable *Vermeidungsmodus* nur über eine geringe Varianz verfügt, was vermutlich sowohl auf inhaltliche, wie auch auf *methodische Aspekte* zurückgeführt werden kann.¹²⁴ Die Vermutung drängt sich auf, dass eine grössere Variation in der Verteilung der Merkmalsausprägungen dieser Variable zu pointierteren Ergebnissen geführt hätte.

Die deskriptive Analyse machte deutlich, dass Patienten im Sitzungsverlauf relativ selten positive und relativ häufig negative Emotionen erleben.¹²⁵ Durch den Vergleich der Erfolgsgruppen wurde deutlich, dass Patienten in *erfolgreichen Sitzungen* – im Sinne der formulierten Hypothese – signifikant häufiger *positive Emotionen* erleben und *annähernd* motiviert sind. Insbesondere die Effekte für *Positive Emotionen* erwiesen sich als hoch signifikant. Es zeigte sich eine nicht gegen den Zufall abgesicherte, jedoch plausible Tendenz, dass diese auch *weniger negative* Emotionen und *weniger vermeidend* ausgerichtet sind. Der Erfolgsgruppenvergleich bei Depressiven (**Fragestellung 1. 3 b**) ergab dasselbe Resultat (zusätzlich liegt der Mittelwertsunterschied bezüglich der Vermeidungsmotivation im Bereich eines statistischen Trends). Wie postuliert fielen die Effekte stärker ausgeprägt aus als in der heterogenen Gesamtstichprobe (*Positive Emotionen* $d = 1.10$ gegenüber $.91$, *Annäherungsmodus* $d = 1.03$ gegenüber $.56$, *Vermeidungsmodus* $d = -.79$ gegenüber $-.43$ in der Gesamtstichprobe). Dass insbesondere die Effektstärken der *motivationalen Variablen* bei Depressiven höher ausfallen als in der heterogenen Gesamtstichprobe untermauert die Vermutung, dass motivationalen Faktoren bei der Behandlung der Depression ein wichtigerer Stellenwert zukommt als bei der Behandlung anderer Störungsbilder. Diese Vermutung wird auch durch den Vergleich der Diagnosegruppen Angst und Depression gestützt (**Fragestellung 2**). Es zeigte sich ein plausibles, jedoch nicht gegen den Zufall abgesichertes Resultat, dass depressive Patienten im Schnitt *stärker motivational vermeidend* und *weniger stark angenähert* sind als Angstpatienten. Der ausgezeichnete prädiktive Wert des *Annäherungsmodus* für die Vorhersage des subjektiven Sitzungserfolgs bei Depressiven wurde auch durch die logistische Regression bestätigt (**Fragestellung 3 b**). Diese Variable wurde als *erste*

¹²³ Die Ursache für die tiefen Reliabilitätswerte liegt *nicht* in inkonsistenten Einschätzungen der Raterinnen, sondern darin begründet, dass die Schwellenwerte derselben systematisch voneinander abweichen.

¹²⁴ Theoretischen Überlegungen zu Folge sollte der Vermeidungsmodus in der Psychotherapie nicht allzu häufig aktiviert sein. Die Ursache dafür, dass Vermeidungsmotivation lediglich in 14 Prozent der Sitzungssequenzen beobachtet werden konnte, ist vermutlich auch darauf zurück zu führen, dass dieses Konstrukt nur schwer beobachtbar ist und eine differenziertere Einschätzung einer besseren Videoqualität bedürfte, in welcher der Gesichtsausdruck der Patienten klarer erkennbar wäre.

¹²⁵ In lediglich 5 Prozent der untersuchten Therapiesequenzen konnte eine *klare positive emotionale Aktivierung* der Patienten beobachtet werden. In 30 Prozent der untersuchten Sequenzen waren Patienten immerhin positiv emotional aktiviert. Hingegen wiesen die Patienten lediglich in 20 Prozent der untersuchten Minuten *keine negative emotionale Aktivierung* auf. In 80 Prozent erlebten die Patienten negative Emotionen (oder schwach negative Emotionen).

Prädiktorvariable in das Modell aufgenommen und durch sie konnten 16 Prozent der Varianz (von insgesamt 49 Prozent) im Sitzungserfolg aufgeklärt werden. Dieses Resultat untermauert die Annahme, dass im Therapieprozess mit Depressiven besonders sorgfältig auf ein motivationales Annäherungspriming geachtet werden sollte (Grawe, 2004).

Die deskriptiven Analysen des *Sitzungsverlaufs* machen deutlich, dass bei Depressiven im Sinne des zweiten Teils der **Hypothese 1.3 b** die *Annäherungsmotivation* zu Beginn *erfolgreicher* Stunden zu- und in *wenig erfolgreichen* Sitzungen *abnimmt*. Die Annäherungsmotivation bleibt in der hohen Erfolgsgruppe bis zum Sitzungsende auf hohem Niveau bestehen und in der tiefen Erfolgsgruppe auf tiefem Niveau. Die *Vermeidungsmotivation* bleibt bei erfolgreichen Patienten über die gesamte Sitzung hinweg schwach ausgeprägt und verändert sich in *wenig erfolgreichen* Sitzungen auf einem *überdurchschnittlich* hohen Niveau in einem n-förmigen Verlauf. Obwohl diese deskriptiven Ergebnisse auf Grund eines zu kleinen Stichprobenumfangs und Ungleichheit der Fehlervarianz in den unterschiedlichen Messzeitpunkten nicht inferenzstatistisch gegen den Zufall abgesichert werden konnten (ANOVA mit Messwiederholung), deuten sie darauf hin, dass bei Depressiven in der tiefen Erfolgsgruppe gerade im mittleren Therapieteil, in dem intensiv an den Problembereichen gearbeitet wird, eine stark vermeidende motivationale Ausrichtung und das damit einhergehende Fernhalten von Emotionen, Gedanken und Wahrnehmungen, einer effektiven Problembearbeitung zuwiderläuft.

Gemäss Hayes et al. (2005) läuft bei Depressiven die Emotionsregulation unangenehmer Gefühle und Gedanken über *Vermeidung* ab. In Anlehnung an Brewin et al. (1999) vermuten die Autoren, dass dieser Mechanismus ähnlich wie bei Patienten mit PTSD zu einem sich selber aufrechterhaltenden Teufelskreis von Vermeidung, Intrusionen und Grübeln führt. Dies führt sie zum Schluss, dass „(...), important tasks in treating depression are to reduce the patterns of avoidance and rumination and to facilitate processing“ (Hayes et al., 2005, p. 112). Die Autoren entwickelten eine Depressionsbehandlung, welche ähnlich der Angstbehandlung auf Exposition beruht. Ziel der Behandlung ist es, depressive Patienten mit vermiedenen Gedanken und Gefühlen zu konfrontieren,¹²⁶ was mit der Abnahme von Vermeidung und verbessertem „Processing“ einhergehen sollte. Die Autoren konnten an einer Stichprobe mit 29 Depressiven zeigen, dass Spitzenwerte der Offenheit und des Engagements der Patienten (engl. processing) in der zweiten Phase der Therapie mit der Verbesserung der depressiven Symptomatik und der Zunahme von Hoffnung einherging, während stark ausgeprägte Vermeidung in derselben Therapiephase mit geringerer Symptomverbesserung, Hoffnungslosigkeit und einer negativeren Selbstsicht einherging.¹²⁷ Die in vorliegender Arbeit gefundenen Resultate stützen die durch Hayes et al. (2005) referierten Ergebnisse.

Die letzte **Fragestellung 7** bezog sich auf Teile des durch Grawe (2004) postulierten Modells der Wirkungsweise von Psychotherapie. Es wurde die Hypothese formuliert, dass der Einfluss der bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung auf den Stundenerfolg über das *Annäherungspriming*

¹²⁶ Im Unterschied zur Behandlung von Angstpatienten handelt es sich weniger um eine situative als um eine emotionale, kognitive und motivationale Konfrontation.

¹²⁷ Die Veränderungsmechanismen wurden mittels eines Kategoriensystems (CHANGE, Hayes, Feldman & Goldfried, 2006) erhoben, mit dem wöchentlich verfasste Essays der Patienten kategorisiert wurden.

(Aktivierung positiver Emotionen *und* Annäherungsmodus) (**Hypothese 7 a**) und das *Vermeidungspriming* (Reduktion negativer Emotionen *und* Vermeidungsmodus) mediiert wird (**Hypothese 7 b**) und diese Zusammenhänge bei Depressiven besonders stark ausgeprägt ausfallen. (**Hypothese 7 c**). Die Hypothesen wurden mittels Strukturgleichungsmodellen überprüft. Da die zur Verfügung stehenden Stichprobenumfänge zu klein waren, um zuverlässige Fit-Indikatoren hervorzubringen, fand eine Replikation der Ergebnisse mit der Stichprobe auf *Minutenebene* statt. Dieses Vorgehen ist aus methodischer Sicht suboptimal, da die Unabhängigkeit der Messwerte in der Stichprobe auf Minutenebene nicht gewährleistet ist. Zwar wurden die Raterinnen angewiesen, jede Minute unabhängig einzuschätzen, eine potentielle Abhängigkeit der Werte kann dennoch nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Für Replikationszwecke (insbesondere Überprüfung der Reliabilität des RMSEA) wurde die Verletzung der Unabhängigkeitsforderung in Kauf genommen. Die Ergebnisse sollten jedoch an einer unabhängigen Stichprobe mit mindestens 100 Patienten kreuzvalidiert werden. Ein zusätzliches Problem besteht im Fehlen des Zeitkriteriums. Durch die Pfeilrichtungen in den Strukturgleichungsmodellen wird die Kausalität des Zusammenhangs suggeriert. Tatsächlich basiert SEM auf korrelativen Verfahren und die Pfeile stellen (aufgrund des fehlenden Zeitkriteriums) lediglich Vermutungen über die Richtung des Zusammenhangs dar. Da den diesbezüglichen Analysen jedoch eine elaborierte und z.T. empirisch fundierte Theorie zugrunde liegt und andere Ergebnisse (Kreuzkorrelationen) Zusammenhänge in dieselbe Richtung nahe legen, sind diese Vermutungen als sehr *plausibel* einzustufen.

Im ersten Schritt wurde das *Messmodell* mit der *latenten Variablen Beziehungsgestaltung* gebildet. Es zeigte sich, dass alle Aspekte der Therapiebeziehung (*Positive Bindungserfahrungen, Positive Selbstwerterfahrungen, Orientierung und Kontrolle, Positive Selbstwerterfahrungen*), welche als Indikatorvariablen ins Modell einfließen, signifikante Faktorenladungen und gute Kommunalitäten aufwiesen. Das latente Konstrukt der Beziehungsgestaltung wird somit durch die vier Aspekte der Bedürfnisbefriedigung gut erfasst. Die Gütekriterien wiesen jedoch darauf hin, dass das Messmodell alleine die Daten nicht hinreichend gut abbildet.

Im nächsten Schritt wurde das Strukturmodell mit *Therapiebeziehung und Sitzungserfolg* ohne Einbezug von Mediatorvariablen berechnet. Es ergab sich ein kleiner bis mittlerer Zusammenhang ($\beta = .22$) zwischen beiden Variablen. Auch in Metaanalysen wurden Zusammenhänge zwischen Therapiebeziehung und -erfolg (r) in dieser Grössenordnung gefunden. Gemäss Horvath und Symonds (1991) korrelieren Therapiebeziehung und Erfolg zu .26 miteinander und Martin et al., (2002) fanden eine Korrelation von .22, was bedeutet, dass fünf Prozent der Erfolgsvarianz durch die Therapiebeziehung erklärt werden kann. Dieses Ergebnis deckt sich genau mit dem in Strukturmodell gefundenen Resultat.

Hypothese 7 a, welche besagt, dass das Annäherungspriming ein Mediator zwischen Beziehungsgestaltung und Sitzungserfolg ist, konnte bestätigt werden. In der heterogenen Gesamtstichprobe wirkt das Annäherungspriming insbesondere über die Aktivierung *Positiver Emotionen* und lediglich in moderater Form über die annäherungsorientierte Haltung. Bereits die logistische Regression (**Fragestellung 3 a**) machte deutlich, dass *Positive Emotionen* in der diagnostisch heterogenen Stichprobe der beste Prädiktor für Sitzungserfolg ist. Bei Patienten mit

unterschiedlichen Diagnosen führen folglich bedürfnisbefriedigende Erfahrungen in erster Linie zum *Erleben positiver Emotionen*, welche therapeutische Veränderungen *direkt* begünstigen. Ein *indirekter* und weniger stark ausgeprägter Pfad führt über die Aktivierung des Annäherungsmodus zum Erfolg. Dass Positive Emotionen bei Patienten mit gemischten Diagnosen konsistent mit therapeutischen Erfolgen in Beziehung stehen, deckt sich mit der Übersichtsarbeit von Orlinsky et al. (2004). Auch der wiederholte Befund der Berner Prozessforschung, wonach *Ressourcenaktivierung* zu einem guten Therapieergebnis führt, weist in dieselbe Richtung (Dick, 1999; Dick et al., 1999; Flückiger et al., (submitted); Gassmann, 2002; Regli et al., 2000; Smith et al., 1999; Smith, 2001; Smith et al., 2001). Etwas anders verläuft die Mediatorfunktion des Annäherungsprimings bei *Depressiven*: Hier ergibt sich ein signifikanter Pfad von Beziehungsgestaltung zu *Positive Emotionen* und von diesen zum *Annäherungsmodus*. Im Gegensatz zur Gesamtstichprobe führt der stärkste (und hoch signifikante) Pfad von *Annäherungsmodus* zum Erfolg. Bei Depressiven erfolgt das Priming folglich in erster Linie über die *Stärkung der motivationalen Ausrichtung*. Dass bei Depressiven Offenheit und Engagement (sprich eine annäherungsorientierte Haltung) eine der wichtigsten Prozessvariable ist, wurde bereits weiter oben ausgeführt. Das Resultat des Strukturmodells unterstreicht diese Aussage noch einmal deutlich. Es bestätigt auch das Ergebnis der Regressionsanalyse (**Fragestellung 3 b**), welches ergab, dass die *Annäherungsmotivation* bei Depressiven der beste Prädiktor für den subjektiven Sitzungserfolg ist. Die logistischen Regressionen gaben auch erste Hinweise darauf, dass die Kontextvariablen bessere Prädiktoren für Stundenerfolg sind, wenn die Berechnungen mit der *homogenen Depressionsstichprobe* durchgeführt werden (50 Prozent Varianzerklärung gegenüber 20 Prozent in der Gesamtstichprobe). Dieser Befund wird durch die Strukturmodelle repliziert.¹²⁸ Für *alle Strukturmodelle* fand sich ein deutlich höherer Prozentsatz erklärter Erfolgsvarianz in den Berechnungen mit der *homogenen Depressionsstichprobe*. Das bedeutet, dass bei diesen interpersonale, emotionale und vor allem motivationale Faktoren einen wichtigeren Stellenwert für das Erzielen therapeutischer Veränderungen und Erfolge zukommt als bei Patienten mit anderen Störungsbildern. Zudem führt die Störungsspezifität zu einer deutlichen Reduktion der Fehlervarianz.

Die Hypothese des *Vermeidungsprimings* (**Hypothese 7 b**) konnte nur *teilweise* bestätigt werden. Zwar stehen bedürfnisbefriedigende Erfahrungen im Sinne konsistenztheoretischer Annahmen mit der *Reduktion negativer Emotionen* in Beziehung. Zwischen der Variable *Negative Emotionen* besteht jedoch *weder* ein signifikanter Zusammenhang mit dem *Vermeidungsmodus* noch mit dem *Stundenerfolg*.¹²⁹ Der Vermeidungsmodus ist definiert als das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen. Vor diesem definitiven Hintergrund scheint es plausibel, dass *keine* Korrelation zwischen negativen Emotionen und Vermeidungsmotivation besteht. Negative Emotionen medieren somit den Zusammenhang zwischen Beziehungsgestaltung und Stundenerfolg *nicht*. Allerdings ergibt sich bei *Depressiven* ein starker und hoch signifikanter negativer Pfad von *Vermeidungsmodus* zu *Erfolg*. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass der Reduktion der

¹²⁸ In allen Strukturmodellen wird im Vergleich zu den Regressionsmodellen mehr Erfolgsvarianz mit weniger Prädiktorvariablen erklärt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in Strukturmodellen zwischen Fehlern in den postulierten Kausalbeziehungen und Fehlern in den durchgeführten Messungen unterschieden wird. Durch das Herausparsialisieren der Messfehler erhöht sich der Anteil erklärter Varianz.

¹²⁹ Das Fehlen von Zusammenhängen ist vermutlich teilweise auf methodische Aspekte zurückzuführen (tiefe Reliabilitätswerte in der Variable *Negative emotionale Aktivierung*, (vgl. Methode, Abschnitt 2.5.1) und wenig Variation in der Variable *Vermeidungsmodus* (vgl. Ergebnisse, Abschnitt 3.1).

vermeidenden motivationalen Ausrichtung bei Depressiven im Sinne Grawes (2004) eine wichtige Stellung im Therapieprozess zukommt und spricht für den funktionalen Zusammenhang zwischen Vermeidung, Inkonsistenz und Aufrechterhaltung des Störungsbildes. Das Ergebnis deckt sich mit anderen empirischen Befunden zu diesem Thema (Hayes & Strauss, 1998; Hayes et al., 2005; Ottenbreit & Dobson, 2003). Während bei Depressiven das Ausmass an Vermeidung deutlich mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang steht, ist dies bei Patienten mit gemischten Diagnosen nur in moderater Form der Fall. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass bei der effektiven Exposition bei Angstpatienten ein gewisses Ausmass an Vermeidung produktiv sein kann. „Wenn ich eine Angstreaktion löschen will, muss ich sie immer wieder hervorrufen, ohne dass etwas wirklich Schlimmes (...) dabei passiert“ (Grawe, 2004, S. 106). Das Evozieren der Angst geht automatisch mit Vermeidung einher. Erfolgt die Exposition in einem positiven Kontext, in welchem auch die Annäherungskomponente gestärkt wird, kommt es durch wiederholte Expositionsübungen mit der Zeit zur Etablierung neuer neuronaler Erregungsmuster, welche die Angstreaktion mit der Zeit hemmen. Dies würde erklären, warum Vermeidung in der heterogenen Stichprobe weniger eindeutig in (negativem) Zusammenhang mit Sitzungserfolg steht.

Im *Integrativen Modell* konnte gezeigt werden, dass eine *bedürfnisbefriedigende Beziehungsgestaltung* in einem positiven Zusammenhang mit der *Aktivierung positiver Emotionen* und der *Annäherungsmotivation* steht, welche sich in negativer Beziehung mit dem *Vermeidungsmodus* befindet. Dieser wiederum weist einen deutlich negativen Zusammenhang mit dem *Sitzungserfolg* auf. Die Zusammenhänge sind wiederum bei *Depressiven* deutlich stärker ausgeprägt,¹³⁰ was einmal mehr die Bedeutung motivationaler und interpersonaler Komponenten im Therapieprozess bei der Arbeit mit Depressiven unterstreicht und **Hypothese 7c** bestätigt.

Im Vergleich zu den anderen Strukturmodellen weist das integrative Modell, in welches sowohl *Annäherung* als auch *Vermeidung* integriert wurden, die besten Fit-Indikatoren auf. Dieses Modell approximiert die empirischen Daten somit am besten. Daraus lässt sich der Schluss ableiten, dass Annäherungs- und Vermeidungssystem nicht zwei Endpunkte *einer* Dimension darstellen, sondern als *zwei unabhängige* Motivationssysteme zu konzipieren sind, welche mit einer Tendenz zur gegenseitigen Hemmung miteinander interagieren (Grawe, 2004; Gray & McNaughton, 1996; Cacioppo et al., 1997) und durch unterschiedliche Prozesse geprimt werden (vgl. hierzu auch **Fragestellung 4 a**). In der therapeutischen Arbeit müssen folglich stets *beide* Motivationssysteme berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Förderung einer annäherungsorientierten Haltung und die Verminderung der Vermeidungsmotivation wichtige Veränderungsmechanismen sind, welche namentlich bei der Depressionsbehandlung (Grawe, 2004; Hayes et al., 2005; Jacobson et al., 2001) zum Tragen kommen.

¹³⁰ Bei diesen ist vor allem der stark ausgeprägte Zusammenhang zwischen *Annäherungs-* und *Vermeidungsmotivation* ($\beta = -.70$) auffällig.

4.3 Zusammenfassung und Fazit

Ziel dieser Arbeit war es, Wirkfaktorenmuster erfolgreicher Therapiesitzungen abzubilden. Am eindrücklichsten gelang es, das Zusammenspiel interpersonaler und motivationaler Faktoren aufzuzeigen. Es fanden sich starke empirische Evidenzen dafür, dass das durch Grawe (2004) formulierte Prinzip des *motivationalen Primings* in erfolgreichen Sitzungen stattfindet. Darin liegt die wichtigste Erkenntnis und zentralste Aussage dieser Arbeit.

Da diese Arbeit konzipiert wurde, um die durch Grawe (2004) formulierten Leitregeln zum Therapieprozess einer empirischen Überprüfung zu unterziehen (und diese beinahe ausnahmslos empirisch Bestätigung fanden), wäre es redundant, an dieser Stelle dieselben Handlungsanweisungen aufzuführen. Stattdessen werden neue, darüber hinausgehende und differentielle Erkenntnisse zusammenfassend wiedergegeben. Die ausführlichen Handlungsanweisungen für den Therapieprozess können bei Grawe (2004, S. 436 ff.) nachgelesen werden (vgl. auch den Theoretischen Hintergrund, Abschnitt 1.2.2).

- (1) Erfolgreiche Therapeuten realisieren im Therapieprozess mehr *bedürfnisbefriedigende Interventionen* als wenig erfolgreiche Therapeuten. *Störungsunspezifisch* stehen insbesondere *selbstwerterhöhende* Interventionen mit Erfolg in Zusammenhang, bei *depressiven* Patienten *bindungs- und selbstwertbezogene* Interventionen sowie komplementäre Interventionen hinsichtlich des *Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle*. Im Therapieprozess sollten Therapeuten daher auf eine bezüglich der Grundbedürfnisse komplementär gestaltete Therapiebeziehung achten.
- (2) In erfolgreichen Sitzungen sind Patienten *stärker annähernd motiviert* und sie erleben *deutlich mehr positive Emotionen* als in wenig erfolgreichen Sitzungen. Die motivationale Ausrichtung depressiver Patienten ist in erfolgreichen Sitzungen *weniger vermeidend*. Während der therapeutischen Arbeit empfiehlt es sich folglich, eine ressourcenorientierte Haltung einzunehmen und das motivationale Priming kontinuierlich zu realisieren.
- (3) Das Verwirklichen *bedürfniskompatibler Interventionen* steht bei Patienten (heterogene Stichprobe) in erfolgreichen Sitzungen mit einer *nachhaltigen Aktivierung der annähernden motivationalen Ausrichtung* in Beziehung. Bei *depressiven* Patienten ist dieser Zusammenhang nur von *kurzfristiger* Dauer. Bei diesen scheint eine *kontinuierliche* und mit *Nachdruck* realisierte bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung von besonderer Bedeutung zu sein.
- (4) Bei *Depressiven* kann eine *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* zur günstigen Beeinflussung der *Vermeidungsmotivation* führen. Vor allem Interventionen hinsichtlich des *Selbstwertes* vermögen deren vermeidende motivationale Ausrichtung *langfristig* zu reduzieren.

- (5) *Freundlichen* Therapeuten gelingt die Verwirklichung einer bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung besonders gut und diese wird insbesondere bei *freundlichen* Patienten gut realisiert. Bei Therapeuten und Patienten mit *feindseligem* Interaktionsstil ist das Gegenteil der Fall.
- (6) Patienten mit *submissivem* und *feindseligem Interaktionsstil* sind durch eine besonders ausgeprägte *Vermeidungs-* und unterdurchschnittliche *Annäherungsmotivation* gekennzeichnet. Bei diesen sind im Therapieprozess sowohl *interaktionelle Komplementarität* sowie *Massnahmen zur Modifikation der motivationalen Ausrichtung* gefragt.
- (7) Bei der Strukturierung der Therapiesitzung ist besonders sorgfältig auf die Einnahme eines *veränderungsorientierten Fokus'* zu achten. Dies gilt sowohl störungsübergreifend, als auch in der Arbeit mit depressiven Patienten. Bei diesen ist zudem das *Festlegen eines Sitzungsthemas zu Beginn der Sitzung* von Vorteil.
- (8) Wenn Patienten nicht bereit sind, sich auf therapeutische Prozesse einzulassen (was sich beispielsweise in Reaktanz oder Widerstand äussern kann), sollten Therapeuten den Prozess nicht forcieren. Es erweist sich als vorteilhaft, die *Prozessdirektivität* zu lockern, die *Intensität der Problembearbeitung* zu reduzieren und nicht auf nähere *Konkretisierung des Gesagten* zu beharren.
- (9) Bei der Durchführung *spezifischer Interventionen* (Bewältigung, Kognitive Arbeit und Klärung oder Interpersonale Interventionen) ist weniger auf die Stringenz der Durchführung und deren Dauer (Quantität) als viel mehr auf einen *günstigen Kontext* zu achten. Erfolgreiche Therapeuten führen *spezifische Interventionen* dann durch, wenn Patienten in den vorangehenden Minuten *annähernd motiviert* waren. Parallel zur Durchführung spezifischer Interventionen lassen sie den Patienten aktiv *bedürftbefriedigende Erfahrungen* zukommen. Die Interventionen stehen in diesem positiven Kontext mit einem langfristigen *Anstieg der Annäherungsmotivation* in den nachfolgenden Minuten und mit einem *starken Abfall der Vermeidungsmotivation* in Zusammenhang. Dieser positive Kontext ist eine optimale Voraussetzung für die Realisation therapeutischer Lernvorgänge.
- (10) Vor allem bei *Bewältigungsorientierten Interventionen* (z.B. Expositionen bei der Angstbehandlung) ist auf einen positiven Kontext zu achten, da sonst die Gefahr besteht, dass lediglich die Angstreaktion (Vermeidung) hervorgerufen ohne dass neue, die Angst hemmende Erregungsbereitschaften etabliert werden können.
- (11) *Klärungsinterventionen* sind nur bei für Klärungsprozesse *motivierten* Patienten durchzuführen. Ist keine Klärungsmotivation spürbar, ist von Klärungsinterventionen abzusehen.

- (12) Bei *Interpersonalen Interventionen* ist das Augenmerk speziell auf eine gute (bedürfnisorientierte) Beziehungsgestaltung zu richten. Erfolgreiche Therapeuten realisieren sowohl vor, wie auch nach interpersonalen Interventionen parallel Interventionen, welche die *Grundbedürfnisse* der Patienten ansprechen.
- (13) *Prozessunterstützende Interventionen*, v.a. *Strukturierende Interventionen* (Informations- und Verständnisfragen, Thema explorieren) sind geeignete Massnahmen, um bei Patienten sich kurzfristig während der Sitzung entfaltende *Klärungs-*, und vor allem *Bewältigungserfahrungen* zu evozieren.
- (14) Das Annäherungspriming erfolgt bei Patienten mit *gemischten Diagnosen* insbesondere über die *Aktivierung positiver Emotionen*. Bei diesen wird auch der Sitzungserfolg am besten durch die *Positiven Emotionen* vorhergesagt. Folglich sollte bei der Arbeit mit Therapiepatienten (störungsübergreifend) speziell darauf geachtet werden, diesen zahlreiche, die positiven Emotionen ansprechenden Erfahrungen zukommen zu lassen (Ressourcenaktivierung).
- (15) Bei *Depressiven* entfaltet das Annäherungspriming seine Wirkung insbesondere über die Stärkung der *Annäherungsmotivation*. Der Sitzungserfolg wird bei diesen zudem am besten durch den *Annäherungsmodus* und die hinsichtlich des *Bindungsbedürfnisses komplementäre Therapiebeziehung* vorhergesagt. Folglich sollte in der therapeutischen Arbeit mit Depressiven speziell darauf geachtet werden, eine *annäherungsorientierte* motivationale Ausrichtung im Prozess kontinuierlich zu fördern und auf eine sich am *Bindungsbedürfnis* orientierende Beziehungsgestaltung zu achten.
- (16) Stärkung der *annäherungsorientierten Motivation* und *Reduktion der Vermeidungsmotivation* stehen sowohl bei Patienten mit heterogenen Diagnosen, als auch bei Depressiven mit Erfolg in Beziehung. Die Zusammenhänge sind bei *Depressiven* deutlich stärker ausgeprägt, was darauf hinweist, dass die *Modifikation motivationaler Faktoren* bei diesen besonders relevante Veränderungsmechanismen im Therapieprozess darstellen.
- (17) Der *motivationale und interpersonale Kontext der Problembearbeitung* ist bei Depressiven prädiktiver für Sitzungserfolg als in der heterogenen Gesamtstichprobe. Bei der therapeutischen Arbeit mit *Depressiven* ist folglich besonders sorgfältig auf einen günstigen (motivationalen und interpersonalen) Kontext der Problembearbeitung zu achten.

4.4 Ausblick

Obwohl die in dieser Arbeit gefundenen Zusammenhänge zwischen interpersonalen und motivationalen Faktoren und deren Zusammenspiel mit dem Sitzungserfolg häufig in kausalen Formulierungen beschrieben wurden und eine *Kausalität* der Zusammenhänge aufgrund der den Hypothesen zu Grunde liegenden elaborierten und z.T. empirisch fundierten Konsistenztheorie und anderen empirischen Arbeiten sehr wahrscheinlich ist, konnte diese Kausalität aufgrund der diesem Untersuchungsdesign immanenten schwachen internen Validität¹³¹ und dem Fehlen des Zeitfaktors nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Die in dieser Arbeit formulierten Zusammenhänge sind im Sinne *plausibler Vermutungen* zu verstehen, welche mittels prospektiver, kontrollierter Interventionsstudien bestätigt werden müssten.

Für weiterführende Arbeiten wird daher empfohlen, statt des auf SNV beruhenden Selektionsverfahrens auf eine randomisierte Zuweisung der Patienten zurückzugreifen. Ferner wäre bei weiterführenden Studien auf einen hinreichend grossen Stichprobenumfang zu achten und ebenso darauf, dass ganze Therapieverläufe (oder zumindest Teile daraus) untersucht werden. Zudem wäre es interessant zu untersuchen, wie Veränderungen einzelner Prozessvariablen mit Veränderungen einzelner Therapieerfolgsmasse (oder Massen der Zwischenmessungen) in Beziehung stehen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass insbesondere Interventionen bezüglich des Bindungsbedürfnisses und die Modulation motivationaler Faktoren im Therapieprozess Depressiver zentral für deren Sitzungserfolg sind. Es drängt sich die Frage auf, ob eine spezifisch auf diese Wirkfaktoren ausgerichtete Depressionstherapie wirksamer wäre als eine andere evidenzbasierte Depressionstherapie. Der Vergleich einer Behandlung, in welcher beispielsweise Komponenten des Behavioral Activation Treatment (Jacobson et al., 2001), der Emotion-Focused-Therapy (Greenberg & Watson, 2006), expositionsorientierte Interventionen im Sinne von Hayes et al. (2005), ein nachhaltiges und intensives Annäherungspriming nach Grawe (2004) sowie eine sowohl hinsichtlich der Bedürfnisse, als vor allem auch hinsichtlich der Motive komplementären Therapiebeziehung (Caspar et al., 2005) mit einer anderen, evidenzbasierten Behandlung, könnte diese Frage beantworten. Eine solche Studie wäre die logische Weiterführung vorliegender Arbeit.

Vor dem Hintergrund zunehmender behandlungsbedürftigen psychischen (insbesondere auch affektiven) Störungen und den aufgrund von Fehl- und Unterversorgung resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten (und dem subjektiven Leiden) sowie vor dem Hintergrund des Fehlens einer angemessenen Finanzierung der nichtärztlichen (selbständigen) Psychotherapie durch die obligatorische Grundversicherung, ist die Steigerung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren ein wichtiges gesellschaftliches, politisches und auch volkswirtschaftliches Anliegen. In diesem Sinne leistet vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu, die Wirkungsweise und Wirkungsmuster effektiver Behandlungen besser zu verstehen.

¹³¹ Vgl. Methodenkritik, Abschnitt 4.1

LITERATURVERZEICHNIS

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ajdacic-Gross, V., & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz*. Neuchâtel: Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Anderson, P., Beach, S., & Kaslow, N. (1999). Marital Discord and Depression: The Potential of Attachment Theory to Guide Integrative Clinical Intervention. In T. Joiner & J. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (pp. 271-297). Washington: APA.
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: APA.
- Araujo, L. A., Ito, L. M., & Marks, M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747-752.
- Arkowitz, H. (1992). A common Factors Therapy for Depression. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 402-433). New York: Basic Books.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (1996). *Multivariate Analyseverfahren*. Berlin: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analyseverfahren*. Berlin: Springer.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1986). *Observing Interaction: An Introduction to Sequential Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltensberger, C. (1996). *Psychotherapie: Kostspieliger Luxus oder gesellschaftlicher Nutzen?* Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Baltes-Götz, B. (Ed.). (1997). *Zeitreihenanalyse mit SPSS-Trends*: Online-Dokument.
- Barlow, D. H., Burlingame, G. M., Harding, J. A., & Behrman, J. (1997). Therapeutic focusing in time-limited group psychotherapy. *Group dynamics: Theory, Research, Practice*, 1(3), 254-266.
- Baskin, T., Tierney, S., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 973-979.
- Beck, A. T. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T., L., S., Clark, D. A., Berchick, B., & Wright, F. (1992). Focused cognitive therapy of panic disorders: a crossover design and one year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Becker, E., & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörung: Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-445.
- Benoit, D., & Parker, K. C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Bergin, A., & Lambert, M. (1987). The effectiveness of psychotherapy. In S. R. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed., pp. 139-190). New York: Wiley.
- Berking, M., Jacobi, C., & Masuhr, O. (2001). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis. Schwerpunkt: Ziele in der Psychotherapie*, 34(2), 259-272.
- Bettinghofer, S. (1994). Aspekte zur Genese der Depression im Lichte neuerer Forschungsergebnisse. *Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 9, 371-384.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L. E., Booker, K., & Peterson, S. (1998). Experiential Treatments: Humanistic, Experiential and Gestalt Approaches. In P. Salkovskiy (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 163-182). Oxford: Pergamon Press.
- Beutler, L. E., Castonguay, L. G., & Follette, W. C. (2006). Integration of Therapeutic Factors in Dysphoric Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 111-117). Oxford: University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. (1994). Therapist Variables. In S. L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 259-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist Variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research? *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217.
- BFS (Hrsg.). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). Oxford: Wiley.
- Bordin, E. S., Cuttler, R. I., Dittmann, A. T., Haeway, N. I., Rausch, H. L., & Rigler, D. (1954). Measurement problems in process research on psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 79-82.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic.
- Brewin, C. R., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 108*, 511-517.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Education.
- Cacioppo, J. T., Gardner, W. L., & Berntson, G. G. (1997). Beyond bipolar conceptualizations and measures: The case of attitudes and evaluative space. *Personality and Social Psychology Review, 1*, 3-25.
- Callahan, P. E. (2000). Indexing resistance in short-term dynamic psychotherapy (STDP). Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research, 10*, 87-99.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 127-140.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *The Self-Regulation of behavior*. Hillsday, New York: Erlbaum.
- Caspar, F. (1995). *Plan Analysis. Towards optimizing psychotherapy*. Seattle: Hogrefe.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern Huber.
- Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. E. Leibing, W. Hiller & S. S. (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PSychThG). Band 2: Verhaltenstherapie (Vertiefungsband)* (pp. 67-84). München: CIP Medien.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal pattern, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 91-102.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford: University Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.
- Castonguay, L. G., & Grosse Holtforth, M. (2005). A Plea for no More "Nonspecific" and False Dichotomies. *Clinical Psychology Science and Practice, 12*(2), 198-201.
- Castonguay, L. G., Grosse Holtforth, M., Coombs, M., Beberman, R., Kakouros, A., Boswell, J., et al. (2006). Relationship factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 65-82). Oxford: University Press.

- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Constantio, M. J., & Halperin, G. S. (1999). Assessing the role of treatment manuals: Have they become necessary but nonsufficient ingredients of change? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *64*, 497-504.
- Chambless, D. L., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, *51*, 3-16.
- Chambless, D. L., Foa, E. B., Groves, G. A., & Goldstein, A. J. (1978). Brevity in Flooding with agoraphobics: Countereffective? *Behavior Research and Therapy*, *17*, 243-251.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7-18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. T., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated treatment. *Clinical Psychologist*, *49*(2), 5-14.
- Campbell, K.W. & Sedikies, C. (1999). Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of General Psychology*, *65*, 5-17.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The Development of Anxiety: The Role of Control in Early Environment. *Psychological Bulletin*, *124*, 3-21.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed. pp. 194-226). New York: Wiley.
- Coady, N. F. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research and Social Work Practice*, *1*(2), 122-138.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Constantio, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the scientific-practitioner model in psychotherapy. In G. Shick Tryon (Ed.), *Counseling based on process research* (pp. 81-131). New York: Allyn & Bacon.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEOPI-R) and Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Davidson, R. J. (2000). Affective Style, Psychopathology, and Resilience: Brain Mechanism and Plasticity. *American Psychologist*, *55*, 1196-1214.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspective from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, *126*, 890-909.
- Davies-Osterkamp, S., Stauss, B., & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in long-term-psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *6*, 164-176.
- Davison, G. C. (1998). Being bolder with the Boulder model: The challenge of education and training in empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 163-167.
- DeCharms, R., Levy, J., & Wertheimer, M. (1954). A Note on Attempted Evaluation on Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *10*, 233-235.
- Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.

- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., & Heim, P. (1999). Was soll ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 253-280.
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbeck bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch.
- Dill, J., & Anderson, C. (1999). Loneliness, Shyness, and Depression: The Etiology and Interrelationship of Everyday Problems in Living. In T. Joiner & J. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (pp. 93-125). Washington: APA.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 148-159.
- Dollar, J., & Auld, F. (1959). *Scoring human motives: A manual*. New Haven: CT Yale University Press.
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development Psychopathology*, 2, 47-60.
- Dozier, M., & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in adolescent attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Dürr, H., & Hahlweg, K. (1996). Familienbetreuung bei schizophrenen Patienten: Analyse des Therapieverlaufs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 25, 33-46.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Egger, O. (2006). *Der Prozess differentieller Veränderung in der Psychotherapie. Eine therapiezielorientierte Analyse des psychotherapeutischen Geschehens*. Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed. pp. 114-139). New York: Wiley.
- Elliott, A. J., & Trash, T. M. (2002). Approach-Avoidance Motivation in Personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804-818.
- Elliott, R. (1991). Five Dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.
- Emmelkamp, P. M. (1982). *Phobia and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed. pp. 379-427). New York: Wiley.

- Emmelkamp, P. M., Bouman, T. K., & Blauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(2), 95-100.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Eugster, S. L., & Wampold, B. E. (1996). Systematic Effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1020-1028.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1980). *A model for personality*. New York: Springer-Verlag.
- Fava, G. (1999). Well-Being Therapy. Conceptual and Technical Issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fiedler, P., Albrecht, M., Rogge, K. E., & Schulte, D. (1994). Wenn Verhaltenstherapeuten mit ihren phobischen Patienten über Ängste sprechen: Eine Episodenstudie zur prognostischen Relevanz therapeutischer Lenkung und Empathie. *Verhaltenstherapie* 4, 243-253.
- Fiedler, P., Vogt, L., Rogge, K. E., & Schulte, D. (1994). Die prognostische Relevanz der Autonomie-Entwicklung von Patienten in der verhaltenstherapeutischen Phobienbehandlung: Eine Prozessanalyse mittels SASB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 202-212.
- Filak, J., Abeles, N., & Norquist, S. (1986). Client's pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcomes. *Professional Psychology and Practices*, 17, 217-222.
- Fiske, D. W. (1977). Methodological issues in research on the psychotherapist. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy* (pp. 23-43). New York: Pergamon Press.
- Flückiger, C. (2003). *Allgemeine und settingspezifische Prozessmerkmale erfolgreicher Gruppentherapien*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Flückiger, C., Regli, D., Grawe, K., & Lutz, W. (2007). Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychotherapy Research*, 17(3), 359-364.
- Flückiger, C., Wüsten, G., Frischknecht, E., Grawe, K., & Lutz, W. (submitted). Ressourcenpriming - Förderung der Ressourcenaktivierung im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorders in female adult victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Follette, W. C., & Greenberg, L. S. (2006). Technique Factors in Treating Dysphoric Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 83-109). Oxford: University Press.
- Fosha, D. (2004). Nothing that feels bad is ever the last step. The Role of Positive Emotions in Experiential Work with Difficult Emotional Experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 30-43.

- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Manual.* Göttingen: Beltz.
- Frei, A., & Greiner, R. A. (2001). Sparpotenzial: Eine Milliarde. Der volkswirtschaftliche Nutzen von Psychotherapie. *Psychoscope. Zeitschrift der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP*, 5, 14-16.
- Fröhlich, W. D. (1996). *Wörterbuch Psychologie.* München: dtv Verlag.
- Gaensbauer, T., Harmon, R., Cytryn, L., & McKnew, D. (1984). Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141, 223-229.
- Gallati, D. (2003). *Metaanalyse über die Erfolgsmessung in Vergleichsstudien von Depressionsbehandlungen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess.* Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2004). General change mechanism: The relation of problem activation to resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(1), 1-11.
- Gaston, L. (1990). The concept of alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153.
- Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J., & Watson, J. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral, and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 1-26.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Gaston, L., Piper, W.E., Debbane, E. G., Bienvenu, J.-P., & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4, 121-135.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.* New York: Guilford.
- Gladstone, G. L., & Parker, G. B. (2006). Is behavior inhibition a risk factor for depression? *Journal of Affective Disorders*, 95, 85-94.
- Goren, S. S. (1993). The prediction of child psychotherapy outcome: Factors specific to treatment. *Psychotherapy* 30, 152-158.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Grawe, K. (1982). Der Veränderungsfragebogen. Ein Instrument zur deskriptiven Einzelfallanalyse psychotherapeutisch induzierter Veränderungsprozesse. In M. Zielke (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 231-252). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 23-34.

- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 185-199.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). Allgemeine Psychotherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), ganzes Heft.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), ganzes Heft.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In H. J. Eysenck (Ed.), *A model for personality* (pp. 246-276). New York: Springer Verlag.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety. A reprise. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety panic and fear* (Vol. 43, pp. 61-134). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Greenberg, L. S. (1986c). Research strategies. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of interpersonal conflict resolution. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapy. In A. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-542). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., & Hirscheimer, K. (1994). Relating degree of resolution of unfinished business to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (Eds.). (1986). *The therapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2005). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington: APA.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). Change Process Research. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health* (pp. 81-95). Washington: APA.
- Greve, W., & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtungen. Eine Einführung*. Weinheim: Beltz.

- Grob, A. (1995). Subjective well-being and significant life-events across life-span. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 3-18.
- Grosse Holtforth, M., Bents, H., Mauler, B., & Grawe, K. (2006). Interpersonal distress as a mediator between avoidance goals and goal satisfaction in psychotherapy inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 172-182.
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2004). Expanding our Strategies to Study the Process of Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 396-404.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002a). *FAMOS Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002b). Bern inventory of treatment goals (BIT), part 1: Development and first application of taxonomy of treatment goal themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(4), 315-323.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 170-179.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Castonguay, L. G. (2005). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, 16(5), 639-644.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O., & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 261-272.
- Grosse Holtforth, M., Reubi, M., Ruckstuhl, L., Berking, M., & Grawe, K. (2004). The value of treatment goals in the outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 80-91.
- Gurtman, M. B. (1991). Evaluating the interpersonalness of personality scales. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 670-677.
- Harkness, D. (1997). Testing interactional social work theory: A panel analysis of supervised practice and outcome. *Clinical Supervisor*, 15(1), 33-50.
- Harris, T., & Bulfco, A. (1991). Loss of parent in childhood, attachment style, and depression in adulthood. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London, New York: Routledge.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Manual für die Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., & de Jong-Meyer, R. (1996). Depressionen (Themenheft). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(2).

- Hayes, A. M., Feldman, G. C., & Goldfried, M. R. (2006). From insight to processing: Two measures of therapeutic change. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 939-947.
- Hayes, S., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J.-P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 111-122.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strohsal, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Hebb, D. (1949). *The organization of behavior*. New York: Wiley.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist interject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 441-447.
- Hill, C. E. (1974). A comparison of the perception of a therapy session by clients, therapists, and objective judges. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 4*(16).
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 288-294.
- Hill, C. E., & Lambert, M. (2004). Methodological Issues in studying psychotherapeutic process and outcome. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook on Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed. pp. 84-135). New York: Wiley.
- Hill, C. E., & Stephany, A. (1990). The relationship of nonverbal behaviors to client reactions. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 22-26.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Holahan, C., Moos, R., & Bonin, L. (1999). Social Context and Depression: An Integrative Stress and Coping Framework. In T. Joiner & J. Coyne (Eds.), *The interactional Nature of Depression* (pp. 39-63). Washington: APA.
- Hollon, S. D. (2006). Randomized Clinical Trials. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health* (pp. 96-104). Washington: APA.
- Hollon, S. D., Munoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., et al. (2002). Psychosocial Intervention Development for the Prevention and Treatment of Depression: Promoting Innovation and Increasing Access. *Biological Psychiatry, 52*, 610-630.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest, 3*(2), 39-77.

- Horowitz, L. M. (1994). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Deutsche Version. In Weinheim: Beltz-Test.
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Beltz.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationship that Work* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K. I., & Orlinsky, D. (1986). Process and Outcome. In S. E. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus next alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hubble, M., Duncan, B. L., & Scott, M. D. (Eds.). (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Ilardy, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-156.
- Ito, T. A., & Cacioppo, J. T. (1999). *The psychophysiology of utility appraisal*. New York: Russell Sage Foundation.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, C. B., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 251-255.
- Joiner, T., Coyne, J., & Blalock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. In T. Joiner & J. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (pp. 3-19). Washington: American Psychological Association.
- Joiner, T., & Coyne, J. C. (1999). *The Interactional Nature of Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Sniderman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1980). Managing clinical change. A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie als Veränderungsprozess: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.

- Kanning, U. (2000). *Selbstwertmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 138-147.
- Kazdin, A. E. (1999). The meaning and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 33--339.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110-136.
- Kiesler, D. J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J. C. Aachin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 3-24). New York: Pergamon Press.
- Kiesler, D. J. (1987). *Check List of Psychotherapy Transaction-Revised (CLOPT-R) and Check List of Interpersonal Transaction-Revised (CLOIT-R)*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D. J. (2003). *Check List of Psychotherapy Transaction-Revised (CLOPT-R) and Check List of Interpersonal Transaction-Revised (CLOIT-R): Short Form*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D. J., Goldston, C. S., & Schmidt, J. A. (1991). *Manual for the Check List of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R) and the Check List of Psychotherapy Transaction-Revised (CLOPT-R)*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University.
- Kiresuk, T., & Lundt, S. (1979). Goal attainment scaling: Research, evaluation and utilization. In H. Schulenberg & F. Baker (Eds.), *Program evaluation in health fields* (Vol. 2). New York: Human Science Press.
- Kiresuk, T., & Sherman, R. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluation comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal (4)*, 443-4543.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 489-496.
- Kolden, G. G., Strauman, T. J., Tierney, S. C., Mullen, E. A., & Schneider, K. L. (2006). Universal Session-Level Change Process in an Early Session of Psychotherapy: Path Models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 327-336.
- Krupnick, J.L., Slotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P.A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the Nationale Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 532-539.

- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley.
- Lambert, M., & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationship that Work*. Oxford: University Press.
- Lambert, M., Christensen, E. R., & DeJulio, S. S. (Eds.). (1983). *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley.
- Lambert, M., Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed. pp. 157-212). New York: Wiley.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: Ronald Press.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., & Lejuez, C. W. (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences*, 36, 1235-1247.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, N.V.: Context Press.
- Lipsey, M., & Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's Article "The Effects of Psychotherapy: An Evaluation". *British Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Luborsky, L. (1990). A review of theory-based process-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., Imber, S., Elkin, I. & Liberman, B. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.
- Luborsky, L., McLellan, T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Luborsky, L., Singer, J., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance in structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to level of representation. In I. Breterton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (Vol. 50, pp. 66-104): Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., & Telch, M. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. 31, 1-8.
- Margraf, J., & Fehm, L. (1996). Methoden der klinischen Psychologie. In E. Erstfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch Quantitative Methoden* (S. 577-598). Weinheim: Beltz.
- Margraf, J., & Rudolf, K. (1999). *Soziale Kompetenz - Soziale Phobie*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengeren.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Matter, M. (2000). *Die Strukturierung des therapeutischen Vorgehens. Eine Untersuchung der Rolle der Strukturierung im therapeutischen Prozess in Zusammenhang mit Input- und anderen Prozess- und Outputvariablen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy*. New York: Guilford.
- McCullough, J. (2001). *Skill Training Manual for Diagnosing and Treating Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J. (2003). Treatment for Chronic Depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 833-846.
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, P. C., & Hell, D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Gesundheitswesen in der Schweiz 2004-2006* (pp. 245-253). Bern: Huber.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmasse oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 32, 94-103.
- Michalak, J., Wiethoff, M., & Schulte, D. (2005). Therapeutic alliance and behavior inhibition. *Psychotherapy Research*, 15(3), 334-338.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A guide to treatment that work* (2nd Ed.). New York: Oxford University Press.
- Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (1999). Contemporary challenges and new directions in psychotherapy. An introduction. *In Session, 55*, 1321-1323.
- Newman, M. G., Stiles, W. B., Janeck, A., & Woody, S. R. (2006). Integration of Therapeutic Factors in Anxiety Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 187-200). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that Work. Therapist contributions and responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2002b). Empirically Supported Therapy Relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationship That Work* (pp. 3-16). Oxford: University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington: APA.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2003). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Oxford University Press.
- Ogles, B., Anderson, T., & Lunnen, K. M. (2001). Der Beitrag von Modellen und Techniken: Widersprüchlichkeiten zwischen professionellen Trends und klinischer Forschung. In M. Hubble, B. L. Duncan & M. D. Scott (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- O'Malley, S. S., Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Watkins, J. T., Stotsky, S. M., Imber, S. D., et al. (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 496-501.
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy- Noch einmal. In A. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D., & Howard, K. J. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In S. E. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed. P. p307-390). New York: Wiley.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 293-313.
- Panksepp, J. (2000). The long-term psychobiological consequences of infant emotions. *Infant Mental Health Journal, 22*, 132-173.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality Disorder and the mental representation of early social experience. *Development Psychopathology, 6*, 375-388.
- Paul, G. L. (1976). Strategy in outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-118.
- Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2005). *Chronic Depression. Interpersonal Sources, Therapeutic Solutions*. Washington: APA.

- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorder*, 2, 144-152.
- Pinto-Meza, A., Caseras, X., Soler, J., Puigdemont, D., Perez, V., & Torrubia, R. (2006). Behavioral Inhibition and Behavioural Activation Systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 215-226.
- Plutchik, R., & Conte, R. H. (1997). *Circumplex Models of Personality and Emotions*. Washington: APA.
- Potreck-Rose, R., & Jacob, B. (2003). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Pfeiffer bei Clett-Cotta.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.
- Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment patterns in children of depressed mothers. In P. Harris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 115-126). London: Routledge.
- Regli, D. (1997). *CIPA - Beschreibung und Anwendung einer integrativen Forschungsstrategie für die Psychotherapieforschung*. Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase der Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 399-420.
- Regli, D., Flückiger, C., & Grawe, K. (2004). Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess erfolgreicher Gruppen- und Einzeltherapien. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 36(1), 41-50.
- Regli, D., & Grawe, K. (In Vorbereitung). Der Berner Stundenbogen, ein Instrument für die Prozessmessung und Qualitätssicherung.
- Reznick, J. S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, A., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680.
- Rinne, H., & Specht, K. (2002). *Zeitreihen. Statistische Modellierung, Schätzung und Prognose*. München: Verlag Franz Vahlen.
- Roberts, J., & Monroe, S. (1999). Vulnerable Self-Esteem and Social Processes in Depression: Toward an Interpersonal model of Self-Esteem Regulation. In T. Joiner & J. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (pp. 149-187). Washington: APA.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Rosenthal, R. (1993). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The Handbook of Research Synthesis* (pp. 232-243). New York: Sage.

- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rosenzweig, S. (1954). A Transvaluation of Psychotherapy - a Reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304.
- Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and conternulls on other people's published data. General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1, 331-340.
- Rüesch, P., & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Russell, R. L., Bryant, F. B., & Estrada, A. U. (1996). Confirmatory P-technique analysis of therapist discourse: High versus low-quality child therapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1366-1376.
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 185-195.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Taken, R. J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Saunders, S. M. (1998). Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: Relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 597-605.
- Schauenburg, H., Sammet, I., Kuda, M., & Strack, M. (2000). The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 133-146.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schindler, L. (1996). Prozessforschung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D: Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S. (2001). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Ergebnissen der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel & C. Monden-Engelhardt (Eds.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 153-194). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtchen, S., Acke, H., & Hennies, S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! Prozessanalysen des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie-Zeitschrift*, 99, 15-23.
- Schmidtchen, S., & Hennies, S. (1996). Wider den Non-Direktivitätsmythos. Hin zu einer differentiellen Psychotheapie! Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreicher Kinderspieltherapie. *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie-Zeitschrift*, 104, 14-24.
- Schmied, R. (2004). *Wie allgemein sind die Allgemeinen Wirkfaktoren? Eine Untersuchung therapielängen-, therapiephasen- und problemspezifischer Zusammenhänge zwischen den*

- Allgemeinen Wirkfaktoren und der Erreichung von Therapiezielen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Schmitz, B. (1989). *Einführung in die Zeitreihenanalyse.* Bern: Hans Huber.
- Schneider, S., & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.
- Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, D. (1992). Direktivität und Kontrolle therapeutischer Gespräche. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patienten-Beziehung in der Verhaltenstherapie.* München: Röttger.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(4), 374-393.
- Schulte, D. (2000). Angststörungen. In G. Lazarus-Mainka & S. Siebeneick (Eds.), *Angst und Ängstlichkeit. Ein Lehrbuch.* Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The Dual Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Schulte, D., Hartung, J., & Wilke, F. (1997). Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontation so effektiv? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 118-128.
- Schulte, D., & Künzel, R. (1995). Relevance and meaning of therapist's control. *Psychotherapy Research*, 5, 169-185.
- Seibel, H. D., & Nygreen, G. T. (1972). Pfadanalyse. Ein statistisches Verfahren zur Untersuchung von linearen Kausalmodellen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, Sonderdruck*, 3(1), 5-12.
- Sexton, H. (1993). Exploring a psychotherapeutic change sequence: Relating process to intersessional and post-treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 128-136.
- Sexton, H. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1358-1365.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Cristoph, P., Hazelrigg, M. D., et al. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shapiro, D. A., Elliott, R., & Stiles, W. B. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-Analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, E. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der Psychologischen Therapie.* Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Smith, E., & Grawe, K. (2000). Die Rolle der Therapiebeziehung im therapeutischen Prozess. Gefahren und Chancen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation*, 21, 421-438.

- Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which Therapeutic Mechanism Work When? A Step towards the Formulation of Empirically Validated Guidelines for Therapists' Session-t-Session Decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112-123.
- Smith, E., Regli, D., & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut - Wie können Therapeuten zu fruchtbarer Problemaktualisierung beitragen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 227-251.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Spycher, S., Margraf, J., & Meyer, P. C. (2005). *Beurteilung zweier Studien zu den Kosten der Psychotherapie in der Schweiz. Ein Kurzgutachten*. Neuchâtel: Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Staatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictor of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 185-195.
- Stiles, W. B. (2006). Dialogue: Convergence and Contention. In J. C. Norcross, L. B. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health*. Washington: APA.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 791-802.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, M. A., Lynne, M., & Knobloch, M. A. (1999). Treatment Process Research Methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 364-402). New York: Wiley.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W. B., & Wolfe, B. E. (2006). Relationship Factors in Treating Anxiety Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 155-165). Oxford: University Press.
- Strauss, B., & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und die Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1-16.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Suomi, S. S. (2000). A Biobehavioral Perspective on Development Psychopathology. Excessive Aggression and Serotonergic Dysfunction in Monkeys. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Development Psychopathology*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publisher.

- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 704-714.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*(1), 20-33.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavioral Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Clinical Psychology, 54*, 1031-1039.
- Thompson, B. J., & Hill, C. E. (1993). Client perceptions of therapeutic competence. *Psychotherapy Research, 3*(2), 124-130.
- Tracey, T. J., & Schneider, P. L. (1995). An Evaluation of the Circular Structure of the Checklist of Interpersonal Transactions and the Checklist of Psychotherapy Transaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(4), 496-507.
- Trijsburg, R. W. (2005). *CPIRS Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. Dutch Version*. Unpublished Manual.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12* (3), 287-217.
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., S., C., Abrahamse, R., Joosten, S., & Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct Validity of the comprehensive psychotherapeutic rating scale. *Psychotherapy Research, 14*(3), 346-366.
- Trijsburg, R. W., Semeniuk, T., & Perry, J. C. (submitted). An Empirical Study of the Differences in Interventions between Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Recurrent Major Depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 22*(2), 325-345.
- Truax, C. B. (1966). Therapist empathy, warmth, and genuineness and patient personality change in group psychotherapy: A comparison between interaction unit measures, time sample measures, and patient perception measures. *Journal of Clinical Psychology, 22*, 225-229.
- Tschacher, W. (1997). *Prozessgestaltung: Die Anwendung der Selbstorganisationstheorie und der Theorie dynamischer Systeme auf Probleme der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, G., & Schulte, D. (1997). Methoden- und verlaufsorientierte Strategien von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26*, 38-49.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, findings*. Mahwah, New York: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Beson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin, 122*, 203-215.

- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy, 33*, 262-274.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weisz, J. R., Hawley, K. M., Pilkonis, P. A., Woody, S. R., & Follette, W. C. (2000). Stressing (the other) three Rs in the search for empirically supported treatments: Review procedures, research quality, relevance to practice and the public interest. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 243-258.
- Willutzki, U. (1999). *VEV-VW. Neue Version des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens von Zielke*. Unveröffentlichter Fragebogen, Institut für Psychologie der Ruhr-Universität.
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Woody, S. R., & Ollendick, T. H. (2006). Technique Factors in Treating Anxiety Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 167-186). Oxford: University Press.
- Znoj, H. J., Grawe, K., & Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 53-59.

Literaturverzeichnis

ANHANG

Anhang A

- BIT-T Version 4.0 (mit allgemeinen Codierungsrichtlinien) (Grosse Holtforth & Grawe, 2004)
- Checkliste der behandelten Probleme
- Goal Attainment Scaling (GAS Arbeitsblatt) (Kieresuk & Lundt, 1979, Kieresuk & Sherman, 1968)
- Maske Filemaker für die Dateneingabe

BIT-T Version 4.0

Psychotherapeutische Praxisstelle
Institut für Psychologie
Universität Bern

Nur für internen Gebrauch!

Hauptkategorien: (56 inklusive der Restkategorie)

Kategorien
(31/43)

Unterkategorien
(50/109)

Prototypische Beispiele

P Problem- & Symptombewältigung (Kategorien: 12/14; Unterkategorien: 18/44)

p1 Depressives Erleben	<p>p1.1 Negative Gedanken und Gedanken-abläufe</p> <p>p1.2 Negative Stimmung</p> <p>p1.3 Antriebs- & Energielosigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gedanken zu bedrückenden Themen kontrolliert beginnen und beenden können. Lernen, besser mit meinen Stimmungsschwankungen umzugehen. Wieder zu Kraft und Energie kommen. Meine Depression bewältigen. Alarmsignale meiner Depression erkennen.
p2 Selbstdestruktives Verhalten	<p>p2.1 Selbstdestruktives Verhalten</p> <p>p2.2 Suizidalität</p> <p>p2.0 NNB</p> <p>p2.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> In belastenden Situationen Alternativen zur Selbstverletzung finden. Keine suizidalen Gedanken mehr haben. Mit meiner Todessehnsucht und meinem Drang nach Selbstverletzung umgehen lernen Gründe meines Suizidversuchs erörtern.
p3 Ängste	<p>p3.1 Ängste bezüglich spezifischen Situationen/Orten/Tätigkeiten</p> <p>p3.2 Panikanfälle (Angstanfälle, -attacken)</p> <p>Ängste in Interpersonalem Situations → p3.3 • Ängste vor Ablehnung etc. → 16.2</p> <p>p3.0 NNB</p> <p>p3.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ängste, die mich in fensterlosen Räumen befallt, kontrollieren können. Bei einschüderndem Ängstgefühl aus dem Mechanismus aussteigen können. Wieder alleine ohne Angst unter die Leute gehen können. Lernen, mit meinen Ängsten umzugehen. Die Ursachen meiner Probleme herausfinden.
p4 Zwänge	<p>p4.0 Zwangssymptome</p> <p>p4.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normal 1-2 mal pro Tag duschen können. Wissen, wie es zu den Zwangshandlungen gekommen ist.

p5 Traumata	<p>p5.0 Traumata</p> <p>p5.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Keine Abstrakte mehr über meine Vergewaltigungen haben. Keine unkontrollierbaren Erinnerungen haben. Flashbacks als Teil meiner Störung verstehen.
p6 Suchtverhalten (Stoffgebunden)	<p>p6.1 Körperlicher Entzug</p> <p>p6.2 Entwöhnung</p> <p>p6.0 NNB</p> <p>Bei Unschmerzhaft, da nur Entzug Entwöhnung gemeint ist → p6.0</p> <p>p6.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Heron-Entzug durchführen. Nach Auseinandersetzung mit meiner Frau Alternativen zum Trinken finden. Umgang mit der Sucht. Antworten auf die Frage finden: "Was hat zu den Alkoholproblemen geführt?"
p7 Essverhalten	<p>p7.1 Bewältigen von Essstörungen im engen Sinne</p> <p>p7.2 Übergewicht</p> <p>p7.0 NNB</p> <p>p7.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Meine Essattacken besser kontrollieren. Abnehmen. Mein Essen zeitlich und mengenmässig richtig einstellen. Gründe meiner Magersucht analysieren.
p8 Schlaf	<p>p8.0 Schlafprobleme</p> <p>p8.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wieder normal durchschlafen können. Den Ursachen meines Frühaufwachens auf den Grund gehen.
p9 Sexualität	<p>p9.0 Sexuelle Probleme</p> <p>p9.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mit meiner Impotenz umgehen lernen. Die Ursachen meiner Organumstümpfung herausfinden
p10 Umgang mit körperbezogenen Problemen	<p>p10.1 Schmerz (psychischer Aspekt)</p> <p>p10.2 Chronische Krankheiten (psychischer Aspekt)</p> <p>p10.0 NNB</p> <p>Andere das kompetenzbezogenen Probleme → 13</p> <p>Sieht kein psychischer Aspekt erschliessbar ist → 13</p> <p>p10.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mit meinen Rückenschmerzen umgehen lernen. Abzupfen HIV - Infiziert zu sein. Achtung: Schmerztherapie durchführen → 13 Altersbeschwerden annehmen lernen. Behinderung akzeptieren. Mit Tinnitus umgehen können. Achtung: Körperliche Rehabilitation → 13

<p>p11 Probleme in umschriebenen Lebens- & Stress allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podiumsrede → p3.1 • Bandische Neuorientierung → o1.2 • Arbeits- und Stehstunde → r2 • Probleme mit Vorgesetzten →K4.1 • Inneer Umruhe; Nervosität → w2.0 	<p>p11.1 Stress</p> <p>p11.2 Wohnsituation</p> <p>p11.3 Ausbildung & Arbeit</p> <p>p11.4 Organisation des Alltags; Tagesstruktur; Zeitplanung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen, mit Stress umzugehen. • Verantwortungsbereiche in unserer WG besprechen. • Probleme auf der Arbeit angehen und versuchen zu lösen. • Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung. • Bessere Tagesstruktur; mit Zeit umgehen. • Lernen, mit Leistungsstörungen besser umzugehen.
<p>p 12 Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit → p5 	<p>p12.0 Medikamente</p> <p>p12.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Medikamente absetzen. • Wirkungsweise meiner Neurologika verstehen.
<p>p0 NNB</p>	<p>p0.0 NNB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen, mit der Krankheit zu leben. • Mit meinen Risikoverhalten umgehen lernen.
<p>p99 Andere spezifische Probleme</p>	<p>p99.0 Andere spezifische Probleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meine psychische Probleme; Klopfformate; Delinquenz; Glücksspiel usw.

<p>Interpersonale Ziele (Kategorien: 719; Unterkategorien:1224)</p>	
<p>11 Bestehende Partnerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexueller ausserhalb bestehenden Beziehungen → r7.1 	<p>11.1 Partnerschaft verbessern (interpersonell)</p> <p>11.2 Sexualität in der Partnerschaft verbessern</p> <p>11.3 Individuelles Zielproblem in Partnerschaft bewältigen</p> <p>11.0 NNB</p> <p>11.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>
<p>12 Aktuelle Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielprobleme bezüglich der Eltern/Vorfahren → 3.0 	<p>12.1 Ziele im Zusammenhang mit Elternschaft (intra & inter)</p> <p>12.2 Ziele bezüglich der Familie als ganzer</p> <p>12.0 NNB</p>
<p>13 Herkunftsfamilie</p>	<p>13.0 Ziele/Probleme im Zusammenhang mit Herkunftsfamilie (intra & inter)</p>
<p>14 Andere konkrete Beziehungen</p>	<p>14.0 Ziele/Probleme in anderen konkreten Beziehungen (intra & inter)</p>
<p>15 Alleinsein & Trauer</p>	<p>15.1 Umgang mit dem Alleinsein</p> <p>15.2 Trauer und Verarbeiten von Verlust</p> <p>15.0 NNB</p> <p>15.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>
<p>16 Selbstbehauptung & Abgrenzung</p>	<p>16.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten(interpersonell)</p> <p>16.2 Selbstbehauptung und Abgrenzung innerhalb der Erziehung (intrapersonell)</p> <p>16.0 NNB</p> <p>16.99 Andere spezifische Zielprobleme</p>

17 Kontakt, Nähe, Austausch	17.1 (Mehr) Kontakt aufnehmen, zwischenmenschlichen Austausch verbessern (Interpersonell)	<ul style="list-style-type: none"> Unter die Leute gehen, zuhören lernen, <ul style="list-style-type: none"> Lernen, Bedürfnisse anderer besser wahrzunehmen. Die Angst vor Bindung abbauen, Vertrauen zu anderen Personen) aufbauen, <ul style="list-style-type: none"> Erste Beziehung eingehen, eine intime Beziehung aufbauen, Erne Partner*in finden, Freundschaften aufbauen und Partner* finden, <ul style="list-style-type: none"> Lernen, eigenes Befinden nur in passenden Situationen mitzuteilen, sich Hilfe holen können.
	17.2 Nähe zulassen, für Beziehungen öffnen (Intrapersonal)	<ul style="list-style-type: none"> Die Angst vor Bindung abbauen, Vertrauen zu anderen Personen) aufbauen, Erste Beziehung eingehen, eine intime Beziehung aufbauen, Erne Partner*in finden,
	17.3 Neue Partnerschaft, Intimität	<ul style="list-style-type: none"> Freundschaften aufbauen und Partner* finden, <ul style="list-style-type: none"> Lernen, eigenes Befinden nur in passenden Situationen mitzuteilen, sich Hilfe holen können.
10 NNB	10.0 NNB	<ul style="list-style-type: none"> Die Beziehung klären, Allgemeine Beziehungsfähigkeit, Lernen zu vergeben,
199 Andere Interpersonale Ziele/Probleme	199.0 Andere interpersonale Ziele/Probleme	<ul style="list-style-type: none"> Lernen zu vergeben,

W Wohlbefinden / better functioning (Kategorien: 3/5; Unterkategorien: 7/15)		
w1 Bewegung & Aktivität	w1.1 Mehr Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> Wieder regelmäßig wandern gehen,
	w1.2 Mehr Aktivitäten (außer Bewegung)	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens einmal pro Woche abends ausgehen,
	w1.0 NNB	<ul style="list-style-type: none"> Aktiv* werden, Hobbies wieder vermehrt ausüben,
w1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme		
w2 Entspannung & Gelassenheit	w2.1 Lernen, sich zu entspannen und erholen (Entspannungstechniken)	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeiten zu Entspannung finden,
	w2.2 Ruhiger und gelassener werden, sich gelassener verhalten	<ul style="list-style-type: none"> Lernen, Probleme gelassener zu nehmen,
	w2.0 NNB	<ul style="list-style-type: none"> Gelassener sein,
w2.99 Andere spezifische Ziele/Probleme		
w3 Wohlbefinden	w3.1 Psychisches Wohlbefinden ohne einhergehenden depressiven Kontext	<ul style="list-style-type: none"> Lebensenergie, -glück steigern, Voller Optimismus sein,
	w3.2 Psychisches Wohlbefinden mit depressivem Kontext	<ul style="list-style-type: none"> Wieder Freude am Leben haben können,
	w3.3 Körpergefühl	<ul style="list-style-type: none"> Den Körper besser wahrnehmen, Meinen Körper akzeptieren lernen, gut finden, Mich wohl fühlen (körperlich & psychisch),
w3.0 NNB		
w3.99 Andere spezifische Ziele/Probleme		
w0 NNB	w0.0 NNB	<ul style="list-style-type: none"> Förderung der Gesundheitsverhaltens, Zu sich selber lieb sein,
w99 Andere Ziele/ Probleme des Wohlbefindens	w99.0 Andere Ziele/Probleme des Wohlbefindens	

O Orientierung (Kategorien: 2/4; Unterkategorien: 3/6)	
o1 Selbstreflexion & Zukunft	<p>o1.1 Vergangenheit klären und verarbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mit meiner Vergangenheit leben lernen, sie akzeptieren und Ordnung in meine Kindheitsgeschichte bringen. <p>o1.2 Selbstreflexion & Zukunftsperspektiven</p> <ul style="list-style-type: none"> o Klarheit bezüglich meinen Fähigkeiten gewinnen. o Entdecken eigener Interessen. o Wissen, wie es mit mir weitergeht. o Benutze Fortschritte abklären.
<ul style="list-style-type: none"> • Erklärung und Gründe für die eigene Erkrankung → p99 • Verarbeiten von Traumata → p5.1 • Arbeit finden → r2 • Situation am Arbeitsplatz klären → p11.3 	<p>o1.0 NNB</p>
o2 Sinnfindung	<p>o2.0 Spirituelle, religiöse- und Sinnfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Meinem Leben einen neuen Sinn geben.
o0 NNB	o0.0 NNB
o99 Andere Ziele/ Probleme der Orientierung	o99.0 Andere Ziele der Orientierung

S Selbstentwicklung (Kategorien: 4/6; Unterkategorien: 6/15)	
s1 Selbstbewusstsein, Selbstwert & eigene Schwächen	<p>s1.1 Selbstbewusstsein, Selbstwert, Selbstwertgefühl steigern (intapsychisch)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Meine Selbstwürde überwinden. o Wieder mehr Selbstvertrauen haben. <p>s1.2 Sich selber akzeptieren lernen (sowohl Stärken wie Schwächen)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nicht akzeptieren, so wie ich bin. o Sich über für die eigene Leistung.
<ul style="list-style-type: none"> • Meine schwachen Seiten erkennen → o1.2 	<p>s1.0 NNB</p> <p>s1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</p>
s2 Selbstverwirklichung	<p>s2.1 Ressourcen eigener Bedürfnisse, Wünsche & Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sich nicht zuviel zumuten. o Aufgaben an sich setzen zu setzen. o Sinnvolle Prioritäten setzen (Arbeit, Therapie, Familie, Freizeit). <p>s2.2 Verwirklichen eigener Pläne & Wünsche</p> <ul style="list-style-type: none"> o Lernen zu tun, was ich will. o Etwas tun, zu dem ich Lust habe. <p>s2.0 NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> o Selbstbildig werden.
s3 Selbstkontrolle	<p>s3.1 Verantwortung u. Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Entscheidungen besser treffen lernen. <p>s3.2 Kontrolle & Verantwortung abgeben</p> <ul style="list-style-type: none"> o Weniger hohe Ansprüche an sich haben. o Lernen, Aufgaben zu delegieren. <p>s3.0 NNB</p> <p>s3.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</p>
s4 Gefühlsregulation	<p>s4.0 Umgang mit Gefühlsregulationen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gefühle zulassen dürfen. o Mit Ärger umgehen lernen.
<ul style="list-style-type: none"> • Lernen, anderen Gefühle mitzuteilen → a.1 • Schuldgefühle abbauen → p1.0 	
s0 NNB	s0.0 NNB
s99 Andere Ziele/ Probleme der Selbstentwicklung	s99.0 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung

R Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele (Kategorien: 35; Unterkategorien: 5)	
r1 Regeneration (insb. stationär)	r1.0 Regeneration ☐ Körperberührung ☐ Assenz geübt ☐
r2 Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	r2.0 Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme ☐ 2-3 Tageskuren ansetzen; ☐ Überwachung; ☐ Nachbetreuung nach stat. Behandlung; ☐ finanzielle Situation klären
r3 Somatische (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	r3.0 Somatische (Rehabilitations-) Ziele/Probleme ☐ Lungengymnastik ☐ Körperliche Probleme ☐ Körperhygiene, Inkontinenz
r0 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme	r0.0 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme ☐ Psychiatrisch gesund werden; ☐ Probleme bewältigen; ☐ Abgrenzungsschwierigkeiten ☐ Stuhler werden
r99 Keine Therapieziele	r99.0 Keine Therapieziele ☐ Von anderen akzeptiert werden; ☐ Sex im Lido; ☐ Freund soll clean werden.
* Auch Ziele/Probleme, die vom Klienten vor der Admission nicht bewertbar sind.	

Die Taxonomie enthält einerseits die *Kategorienbeziehungen* (erste und zweite Spalte), andererseits *prototypische Beispiele* (dritte Spalte). Bei Themenbereichen, die je nach Perspektive in verschiedenen Oberkategorien (respektive Kategorien) codiert werden können, sind jeweils *Querverweise* zu den verwandten Kategorien in Klammern angeführt.

Allgemeine Codierungsrichtlinien

- Es soll nur der *Inhalt* der Ziele codiert werden. Interpretationen sollen vermieden werden, es interessieren nur die ausformulierten Inhalte.
- Jedes Ziel wird *zuerst* einer der 5/6 *Hauptkategorien* zugeordnet. Erst dann wird die Kategorie und die Unterkategorie (sofern möglich) zugeteilt.
- Jedes Ziel muss *mindestens auf Ober- und Kategorieebene* codiert werden.

Leitfragen

Bei Unsicherheit bezüglich der Zuordnung zu einer Kategorie gelten folgende Leitfragen:

Allgemein:

- *Quantität*: Welche Kategorie bildet die Information des Items möglichst umfassend ab?
- *Spezifität*: Welche Kategorie ist für die Information des Items die spezifischere?
- *Ziel vor Problem*: Werden sowohl Probleme wie auch Ziele umschrieben, soll das Ziel geratet werden. Werden nur Problembereiche angegeben, so sind sie in Problem-/Symptomlinderungsziele um zu interpretieren.

Bei mehreren Zielen

- *Relevanz*: Suizid hat beispielsweise immer Vorrang.
- *Konkrete vor Diffusen*: Klar formulierte Ziele werden gegen Umschreibungen vorgezogen.
- *Reihenfolge*: Bei Gleichwertigkeit der Ziele wird die Reihenfolge berücksichtigt.

Doppelcodierung

Erfüllt ein Ziel gleichzeitig die Kriterien für zwei verschiedene Kategorien und kann innerhalb des Rahmens kein Konsens gefunden werden, ist Doppelcodierung möglich.

Achtung: Eine Doppelcodierung kann nur auf Hauptkategorieebene und Kategorieebene vergeben werden. Wird auf Unterkategorieebene kein Konsens gefunden, so ist die Restkategorie 0 zu vergeben!

Beispiel 1: „Umgang mit Konflikten: Weder in sich hineinfressen, noch explodieren.“ Wird mit i6.0 codiert, s4.1 wird ebenfalls als zweite Codierung angeführt.

Beispiel 2: „Will Entzug machen. Lernen mit Sucht umzugehen.“ (Code p6.0)

Restkategorien

In Anlehnung an die ICD-10 enthalten die Oberkategorien und Kategorien jeweils zwei *Restkategorien*:

- 0 wird codiert, wenn das Item der nächsten unteren Ebene *nicht eindeutig* zugeordnet werden kann. Mit 0 codierte ZIP auf Kategorien- oder Oberkategorieebene sind entweder *vage*, *diffus formuliert* oder können *mangels zusätzlicher Information* nicht weiter zugeordnet werden.

Beispiel 1: „Krankheit bewältigen“: Wird p0 zugeordnet, da es sich um Symptombewältigung handelt, eine genauere Zuordnung aufgrund des Ziels aber nicht möglich ist.

Beispiel 2: „Alkoholproblem“: Wird p6.0 zugeordnet, da eine genauere Differenzierung in eine der beiden Unterkategorien *Entzug* oder *Erhöhung* nicht möglich ist.

• 99 wird codiert, sofern *für ein spezifisches, konkret umschriebenes ZIP* keine entsprechende Kategorie, respektive keine entsprechende Unterkategorie, existiert. 99 wird bei der Oberkategorie p auch für alle Items codiert, wo es um das *Verstehen der Ursachen, Zusammenhänge* einer Störung geht.

Beispiel 1: „Lernen, mit meinen Stimmen umzugehen“: Wird mit p99 codiert.

Beispiel 2: „Die Ursache(n) meiner Depression verstehen“ (Code p1.99)

Hinweise zu bestimmten Themenfeldern

(Siehe auch die Querverweise in der Taxonomie)

- *Verstehen der Ursachen, Zusammenhänge einer Störung* (innerhalb der Oberkategorie p): Wird mit der entsprechenden Kategorie und 99 codiert.

Beispiel: „Ursachen meiner Depression herausfinden“ (Code p1.99)

- In Einzelfällen kann es vorkommen, dass für ein Problem keine p-Kategorie vorhanden ist, wohl aber für dessen Minderung (Problemminderungsziel). In diesem Fall wird die entsprechende Zielkategorie geratet. Items dieser Art erhalten den zusätzliche Code „i“ für „Interpretation“.

Beispiele: „Sozialer Rückzug“ (Code i7.0:i) / „Nervosität“ (Code w2.0:i)

- *Depressive Stimmung*: Je nach Formulierung kann das selbe Phänomen mit p1 oder w3.2 codiert werden. Bei der Auswertung der Daten ist auf diese Überlappung Rücksicht zu nehmen.

Beispiel 1: „Wieder mehr Lebensfreude haben“: Code w3.2, sofern aus dem Kontext eine depressive Stimmung ersichtlich ist.

Beispiel 2: „Aus meiner depressiven Stimmung heraus kommen“: (Code p1.2)

GAS Arbeitsblatt

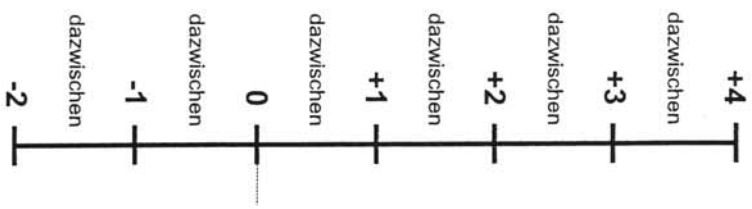
KlientInnen-Nr.:

Problem Nr.:

Datum:

Gesprächspartner:

Titel:



CHECKLISTE DER BEHANDELTEN PROBLEME

1. GAS-Probleme

In der heutigen Sitzung haben wir an individuellen Problemen gearbeitet.

ja nein (→ weiter zu 2.)

Falls Ja: An welchem/n GAS-Problemen wurde gearbeitet? *Bitte ankreuzen! (x oder ✓)*

GAS 1

GAS 2

GAS 3

2. DSM-Störungen (Achse I)

In der heutigen Sitzung haben wir an störungsspezifischen Komponenten (K) gearbeitet.

ja nein (→ weiter zu 3.)

Falls Ja: An welcher/n Komponenten wurde gearbeitet?

DSM 1

K 1

K 2

K 3

andere

DSM 2

K 1

K 2

K 3

andere

DSM 3

K 1

K 2

K 3

andere

PAT.-NR.:

SITZUNGS-NR.:

3. Konfliktschemata

In der heutigen Sitzung haben wir an Konfliktschemata gearbeitet. Dazu gehört auch die Arbeit an einzelnen Komponenten (Positiver Wunsch PW resp. Vermeidungsziel VZ).

ja nein (→ weiter zu 4.)

Falls Ja: An welcher/n Komponente/n wurde gearbeitet?

Konflikt 1

PW

VZ

Konflikt 2

PW

VZ

Konflikt 3

PW

VZ

4. Interpersonale Ablaufmuster

In der heutigen Sitzung haben wir an interpersonalen Ablaufmustern (I) gearbeitet.

ja nein (→ weiter zu 5.)

Falls Ja: An welchem/n interpersonalen Ablaufmuster/n wurde gearbeitet?

I 1

I 2

I 3

5. Andere bedeutungsvolle Inhalte

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

u^b
Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer therapeutischer Wirkfaktoren

Rater Nr.
 VideoNr.
 GASZIEL O101 O103 O206 O207 O501

101: depressives Erleben
 103: Ängste
 206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
 207: Kontakthilfe/Austausch
 501: Selbstbewusstsein/Selbstverleugene Schwächen

Minute Nr.

Neuer Datensatz

Beziehungsgestaltung

bprosb1 0 1 2 3
 bproko 0 1 2 3
 bgaewe 0 1 2 3
 bproazu 0 1 2 3

Positive Bindungserfahrungen
 Orientierung und Kontrolle
 Selbstwert
 Positive Zustände

Therapeutenkompetenz

Thkompt 0 1 2 3

Therapeutenkompetenz Item 1 (Patient)

Interaktionsverhalten des **Therapeuten** (mehrere Antworten pro Skala möglich)
 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden

Interaktionsverhalten des **Patienten**
 0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden

clotd01	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd01	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	dominantes Verhalten
clotd09	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd09	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotd017	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd017	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotd05	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd05	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotd013	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd013	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotd021	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopd021	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotun3	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun3	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	unterwürfiges Verhalten
clotun11	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun11	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotun19	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun19	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotun7	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun7	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotun15	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun15	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotun23	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopun23	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotr12	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr12	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	freundliches Verhalten

u^b
Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer therapeutischer Wirkfaktoren

Rater Nr.
 VideoNr.
 GASZIEL O101 O103 O206 O207 O501

101: depressives Erleben
 103: Ängste
 206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
 207: Kontakthilfe/Austausch
 501: Selbstbewusstsein/Selbstverleugene Schwächen

Minute Nr.

Neuer Datensatz

clotr10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotr18	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr18	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotr6	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr6	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotr14	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr14	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotr22	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopr22	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotte4	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre4	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	feindseliges Verhalten
clotte12	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre12	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotte20	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre20	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotte8	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre8	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotte16	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre16	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	
clotte24	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	clopre24	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	

Neuer Datensatz

u^b
UNIVERSITÄT
BERN

**Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer
therapeutischer Wirkfaktoren**

RaterNr. **Neuer Datensatz**

VideoNr.

GASZiel 101 103 206 207 501

101: depressives Erleben
103: Angste
206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
207: Kontakt/Nahmehaustausch
501: Selbstbewusstsein/Selbstwertfällige Schwächen

MinutenNr.

Strukturierung und Direktivität

Strukturierung der Arbeitsweise (Stundenebene)

Struktur1 00 01 08 Item 1: wichtige Themen der Stunde
Struktur2 00 01 02 03 08 Item 2: klarer Fokus der Problembearbeitung

Intensität der Problembearbeitung

Intens 00 01 02 03 Arbeit an GAS-Ziel erfüllt / nicht erfüllt

Relevanz der Bearbeitung

Relevanz 00 01 02 03 08

Prozessdirektivität

DirektTh 0-1 00 01 02 03 Strukturierung des Vorgehens durch Therapeut
DirektPat 0-1 00 01 02 03 Strukturierung des Vorgehens durch Patient

Alltagsbezug/Konkretisierung

Alkopat 00 01 02 03 Item 1: Patient
Alkoh 00 01 02 03 Item 2: Therapeut

Fokus auf Veränderung

FokVerän 00 01

Fokus auf Zustand / Fokus auf Veränderung

u^b
UNIVERSITÄT
BERN

**Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer
therapeutischer Wirkfaktoren**

RaterNr. **Neuer Datensatz**

VideoNr.

GASZiel 101 103 206 207 501

101: depressives Erleben
103: Angste
206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
207: Kontakt/Nahmehaustausch
501: Selbstbewusstsein/Selbstwertfällige Schwächen

MinutenNr.

Strukturierung und Direktivität

Strukturierung der Arbeitsweise (Stundenebene)

Struktur1 00 01 08 Item 1: wichtige Themen der Stunde
Struktur2 00 01 02 03 08 Item 2: klarer Fokus der Problembearbeitung

Intensität der Problembearbeitung

Intens 00 01 02 03 Arbeit an GAS-Ziel erfüllt / nicht erfüllt

Relevanz der Bearbeitung

Relevanz 00 01 02 03 08

Prozessdirektivität

DirektTh 0-1 00 01 02 03 Strukturierung des Vorgehens durch Therapeut
DirektPat 0-1 00 01 02 03 Strukturierung des Vorgehens durch Patient

Alltagsbezug/Konkretisierung

Alkopat 00 01 02 03 Item 1: Patient
Alkoh 00 01 02 03 Item 2: Therapeut

Fokus auf Veränderung

FokVerän 00 01

Fokus auf Zustand / Fokus auf Veränderung

u^b
Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer the

1 UNIVERSITÄT BERG
 RateNr. Neuer Datensatz
 VideoNr.
 GASZiel 206

101: depressives Erleben
 103: Ängste
 206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
 207: Kontakt/Nahrungsaustausch
 501: Selbstbewusstsein/Selbstwert/eigene Schwächen

MinutENr.

Motivationales Priming

Aktivierung motivationaler Ziele

azintbl	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azgeael	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azheil	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azhilf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azenwe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azimp	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azauto	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azleisl	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azkont	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azbild	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azglaub	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azleba	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azselbe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				
azsebe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3				

Annäherungsspringing

--> Additiver Index

Annäherungsmodus (Patientenperspektive)

AMPBase	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
AMP	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Annäherungsmodus (Baseline) Minuten 0-4

Annäherungsmodus ab Minute 5

Vermeidungsmodus (Patientenperspektive)

VMPBase	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
VMP	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Vermeidungsmodus (Baseline) Minuten 0-4

Vermeidungsmodus ab Minute 5

u^b
Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer the

1 UNIVERSITÄT BERG
 RateNr. Neuer Datensatz
 VideoNr.
 GASZiel 206

101: depressives Erleben
 103: Ängste
 206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
 207: Kontakt/Nahrungsaustausch
 501: Selbstbewusstsein/Selbstwert/eigene Schwächen

MinutENr.

Qualität der emotionalen Aktivierung

EmotPos	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
EmotNeg	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Item 2 positive emotionale Aktivierung

Item 1 negative emotionale Aktivierung

Annäherungsmodus (Therapeutenperspektive)

AMTBase	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
AMT	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Annäherungsmodus (Baseline) Minuten 0-4

Annäherungsmodus ab Minute 5

Vermeidungsmodus (Therapeutenperspektive)

VMTBase	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
VMT	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Vermeidungsmodus (Baseline) Minuten 0-4

Vermeidungsmodus ab Minute 5

Neuer Datensatz

u^b Manual zur Mikroanalyse spezifischer und unspezifischer the

1 UNIVERSITÄT

NAME

Rater/Nr.

Video/Nr.

GASZIEL 101 103 206 207 501

101: depressives Erleben
103: Angste
206: Selbstbehauptung/Abgrenzung
207: Kontakt/Name/Aussehen
501: Selbstbewusstsein/Selbstverleugene Schwächen

Minuten.

Welche Intervention wurde in dieser Minute beobachtet?

- Interv 101 102 103
- 100 199 201 202 200 299 301 302 303 304 300 399 401 402 403 404 400 499 501 502 503 500 599
101. Strukturierende Interventionen
102. Direktive Interventionen
103. Supportive Interventionen
100. Prozessunterstützende Interventionen NNB
199. Prozessunterstützende Interventionen passiv
201. Veränderung des und direkte Arbeit am Prot
202. Arbeit ausserhalb der Therapiestunde
200. Verhaltensrelevante und bewältigungsorientier
299. Verhaltensrelevante und bewältigungsorientier
301. Bewusstmachen dysfunktionaler Kognitionen
302. Überprüfen und Verändern dysfunktionaler Ko
303. Klären selbstrelevanter Schemata, konsistenz
304. Veränderung/Umgang mit Vermeidungszielen
300. Kognitive Arbeit/Klärung NNB
399. Kognitive Arbeit/Klärung passiv
401. Eigene Beziehungsmuster, Auswirkung eigene
402. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
403. Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer
404. Einsatz der Therapiebeziehung
400. Interpersonale Zusammenhänge NNB
499. Interpersonale Zusammenhänge passiv
501. Aufdecken und Ausdrücken von Gefühlen
502. Umgang mit Gefühlen
503. Akzeptanz von Gefühlen
500. Emotionsregulation NNB
599. Prozess unterstützende Interventionen passiv

Neuer Datensatz

Anhang B

- Patientenstundenbogen (Version 2000) (Regli & Grawe, in Vorbereitung)
- Therapeutenstundenbogen (Version 2000) (Regli & Grawe, in Vorbereitung)

Patientenstundenbogen 2000

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1.	Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohlgefühlt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
2.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
3.	Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
4.	Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts- gekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
5.	Der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
6.	Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
7.	Der Therapeut und ich verstehen einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
8.	Ich finde, der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
9.	Ich glaube, der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
10.	Im Moment fühle ich mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
11.	Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

BITTE WENDEN (Fortsetzung auf der Rückseite)

12. Ich finde die Sichtweise des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

13. Ich weiss jetzt besser, was ich will.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

14. Heute hatte ich das Gefühl, der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

15. Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

16. Ich spüre, dass der Therapeut mich wertschätzt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

17. Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

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

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

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

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

20. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

21. Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

22. Der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

Therapeutenstundenbogen 2000

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1.	Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohlgeföhlt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
2.	Der Patient und ich verstehen einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
3.	Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
4.	Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
5.	Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
6.	Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
7.	Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
8.	Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
9.	Redete der Patient von sich aus offen über seine Geföhle und Wünsche mit Ihnen?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
10.	Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
11.	Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
12.	Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

13. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

14. Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

15. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient für ihn schwierige Situationen besser bewältigen kann.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

16. Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

17. Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

18. Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

19. Heute habe ich an wunde Punkte des Patienten gerührt.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

20. Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

21. Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der Patient sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

22. Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

23. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

24. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

25. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

26. Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

27. Heute habe ich mich ausdrücklich darum bemüht, einen Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten herzustellen.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

Wodurch?

- a) Durch konkrete Simulation realer Lebenssituationen im Therapieraum (z.B. durch Rollenspiel)

0 nein	1 ja
-----------	---------

- b) Durch "Hausaufgaben"

0 nein	1 ja
-----------	---------

- c) Durch Einbezug von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie

0 nein	1 ja
-----------	---------

- d) Durch Aufsuchen von Situationen ausserhalb des Therapieraums

0 nein	1 ja
-----------	---------

- e) anderes

0 nein	1 ja
-----------	---------

Ergänzung Therapeutenstundenbogen 2000

- 1. Der Patient scheint mir klärungsmotiviert.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

- 2. Der Patient scheint mir bewältigungsmotiviert.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

- 3. **Nur ausfüllen, sofern es sich um eine Projekttherapie handelt:**
 Heute fühlte ich mich in meinem Vorgehen durch die Projektbedingungen eingeschränkt.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

- 4. **Nur ausfüllen, sofern es sich um eine Projekttherapie handelt:**
 Ich glaube, dass diese Projektbedingung für diesen Patienten angemessen ist.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Anhang C

- Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke, 2000)
- Inventar Interpersonaler Probleme (IIP 64) (Horowitz et al., 1994)
- Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS) (Grosse Holtforth & Grawe, 2002)
- Inkongruenzfragebogen (INK) (Grosse Holtforth & Grawe, 2003)

BSI**Anleitung:**

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tagen bis heute.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den **letzten sieben Tagen** unter ...

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nervosität oder innerem Zittern | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. die Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Gedächtnisschwierigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Herz- oder Brustschmerzen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. schlechtem Appetit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den **letzten sieben Tagen** unter ...

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Einsamkeitsgefühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Schwermut | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Furchtsamkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Übelkeit oder Magenverstimmung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Einschlafschwierigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Schwierigkeiten beim Atmen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Hitzewallungen oder Kälteschauern | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Leere im Kopf | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den **letzten sieben Tagen** unter ...

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Konzentrationsschwierigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Gedanken an den Tod und ans Sterben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. dem Drang, jemanden zu schlagen, ihn zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen und im Kino | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Schreck- oder Panikanfällen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. dem Gefühl, wertlos zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie dies zulassen würden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Schuldgefühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

IIP64

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die man in Beziehungen zu anderen haben kann. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob und wie sehr die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen. Kreuzen Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort für jede Aussage an.

TEIL I. Die nachfolgenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

 schwer...

- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|----------|--------------|----------|------|---|---|---|---|---|
| 1. anderen Menschen zu vertrauen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 2. anderen gegenüber "Nein" zu sagen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 3. mich Gruppen anzuschliessen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 4. bestimmte Dinge für mich zu behalten | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 5. andere wissen zu lassen, was ich will | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 6. jemandem zu sagen, dass er/sie mich nicht weiter belästigen soll | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 7. mich fremden Menschen vorzustellen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 12. jemandem gegenüber die "Chef-Rolle" einzunehmen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 14. mit anderen etwas zu unternehmen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 16. mit anderen zurechtzukommen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 17. die Ansichten eines anderen zu verstehen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äussern | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 19. wenn nötig, standfest zu sein | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 21. anderen Grenzen zu setzen | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">nicht</td><td style="text-align: center;">wenig</td><td style="text-align: center;">mittelmässig</td><td style="text-align: center;">ziemlich</td><td style="text-align: center;">sehr</td></tr><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr></table> | nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | wenig | mittelmässig | ziemlich | sehr | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |

Es fällt mir

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

 schwer...

22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

23. mich anderen nahe zu fühlen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

25. mich mit jemand anderem zu streiten

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

26. alleine zu sein

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

27. jemandem ein Geschenk zu machen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

34. mich über andere zu ärgern

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

40. Ich streite mich zuviel mit anderen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

43. Ich öffne mich anderen zu sehr

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

44. Ich bin zu unabhängig

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

stimmt...

Es fällt mir

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

 schwer...

46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

47. Ich spiele zu oft den Clown

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

49. Ich vertraue anderen zu leicht

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

53. Ich bin zu leichtgläubig

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

54. Ich bin anderen gegenüber zu grosszügig

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

55. Ich habe vor anderen zuviel Angst

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

59. Ich streite zu oft mit anderen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen

nicht	wenig	mittelmässig	ziemlich	sehr
0	1	2	3	4

FAMOS (Pat.)

Anleitung

Sie finden nachstehend eine Liste von Sachverhalten, welche man in unterschiedlichem Masse **positiv empfinden kann** und **anstreben** möchte (Teil 1), und Sachverhalten, welche **man negativ empfinden kann** und lieber **vermeiden** möchte (Teil 2).

Bitte lesen Sie jede Formulierung sorgfältig durch und schätzen Sie sich selbst auf der jeweiligen Skala ein. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

Alle Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Beispiel

Frage: Wie wichtig ist es für Sie, "**sich selbst zu beherrschen**", unabhängig davon, ob es momentan für Sie realisierbar ist, oder ob Sie es schon erreicht haben?

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten "**ziemlich wichtig**" zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an.

überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mässig wichtig	ziemlich wichtig	ausser- ordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 1

Bitte beurteilen Sie, **wie wichtig das Genannte für Sie ist**, unabhängig davon, ob es momentan für Sie realisierbar ist, oder ob Sie es schon erreicht haben.

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mässig wichtig	ziemlich wichtig	ausser- ordentlich wichtig
1. mich selbst zu beherrschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Leistung zu bringen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. auf mich selbst zu vertrauen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. akzeptiert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. über ein grosses Wissen zu verfügen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. das Leben aus vollen Zügen zu geniessen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. meinen Glauben zu leben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. bewundert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. meinen Freiraum zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. besser als andere abzuschneiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. anerkannt werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. etwas zu erleben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. einen grossen Bekanntenkreis zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. mich zu entspannen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. meine Sexualität zu leben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. die Situation im Griff zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. unabhängig zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Anhang

		überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mässig wichtig	ziemlich wichtig	ausser- ordentlich wichtig
18.	wichtige Zusammenhänge zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19.	Hilfe zu bekommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20.	eine verlässliche Paarbeziehung zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21.	andere zu beschützen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22.	mich anzustrengen und durchzuhalten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23.	etwas für mich zu machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24.	an mich zu glauben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25.	meinen Platz in der Welt zu finden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26.	ein spannendes Leben zu führen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27.	mit jemandem zärtlich zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28.	ein gutes Selbstwertgefühl zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29.	viele Freunde zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30.	mich weiterzubilden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31.	intensiv zu leben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32.	andere zu beeindrucken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33.	anderen zu helfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34.	geachtet und respektiert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35.	viele Kontakte zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36.	effizient zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37.	mir selber etwas zu gönnen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38.	eigenständig zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39.	mich selber unter Kontrolle zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40.	eine intime Beziehung zu haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41.	ein tüchtiger Mensch zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42.	Liebe zu erfahren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
43.	umsorgt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
44.	selber über mich zu bestimmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
45.	anderen überlegen zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
46.	breite Interessen zu verfolgen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
47.	wertgeschätzt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
48.	viel mit anderen zusammen zu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
49.	beschützt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
50.	einen Sinn im Leben zu finden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
51.	mich für Schwächere einzusetzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
52.	mich als Teil einer höheren Ordnung zu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
53.	die Übersicht zu behalten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
54.	entlastet zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
55.	ein abwechslungsreiches Leben zu führen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
56.	andere zu unterstützen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
57.	mir meines eigenen Wertes bewusst zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Teil 2

Bitte beurteilen Sie, **wie schlimm das Genannte für Sie ist**, unabhängig davon, ob Sie es tatsächlich vermeiden können, und ob Ihnen dies momentan gelingt.

	überhaupt nicht schlimm	weniger schlimm	mittel- mässig schlimm	ziemlich schlimm	ausser- ordentlich schlimm
58. Vorwürfen ausgesetzt zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
59. nicht genug Liebe und Zuwendung zu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
60. eigene Schwächen zu zeigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
61. hilflos zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
62. einsam zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
63. fremdbestimmt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
64. mich mit anderen zu streiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
65. mich in peinliche Situationen zu bringen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
66. zu versagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
67. andere zu verletzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
68. abhängig zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
69. nicht zu genügen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
70. kritisiert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
71. eingeengt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
72. von anderen getrennt zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
73. angegriffen zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
74. von Gefühlen überwältigt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
75. bestraft zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
76. nicht respektiert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
77. nicht selbst bestimmen zu können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
78. nicht akzeptiert zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
79. machtlos zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
80. mich zu blamieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
81. meine Eigenständigkeit zu verlieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
82. ertappt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
83. nicht wertgeschätzt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
84. andere aggressiv zu behandeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
85. inkompetent zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
86. verlassen zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
87. nicht bestätigt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
88. Anforderungen nicht zu genügen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
89. meine eigenen Bedürfnisse zu zeigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
90. andere zu verärgern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
91. einer Situation ausgeliefert zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
92. etwas Wichtiges nicht zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
93. andere zu verlieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
94. nicht anerkannt zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

INK-Pat.**Anleitung**

Zuvor haben Sie angegeben, wie wichtig bzw. wie schlimm Sie bestimmte Sachverhalte finden, unabhängig von der aktuellen Situation. Jetzt geben Sie bitte an, wie sehr Sie diese in der letzten Zeit umsetzen können (Teil 1) bzw. wie sehr möglicherweise unangenehme Sachverhalte zutreffen (Teil 2).

Teil 1**In der letzten Zeit**

viel zu
wenig

völlig
ausreichend

1.	kann ich mich selbst beherrschen	1	2	3	4	5
2.	bringe ich Leistung	1	2	3	4	5
3.	kann ich auf mich selbst vertrauen	1	2	3	4	5
4.	werde ich von anderen akzeptiert	1	2	3	4	5
5.	verfüge ich über ein grosses Wissen	1	2	3	4	5
6.	geniesse ich das Leben aus vollen Zügen	1	2	3	4	5
7.	lebe ich meinen Glauben	1	2	3	4	5
8.	werde ich von anderen bewundert	1	2	3	4	5
9.	habe ich meinen Freiraum	1	2	3	4	5
10.	schneide ich besser als andere ab	1	2	3	4	5
11.	werde ich anerkannt	1	2	3	4	5
12.	erlebe ich etwas	1	2	3	4	5
13.	pflge ich einen grossen Bekanntenkreis	1	2	3	4	5
14.	kann ich mich entspannen	1	2	3	4	5
15.	lebe ich meine Sexualität	1	2	3	4	5
16.	habe ich die Situation im Griff	1	2	3	4	5
17.	bin ich unabhängig	1	2	3	4	5
18.	verstehe ich wichtige Zusammenhänge im Leben	1	2	3	4	5
19.	bekomme ich Hilfe	1	2	3	4	5
20.	lebe ich eine verlässliche Paarbeziehung	1	2	3	4	5
21.	kann ich Schwächere beschützen	1	2	3	4	5
22.	strenge ich mich an und halte durch	1	2	3	4	5
23.	mache ich etwas für mich	1	2	3	4	5
24.	glaube ich an mich selbst	1	2	3	4	5
25.	habe ich meinen Platz in der Welt	1	2	3	4	5
26.	führe ich ein spannendes Leben	1	2	3	4	5
27.	bin ich mit jemandem zärtlich	1	2	3	4	5
28.	habe ich ein gutes Selbstwertgefühl	1	2	3	4	5
29.	habe ich viele Freunde	1	2	3	4	5

Teil 2

In der letzten Zeit

trifft überhaupt nicht zu

trifft sehr stark zu

58.	bin ich Vorwürfen ausgesetzt	1	2	3	4	5
59.	bekomme ich nicht genug Liebe und Zuwendung	1	2	3	4	5
60.	muss ich Schwächen von mir zeigen	1	2	3	4	5
61.	bin ich hilflos	1	2	3	4	5
62.	bin ich einsam	1	2	3	4	5
63.	bestimmen andere über mich	1	2	3	4	5
64.	streite ich mich mit anderen	1	2	3	4	5
65.	bringe ich mich in peinliche Situationen	1	2	3	4	5
66.	versage ich	1	2	3	4	5
67.	verletzte ich andere	1	2	3	4	5
68.	bin ich von anderen abhängig	1	2	3	4	5
69.	genüge ich nicht	1	2	3	4	5
70.	werde ich kritisiert	1	2	3	4	5
71.	werde ich eingeengt	1	2	3	4	5
72.	bin ich von anderen Menschen getrennt, die mir wichtig sind	1	2	3	4	5
73.	werde ich von anderen angegriffen	1	2	3	4	5
74.	werde ich von Gefühlen überwältigt	1	2	3	4	5
75.	werde ich für etwas bestraft	1	2	3	4	5
76.	werde ich nicht respektiert	1	2	3	4	5
77.	kann ich nicht selbst bestimmen	1	2	3	4	5
78.	werde ich von anderen nicht akzeptiert	1	2	3	4	5
79.	fühle ich mich machtlos	1	2	3	4	5
80.	blamiere ich mich	1	2	3	4	5
81.	verliere ich meine Eigenständigkeit	1	2	3	4	5
82.	fühle ich mich ertappt	1	2	3	4	5
83.	werde ich nicht wertgeschätzt	1	2	3	4	5
84.	behandle ich andere aggressiv	1	2	3	4	5
85.	fühle ich mich inkompetent	1	2	3	4	5
86.	fühle ich mich von anderen verlassen	1	2	3	4	5
87.	werde ich von anderen nicht bestätigt	1	2	3	4	5
88.	genüge ich den Anforderungen nicht	1	2	3	4	5
89.	muss ich meine eigenen Bedürfnisse zeigen	1	2	3	4	5
90.	verärgere ich andere	1	2	3	4	5
91.	bin ich einer Situation ausgeliefert	1	2	3	4	5
92.	verstehe ich etwas Wichtiges nicht	1	2	3	4	5
93.	habe ich andere Menschen verloren	1	2	3	4	5
94.	werde ich nicht anerkannt	1	2	3	4	5

Anhang D

- SAWIM (Spezifische und allgemeine Wirkfaktoren-Mikroprozessanalyse) (Sutter, Egger & Grawe, in Vorbereitung)
- CLOPT-R (Brief Version) (Kiesler, 2003)

**Ratingmanual zur Mikroprozessanalyse
spezifischer und unspezifischer
therapeutischer Wirkfaktoren**

Klaus Grawe, Marielle Sutter & Oliver Egger

Manual zur Mikroprozessanalyse spezifischer und allgemeiner therapeutischer Wirkfaktoren

1. Beziehungsgestaltung

1.1. Positive Bindungserfahrungen

Leitfrage:
In welchem Ausmass ist das therapeutische Verhalten geeignet, das Bedürfnis des Patienten nach Intimität und Bindung zu befriedigen?

Beschreibung:
Der Therapeut wendet sich dem Patienten zu, lässt ihn spüren, dass er im Zentrum seiner Aufmerksamkeit steht, vermittelt, dass die Anliegen des Patienten bei ihm gut aufgehoben sind, dass er fühlt und versteht, was den Patienten bewegt. Er strahlt Wärme, Zuversicht, Kompetenz und Handlungsbereitschaft aus.

Entscheidungsregel:

- 0: Das Beziehungsangebot des Therapeuten wirkt nicht unterstützend. Er zeigt keine Wärme und kein Engagement. Die Interventionen sind nicht abgestimmt auf den Patienten.
- 3: Der Therapeut strahlt viel Wärme, Zuversicht, Kompetenz und Handlungsbereitschaft aus. Das Beziehungsangebot ist geprägt durch grosses Engagement des Therapeuten. Er geht verständnisvoll, empathisch, konzentriert und mit viel Wohlwollen auf den Patienten ein. Das Angebot ist ausserst gut auf den Patienten und seine Probleme abgestimmt. Der Therapeut zeigt konsistentes nonverbales Verhalten, indem er eine dem Patienten zugewandte Sitzhaltung einnimmt, dadurch Interesse und Respekt bekundet sowie eine warme und angenehme Stimmlage aufweist.

- Beispiele, die sich positiv auf das Bedürfnis nach Intimität und Bindung des Patienten auswirken:
Den Patienten ausreden lassen; aufmerksam zuhören; auf den Patienten eingehen und Interesse zeigen; Öffnung des Patienten wertschätzen; Selbstöffnung des Therapeuten; konsistentes Verhalten; Verständnis zeigen; Modell für sicheres Bindungsverhalten; Bereitschaft, sich einzusetzen
Nonverbal: offene, zugewandte Körperhaltung; Aufmerksamkeit; Wärme, Zuversicht, Kompetenz und Handlungsbereitschaft ausstrahlen
- Beispiele, die sich negativ auf das Bedürfnis nach Intimität und Bindung des Patienten auswirken:
Patienten explizit kritisieren, angreifen; abgelenkt sein, nicht zuhören, nicht auf Anliegen eingehen; Aussagen des Patienten als falsch bezeichnen; Bemühungen des Patienten als ungenügend bezeichnen; Therapeut gibt sich zu sehr als Experte aus; aggressives Verhalten; verbales und nonverbales Verhalten stimmen nicht überein; moralisierende Belehrungen; Beziehungsstests des Patienten nicht bestehen; negative Verstärkung; Abwertung des Patienten

1.2. Orientierung und Kontrolle

Leitfrage:
In welchem Ausmass ist das therapeutische Verhalten geeignet, das Bedürfnis des Patienten nach Orientierung und Kontrolle zu befriedigen?

Beschreibung:
Der Therapeut gestaltet die Therapieprozess transparent und sorgt dafür, dass der Patient sich darüber im Klaren ist, was in der Sitzung erreicht werden soll und was er selbst dazu beitragen kann. Der Patient erlebt, dass er in der Therapie Kontrolle hat und nicht dazu gedrängt wird, die Kontrolle aufzugeben.

1

Entscheidungsregel:

- 0: Es gibt keine Anzeichen dafür, dass der Therapeut sich bemüht, dem Patienten ein möglichst grosses Gefühl der Kontrolle zu vermitteln.
- 3: Der Therapeut sorgt dafür, dass der Patient sich darüber im Klaren ist, was in der Sitzung erreicht werden soll und was er selbst dazu beitragen kann. Er beteiligt den Patienten an den diesbezüglichen Überlegungen, Planungen und Entscheidungen. Er lässt ihn möglichst viele Entscheidungen selber treffen. Er erläutert ihm, worauf es ankommt. Er geht sorgfältig auf den Patienten ein und nimmt ihn ernst und stellt ihm frei, wie weiter vorgegangen werden soll. Er lässt den Patienten spüren, dass es um die Verwirklichung seiner eigenen Ziele geht. Er bringt ihn nicht dazu, Dinge zu tun, die er eigentlich nicht tun will. Er fördert das Verständnis des Patienten von sich selbst.

Beispiele:

- Explizite Verstärkung der Ziele und Werte des Patienten (Frage: „In welchem Ausmass fühlt sich der Patient unterstützt und verstärkt in seinen eigenen Zielen und Werten?“)
Explizite Verstärkung der Kompetenzen und Fähigkeiten des Patienten (Frage: „In welchem Ausmass werden die Kompetenzen und Fähigkeiten des Patienten explizit angesprochen und normalisiert?“)
Induktion positiver Verbesserungserwartungen: Verbesserungen aufzeigen; Zeigen, dass der Patient positive Erfahrungen selber herbeiführen kann (Kontrollübertragung); Explizite Verstärkung der Therapeuten, die die Interventionen planen und durchführen und Entscheiden mitteilen (Therapeutenrolle); konkret umsetzbare Therapieziele mit Patient erarbeiten, welche für ihn wichtig und realisierbar sind (konkrete Schritte im Alltag); Patient selber Überlegungen, Planungen, Entscheidungen treffen lassen; auf Anzeichen von Widerstand oder Unverständnis eingehen; Suche des Patienten nach Orientierung und Kontrolle erkennen und ansprechen; gedankliche Zielvorgabe (Stellen der Wunderrfrage); strukturiertes Vorgehen (regelmässige Rückmeldungen); Umformulierungen des Gesagten, Anwenden der Technik (des Sokratischen Dialogs; ruhige, kontinuierlich zugewandtes Verhalten; Klare, eindeutiges Sprechverhalten; Patient ausreden lassen; Nonverbal: Blickkontakt und Zuwendung.

- Differentielle Einschätzung:
- „Orientierung und Kontrolle“ wird nicht geteilt, wenn die einzuschätzende Sequenz - „erhöhte therapeutische Interventionen umfasst: positiv verstärkende Aussagen (z.B. „sehr gut“, „voll“, „das haben Sie prima gemacht“) werden unter 1.3 „Selbstwert“ geteilt.“
- „Orientierung und Kontrolle“ wird geteilt, wenn die therapeutische Interaktion geeignet ist, beim Patienten Klärungs- oder Bewältigungserfahrungen entstehen zu lassen, z.B. wenn wichtige Zusammenhänge geklärt werden, solange die Sequenz eine Klärende Qualität hat, wird eine 1 geteilt, unmittelbar danach eine 2.

1.3. Selbstwert

Leitfrage:
In welchem Ausmass sind die therapeutischen Interventionen bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, den Patienten selbstwerterhöhende Erfahrungen erleben zu lassen?

Beschreibung:
Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf positive und gesunde Anteile des Patienten. Er gibt ihm Gelegenheit, sich in der Sitzung von seinen Stärken, positiven Seiten und/oder Fortschritten zu zeigen und sich vom Therapeuten beachtet zu fühlen.

Entscheidungsregel:

- 0: Die Interventionen und die Art der Beziehungsgestaltung des Therapeuten sind nicht geeignet, um beim Patienten positive Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen zu aktivieren. Der Patient kann sich in der Therapie nicht als fähig zu etwas beständig fühlen.
- 3: Der Patient stellt sehr aktiv Situationen her und ergreift die Gelegenheit, dem Patienten Selbstwert erhöhende Wahrnehmungen machen zu lassen. Er erkundigt sich nach interessanten, positiven Aspekten im Leben des Patienten und lässt ihn schildern, was ihm interessiert. Einflüchtung von Worten, Ausdrücken und Bildern, die für den Patienten eine

2

positive, aufwertende Bedeutung haben.

- Beispiele:
Stärken und positive Seiten des Patienten hervorheben; Komplimente machen; Patient unterstützen bei eigenen Selbstwert erhöhenden Aussagen; Patient unmittelbar verstärken („schön“, „tol“, „sehr gut“, wie „Sie das machen?“ „Schön, dass...“ etc.); interessierte Zuwendung; Empathie zeigen; Rückfragen; Ziele des Patienten unterstützen; Verfassungen herausarbeiten; Solidarität mit dem Patienten bekunden; Partei für den Patienten ergreifen.

1.4 Positive Zustände

Leitfrage:
In welchem Ausmass sind die therapeutischen Interventionen bzw. ist die therapeutische Beziehungsgestaltung geeignet, den Patienten angenehme Zustände erleben zu lassen?

Beschreibung:
Der Therapeut bemüht sich explizit, den Patienten in der Sitzung angenehme Zustände erleben zu lassen, z.B. durch die Anwendung bestimmter Techniken oder das Herbeiführen einer guten Stimmung im Therapieaum.

Entscheidungsregel:

0:	Die therapeutischen Interventionen und die Art der Beziehungsgestaltung eignen sich nicht, um beim Patienten angenehme Zustände zu aktivieren. Die Stimmung in der einzuschätzenden Sequenz ist schlecht.
3:	Der Therapeut nutzt alle Gelegenheiten, die sich bieten, dass der Patient in der Therapiezeit auch angenehme Zustände erleben kann, z.B. gemeinsam über etwas lachen, einen Erfolg auskosten etc. Einsatz bestimmter Techniken (z.B. Hypnose, Autogenes Training, Entspannung mit positiven Vorstellungsbildungen oder Meditation)

• Beispiele:

Erfolg auskosten; möglichst viele positive Emotionen erleben lassen; Smalltalk zu Beginn der Sitzung; Patient explizit aufordern, seine Wünsche zu äussern; Patient aufordern, Unsicherheiten zu thematisieren; flexibles Eingehen auf Patient; lustvolle Empfindungen herbeiführen (z.B. Entspannungsübungen, Hypnose, Autogenes Training, Meditation); Patient zu besserem Körpergefühl verhelfen (Entspannung, Sport); abwechslungsreiche Gestaltung der Sitzungen; lustvolle/angenehme Empfindungen aktivieren und verstärken; pos. Stimmung erfahren (Technik; z.B. Imaginationsverfahren)

• Differentielle Einschätzung:

Hier werden keine Selbstwert erhöhenden Erfahrungen geratet sondern explizit andere positive Zustände. Den Patienten lobende und verstärkende Aussagen („sehr gut“, „tol“, etc.) werden bei 1,3 „Selbstwert“ eingeschätzt.

2. Kompetenzwahrnehmung des Therapeuten

Item 1 (Patient)

Leitfrage:
In welchem Ausmass kann der Patient das Gefühl haben, dass er sich bei einem sicheren, vertrauenswürdigem und unterstützenden Therapeuten befindet, bei ihm gut aufgehoben ist und kompetente Unterstützung erhält? Wirkt der Therapeut als fähig, effektive Hilfe zu bieten?

Beschreibung:
Es handelt sich um die Fähigkeiten des Therapeuten, welche sich positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken. Es sind sowohl aktive Interventionen des Therapeuten gemeint als auch die Herstellung geeigneter Bedingungen für die therapeutische Arbeit (z.B. indem der Therapeut dem Patienten Raum lässt und ihm gut zuhört).

Entscheidungsregel:

0:	Ungenügendes Therapeutenverhalten: Der Therapeut wirkt auf den Patienten unsicher, überfordert, ungeduldig, behelnd, unaufmerksam und geht nicht auf die Anliegen des Patienten ein.
3:	Der Therapeut zeigt ein sehr gutes und kompetentes Verhalten, insbesondere durch seine anregenden und glaubwürdigen Interventionen. Er strahlt durch das Schaffen von Zusammenhängen, seine angemessenen Interpretationen und sein gutes Verständnis für die relevanten Aspekte eine sehr hohe Fachkompetenz aus.

- Frage:
Wie überzeugend wirkt der Therapeut? Ein therapeutisches Vorgehen kann als kompetent und überzeugend wahrgenommen werden, auch wenn Mängel im methodischen Vorgehen festgestellt werden können.

Item 2 (therapeutisches Interaktionsverhalten)

Leitfrage:
Wie stark kann das therapeutische Interaktionsverhalten durch die folgenden Aussagen gekennzeichnet werden?

Beschreibung:
In der Interaktion mit dem Patienten verhält sich der Therapeut wie folgt: Er...

(vgl. Check List of Psychotherapy Transactions-Revised, CLOPT-R; Kiesler, 2003)

Dominanz

1. gibt der Konversation oder Diskussion in dieser Sequenz eine neue Wendung oder schlägt vor, was getan werden sollte.
9. gibt persönliche Vorlieben zu erkennen oder gibt der eigenen Meinung und Position Ausdruck oder fällt dem Patienten ins Wort.
17. ergreift die Gelegenheit zu instruieren oder Dinge zu erklären oder erteilt Ratschläge.
5. übernimmt den Konversationsfluss, wechselt das Thema oder unterbricht den Patienten und lässt ihm eher wenig Raum, um zu Wort zu kommen.
13. vertritt eigene Vorlieben, Meinungen oder Positionen in einer behelrenden oder harrnackigen Art und Weise.
21. „drückt“ den Patienten durch seine Argumente, Positionen, Vorlieben oder Handlungen.

Unterwürfigkeit

3. wartet auf oder folgt der Führung des Patienten bezüglich zu diskutierender Themen oder Aspekte; Anweisungen oder zu verfolgender Handlungen.
11. gibt zu erkennen, dass er keine Meinung, Vorliebe oder Position hat oder macht sinngemäss folgende Aussagen: „Es spielt keine Rolle.“, „Ich weiss es nicht.“ etc.
19. ist schnell eins mit der Meinung des Patienten oder stimmt mit seinen Vorlieben schnell überein.
7. scheint es schwierig zu finden, die Führung zu übernehmen oder ein Diskussionsthema zu initiieren bzw. es zu wechseln.
15. gibt eigene Vorlieben zögerlich oder schwach zu erkennen oder wechselt rasch zu den Ansichten des Patienten über oder zieht sich eher zurück, wenn der Patient mit seinen Aussagen nicht übereinstimmt bzw. diese in Frage stellt.
23. scheint seine Bedürfnisse nur schwer verteidigen zu können oder Probleme zu haben, eine dem Patienten entgegengesetzte Position einzunehmen.

Freundlichkeit

2. ist empfänglich und kooperativ für die Anliegen, Anweisungen, Hinweise oder Wünsche des Patienten oder er ist schnell bereit, ihm zu helfen oder mit ihm zusammenzuarbeiten.
10. drückt Anerkennung, Freude oder Zufriedenheit mit dem Patienten, der therapeutischen Situation oder Aufgabe aus.
18. ist bezüglich der Gefühle des Patienten aufmerksam, rücksichtsvoll und empfänglich oder beachtet Druck und Stress in seinem Leben.
6. strengt sich ausgesprochen an, um dem Patienten zu helfen oder in kooperativer Weise mit ihm zusammenzuarbeiten.
14. scheint immer mit dem Patienten übereinzustimmen bzw. ihn zu unterstützen oder ihm scheint es schwer zu fallen, sich zu ärgern.
22. gibt dem Patienten gegenüber bedingungslos unterstützende, ermutigende, befürwortende oder tröstende Kommentare ab.

Feindseligkeit

4. verteidigt sich, kooperiert eher wenig oder geht zurückhaltend auf die Vorschläge, Anweisungen, Bitten oder Wünsche des Patienten ein.
12. bemängelt das Verhalten des Patienten oder die Situation bzw. die Aufgabe.
20. verkent oder übersieht die Gefühle des Patienten oder geht eher wenig auf Druck und Stress in seinem Leben ein.
8. äussert sich gegensätzlich und eher ablehnend in Bezug auf die Äusserungen und Vorschläge des Patienten.
16. fordert die Aussagen und Vorschläge des Patienten heraus oder geht nicht darauf ein oder wirkt ungeduldig.
24. äussert sich in ablehnender Weise gegenüber dem Patienten oder wirkt misstrauisch.

Item 3 (Interaktionsverhalten des Patienten)

Leitfrage:
Wie stark kann das Interaktionsverhalten des Patienten durch die folgenden Aussagen gekennzeichnet werden?

Beschreibung:
In der Interaktion mit dem Therapeuten verhält sich der Patient wie folgt: Er...

Dominanz

1. gibt der Konversation oder Diskussion in dieser Sequenz eine neue Wendung oder schlägt vor, was getan werden sollte.
9. er gibt persönliche Vorlieben zu erkennen oder gibt der eigenen Meinung und Position Ausdruck oder fällt dem Therapeuten ins Wort.
17. ergreift die Gelegenheit zu instruieren oder Dinge zu erklären oder erteilt Ratschläge.
5. überwiegt den Konversationsfluss, wechselt das Thema oder unterbricht den Therapeuten und lässt ihm eher wenig Raum, um zu Wort zu kommen.
13. vertritt eigene Vorlieben, Meinungen oder Positionen in einer beherrschenden oder hartnäckigen Art und Weise.
21. „erdrückt“ den Therapeuten durch seine Argumente, Positionen, Vorlieben oder Handlungen.

Untertunfertigkeit

3. wartet auf oder folgt der Führung des Therapeuten bezüglich zu diskutierender Themen oder Aspekte, Anweisungen oder zu verfolgender Handlungen.
11. gibt zu erkennen, dass er keine Meinung, Vorliebe oder Position hat oder macht sinngemäss folgende Aussagen: „Es spielt keine Rolle“, „Ich weiss es nicht.“ etc.
19. ist schnell eins mit der Meinung des Therapeuten oder stimmt mit seinen Vorlieben schnell überein.
7. scheint es sehr schwierig zu finden, die Führung zu übernehmen oder ein Diskusstionsthema zu initiieren bzw. es zu wechseln.
15. gibt eigene Vorlieben zögerlich oder schwach zu erkennen oder wechselt rasch zu den Ansichten des Therapeuten über oder zieht sich eher zurück, wenn der Therapeut mit seinen Aussagen nicht übereinstimmt bzw. diese in Frage stellt.
23. scheint seine Bedürfnisse nur schwer verteidigen zu können oder Probleme zu haben, eine dem Therapeuten entgegengesetzte Position einzunehmen.

Freundlichkeit

2. ist empfänglich und kooperativ für die Anliegen, Anweisungen, Hinweise oder Wünsche des Patienten oder er ist schnell bereit, ihm zu helfen oder mit ihm zusammenzuarbeiten.
10. drückt Anerkennung, Freude oder Zufriedenheit mit dem Patienten, der therapeutischen Situation oder Aufgabe aus.
18. ist bezüglich der Gefühle des Therapeuten aufmerksam, rücksichtsvoll und empfänglich.
6. strengt sich ausgesprochen an, um mit dem Therapeuten in kooperativer Weise zusammenzuarbeiten.
14. scheint immer mit dem Therapeuten übereinzustimmen bzw. ihn zu unterstützen oder ihm scheint es schwer zu fallen, sich zu ärgern.
22. gibt dem Therapeuten gegenüber bedingungslos unterstützende, ermutigende, befürwortende oder tröstende Kommentare ab.

Feindseligkeit

4. verteidigt sich, kooperiert eher wenig oder geht zurückhaltend auf die Vorschläge, Anweisungen, Bitten oder Wünsche des Patienten ein.
12. bemängelt das Verhalten des Therapeuten oder die Situation bzw. die Aufgabe.
20. verkent oder übersieht die Gefühle des Therapeuten.
8. äussert sich gegensätzlich und eher ablehnend in Bezug auf die Äusserungen und Vorschläge des Therapeuten.
16. fordert die Aussagen und Vorschläge des Therapeuten heraus oder geht nicht darauf ein oder wirkt ungeduldig.
24. äussert sich in ablehnender Weise gegenüber dem Therapeuten oder wirkt misstrauisch.

3. Strukturierung und Direktivität

3.1 Strukturierung der Arbeitsweise

Item 1

Die Kategorie bezieht sich einzig auf die Auswahl der Behandlungsanliegen in der jeweiligen Therapiesitzung.
(Anmerkung: Die Anliegen werden auch aus dem Vorstundenbogen ersichtlich).

Leitfrage:
Erkundigt sich der Therapeut nach wichtigen Themen für die Sitzung?
Beispiel: „Vor an möchten Sie heute arbeiten?“ → Festlegung eines Themas pro Stunde.

(Alternativ: Ergänzung durch Hinweise des Therapeuten auf Ergebnisse des Vorstundenboogens)

Beschreibung:
Der Therapeut erstellt zu Beginn der Stunde einen Themenkatalog für die Sitzung. Die einzelnen Punkte sind klar umrissen und es werden Prioritäten für die wichtigsten Punkte gesetzt.

Entscheidungsregel: → Einmalige Einschätzung auf *Stundenebene* am Ende der Sitzung.

- 0: Nicht erfüllt
- 1: Erfüllt

- Beispiele:
Erläutern des Vorgehens einer Sitzung; Festlegen und Befolgen einer Agenda (Planung und Strukturierung des Sitzungsverlaufs); Gemeint ist die Erklärung des Vorgehens innerhalb einer Sitzung (sowohl thematisch wie auch vom Vorgehen her).

Item 2

Leitfrage: Therapieleistung durch einen klaren Fokus der Problembearbeitung gekennzeichnet?

Beschreibung:
Ist am Ende der Therapieleistung klar, woran der Therapeut gearbeitet hat? Bleibt er längere Zeit bei der Bearbeitung eines Problems, wenn er damit begonnen hat? Vermeidet er es, zwischen verschiedenen Problemen oder Themen hin und herzuspringen?

Entscheidungsregel: → Einmalige Einschätzung auf *Sitzungsebene* am Ende der Sitzung.

- 0: Nicht erfüllt
- 3: Erfüllt

3.2 Intensität der Problembearbeitung

Leitfrage: Was ist der Inhalt der Therapiestunde?

Beschreibung:
Wird in der Therapiestunde am ausgewählten GAS-Ziel des Patienten gearbeitet?
Entscheidungsregel (Minutenebene):

- 0: Nicht erfüllt → rate bei 3.3 „Relevanz der Problembearbeitung“ eine 8
- 1: Erfüllt

- Anmerkung:
Neben der Arbeit am eigentlichen GAS-Ziel wird hier auch die Arbeit an Problemen, die mit dem GAS-Ziel sinngemäss verwandt sind, geratet.
- Inhalte der GAS-Ziele:

- 1.01 **Depressives Erleben:** Negative Gedanken und Gedankenabläufe (Gedanken zu bedrückenden Themen kontrolliert beginnen und beenden können); negative Stimmung (Lernen, besser werden, mehr Selbstvertrauen umgeben); Antriebs- und Energielosigkeit (wieder zu Kraft und Energie kommen); andere spezifische Ziele/Probleme (Alarmzeichen meiner Depression erkennen); NNB (reine Depression bewältigen)
- 1.03 **Angst:** Angst bezüglich spezifischen Situationen, Orten, Tätigkeiten (Angst, die mich in bestimmten Räumen befallt, kontrollieren können); Panikfälle (Angstzustände, attacks) bei erneuter Angststürze aus dem Mechanismus austreten können); soziale Ängste (weder alleine ohne Angst unter die Leute gehen können); andere spezifische Ziele/Probleme (die Ursachen meiner Phobie herausfinden); NNB (Lernen, mit meinen Ängsten umzugehen)

3.3 Relevanz der Problembearbeitung

Leitfrage: Wie relevant ist das therapeutische Geschehen dieser Sequenz für die Bearbeitung des GAS-Ziels?

Beschreibung:
Die Einschätzung dieses Items kann nicht unabhängig von denjenigen des Items 3.2 „Intensität der Problembearbeitung“ geschehen. Wird gemäss 3.2 am GAS-Ziel gearbeitet, soll gleichzeitig die Bedeutung des therapeutischen Geschehens für die Erreichung des Ziels beurteilt werden. Damit ist nicht ausschliesslich das Verhalten des Therapeuten bzw. dessen Interventionen gemeint, sondern das Geschehen in seiner Ganzheit.

Entscheidungsregel:

- 0: Das therapeutische Geschehen dieser Sequenz ist nicht relevant für das GAS-Ziel.
- 3: Das therapeutische Geschehen dieser Sequenz ist hoch relevant für das GAS-Ziel.
- 8: Es wird gemäss Item 2.2 nicht am GAS-Ziel gearbeitet, die Einschätzung von 2.3 entfällt.

- Anmerkung:
3.3 wird auch dann eingeschätzt, wenn im weiteren Sinn am GAS-Ziel gearbeitet wird.

3.4 Prozessdirektivität

Item 1 (Therapeut)

Leitfrage: Wie stark strukturiert der Therapeut das Vorgehen? Inwieweit trägt er durch aktives und gezieltes Verhalten dazu bei, dass der rote Faden nicht verloren geht und eine intendierte Struktur erkennbar wird?

Beschreibung:
Inwieweit wird die Form und Gestaltung der Therapieleistung vom Therapeuten vorgegeben? Dies kann durch Grobplanungen, Akzentuierungen, Refokussieren auf wichtige Inhalte, Herstellen von Zusammenhängen, gezielte Fragen, Anweisungen usw. geschehen. Eine starke Strukturierung muss nicht zwingend heissen, dass gleichzeitig der Inhalt der Sitzung vorgegeben wird. Eine schwache Strukturierung durch den Therapeuten muss umgekehrt nicht unbedingt heissen, dass die Sitzung überhaupt keine Struktur mehr hat (dies wäre nur dann der Fall, wenn auch vom Patient her kein roter Faden sichtbar würde).

Entscheidungsregel:

- 1: Der Therapeut geht nicht auf das Strukturierungsangebot des Patienten ein. Gestellte Fragen

0:	passen inhaltlich nicht zum vom Patienten Gesagten.
0:	Der Therapeut überlässt dem Patienten die Gestaltung der Sequenz. Er hört zu und nimmt die Aussagen des Patienten zur Kenntnis.
3:	Der Therapeut zeigt dem Patienten den Weg durch die Sequenz vor.

Anmerkung:
Eine Null wird zu Beginn der Sitzung gesetzt, wenn noch keine therapeutische Strukturierung feststellbar ist, z.B. wenn der Therapeut den ausgefüllten Stundenbogen studiert.

Item 2 (Patient)

Leitfrage:
Wie stark und Eintrügen zentralen Themen dazu bei, dass der Therapeutenbeitrag Bezüglich Form und Gestaltung der Sitzung nicht im Vordergrund steht?

Beschreibung:
Der Patient bringt selber relevante Anliegen und eigene Überlegungen in die Therapie ein und verwendet einen grossen Teil der Redezeit, so dass der Therapeut selber nicht strukturierend eingreifen muss.

Entscheidungsregel:

-1:	Der Patient geht nicht auf das Strukturierungsangebot des Therapeuten ein bzw. beantwortet seine Fragen nicht oder nicht angemessen oder er bringt neue und nicht relevante Themen ein (Nebenschauplätze).
0:	Der Patient überlässt dem Therapeuten die Strukturierung der Sitzung bzw. er beantwortet die Frage des Therapeuten.
3:	Der Patient bringt selber relevante Anliegen und eigene Überlegungen in die Therapie ein. Er kann verbal stärker beteiligt sein als der Therapeut.

Anmerkung:
Eine starke Strukturierung durch den Patienten ist nicht gleichbedeutend mit der Einnahme von möglichst viel Redezeit.

3.5 Alltagsbezug/Konkretisierung

Item 1

Leitfrage:
Wie konkret und präzise bezieht sich das allgemeine therapeutische Geschehen auf Erlebnisse im Alltag? Wie konkret sind die Inhalte?

Beschreibung:
Die bearbeiteten Inhalte sind konkret und haben einen hohen Realitätsbezug (Beispiele aus dem Alltag, keine Hypothesen). Zulässig sind auch abstrakte Inhalte (z.B. Gefühle, befürchtungen), wenn diese einen klaren Bezug zum Grundthema der Sequenz haben („dem roten Faden folgen“).

Entscheidungsregel:

0:	Alltagsbezug und Konkretisierung des bearbeiteten Inhalts sind nicht verwirklicht oder das Thema ist für die Sitzung irrelevant (z.B. Erklärung, warum der Patient zu spät in die Sitzung gekommen ist bzw. warum er seine Unterlagen verloren hat).
3:	Alltagsbezug und Konkretisierung des bearbeiteten Inhalts sind sehr gut verwirklicht.

- Beispiele:
 - 0: Beschreibung einer diffusen Angst
 - 1: Beschreibung einer Angst, deren Herkunft noch relativ unklar ist
 - 2: Angst, und deren spezifische Herkunft können benannt werden
 - 3: Benennung einer konkreten Situation, welche die Angst auslöst
- Anmerkung:

9

Es werden nur therapierelevante Themen eingeschätzt.

Item 2

Leitfrage:
Wie stark ermutigt der Therapeut den Patienten, seine Ausführungen (z.B. Gedanken und Gefühle) möglichst konkret und fassbar zu beschreiben?

Beschreibung:
Der Therapeut bittet den Patienten, ein Erlebnis bzw. das damit verbundene Gefühl näher zu beschreiben. Das Erzählte soll konkret und fassbar sein und möglichst an einem Beispiel expliziert werden.

Entscheidungsregel:

0:	Forderung nach Alltagsbezug und Konkretisierung ist nicht verwirklicht.
3:	Forderung nach Alltagsbezug und Konkretisierung der therapeutischen Intervention ist sehr gut verwirklicht.

- Beispiel:
„Können Sie das noch etwas genauer beschreiben? Was war das genau für ein Gefühl, das Sie in diesem Moment hatten?“
- Anmerkung:
Dieses Item schätzt nicht die Konkretheit des therapeutischen Geschehens ein, sondern die Aufforderung/Ermutigung des Therapeuten an den Patienten, seine Ausführungen anschaulich und fassbar zu halten.

3.6 Fokus auf Veränderung

Leitfrage:
In welchem Ausmass wird durch das therapeutische Verhalten auf Patientenseite ein konkreter Veränderungsschritt ermöglicht?

Beschreibung:

Der Therapeut treibt das in der Therapiezeitung aktivierte und bearbeitete Problem voran zu einem Veränderungsschritt. Dieser besteht v.a. im besseren Bewältigen, z.B. indem der Umgang mit einer belastenden Situation besprochen oder geübt wird, wenn neue Skills/fertigkeiten trainiert werden oder ein Rollenspiel gemacht wird. Der Therapeut lässt es nicht bei der blossen Aktivierung oder Thematisierung eines Problems bewenden und geht über zu einem Veränderungsschritt. Die Aktivierung eines Problems mündet ein in eine konkrete Bewältigungserfahrung.

Entscheidungsregel:

0:	Fokus auf Zustand
1:	Fokus auf Veränderung

Differenziale Einschätzung: wird erst dann geratet, wenn der Therapeut einen konkreten Veränderungsvorschlag macht bzw. wenn er einen konkreten Veränderungsschritt einleitet. Kein Ratung bei der blossen Frage: „Wie wollen wir damit umgehen?“

10

4. Motivationale Priming

4.1 Aktivierung motivationaler Ziele

Leitfrage: Wie stark sorgt der Therapeut dafür, dass motivationale Ziele aktiviert werden?

Beschreibung: Der Therapeut spricht Annäherungsziele oder Vermeidungsziele immer wieder an, bringt sie immer wieder ins Spiel, um die Anstrengungsbereitschaft des Patienten für das unmittelbare angestrebte Ziel hochzuhalten.

Entscheidungsregel: → Einschätzung auf *Minutenebene*.

(vgl. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata, FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe, 2002)

Annäherungsziele	Intensität der Aktivierung			
	0	1	2	3
1. Intimität/Bindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geselligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anderen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hilfe bekommen, Selbstfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Anerkennung/Wertschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Überlegenheit/Impponieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kontrolle haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bildung/Verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Glaube/Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. das Leben auskosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Selbstbelohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermeidungsziele	Intensität der Aktivierung			
	0	1	2	3
1. Alleinstell./Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geringschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erniedrigung/Blamage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vorwürfe/Kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abhängigkeit/Autonomieverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verzweiflung/Spannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwäche/Kontrollverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0: Die Interventionen des Therapeuten führen nicht dazu, dass Annäherungsziele des Patienten aktiviert werden.
 3: Der Therapeut fördert die Aktivierung von Annäherungszielen stark, indem er den Patienten fördert, Gefühle im Zusammenhang mit dem Ziel zu beschreiben und differenziert wahrzunehmen. Er lässt den Patienten vorstellen, wie es sein wird, wenn sein Ziel erst einmal erreicht ist oder wie schlimm es wäre, wenn alles so bliebe, wie es ist. Der Therapeut spricht die Annäherungsziele immer wieder an.

- Differenzielle Einschätzung: Relevant für die Einschätzung motivationaler Ziele ist das eigentliche Priming durch den Therapeuten. Was macht der Therapeut zur Aktivierung motivationaler Ziele? Eine Sequenz, in welcher motivationale Ziele möglicherweise aktiviert sind, dies jedoch nicht auf die therapeutische Initiative zurückzuführen ist, wird nicht im Sinne von Item 3.1 geratet. Der Fokus liegt hier weniger auf der Interaktion, als auf dem Therapeuten.
- Frage: Ist die therapeutische Intervention geeignet, die Aktivierung eines motivationalen Ziels dem Patienten emotional erfahrbar zu machen?

Beispiele Annäherungsziele:

- *Intimität/Bindung*: eine verlässliche Partnerschaft haben, mit jemandem zärtlich sein, eine intime Beziehung haben, Liebe erfahren, seine Sexualität leben
- *Geselligkeit*: einen grossen Bekanntenkreis haben, viele Freunde haben, viele Kontakte haben, viel mit anderen zusammen unternehmen
- *Anderen helfen*: andere unterstützen, sich für Schwächere einsetzen, andere beschützen
- *Hilfe*: Hilfe bekommen, umsorgt werden, beschützt werden, entlastet werden, zu sich selbst schauen
- *Anerkennung/Wertschätzung*: geachtet und respektiert werden, wertschätzt werden, anerkannt werden, akzeptiert werden
- *Überlegenheit/Impponieren*: anderen überlegen sein, andere beeindruckt, besser als andere abschneiden, bewundert werden
- *Autonomie*: unabhängig sein, eigenständig sein, selber über mich bestimmen, meinen Freiraum haben
- *Leistung*: Leistung bringen, effizient sein, mich anstrengen und durchhalten, ein tüchtiger Mensch sein
- *Kontrolle haben*: die Situation im Griff haben, sich selbst unter Kontrolle haben, die Übersicht behalten, sich selbst beherrschen
- *Bildung/Verstehen*: sich weiterbilden, über ein grosses Wissen verfügen, breite Interessen haben, wichtige Zusammenhänge verstehen
- *Glaube/Sinn*: sich als Teil einer höheren Ordnung erleben, seinen Glauben leben, einen Sinn im Leben finden, seinen Platz in der Welt finden
- *Das Leben auskosten*: ein abwechslungsreiches Leben führen, ein spannendes Leben führen, etwas erleben, intensiv leben, das Leben aus vollen Zügen geniessen
- *Selbstvertrauen*: auf sich selbst vertrauen, an sich glauben, ein gutes Selbstwertgefühl haben, seines eigenen Wertes bewusst sein
- *Selbstbelohnung*: sich entspannen, sich selber etwas gönnen, etwas für sich machen

Beispiele Vermeidungsziele:

- *Alleinstell./Trennung*: einsam sein, nicht genug Liebe und Zuwendung erhalten, andere verlieren, von anderen getrennt sein, verlassen werden
- *Geringschätzung*: nicht respektiert werden, nicht anerkannt werden, nicht wertschätzt werden, nicht akzeptiert werden, nicht bestaigt werden
- *Erniedrigung/Blamage*: ernappt werden, mich in peinliche Situationen bringen, bestraft werden, mich blamiert werden, Vorwürfen ausgesetzt sein, kritisiert werden
- *Abhängigkeit/Autonomieverlust*: abhängig sein, nicht selbst bestimmen können, fremdbestimmt werden, meine Eigenständigkeit verlieren, eingeeignet werden
- *Verzweiflung/Spannungen*: andere aggressiv zu behandeln, andere verärgern, andere verletzen, mich mit anderen streiten
- *Schwäche/Kontrollverlust*: von Gefühlen überwältigt werden, meine eigenen Bedürfnisse zeigen, eigene Schwächen zeigen, selber verliert werden
- *Hilflosigkeit*: einer Situation ausgeliefert sein, machtlos sein, Anforderungen nicht gerecht werden, inkompetent sein
- *Versagen*: nicht genügen, versagen, Anforderungen nicht gerecht werden, inkompetent sein

Differenzielle Einschätzung:

- Aspekte des Prozesses, die nicht direkt mit der Problembearbeitung des Patienten im Zusammenhang stehen, werden unter 1. „Bewertungsgebarung“ eingeschätzt (z.B. wenn der Therapeut dem Patienten Komplimente macht bzw. ihn lobt).

4.2 Annäherungspriming

→ Additiver Index, kein direktes Rating.

Leitfrage: In welchem Ausmass gelingt es dem Therapeuten, dem Patienten ein Annäherungspriming zu vermitteln?

Beschreibung: Der Therapeut bringt den Patienten durch Herbeiführung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen und durch Aktivierung motivationaler Ziele in einen Annäherungsmodus.

Summenbildung	- Positive Bindungserfahrung (1,1)
	- Orientierung und Kontrolle (1,2)
	- Selbstwert (1,3)
	- Positive Zustände (1,4)
	- Aktivierung motivationaler Ziele (3,1)

4.3 Annäherungsmodus (Patientenperspektive)

Item 1 (Baseline)

→ Globaleinschätzung nach der 4. Minute (effektiv geschaute Minuten = 5 → 0, 1, 2, 3, 4) der Therapeusitzung.

Leitfrage: Wie stark ist die psychische Aktivität des Patienten zu Beginn der Therapiestunde positiv auf Annäherung ausgerichtet statt auf Abwehr und Vermeidung? Wie stark kann sein Verhalten als annähernd bezeichnet werden?

Beschreibung: Wenn das Annäherungssystem des Patienten schon vor der Therapie durch emotional positive Erfahrungen aktiviert und vorgebahnt ist, besteht eine Tendenz zu positiven Emotionen und zu annäherndem Verhalten. Durch die Vorbahnung des Annäherungssystems wird sich der Patient mit grosserer Bereitschaft und im Sinne eigener annähernder Ziele (Annäherungsmodus) auf das einlassen, was der Therapeut an ihn heranträgt.

Entscheidungsregel:

0:	Der Patient zeigt wenig positive Emotionen und annäherndes Verhalten. Er befindet sich nicht im Annäherungsmodus.
3:	Der Patient befindet sich im Annäherungsmodus.

Item 2

→ Beginn des Ratings ab der 5. Minute (effektiv geschaute Minuten = 6 → 0, 1, 2, 3, 4, 5) der Therapeusitzung.

Leitfrage: In welchem Ausmass ist die psychische Aktivität des Patienten positiv auf Annäherung ausgerichtet statt auf Abwehr und Vermeidung? Wirkt der Patient intrinsisch motiviert, am Problem zu arbeiten und signalisiert er grosse Anstrengungsbereitschaft?

Beschreibung: Aktivierung des Annäherungssystems, indem positive Emotionen, Erwartungen und Ziele induziert werden.

Entscheidungsregel:

0:	Der Patient zeigt wenig annäherndes Verhalten. Er befindet sich nicht im Annäherungsmodus.
3:	Der Patient befindet sich im Annäherungsmodus.

- Beispiele Rating des Annäherungsmodus:
 1. Emotionaler Ausdruck: leicht gewellte Pupillen, Neugier, Spannung, teilweise Freude, keine Anzeichen von Stress, relativ freies Arbeitsgedächtnis, schneller Redefluss, gemässigte Erregtheit
 2. Patient zeigt Interesse und Bereitschaft, am Problem zu arbeiten, sich einzusetzen
 3. Patient äussert positive Erwartungen betreffend der Arbeit am Problem, der Möglichkeit, ein positives Ergebnis zu erzielen, er zeigt grosses Engagement und lässt erkennen, dass er am Problem arbeiten will. Er scheint intrinsisch motiviert.
 4. Patient beteiligt sich aktiv, macht mit. Lässt sich auf das therapeutische Geschehen ein.
 5. Wie konsistent ist der emotionale Ausdruck? Passen das Gesagte und die Art, wie es gesagt wird, überein? Ein inkonsistentes Urteil gibt Hinweise auf die Aktivität des Vermeidungsmodus.

4.4 Vermeidungsmodus (Patientenperspektive)

Item 1 (Baseline)

→ Globaleinschätzung nach der 4. Minute (effektiv geschaute Minuten = 5 → 0, 1, 2, 3, 4) der Therapeusitzung.

Leitfrage: In welchem Ausmass ist die psychische Aktivität des Patienten negativ auf Vermeidung ausgerichtet statt auf Annäherung? Wie stark kann sein Verhalten als vermeidend bezeichnet werden?

Beschreibung: Ausrichtung der psychischen Aktivität auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen.

Entscheidungsregel: → Globaleinschätzung der ersten 5 Minuten der Therapeusitzung.

0:	Der Patient zeigt wenig negative Emotionen und vermeidendes Verhalten. Er befindet sich nicht im Vermeidungsmodus.
3:	Der Patient zeigt starke negative Emotionen. Er befindet sich im Vermeidungsmodus.

Item 2

→ Beginn des Ratings ab der 5. Minute (effektiv geschaute Minuten = 6 → 0, 1, 2, 3, 4, 5) der Therapeusitzung.

Leitfrage: In welchem Ausmass lässt der Patient erkennen, dass er die Arbeit am Problem vermeidet?

Beschreibung: Ausrichtung der psychischen Aktivität auf das Fernhalten bestimmter Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen.

Entscheidungsregel:

0:	Der Patient zeigt wenig negative Emotionen und vermeidendes Verhalten. Er befindet sich nicht im Vermeidungsmodus.
3:	Der Patient zeigt starke negative Emotionen. Er befindet sich im Vermeidungsmodus.

- Beispiel Rating des Vermeidungssystems:
 1. Emotionaler Ausdruck: verkriffen bis ängstlich, verärgelter Gesichtsausdruck, „stone faced“, zurückhaltend, verängstigter Tonus, verängstigtes Denken, weniger Assoziationen, eingeschränkte Wahrnehmung, eingeschränktes Eingehen auf Therapeut).
 2. Patient weigert sich, mitzumachen.
 3. Patient zeigt wenig Interesse, Engagement und Eigeninitiative, wirkt unbeteiligt, zeigt wenig Kooperationsbereitschaft.
 4. Patient ist reaktiv, wechselt das Thema, lenkt ab, geht nicht auf die Bearbeitungsangebote des Therapeuten ein.
 5. Patient aussert Zweifel, das Problem anzugehen, erhebt Einwände, wehrt ab.
 6. Patient geht nicht auf Einwände/Vorschläge des Therapeuten ein bzw. lenkt auf Nebensubjekte ab.
 7. Patient zeigt Widerstand und wenig Anstrengungsbereitschaft

4.5 Qualität der emotionalen Aktivierung

Item 1 (positiv)

Leitfrage: In welchem Ausmass ist der Patient in dieser Minute positiv emotional aktiviert?

Beschreibung: Die Aktivierung eines positiven Ziels geht mit dem Erleben von positiven Emotionen einher. Die gefühlsmässige Beteiligung des Patienten ist daher ein wichtiger Indikator dafür, inwiefern es dem Therapeuten gelingen ist, ein motivationales Ziel zu aktivieren. Zusätzlich können positive Emotionen auch durch den bearbeiteten Inhalt aktiviert werden (vgl. differentielle Einschätzung).

Entscheidungsregel:

- 0: Keine emotionale Aktivierung gegeben
- 3: Stark positiv emotionale Aktivierung gegeben

Differentielle Einschätzung: Treten nonverbal Affekte auf, die aus dem Inhalt nicht erklärbar sind? Beispiel: Der Patient spricht über einen traurigen Inhalt, ischelt dabei aber konstant. → Rating des Vermeidungsmodus in Betracht ziehen.

Item 2 (negativ)

Leitfrage: In welchem Ausmass ist der Patient in dieser Minute negativ emotional aktiviert?

Beschreibung: Die Aktivierung eines negativen Ziels geht mit dem Erleben von negativen Emotionen einher. Die gefühlsmässige Beteiligung des Patienten ist daher ein wichtiger Indikator dafür, inwiefern es dem Therapeuten gelingen ist, ein motivationales Ziel zu aktivieren. Zusätzlich können negative Emotionen auch durch den bearbeiteten Inhalt aktiviert werden (vgl. differentielle Einschätzung).

Entscheidungsregel:

- 0: Keine emotionale Aktivierung gegeben
- 3: Stark negativ emotionale Aktivierung gegeben

Differentielle Einschätzung: Nicht die Art, wie der Patient mitmacht ist entscheidend, sondern die Frage, ob der Inhalt des Gesagten positive oder negative Gefühle fördert. Aus der Schilderung eines tendenziell negativen Inhalts alleine kann nicht gleichzeitig auf die Aktivierung negativer Emotionen geschlossen werden. Dazu müssen zusätzlich entsprechende nonverbale (Gesten, Körperhaltung, Mimik, Augenkontakt etc.) bzw. paraverbale (hohe/tiefe Stimmlage, Lautheit der Stimme, Sprechgeschwindigkeit etc.) Anzeichen beobachtet werden können.

Ausnahme: Bei der Schilderung eines extrem negativen Inhalts (z.B. Missbrauchserfahrung) kann von dieser Regel abgewichen werden. Es ist durchaus möglich, dass ein Patient in einer Sequenz sowohl positiv als auch negativ emotional aktiviert ist. Die gleichzeitige Einschätzung beider Items ist möglich.

4.6 Annäherungsmodus (Therapeutenperspektive)

Item 1 (Baseline)

→ Global einschätzung nach der 4. Minute (effektiv geschaute Minuten = 5 → 0, 1, 2, 3, 4) der Therapeusung.

Leitfrage: Wie stark ist die psychische Aktivität des Therapeuten zu Beginn der Therapieunde positiv auf Annäherung ausgerichtet statt auf Abwehr und Vermeidung? Wie stark kann sein Verhalten als annähernd bezeichnet werden?

Beschreibung: Der Therapeut zeigt Interesse und wirkt offen für die Anliegen des Patienten. Er ist bereit, sich auf ihn einzulassen und ist im positiven Sinn bei der Arbeit.

Entscheidungsregel:

- 0: Der Patient zeigt wenig positive Emotionen und annäherndes Verhalten. Er befindet sich nicht im Annäherungsmodus.
- 3: Der Patient befindet sich im Annäherungsmodus.

Item 2

→ Beginn des Ratings ab der 5. Minute (effektiv geschaute Minuten = 6 → 0, 1, 2, 3, 4, 5) der Therapeusung.

Leitfrage: Wie stark kann das Verhalten des Therapeuten dem Patienten gegenüber als annähernd bezeichnet werden?

Beschreibung: Der Therapeut zeigt Interesse und wirkt offen für die Anliegen des Patienten. Er ist bereit, sich auf ihn einzulassen und ist im positiven Sinn bei der Arbeit.

Entscheidungsregel:

- 0: Der Therapeut befindet nicht im Annäherungsmodus.
- 3: Der Therapeut befindet sich im Annäherungsmodus.

• Beispiele: Der Therapeut ist dem Patienten zugewandt. Mimik und Gesicht unterstützen das Gesagte. Er bekundet Interesse für die Anliegen und Bedürfnisse des Patienten, stellt aktiv Blickkontakt her und bringt aktive Gesprächsbeiträge.

4.7 Vermeidungsmodus (Therapeutenperspektive)

Item 1 (Baseline)

→ Global einschätzung nach der 4. Minute (effektiv geschaute Minuten = 5 → 0, 1, 2, 3, 4) der Therapeusung.

Leitfrage: In welchem Ausmass befindet sich der Therapeut in einer emotional negativen und defensiven Stimmung? Gibt es Anzeichen, dass er sich nicht wohl fühlt? Wie stark kann sein Verhalten dem Patienten gegenüber als vermeidend bezeichnet werden?

Beschreibung:
Der Therapeut wirkt abwehrend und eher passiv. Seinem Verhalten fehlt der Antrieb und die Entschlusskraft.

Entscheidungsregel:

- 0: Der Therapeut befindet sich nicht im Vermeidungsmodus.
- 3: Der Therapeut befindet sich im Vermeidungsmodus.

- Frage:
Gibt es Anzeichen, dass sich der Therapeut in der Zusammenarbeit mit dem Patienten nicht wohl fühlt?
Neben eher defensivem und abwartendem Verhalten kann sich der therapeutische Vermeidungsmodus auch in einer sehr aktiven und direkten Haltung aussern. Entscheidend für das Rating des Vermeidungsmodus ist in diesem Fall die Kongruenz zwischen dem Gesagten und dessen paraverbalen (qualitativer) Wirkung. Stimmt das, was gesagt wird damit überein, wie es gesagt wird? Entscheidend für die Beurteilung ist also das therapeutische Angebot und nicht die Reaktion des Patienten.

Item 2

→ Beginn des Ratings ab der 5. Minute (effektiv geschaute Minuten = 6 → 0, 1, 2, 3, 4, 5) der Therapiesitzung.

Leitfrage:
In welchem Ausmass befindet sich der Therapeut in einer emotional negativen und defensiven Stimmung? Gibt es Anzeichen, dass er sich nicht wohl fühlt? Wie stark kann sein Verhalten dem Patienten gegenüber als vermeidend bezeichnet werden?

Beschreibung:
Der Therapeut wirkt abwehrend und eher passiv. Seinem Verhalten fehlt der Antrieb und die Entschlusskraft.

- 0: Der Therapeut befindet sich nicht im Vermeidungsmodus.
- 3: Der Therapeut befindet sich im Vermeidungsmodus.

- Frage:
Gibt es Anzeichen, dass sich der Therapeut in der Zusammenarbeit mit dem Patienten nicht wohl fühlt?
Neben eher defensivem und abwartendem Verhalten kann sich der therapeutische Vermeidungsmodus auch in einer sehr aktiven und direkten Haltung aussern. Entscheidend für das Rating des Vermeidungsmodus ist in diesem Fall die Kongruenz zwischen dem Gesagten und dessen paraverbalen (qualitativer) Wirkung. Stimmt das, was gesagt wird damit überein, wie es gesagt wird?

100. Prozessunterstützende Interventionen		
Kategorien (3/4)	Unterkategorien (11/15)	Kurzbeschreibung und prototypische Beispiele
101. Strukturierende Interventionen	101.1. Vorgehen linear-planen, weiteres Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Klären des Fragen nach Situation und Erleben eines Verfahrens, Vorgehen für weitere Sitzungen
	101.2. Zusätzliche Informationen / Verstärken	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Informationsfragen, Verständnisfragen, Thema explorieren
	101.3. Zusammenfassen und Wiederholen	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Rekapitulieren wichtiger Punkte
	101.0. Strukturierende Interventionen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere strukturierende Interventionen
102. Direktive Interventionen	102.1. Therapeutisches Erklärungsmodell / Therapierationale	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Teufelskreis d. Angst, Stressmodell, Ursachen / Schmerzen
	102.2. Psychoedukation / Aufklärung / Hilfe bei Alltagsbewältigung / Ratschläge	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Schlafhygiene, Stressbewältigung, Wohnungssuche, Tipps
	102.3. Reformulieren / Neudefinieren eines Problems	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Wiederholen in anderen Worten, Wichtiges herausheben, „Leuchtschrift“
	102.0. Direktive Interventionen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere direktive Interventionen
103. Supportive Interventionen	103.1. Bestätigung / Beruhigung / Empathie	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Verständnis zeigen
	103.2. Selbststärkung	<ul style="list-style-type: none"> ☐ mildern, Trösten
	103.3. Positive Besserungsschritte	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Eigene Erlebnisse erzählen, „Ich-Botschaften“, Offenbaren eigener Ziele, Werte etc.
	103.0. Supportive Interventionen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Positive Veränderungen, Zielerreichung ☐ „Toll!“, „prima!“, „wie haben Sie das geschafft / wie ist Ihnen das gelungen?“ ☐ Weitere supportive Interventionen (z.B. Anerkennung oder Interesse zeigen)
100. Prozessunterstützende Interventionen NNB	100.0. Prozessunterstützende Interventionen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ z.B. Ein- und Ausgangesprache, „Zeitfüller“, Therapeut erklärt sich
199. Prozessunterstützende Interventionen passiv	199.0. Interventionen laufen lassen, „aktive Passivität“	<ul style="list-style-type: none"> ☐ prozessunterstützende Qualitätspostkarten, Nicken, Zuhören

200. Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen		
Kategorien (2/3)	Unterkategorien (7/10)	Kurzbeschreibung und prototypische Beispiele
201. Veränderung des und direkte Arbeit am Problemverhalten	201.1. Konfrontation / Exposition in vivo / n sensu (Vorstellungsübung)	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Exposition in vivo / n sensu
	201.2. Aktivitätsaufbau / Fördern positiver Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Sammeln positiver Aktivitäten, bessere Balance zw. positiven und negativen Aktivitäten / Aktivitäten, die gut tun
	201.3. Planen / Gestuftes Vorgehen / Zielreichung	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Schrittweises und konkretes Planen und Durchsetzen von Aktivitäten, realistische Zwischenschritte
	201.4. Selbstverstärkung / Selbstbestrafung	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Lernen, sich selber positiv oder negativ zu verstärken
	201.5. Verhaltensanalyse / Situationsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Genaue Analyse der Situationen, von den Umständen und Gefühlen die Ursachen eines Problemverhaltens sind
201 ff: Erklären der Wirkungsweise einer Intervention > unter 101.1. (Vorgehen / Planen) codieren		
201 ff: Erklären der Wirkungsweise einer Intervention > unter 101.1. (Therapeutisches Erklärungsmodell) codieren		
201 ff: Wenn Intervention als Hausaufgabe vor- oder nachher direkt am Problemverhalten codieren		
	201.0. Veränderung des und direkte Arbeit am Problemverhalten NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Andere Interventionen, welche auf Veränderung des Problemverhaltens abzielen
202. Arbeit aussserhalb der Therapiestunde	202.1. Hausaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Vor- und Nachbesprechen von Hausaufgaben, z.B. Gedankenprotokolle, Liste positiver Aktivitäten, Strichlisten
	202.0. Arbeit aussserhalb der Therapie NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zur Förderung der Arbeit aussserhalb der Therapiestunde
202.1. Falls Pat. Hausaufgaben unaufgefordert referiert > unter 299 codieren		
200. Verhaltensrelevante Interventionen NNB	200.0. Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ z.B. Issunsoorientiertes Angeboten objektiv schwieriger Lebenssituationen
299. Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen passiv	299.0. Interventionen laufen lassen, „aktive Passivität“	<ul style="list-style-type: none"> ☐ prozessunterstützende Qualitätspostkarten, Nicken, Zuhören

300. Kognitive Arbeit / Klärung	
Kategorien (4/5)	Unterkategorien (12/17)
301. Bewusstmachen dysfunktionaler Kognitionen	<p>301.1. Erkennen automatischer Gedanken</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Kurzbeschreibung und prototypische Beispiele ☐ Techniken wie Stimmungs- veränderung während der Therapiezeitung, Vorstellen spezifischer vergangener Ereignisse, objektiver Ziel- meinung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten erkennen <p>301.2. Erkennen kognitiver Fehler / Denkfehler</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Alles- oder nichts-Denken, übertriebene Verallgemeinerungen, geistiger Filter, Abwehri des Positiven, vor- her- oder nachherdenken, emotionale Bewusstseins- etc. <p>301.0. Bewusstmachen von Kognitionen NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen (z.B. Aufdecken neuer, korrekativer Gedanken)
<p>Bearbeitungsstufe: Hoch</p> <p>Fokus: Aufdecken</p>	
302. Überprüfen und Verändern dysfunktionaler Kognitionen	<p>302.1. Überprüfen und Realitätschecken dysfunktionaler Kognitionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Interpretationen auf ihre Richtigkeit prüfen, Gültigkeit kann Reaktivieren negativer automatischer Gedanken (funktionaler) Gedanken <p>302.2. Reframing</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Umformulieren des Problems, Problem in positives Licht rücken <p>302.0. Überprüfen und Verändern dysfunktionaler Kognitionen NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zum Überprüfen und Verändern von dysfunktionalen Kognitionen
<p>Bearbeitungsstufe: Hoch</p> <p>Fokus: Veränderung</p>	
303. Klären selbstrelevanter Schemata, Konsistenztheoretische Interventionen	<p>303.1. Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vernehmungsziele</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Vergangene Erfahrungen, Biographische Arbeit, Inkongruenzmodell (Konsistenztheoretische Erklärungsansätze, z.B. Entstehung von Annaherungs- und Vernehmungsziele) <p>303.2. Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, Aufdecken motivationaler Ziele, Konflikte</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Eigene Bedürfnisse, Wünsche, Ziele, Werte, Motive <p>303.3. Vertiefende Bearbeitungsangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Exploration von Gefühlen, persönlichen Bedeutungen, Bewertungen, Aufdecken individueller Schemata <p>303.0. Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zum Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele und Konflikte
<p>301.1: Nicht-übungspezifische Erklärungsmodelle, die andere Aspekte des Erlebens und Verhaltens erklären</p> <p>303.1: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	
<p>301.1: Nicht-übungspezifische Erklärungsmodelle, die andere Aspekte des Erlebens und Verhaltens erklären</p> <p>303.1: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	
<p>301.1: Nicht-übungspezifische Erklärungsmodelle, die andere Aspekte des Erlebens und Verhaltens erklären</p> <p>303.1: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	
<p>301.1: Nicht-übungspezifische Erklärungsmodelle, die andere Aspekte des Erlebens und Verhaltens erklären</p> <p>303.1: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	

304. Veränderung / Umgang mit Vernehmungsziele und Konflikten / bessere Bedürfnisbefriedigung	<p>304.1. Veränderung / Umgang mit Vernehmungsziele und Konflikten / Straftagen zur besseren Bedürfnisbefriedigung</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Bessere Bedürfnisbefriedigung, Bewältigung von Konflikten, Stärken von Annaherungszeilen, Abschwächen von Vernehmungsziele <p>304.2. Ein-Personen-Rollen-spiel, Zwei-Stuhl-Technik, Leere-Stuhl-Technik</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Rolle des Therapeuten übernehmen, Konfliktspiel-Veränderung von Konflikten, andere Strategien zur besseren Bedürfnisbefriedigung <p>304.0. Veränderung / Umgang mit Vernehmungsziele und Konflikten NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Andere klärende oder kognitive Interventionen
<p>304.1: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	
300. Kognitive Arbeit / Klärung NNB	<p>300.0. Kognitive Arbeit, Klärung NNB</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Prozessunterstützende Qualifizierung, Unterstützung, aktive Passivität
<p>300.0: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	
399. Kognitive Arbeit / Klärung NNB	<p>399.0. Interventionen laufen lassen, Unterstützung, aktive Passivität</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Prozessunterstützende Qualifizierung, Unterstützung, Zuhören
<p>399.0: Klären eigener Bedürfnisse, motivationaler Ziele (AZ/VZ), Konflikte NNB</p>	

400. Interpersonale Zusammenhänge	
Kategorien (4/5)	Unterkategorien (9/14)
401. Eigene Beziehungsmuster, Auswirkung eigener Verhaltensweisen auf Umwelt, interpersonale Konflikte	401.1. Beziehungsmuster, Beziehung mit Störung in Verbindung bringen, interpersonale Konflikte <ul style="list-style-type: none"> ☞ Kurzbeschreibung und prototypische Beispiele ☞ Interpersonale Ablaufmuster und Interaktionen, Klären von Erwartungen, Wahrnehmungen, interpersonaler Beziehung, Einbindung der Störung, interpersonale Probleme in Beziehung setzen, interpersonale Konflikte mit Partner, Kindern, Chef etc. Klären
	401.2. Erkennen der Auswirkungen eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt <ul style="list-style-type: none"> ☞ Situationsanalyse, eigene Anteile am Ergebnis, Änderung des Ergebnisses durch verändertes Verhalten, Beratungen
401.3. Bewältigung von Beziehungsproblemen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Arbeit an der Lösung von Beziehungsproblemen 	
401.0. Beziehungsmuster, Beziehungsanalyse, interpersonale Konflikte NNB <ul style="list-style-type: none"> ☞ Andere Interventionen zum Klären von Beziehungsmustern, der Auswirkungen eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt, interpersonale Konflikte 	
402. Zwischenmenschliche Fertigkeiten	402.1. Training sozialer Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Recht haben und durchsetzen, Beziehungen gestalten, um Sympathie werben, Kontakte herstellen
	402.2. Kommunikationsstrategien <ul style="list-style-type: none"> ☞ Störung in der Kommunikation aufdecken und verändern
402.0. Zwischenmenschliche Fertigkeiten NNB <ul style="list-style-type: none"> ☞ Andere Interventionen zur Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten 	
403. Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer	403.1. Umgang mit Rollenwechseln, Lebensübergängen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Lebensübergänge (Pensionierung, Elternschaft, Heirat, Auszug der Kinder aus Elternhaus), Umgang mit veränderten Rollen
	403.2. Trauer <ul style="list-style-type: none"> ☞ Fördern des verzögerten Trauerprozesses
403.0. Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer NNB <ul style="list-style-type: none"> ☞ Andere Interventionen zum Thema Rollenwechsel, Lebensübergänge, Trauer 	
404. Einsatz der Therapiebeziehung	404.1. Interpersonale Reaktionen mittels Therapiebeziehung aufzeigen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Reaktionen des Patienten mittels Therapiebeziehung verdeutlichen
	404.2. Therapiebeziehung als Vorbild / Modell nutzen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Rollenspiel, in dem Therapeut den Patienten spielt, Therapeut als Modell
404.0. Einsatz der Therapiebeziehung NNB <ul style="list-style-type: none"> ☞ Andere Interventionen, in denen die Therapiebeziehung eingesetzt wird 	

400. Interpersonale Zusammenhänge NNB	400.0. Interpersonale Zusammenhänge NNB	☞ Andere Interventionen mit Fokus auf interpersonale Zusammenhänge (z.B. Rollenspiele zur Kinderzehung)
499. Interpersonale Zusammenhänge Passiv	499.0. Interventionen laufen „aktive Passivität“	☞ prozessunterstützende Qualifizierung, Unterstützung, Zuhören

500. Emotionsregulation		
Kategorien (3/4)	Unterkategorien (4/9)	Kurzbeschreibung und prototypische Beispiele
501. Aufdecken und Ausdrücken von Gefühlen	501.1. Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen, Inakzeptable Gefühle	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Unterdruckte und bis dahin nicht bewusste Gefühle wahrnehmen, zulassen und ausdrücken
	501.0. Aufdecken und Ausdrücken von Gefühlen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zum Aufdecken und Ausdrücken von Gefühlen
502. Umgang mit Gefühlen	502.1. Skills im Umgang mit Gefühlen	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Kognitive Skills (z. B. Selbstinstruktionen), physiologische und motorische Skills (z. B. Atem- und Entspannungstechniken), Verhaltensstrategien (z. B. Abwaschen, Aufräumen), sensorische Skills (z. B. Terasco, Pfefferkorn, Ammoniak, Eiswürfel)
	502.0. Umgang mit Gefühlen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zum Umgang mit Gefühlen
503. Akzeptanz von Gefühlen	503.1. Annehmen von Gefühlen / Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Meditative Techniken, Behandlung, Nichtvermeidung, Haltung im Hier-und-Jetzt
	503.2. Validieren von Gefühlen	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Aktive Akzeptanz der Gefühle des Patienten
	503.0. Akzeptanz von Gefühlen NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zur Förderung der Akzeptanz der Gefühle des Patienten
500. Emotionsregulation NNB	500.0. Emotionsregulation NNB	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Weitere Interventionen zur Emotionsregulation NNB
599. Prozess unterstützende Interventionen passiv	599.0. Interventionen laufen lassen, Unterstützung, „aktive Passivität“	<ul style="list-style-type: none"> ☐ prozessunterstützende Qualifikationsmaßnahmen, Nicken, Zuhören

Codierungsregeln

Allgemeine Codierungsrichtlinien

- Codierung erfolgt auf Minutebene. Es können zuerst 5-10 Minutenabschnitte am Stück betrachtet und erst danach den Durchgang die Kategorien auf Minutebene vergeben werden.
- Da eine Intervention längere Zeit dauern kann, ist es nach Erkennen der Intervention häufig erforderlich, sich die Sequenz noch einmal anzuschauen, um zu beurteilen, wann die Intervention genau begonnen hat.
- Der Fokus liegt auf dem Verhalten des Therapeuten. eingeschätzt wird das, was der Therapeut tut und nicht, ob ihm die Intervention gelingt. Auch die Qualität der therapeutischen Intervention wird nicht eingeschätzt.
- Es werden nur die durchgeführten Techniken und Interventionen eingeschätzt; Interpretationen sollten vermieden werden.
- Jede Intervention wird in einer der 5 Oberkategorien codiert und erst dann einer der Unterkategorien (Kategorien) zugewiesen.
- Falls keine Intervention beobachtet wird, wird das entsprechende Feld leer gelassen.

Leitfragen:

Bei Unsicherheit bezüglich der Zuordnung zu einer Kategorie gelten folgende Leitfragen:

- **Kontext und Prozess:** Was passiert vor- und nach der einzuschätzenden Minute? In welchem Kontext ereignet sich die Intervention? In welcher Phase befindet sich die Intervention (Anfang, Mitte, Ende)? Was geschieht im therapeutischen Prozess? Was tut der Therapeut und warum tut er es?
- **Spezifität:** Welche Intervention ist spezifischer? Spezifische Interventionen (Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen (200ff.), kognitive / klärungsorientierte Interventionen (300ff.), interpersonale Interventionen (400ff.) und Interventionen der Emotionsregulation (500ff.)) werden vor unspezifischen Interventionen (prozessunterstützende Interventionen (100ff.)) eingeschätzt.
- **Kontinuität vor Vollständigkeit:** Wenn eine Intervention mehrere Minuten dauert, wird diese Intervention codiert, auch wenn sie durch prozessunterstützende Interventionen (z.B. Zusammenfassen) unterbrochen wird.

Bei mehreren Interventionen pro Minute:

- Relevant: Relevante Interventionen haben Vorrang vor irrelevanten Interventionen.
- Reihenfolge: Bei gleichwertigen Interventionen wird die Reihenfolge berücksichtigt.
- Generell: Nur eine Intervention pro Minute rafen.

Restkategorien:

- 00 wird vergeben, wenn eine Minute inhaltlich einer Hauptkategorie zugeordnet werden kann, dafür aber inhaltlich keine passende Unterkategorie existiert.
- 99 wird vergeben, wenn der Therapeut eine in einer vorangehenden Minute initiierte Intervention durch „aktive Passivität“ laufen lässt.

Ausnahmen:

- Grundsätzlich werden die von Therapeuten durchgeführten Interventionen eingeschätzt. Es kann jedoch vorkommen, dass die Patienten Interventionen initiieren (z.B. über gemachte Hausaufgaben berichtet), ohne dass ihn der Therapeut dazu auffordert. In diesem Fall wird trotzdem die Kategorie 99 vergeben (in diesem Fall z.B. 299 „Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen passiv“).

Hinweise zur Codierung der Oberkategorien:

- Prozessunterstützende Interventionen (100ff.): Dieser Kategorie zugehörige Interventionen werden häufig zu Beginn oder am Schluss der therapeutischen Sitzung beobachtet. Sie erfolgen meist dann, wenn die *inhaltliche Bearbeitung eines Problems noch nicht* begonnen hat oder abgeschlossen ist. Prozessunterstützende Interventionen werden nur dann codiert, wenn *keine spezifischeren Interventionen* beobachtet werden können!

- Verhaltensrelevante oder bewältigungsorientierte Interventionen (200ff.): Erfolgen häufig, wenn der Therapeut störungsspezifisch vorgeht und Interventionen aus Therapemanualen durchführt.
- Kognitive Arbeit / Klärung (300ff.): Diese Kategorie zugehörige Interventionen werden dann codiert, wenn es um *Kognition / Umstrukturierung* geht oder wenn *relevante Selbstschemata* geklärt werden. Ebenfalls dieser Kategorie zugehörig sind *kognitions- / kognitionsorientierte Interventionen* (Bearbeitung motivationaler Konflikte, Arbeit an besserer Bedürfnisbefriedigung, Stärken von Anbahnungszielen, Abschwäche von Vermeidungszielen).
- Interpersonale Zusammenhänge (400ff.): Diese Kategorie wird dann geratet, wenn *interpersonale Ablaufrmuster und Probleme im Vordergrund* stehen.
- Emotionsregulation (500ff.): Diese Kategorie zugehörige Interventionen werden dann codiert, wenn der *Umgang mit Emotionen* im Vordergrund steht. Bsp. *Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen* (Stille Übung mit Gefühlen). Nicht vergeben wird diese Kategorie, wenn Gefühle „Mittel zum Zweck“ sind, um im Klärungsprozess relevante Schemata zu explorieren.

Manual

100. Prozessunterstützende Interventionen

101. Strukturierende Interventionen

101.1. Vorgehen innerhalb einer Sitzung / Planen , weiteres Vorgehen

Definition:

Dem Patienten wird erklärt, wie oder warum während der Sitzung oder in einer nachfolgenden Sitzung ein bestimmtes Thema vertieft oder weiter verfolgt wird.
 Oder: Das weitere Vorgehen im Verlauf der Therapie wird besprochen.
 Oder: Erkundigen nach wichtigen Themen für diese Sitzung.
 Oder: Erklären eines bestimmten therapeutischen Verfahrens (z.B. Exposition in sensu).

Nähere Umschreibung:

Gemeint ist die Erklärung des Vorgehens innerhalb einer Sitzung (sowohl thematisch wie auch vom Vorgehen her), wie auch das Vor- oder Nachbesprechen eines Themas in einer vorangehenden oder folgenden Sitzung.

Beispiel:

„Ich habe Ihnen das letzte Mal gesagt, dass Ihr Vater wegen seines übermäßigen Alkoholkonsums in Behandlung ist. Ich schlage vor, dass wir dieses Thema heute weiter verfolgen, weil ich denke, dass dieser Umstand einen grossen Einfluss auf Ihren Gemütszustand hat.“
 Quelle: CPRIS (Frisburg, 2005)

- „Heute möchte ich mit Ihnen weiter am Aktivitätsaufbau arbeiten.“
- „Rolleispiele waren gut durchzuführen, um an die Gefühle zu gelangen.“
- „Wie sollen wir jetzt mit diesem Problem umgehen? Was sollen wir als nächstes tun?“
- „Wir können in der nächsten Sitzung schauen, wie gut sie ihre Therapieziele erreicht haben und daraus das weitere Vorgehen planen.“
- Nachbesprechen einer Exposition in sensu: „Was können wir das nächste Mal anders machen, damit es Ihnen besser gelingt, sich in die Vorstellung zu begeben?“

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (Vgl. „oder“).
 Ebenfalls codiert wird das Vor- und Nachbesprechen spezifischer Interventionen (z.B. Exposition, Aktivitätsaufbau etc.).

Vergleich mit anderen Interventionen

Anweisung zu Intervention 102.1: (Therapeutische Erklärungsmodell / Therapierationale): Es geht bei Intervention 101.1. (Vorgehen innerhalb einer Sitzung / Planen) nicht um die Erklärung des therapeutischen Behandlungsrationales oder eines therapeutischen Erklärungsmodells sondern um das (theoretische) Besprechen des Vorgehens. Intervention 102.1. ist weitaus weitgreifender als Intervention 101.1.

101.2. Zusätzliche Informationen erfragen / Verstehen

Definition:

Der Therapeut stellt Informations- oder Verständnisfragen, weil er Informationen benötigt, um bestimmte Aspekte besser zu verstehen.

Nähere Umschreibung:

Diese Intervention erfolgt häufig, wenn ein Thema exploriert wird und die Bearbeitungsstufe noch nicht tief ist (z.B. zu Beginn der Stunde). Sie kann einen „Vorspann“ zur Problembearbeitung darstellen.

Beispiel:

Der Therapeut erfragt Informationen zu einer Situation / einem Ereignis („Wer war bei diesem Ausflug sonst noch anwesend? Sie sagen, dass Sie niemanden kannten. Kannten Sie gar niemanden oder kannten Sie die noch anwesenden Personen nicht sehr gut?“)
 Quelle: Sachse (2003)

Anweisung für die Beurteilung:

Diese Intervention wird immer dann vergeben, wenn die Intervention erfolgt, um das Verständnis des Therapeuten zu verbessern.

Vergleich mit anderen Interventionen:

Abgrenzung zur kognitive Arbeit (Interventionen 300ff.): Bei der kognitiven Arbeit wird von der Situation auf Gefühle und Gedanken des Patienten geschlossen (Therapeut: „als Sie realisierten, dass sie niemanden kannten, was ging Ihnen da durch den Kopf?“ „Welches Gefühl stellte sich bei Ihnen ein, als Sie merkten, dass Sie niemanden kannten?“ Ist das ein Gefühl, dass Sie in anderen Situationen auch schon hatten?“). Oder der Therapeut macht vertiefende Bearbeitungsangebote: („Was hat es für Sie für eine Bedeutung, an einem Ort zu sein, an dem Sie niemanden kennen?“). Intervention 101.2. (Zusätzliche Informationen erfragen / Verstehen) hingegen ist wie ein „Vorspann“ zur Problembearbeitung. Hier geht es dem Therapeuten erst einmal darum, ein Anknüpfungspunkt zu Intervention 101.3. (Zusammenfassen und Wiederholen): Beim Zusammenfassen und Wiederholen rekapituliert der Therapeut wichtige Punkte, während er bei Intervention 101.2. (Zusätzliche Informationen erfragen / Verstehen) Fragen stellt, um ein Thema besser verstehen zu können oder um ein Thema weiter zu explorieren.

101.3. Zusammenfassen / Wiederholen

Definition:

Der Therapeut fasst die wichtigsten Punkte einer Sitzung noch einmal zusammen oder er bietet dem Patienten, dies zu tun.
 Oder: Der Therapeut wiederholt das, was der Patient soeben gesagt hat noch einmal.

Nähere Umschreibung:

Zusammenfassen heisst, dass die wichtigsten Punkte rekapituliert werden. Dies kann sich in einem laufenden Gespräch ergeben oder am Ende einer Sitzung. Es können auch noch einmal die wichtigsten Punkte einer vorangehenden Sitzung oder von zu erledigenden Hausaufgaben zusammengefasst werden.

Beispiel:

Therapeut: „Die Zeit ist schon beinahe um. Ich möchte gerne von Ihnen wissen, was für Sie die wichtigsten Punkte unseres heutigen Gesprächs waren.“
 Quelle: CPRIS (Frisburg, 2005)

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (Vgl. „oder“).
 Es wird nicht von Zusammenfassung gesprochen, wenn neue Informationen zum Gesagten hinzugefügt werden oder wenn eine Bewertung oder Interpretation von vorher Besprochenem erfolgt.

102. Direktive Interventionen

102.1. Therapeutisches Erklärungsmodell / Therapeutische

Definition:
Der Therapeut vermittelt ein plausibles Modell der Entstehung und / oder Aufrechterhaltung der Störung oder der Symptome. Er kann daraus das therapeutische Vorgehen ableiten oder dem Patienten die Symptome verständlicher machen.

Nähere Umschreibung:

Es wird ein störungsspezifisches Erklärungsmodell vermittelt, wie z. B.:
- Zusammenhang zwischen Gedanken und Verhalten bei Agoraphobie, Stressmodell,
- Zusammenhang zwischen Stimmung, Gedanken und Verhalten bei Depression (vgl. Beilage 1).

Beispiel: Vorbereitung auf Exposition bei Patienten mit Agoraphobie:

Therapeut: „Letztesmal haben wir die Dinge gesammelt, die Ihnen Schwierigkeiten machen. Ich möchte jetzt mit Ihnen über die Behandlung selbst sprechen. Sie haben erzählt, dass Sie sich im Lauf der letzten fünf Jahre immer seltener aus dem Haus getrauen. Erst führen Sie nur mehr auf dem Rad weg und trauen sich nicht mehr, den Bus zu nehmen; später machte Ihnen auch das Radfahren Angst, und danach begaben Sie sich kaum mehr weiter weg von zu Hause. Ihr Mann ging immer öfter mit, wenn Sie weg mussten, und er erledigte auch die Einkäufe. Es fällt auf, dass ihr Freundkreis im Verlauf der Zeit immer kleiner wurde. Sie sind heute noch mehr mit dem Bus fahren?“
Patient: „Nun... eh... Ich hatte Angst, mir könnte etwas geschehen und ich würde dann nicht weg können.“
Therapeut: „Und darauf haben Sie begonnen, den Bus zu vermeiden?“
Patient: „Ja, so kann man das wohl sagen, vermeiden.“
Therapeut: „Macht es das Vermeiden des Busses nun einfacher oder schwieriger, beim nächsten Mal wieder mit dem Bus zu fahren?“
Patient: „Natürlich schwieriger.“

Therapeut: „Also die Vermeidung von etwas, vor dem Sie Angst haben, macht es Ihnen das nächste Mal noch leichter zu tun, wenn Sie sich dem stellen?“
Patient: „Ja, das ist schon so, wenn ich mich dem stelle, dann ist es leichter.“
Therapeut: „Weniger leicht und immer früher nach Hause wollen, weil sie sich nicht gut fühlen. Die Vermeidung ist eine Gewohnheit geworden, weil Sie Ihnen kurzfristig etwas bringt, nämlich dass Sie weniger Angst haben. Aber anscheinend hat diese Vermeidungsstrategie, langfristig gesehen, Ihre Probleme nur vergrößert: Indem Sie der Angst aus dem Weg gingen, ist es nun so weit gekommen, dass Sie sich kaum noch zur Tür hinauswagen. In der Behandlung werden wir deshalb eine andere Methode anwenden, Ansatz alles, wovor Sie Angst haben zu vermeiden, werden Sie diese Situationen gerade wieder aufsuchen. Sie sind inzwischen nicht mehr daran gewohnt, dass die Angst von selber abnimmt, weil Sie es nicht mehr so weit kommen lassen. Sie erzählen, dass es einhalten immer schwieriger wurde, weiter wegzuzeigen. Nun, in der Behandlung gehen wir auf die gleiche Weise vor. Wir stellen dann erst eine Liste mit den Situationen auf, in denen Sie Angst haben, ansteigend von ein wenig Angst bis zu sehr viel Angst. In der nächsten Zeit werden Sie dann als Hausaufgabe mit jeder Situation üben. Sie sollen dann lange Zeit, ca. einhalb Stunden, in der Situation verbleiben und nicht weggehen. Auf diese Art erleben Sie, dass die Angst von selbst abnimmt. Das Erlebnis ist, dass Sie nach einiger Zeit in dieser Situation weniger Angst haben, und dass Sie dann mit der folgenden Situation in der Liste üben können. Verstehen Sie den Gedankengang der Behandlung?“
Patient: „Ja, ein wenig. Aber... geht die Angst einfach so weg? Ich schaue immer, dass ich wegkomme, sobald ich denke, dass ich Angst bekomme.“

Therapeut: „Das ist genau das Vermeidungsverhalten, über das wir gerade gesprochen haben. Was hatte das in der Vergangenheit für Folgen?“
Patient: „Tatsächlich, dass ich mir immer weniger zutraute.“

Therapeut: „Die Strategie des Vermeidens hat die Stressangst nur noch erhöht, könnte man sagen. Sie haben der Angst keine Chance gegeben, von selbst abzunehmen, denn Sie haben immer an der „Notbremse“ gezogen, indem Sie geflohen sind oder indem Sie gar nicht mehr von zu Hause weggingen. Wir werden es jetzt andersherum probieren.“
Patient: „Das scheint mir aber sehr schwierig.“

Therapeut: „Es wird sicherlich einige Mühe kosten. Aber Sie können es so sehen. Wenn es keine Mühe kostet, haben Sie auch keine Angst davor, und dann brauchen Sie dafür auch nicht in Behandlung zu kommen.“
Patient: „Wenn es Sie Mühe kostet, können Sie daran sehen, dass Sie etwas Sinnvolles tun. Nach einiger Übungszeit werden Sie merken, dass es Sie immer weniger Mühe kostet.“

Quelle: Emmekamp, Bouman, & Scholing (1998)

Beispiel:
„Es kommt häufig vor, dass Kopfschmerzen oder Migräne dann auftauchen, wenn starke Anspannungen ablaufen, z.B. wenn eine Prüfung vorbei ist oder Stress in der Arbeit wegfällt. Wie sieht es bei Ihnen aus? Haben Sie in der Zeit bevor die Schmerzen auftreten besonders viel zu tun?“

Beilagen:
- Beilage 1

Anweisung für die Beurteilung:
Es werden nur störungsspezifische Erklärungsmodelle berücksichtigt. Keine Anwendung finden Interventionen, in deren Rahmen der Therapeut ein Inkongruenzmodell erläutert.

102.2. Psychoedukation / Aufklärung / Hilfe bei Alltagsbewältigung / Ratschläge

Definition:
Durch Psychoedukation / Aufklärung / Hilfe bei der Alltagsbewältigung / Ratschläge gehen wird in direkter Weise an einer Verhaltensänderung des Patienten gearbeitet.

Nähere Umschreibung:

- Psychoedukation: z.B. Information zur Schlafhygiene, Informationen zu Stressbewältigungsmöglichkeiten, etc.
- Direkte Hilfe bei der Alltagsbewältigung: Der Therapeut hilft dem Patienten beim Lösen praktischer Probleme. Solche praktische Probleme können beispielsweise die Suche nach einer Transportmöglichkeit bei einem anstehenden Umzug, einer Wohnung oder finanziellen Unterstützung vom Staat sein.
- Ratschläge und Vorschläge: Der Therapeut äußert seine Empfehlung oder einen Vorschlag, wobei der Patient die Möglichkeit hat, diesen zu befolgen oder zu ignorieren. Oder: Der Therapeut macht Vorschläge, wie man gewisse Dinge tun kann (Schwemm (1998), CPTIS (Trijbsburg, 2005)

Beispiele:

- Psychoedukation zur Schlafhygiene: „Ein Mittagsschlaf kann sie daran hindern, in der Nacht durchzuschlafen.“
- „Ältere Personen brauchen weniger Schlaf als jüngere Personen.“
- Direkte Hilfe bei Alltagsbewältigung: „Meliden Sie sich bei der städtischen Liegenschaftsverwaltung. Diese vermittelt sehr günstige Wohnungen.“
- Ratschläge: „In dieser Situation könnte es hilfreich sein, einen Juristen aufzusuchen.“

102.3. Neudefinieren / Reformulieren eines Problems

Definition:
Der Therapeut wiederholt das vom Patienten Gesagte in anderen Worten und gibt dem Gesagten damit eine neue Bedeutung.
Oder: Der Therapeut wiederholt das vom Patienten Gesagte wortwörtlich, wobei er selektiv und nur einzelne Worte des Patienten wiederholen kann.

Nähere Umschreibung:

Diese Intervention ist vergleichbar mit einem „Leuchtbild“. Der Therapeut unterstreicht wichtige Aspekte des vom Patienten Gesagten oder er hebt eine bestimmte Bedeutung heraus.

Beispiele:

- Patient: „Ich finde es nicht gut, von mir, zuerst eine Stelle anzunehmen und sie gleich wieder zu kündigen. Aber es ging mir nach dem ersten Arbeitsstag einfach nicht gut, ich war sehr müde und niedergeschlagen. Und ich finde es auch wichtig, über genügend Ressourcen zu verfügen, um mein Studium weiterverfolgen zu können.“
Therapeut: „Sie finden es anders als schlecht, so schnell zu kündigen, und andererseits auch wieder nicht.“
Quelle: CPTIS (Trijbsburg, 2005)

Die Patientin schildert, dass ihr Mann beruflich stark engagiert ist und daher selten zu Hause sein kann.

Therapeut: „Ich kann mir vorstellen, dass das auch für sie sehr belastend sein kann.“

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).
Ebenfalls eingeschlossen sind Interventionen, welche in Richtung „Interpretation“ gehen. („Aus dem, was Sie sagen erscheint es mir, dass bei Ihnen möglicherweise der Wunsch da sein könnte...“)

Vergleich mit anderen Interventionen:

Ähnlichkeit mit Intervention 101.3. („Zusammenfassen und Wiederholen“): Bei dieser Intervention geht es explizit darum, etwas noch einmal zu wiederholen und zusammenzufassen (vgl. 101.3).
Unterschied: Bei dieser Intervention geht es nicht um Wiederholung und Zusammenfassung, sondern es geht um Neudefinieren (vgl. 102.3).
Zusammenhang: Neudefinieren ist eine Form der Reformulierung, die sich auf das Wesentliche konzentriert und zu besonen („Leuchtbildfunktion“).

103. Supportive Interventionen

103.1. Vermitteln von Bestätigung / Beruhigung / Empathie

Definition:
Der Therapeut versucht direkt, Ängste des Patienten zu vermindern. Der Therapeut beruhigt den Patienten, trostet ihn, zeigt Zuversicht, dass das Problem gelöst werden wird etc.
Oder: Der Therapeut aussert explizit Empathie und Verständnis für das, was der Patient sagt.

Beispiele:
Therapeut: „Es gibt keinen Grund, sich Sorgen zu machen. Wir werden sicher eine Lösung für das Problem finden.“
Therapeut: „Ich kann sehr gut verstehen, dass das Ereignis, das Sie geschickt haben, Sie sehr stark erschüttert hat.“

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zu Intervention 103.3: (Positive Besserungserwartungen / Fortschritte): Bei Intervention 103.3, sucht der Patient nach Beweisen, dass der Patient bereits erreicht hat, was sich zum Guten verändert hat, welche Fortschritte der Patient bereits erzielen konnte, während die Intervention 103.1, Vermitteln von Bestätigung / Beruhigung / Empathie eher tröstenden Charakter hat.

103.2. Selbstöffnung

Definition:
Der Therapeut teilt Informationen von sich als Person mit.
Oder: Der Therapeut gibt seine eigene Meinung oder Wertvorstellungen preis.
Oder: Der Therapeut offenbart eigene Gefühle, Gedanken und Meinungen in Bezug auf den Patienten, auf Fakten, Erlebnissen oder Erfahrungen das dem eigenen Leben.

Beispiele:

Therapeut: „Die Videoaufnahmen machen mich manchmal auch ein bisschen nervös.“
Therapeut: „Was Sie sagen berührt mich sehr. Das macht mich sehr betroffen.“
Therapeut: „Ich arbeite gerne mit Ihnen zusammen.“
Therapeut: „Es ärgert mich, wenn sie immer zehn Minuten zu spät in die Sitzung kommen.“
Therapeut: „Ich weiss nicht, ob es Ihnen helfen wird, aber ich kann gut nachempfinden wie es ist, wenn man das Gefühl hat, niemandem etwas zu bedeuten. Es gab eine Zeit in meinem Leben, in der ich auch so empfand. Und ich weiss, wie schwierig das damals für mich war.“
Therapeut: „Nach dem Tod meines Vaters war ich auch sehr lange traurig.“
Therapeut: „Ich weiss das eigene Erfindung, wie neidisch man als Einzelkind auf grosse gemittliche Familien sein kann.“
Therapeut: „Ich mag Gewaltfilme auch nicht.“

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Quelle: CPiPS (Trjssburg, 2005)

103.3. Positive Besserungserwartungen / Fortschritte

Definition:
Der Therapeut weist den Patienten auf positive Veränderungen hin, streicht diese heraus und betont sie.
Oder: Der Therapeut bestatigt dem Patienten die Fortschritte.
Oder: Therapeut ermutigt den Patienten, weiter zu gehen, damit dieser weiter positive Veränderungen erreichen kann.

Beispiele:
Therapeut für etwas, das der Patient gemacht / erreicht hat (z.B. sich einer Exposition aussetzen)
- Bestätigen einer positiven Aussage des Patienten über sich selbst
- Therapeut betont die Fähigkeiten des Patienten: „Es ist Ihnen in der Vergangenheit auch gelungen, warum sollte Sie es diesmal nicht wieder schaffen?“
- Therapeut: „Ich erinnere mich, wie bedrückt Sie zu Beginn der Therapie waren. Ich nehme Sie in letzter Zeit viel weniger bedrückt wahr und habe auch den Eindruck, dass Sie viel selbständiger sind als zu Beginn der Therapie.“

- Therapeut: „Es ist sehr gut, dass Sie Ihrem Chef gesagt haben, dass er sie verärgert hat, als er hinter Ihren Rücken gehandelt hat. Sie reagieren nun anders als früher, als Sie mir sagten, dass Sie sich selbst nicht anvertrauen können.“
- Therapeut: „Ich habe mich sehr über Sie freuen, dass Sie mir mitteilen, dass sich die Wunde heilt. Dank Ihrer Anstrengungen haben Sie schon jetzt sehr viele positive Veränderungen erzielen können.“
Quelle: CPiPS (Trjssburg, 2005)

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zu Intervention 103.1: (Vermitteln von Bestätigung / Beruhigung / Empathie): Bei der Intervention 103.1, sucht der Patient nach Beweisen, dass der Patient bereits erreicht hat, was sich zum Guten verändert hat, welche Fortschritte der Patient bereits erzielen konnte, während die Intervention 103.3, Positive Besserungserwartungen und Fortschritte bewusst zu machen, um ihn für weitere Anstrengungen zu motivieren. Bei Intervention 103.1, Vermitteln von Bestätigung / Beruhigung / Empathie hingegen geht es eher darum, Ängsten und Zweifeln des Patienten entgegenzuwirken (z.B. wenn sich der Patienten Sorgen darüber macht, dass gewisse Besserungen noch nicht eingetroffen sind). Diese Intervention hat eher eine tröstenden Funktion.

103.4. Positive Verstärkung / Lob

Definition:
Der Therapeut verstärkt den Patienten angemessen.

Beispiele:
Therapeut: „Sie haben die Hausaufgaben sehr gut gelöst. Besonders gut gefällt mir, wie genau und detailliert Sie Ihre Gedanken aufnotieren haben. Sie verfügen über eine sehr gute Introspektionsfähigkeit.“
- Therapeut: „Sie können sich sehr gewalt ausdrücken. Das ist nicht allen Personen gegeben.“

Vergleich mit anderen Interventionen:

- Abgrenzung zu Intervention 103.3: (positive Besserungserwartungen / Fortschritte): Bei dieser Intervention geht es um das *Herausheben* von Fortschritten / Veränderungen, wohingegen Intervention 103.4: (Positive Verstärkung / Lob) nicht nur auf Veränderungen, sondern auch auf *Zustände* fokussiert.
- Abgrenzung zu Intervention 103.2: (Selbstöffnung): In der Intervention 103.4, wird der Patient in erster Linie darum gebittet, sich selbst zu loben. In der Intervention 103.2, Selbstöffnung, wird dem Patienten vermittelt, dass seine eigenen Eigenschaften sein, obwohl es nicht in erster Linie um das Herausstreichen von Fähigkeiten und positiven Eigenschaften des Patienten geht.

201.2. Aktivitätsaufbau / Förderung positiver Aktivitäten

Definition:
Beim Aktivitätsaufbau geht es einerseits um die Steigerung bzw. den Wiederaufbau positiver Erfahrungen und Aktivitäten, andererseits um die Reduktion eines Übermasses an negativen, belastenden Erfahrungen.

Nähere Umschreibung:
Wichtigstes Instrument zur Erfassung der aktuellen Aktivitäten ist der Wochenplan (Beilage 3). Zu Beginn der Therapie dient der Wochenplan der Selbstbeobachtung, später dient er dazu, die Tage zu strukturieren und Aktivitäten zu planen.

Hilfsmittel für Aktivitätssteigerung:
Wochenplan
Tagesprotokolle
Liste positiv verstärkender Aktivitäten
Erfolg- und Vergnügenstechnik

Beilagen:
Beilage 3

Anweisung für die Einschätzung:
Eingeschätzt werden Interventionen, die dabei helfen, die Aktivität des Patienten zu steigern (z.B. Sammeln von angenehmen Aktivitäten, gemeinsam Überlegen, welche Aktivitäten der Patient in der nächsten Woche wann ausführen konnte etc.).
Wenn der Aktivitätsaufbau explizit als Hausaufgabe vor- oder nachbesprochen wird, wird die Intervention 202.1 „Hausaufgaben“ codiert.
Erkart der Therapeut die Wirkungsweise der Methode, wird Intervention 102.1. („Therapeutisches Erklärungsmodell / Therapeutische“) vergeben.

201.3. Planen / Gestuftes Vorgehen / Zielerreichung

Definition:
Der Therapeut plant mit dem Patienten, welche Schritte er realisieren muss, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die genaue Planung erfolgt mit der Absicht, die Wahrscheinlichkeit der Durchführung der Aktivität zu erhöhen.

Nähere Umschreibung:
Aktivitäten werden schrittweise geplant (zuerst einfache, dann schwierige Schritte), um die Durchführung zu erleichtern (Schwierigkeitshierarchien).
Genaueres festlegen, wann oder wo eine bestimmte Aktivität durchgeführt werden soll (Zeitplan)
Überlegungen dazu, mit wem die Aktivität durchgeführt werden soll.

Beispiel:

Therapeut: „Wenn Sie einen Spaziergang unternehmen möchten, wann wäre dann die günstigste Zeit dafür?“
Patient: „Wenn es nicht zu heiss ist.“
Therapeut: „Wäre es in dem Fall eine gute Idee, den Spaziergang am Morgen oder Abend zu unternehmen?“
Patient: „Ja, das wäre eine gute Idee.“
Therapeut: „Was bevorzugen Sie, Morgen oder Abend?“
Quelle: CPFRS (Trjstjög, 2005)

Patient: „Eine gewisse Kontinuität in den sozialen Kontakten wäre schon wichtig.“
Therapeut: „Haben Sie schon eine Idee, wie Sie es mit der Kontinuität machen wollen?“
Patient: „Die alten Freundschaften zu behalten ist weniger ein Problem. Schwieriger fällt es mir, die neuen Bekanntschaften zu pflegen.“
Therapeut: „Und wer von den neuen Bekanntschaften wäre so ein Kandidat, den sie pflegen müssten?“
Patient: „Adrian.“
Therapeut: „Und wie wollen Sie es anstellen, um mit ihm in Kontakt zu bleiben? Was wären die nächsten Schritte, die Sie unternehmen könnten, um den Kontakt mit ihm weiterhin zu pflegen?“

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zur Intervention 201.1 („Exposition / Konfrontation“): Das Sammeln angstauslösender Situationen und deren hierarchische Einordnung fällt nicht unter den Bereich von Intervention 201.3 („Selbstmanagement / Gestuftes Vorgehen / Zielerreichung“). Es geht bei dieser Intervention um das Fördern erwünschter Verhaltensweisen und nicht um das Durchbrechen des Vermeidungsverhaltens (wie bei der Expo).

201.4. Selbstverstärkung / Selbstbestrafung

Definition:
Das Erlernen von Selbstverstärkung als Folge auf gewünschtes Verhalten und Bestrafung als Folge auf unerwünschtes Verhalten.

Nähere Umschreibung:
Die Selbstverstärkung / Selbstbestrafung kann verdeckt (gedanklich „Das habe ich aber gut gemacht.“) wie auch offen erfolgen (durch Kinnstreich, Kauf eines Nougatstückes etc.). Eingeschätzt wird auch das Üben und Planen von Selbstverstärkung und Selbstbestrafung.

Beispiel:
Therapeut: „Was werden Sie tun, nachdem Sie die Exposition erfolgreich durchgeführt haben? Wie werden Sie sich selber belohnen?“

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zur Intervention 103.4 („positive Verstärkung / Lob“): Bei der Intervention 103.4 („positive Verstärkung / Lob“) verstärkt der Therapeut den Patienten direkt für eine positive Verhaltensweisen, während bei der Intervention 201.4 („Selbstverstärkung / Selbstbestrafung“) die Selbstverstärkung / Bestrafung des Patienten fördern soll.

201.5. Verhaltensanalyse / Situationsanalyse

Definition:
Therapeut und Patient untersuchen detailliert die Bedingungen und Anfalligkeitsfaktoren, welche einem Problemverhalten vorausgehen.
Oder: Genaue Exploration einer Situation, der dann auftauchenden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen.

Nähere Umschreibung:
Ziel ist die detaillierte Analyse des Verhaltensablaufs (Gefühls- oder Gedankenablaufs), seiner Vorläufer und Folgen (finden von Ursachen, an denen gehandelt werden kann) als Vorbereitung auf eine Expositionsbildung durchzuführen.
Verhalten, Gefühle oder Situationsanalysen werden auch als Vorbereitung auf eine Expositionsbildung durchgeführt.

Beispiel:

Therapeut: „Ich möchte mit Ihnen noch einmal ganz genau den Sonntagabend anschauen... schauen, was passiert ist und wie es Ihnen gegangen ist, bevor Sie den Alkoholdruckfall hatten.“
Patient: „Eigentlich ist nichts Spezielles passiert. Ich habe TV geschaut, wie immer. Ich kann mir selber nicht erklären, was es mit dem Rückfall bekommen ist.“
Therapeut: „Können Sie uns noch einen Schritt weiter zurückgehen. Wie ist denn der Nachmittag verlaufen?“
Patient: „Eine Liebesgeschichte. Alle durch die Stadt.“
Therapeut: „Und hat sich während des Spaziergangs etwas Besonderes ereignet?“
Patient: „Ach ja, ich bin meiner Exfreundin über den Weg gelaufen. Sie war mit einem anderen Mann unterwegs.“

Therapeut: „Wie war es für Sie, ihre Exfreundin mit einem anderen Mann zu sehen? Was hat das in Ihnen ausgelöst?“
Patient: „Es hat mich schon sehr getroffen. Tugendwie hat es mich traurig gemacht. Obwohl ich nicht mehr in diese Beziehung zurück möchte. Ich habe mich dann auf einmal auch sehr einsam gefühlt.“
Therapeut: „Und wie ist es dann weiter gegangen?“
Patient: „Ich habe versucht, meine Mutter anzurufen. Aber ich konnte sie nicht erreichen. Das hat in mir das Gefühl von Einsamkeit noch verstärkt. Ich habe dann den Fernseher angestellt.“

Therapeut: „Und wie ist es weiter gegangen?“
Patient: „Zuerst habe ich mir eine Unterhaltungsgesendung angeschaut. Danach einen Spielfilm. Während des Spielfilms habe ich plötzlich Lust auf ein Bier.“
Therapeut: „Was war es denn für ein Spielfilm?“
Patient: „Eine Liebesgeschichte. Ja, da ist mir wieder meine Exfreundin mit ihrem neuen Partner eingefallen.“

Therapeut: „Und wie haben Sie sich da gefühlt? Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen?“
Patient: „Ich habe mich sehr alleine empfunden. Ich habe mich wieder einsam gefühlt. Ich habe mich wieder mit Trinken angefangen.“
Therapeut: „Und dann?“
Patient: „Dann habe ich mir an der Tankstelle zwei Liter Bier geholt und diese getrunken.“

Anweisung für die Beurteilung:
Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Beilagen:
Beilage 4

201.6. Rückfallprophylaxe

Definition:
Erfahrungen von Skills, welche im Notfall / bei einem Rückfall hilfreich sind oder die helfen können, einen Rückfall vorzubeugen.

Beispiel:
Therapeut: „Was werden Sie das nächste Mal tun, wenn Sie wieder den Impuls verspüren, sich selber zu schneiden? Hat es schon funktioniert, während Sie sich schneiden? Was haben Sie getan? Was hat Ihnen dabei geholfen, das Schneiden abzuwenden?“

Vergleich mit anderen Interventionen:

Abgrenzung zu Intervention 201.2: (Aktivitätsaufbau / Förderung positiver Aktivitäten): Bei der Rückfallprophylaxe geht es um das Finden und Erarbeiten hilfreicher Skills, welche unerwünschte Verhaltensweisen verhindern helfen, während es beim Aktivitätsaufbau um das (Wieder-)Aufbauen positiver Aktivitäten und das (direkte) Abbauen unangenehmer Aktivitäten geht.

Abgrenzung zu Intervention 201.3: („Planen / gestuhtes Vorgehen / Zielerreichung“): Bei der Rückfallprophylaxe geht es um das Erarbeiten von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eingesetzt werden können, um sich bei einem Rückfall zu helfen. Es geht um das Erarbeiten von Fähigkeiten, die es ermöglichen konkrete Schritte und Unter Schritte einzuleiten / Zielees geplant, um dessen Durchführung zu verbessern, respektive dessen Auftretenswahrscheinlichkeit zu erhöhen.

Beilagen:
Beilage 5

202. Arbeit ausserhalb der Therapie

202.1. Hausaufgaben

Definition:
Der Therapeut erteilt dem Patienten Hausaufgaben oder bespricht mit ihm Hausaufgaben der vergangenen Woche.

Näherer Unterscheid:
- Hausaufgaben: Liste von Verhaltensaufgaben, Gedankenprotokolle, Liste positiver Aktivitäten, Verhaltensstagebücher, Sprechzettel, graphische Schemata.

Beispiel:

Für das Erteilen von Hausaufgaben:

- Therapeut: „Ich denke, dass wir über diesen Punkt noch einmal sprechen sollten. Ich schlage vor, dass Sie sich in der nächsten Woche noch Gedanken zu diesem Thema machen und sich dazu wichtige Stichworte notieren. In der nächsten Sitzung sprechen wir noch einmal darüber.“

- Therapeut: „Ich möchte, dass Sie anhand dieses Protokolls in der nächsten Woche Ihre Gedanken notieren, wenn Sie merken, dass sich Ihre Stimmung hebt oder sich wieder senkt.“

Für das Besprechen von Hausaufgaben:

- Therapeut: „Sie haben in der letzten Woche Situationen gesammelt, die Sie ängstigen. Können wir uns diese Situationen einmal anschauen und überlegen, was Ihnen dabei durch den Kopf gegangen ist?“

- Therapeut: „Sie haben Ihre Hausaufgaben letzte Woche nicht gemacht. Warum ist es Ihnen schwer gefallen, die Hausaufgaben zu machen?“

- Therapeut: „Dafür ich mir einmal die Tabelle der letzten Woche anschauen? Die Stimmungskurve zeigt, dass Sie sich in der vergangenen Woche weniger niedergeschlagen gefühlt haben. Wie können Sie sich das erklären?“

Quelle: CPRS (Frühsburg, 2005)

Anpassung für die Beurteilung:
Die Einnahme bzw. nicht Einnahme von Medikamenten (Compliance) fällt nicht unter diese Intervention. Es wird auch das Nachbesprechen der Hausaufgaben beurteilt, wenn diese nicht gemacht wurden. Falls die Initiative zum Besprechen der Hausaufgaben vom Patienten aus kommt (z.B. wenn der Patient zu Beginn der Stunde seine Hausaufgaben hervor nimmt und gleich zu erzählen beginnt), wird die Intervention 299 „verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen passiv“ codiert. Es wird nicht der Inhalt der Hausaufgabe eingeschätzt (z.B. Aktivitätsaufbau, interpersonales Ablaufmuster etc.), sondern die Tatsache, dass Hausaufgaben vor- oder nachbesprochen werden.

200. Bewältigungsorientiertes oder verhaltensrelevantes Vorgehen NNB

200.0. Bewältigungsorientiertes Arbeiten am Problemverhalten

Definition:
Bewältigungsorientiertes Vorgehen, das keiner der oben genannten Interventionen zugeordnet werden konnte.
Arbeit an unspezifischer Bewältigung eines Problems.

Beispiel:
z.B. Sprechen über schwierige Alltagsprobleme (Jobsituation, Umzug etc.), wobei es dabei nicht um die Klärung interner Determinanten geht sondern um den Umgang mit der objektiv schwierigen Situation.

Anweisung für die Beurteilung:
Nicht eingeschlossen sind die Bewältigung eines interpersonalen Problems, kognitiver Themen und der Umgang mit Gefühlen.
Ebenfalls nicht eingeschlossen sind Interventionen, bei denen der Therapeut in direkter Weise Hilfe bei Alltagsproblemen leistet oder Ratschläge gibt.

299. Prozessunterstützende Interventionen passiv

299.0. Interventionen laufen lassen, „aktive Passivität“

Definition:
Der Therapeut lässt eine vorangehend initiierte Intervention laufen. Er kann sie dabei nonverbal unterstützen (Gestik, Nicken, Zuhören, Interesse signalisieren).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Im Unterschied zu allen anderen Interventionen ist bei dieser Intervention ausschließlich der Patient aktiv.

300. Kognitive Arbeit / Klärung

301. Bewusstmachen automatischer Gedanken, Grundannahmen und Denkfehler

301.1. Erkennen automatischer Gedanken

Definition:
Das Aufdecken automatischer Gedanken, das heißt schnell ablaufender, blitzartig aufbrechender, subjektiv plausibel erscheinender urfremdlich sich einstellender Kognitoren, die zwischen einem Ereignis (externaler oder interner Art) und einem emotionalen Erleben (Konsequenz) stehen.
Hautzinger (1997)

Beispiel:
Beispiele für Techniken zur Aufdeckung automatischer Gedanken:
Stimmungsveränderung während der Therapiezeitung („Affect Shifts“) („Was geht gerade jetzt in Ihnen vor? Was geht Ihnen durch den Kopf?“)
Erinnern und Vorstellen spezifischer vergangener Ereignisse („Als Sie bemerkten, dass Ihr Mann in Ihren Unterarm wühlte, was genau haben Sie da gedacht?“)
Als-ob-Methode (Im Rollenspiel oder in der Imagination wird nachgelebt, als ob die Situation gerade jetzt passieren würde. Die dabei ausgesprochenen Gedanken werden exploriert)
Frageprodukt negativer Gedanken / Gedankenprotokoll (ABC-Schema nach Ellis)
Reibekugel von Ereignissen feststellen („Was bedeutet es für Sie, im Moment keinen Partner zu haben?“)

Selbstbeobachtung
Konfrontation mit externen Ereignissen / Symptomprovokation / Exposition mit anschließender Exploration der automatischen Gedanken.

Typische Fragen zum Aufdecken automatischer Gedanken:

- „Es wäre sehr wichtig für unsere gemeinsame Arbeit, herauszufinden, was Sie jetzt so traurig macht. Können Sie sich erinnern, was Ihnen jetzt so oder so einen Kopf gegangen ist?“
 - „Was hat Sie so traurig gemacht, als...?“
 - „Was heisst das für Sie?“
 - „Was ist so schlimm daran, dass...?“
 - „Welches Bild haben Sie in der Situation von sich gehabt?“
 - „Was wäre, wenn das zuträfe, wenn das stimmte?“
- Quelle: Hautzinger (1997)

Therapeuteschritte:

- Therapeut: „Sie haben erwähnt, dass ein Problem, das Sie bedrückt, das ist, dass Ihr Mann spät nach Hause kommt.“
- Patient: „Ich bekomme Angst. Ich bin dann auch eifersüchtig, weil ich fürchte, dass er eine Freundin hat und ich habe das Gefühl, dass er mich nicht mehr liebt.“
- Therapeut: „Was ist es denn, dass Sie traurig und ängstlich macht?“
- Patient: „Dass er nicht nach Hause kommt und mich nicht mehr liebt.“
- Therapeut: „Die Tatsache, dass er nicht nach Hause kommt und dass er Sie nicht mehr liebt, gibt Ihnen ein ängstliches, schlimmes Gefühl. Ich meine, dabei fehlt etwas. Stellen wir uns einmal eine typische Situation vor und schauen, was fehlt. In einer typischen Situation kommt wahrscheinlich die Zeit des Abendessens und er erscheint nicht. Er ruft dann an, nicht? Und sagt, ich werde mich verspäten, wäre nicht mit dem Essen auf dem Weg?“ (Sonderfz)
- Therapeut: „Was hat Sie denn da traurig, ängstlich oder unglücklich gemacht?“
- Patient: „Ja also, er rief an und sagte, er wäre...“
- Therapeut: „War es der Telefonanruf, der Ihnen das schlimmste Gefühl gab?“
- Patient: „Bestimmt.“
- Therapeut: „Ich meine, dass da ein fehlende Glied sein muss. Sie denken, dass es das klingelnde Telefon ist, das Ihnen ein schlechtes Gefühl gibt.“
- Therapeut: „Nun, er tut das. Er lässt mich allein.“
- Therapeut: „Feldon klingelt und Sie gehen ran und merken, dass er es ist und dann haben Sie einen bestimmten Gedanken und es ist nicht der Telefonanruf selbst, der Sie unglücklich macht oder seine Stimme, sondern es ist dieser Gedanke, der Ihnen durch den Kopf schiesst, der Sie dann unglücklich macht.“

Patient: (Weint) ... Ich versteh das nicht. Es ist mein Gedanke... Meinen Sie der Gedanke „Er liebt mich nicht mehr?“
 Therapeut: „Ja, ich weiss nicht, es könnte ein solcher Gedanke sein. Ich weiss nicht, ob es genau der ist. Aber es würde passen.“
 Patient: „Genau, das denke ich. Ich weiss es jetzt ganz genau.“
 Therapeut: „Gut, versuchen wir uns in die Situation zu versetzen und sehen, ob wir noch mehr automatische Gedanken haben. Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche Gedanken gemacht, dass Sie sich nicht mehr lieben?“
 Patient: „Ja, das Sie bei sich zu Hause sind. Gelingt Ihnen das?“
 Therapeut: „Sie sitzen am Esstisch und ich möchte, dass Sie die Vorstellung wiederholen, als der Telefonanruf kam. Das Telefon klingelt, Sie nehmen ab und Ihr Mann sagt: „Ich kann heute Abend nicht zum Essen da sein, Liebes, ich werde erst gegen 23h da sein.“ Nachdem Sie dieses Bild vor Augen haben, erzählen Sie mir alles, was Ihnen durch den Kopf gegangen ist, als Sie diese Szene vor Augen hatten. Verstehen Sie, was ich von Ihnen möchte?“
 Patient: (Pause) „Ich glaube, es gehen mir eine Menge Dinge durch den Kopf.“

Therapeut: „Erzählen Sie mir einfach alles, was Ihnen kurz angebunden abrupt, als hätte er gar keine Zeit. Ich will dir nur sagen, dass ich nicht nach Hause komme, Ruth.“
 Patient: „Das hat er in Ihrer Vorstellung getan?“
 Therapeut: „Ja.“
 Patient: „Und was für ein Gefühl haben Sie, nachdem er aufgehängt hat?“
 Therapeut: „Er kommt nicht nach Hause, wie immer.“
 Patient: „Und das war Ihr Gefühl. Ich meine mit Gefühl eigentlich, waser Sie traurig oder froh?“
 Therapeut: „Oh, sehr traurig, ich meine traurig und hoffnungslos.“
 Patient: „Sie haben angedeutet, dass Ihnen noch mehr Gedanken durch den Kopf gingen. Welche waren das?“
 Patient: „Also, ich dachte, er liebt mich nicht mehr und ich glaube, ich bin keine sehr gute Frau. Wer kommt schon gerne nach Hause zu jemandem, der so dick ist? Wahrscheinlich ist er deshalb bei einer anderen Frau. Ich weisse, dass sie Grösse 36 trägt und dann denke ich, dass sie mich liebt als mich, und dass er eines Tages nach Hause kommt und sagt, „Ruth, ich verlasse dich, ich habe jemand anderes kennen gelernt.“ (weint).“

Therapeut: „So geht das also. Sie bauen eine ganze Geschichte auf, nicht?“
 Patient: (Pause)
 Therapeut: „Wenn das Telefon klingelt und Ihr Mann nicht nach Hause kommt, dann haben Sie eine ganze Menge Gedanken. Ich habe die Idee, dass eine andere Frau hat, und Sie sind nicht mehr glücklich und Sie wollen das zu einer Selbstbewertung aus, indem Sie sich selbst als zu dick, fett und faul hinstellen, als schlechte Mutter, schlechte Hausfrau usw.“ (Pause) Also, jetzt ist da noch die Frage: Was hat Sie eigentlich unglücklich gemacht? War es der Telefonanruf? War es der Ton seiner Stimme? Oder waren es Ihre Gedanken?“
 Patient: „Ich habe es noch nie so betrachtet. Hmm, Also täugen nicht mal meine Gedanken etwas.“
 Therapeut: „Sie können sagen, weil Sie eine furchterliche Person sind, und nicht richtig denken oder sagen, dass Sie depressiv sind. Und eines der Hauptmerkmale von Depression ist, dass die Person dazu tendiert, die Dinge in den schwärzesten Farben zu sehen. Nun ist es tatsächlich möglich - ich weiss das nicht - dass Ihr Mann eine andere Frau hat. Aber diese Tatsache dürfte Sie noch nicht demessen unglücklich machen. Was Sie hier beschreiben ist eine sehr negative Konstruktion. Sie haben sich selbst als dick, fett und faul konstruiert, nämlich, dass er nicht nach Hause kommt. Und dann setzen Sie darauf eine sehr negative Konstruktion, nämlich, dass er eine andere Frau hat. Und dann bauen Sie daran eine weitere Konstruktion, dass er Sie nicht mehr liebt. Und dann konstruieren Sie weiter, dass er Sie deshalb nicht mehr liebt, weil Sie nicht gut sind, faul, fett und hässlich, usw. Sehen Sie, wie Ihr Gehirn arbeitet?“

Quelle: Hautzinger (1997)

Beilagen:
 Beilage 6a

Anweisung für die Beurteilung:
 Diese Intervention wird verapben, wenn es um kognitive Arbeit geht (Aufdecken automatischer Gedanken). Nicht eingeschätzt werden darüber hinausgehende klärende Interventionen, bei denen es um das Aufdecken interner Schemata geht.

Vergleich mit anderen Interventionen:
 Abgrenzung zu Intervention 303.1. („Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen“): Bei Intervention 301.1. („Erkennen automatischer Gedanken“) werden automatische Gedanken, welche im Moment abdecken aufgedeckt. Bei Intervention 303.1. („Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen“) geht es um das Verstehen der Entstehung von negativen Schemata in den Vergangenheit.
 Abgrenzung zu Intervention 303.2. („Wahrnehmen und Besene Befriedigung eigener Bedürfnisse, Aufdecken und Bearbeiten motivationaler Ziele und Konflikte“): Diese Intervention ist tiefgründiger. Sie dient nicht „nur“ dem Aufdecken automatischer Kognitionen sondern zielt auf das explorieren relevanter interner Schemata ab (tiefere Bearbeitungsstufe).

301.2. Erkennen von Denkfehlern / kognitiven Fehlern

Definition:
 Automatische Gedanken beruhen häufig auf Schlussfolgerungen, welche mit typischen Denkfehlern behaftet sind und auf diese Weise unberechtigt und realitätsmässiger sind. Bei der kognitiven Arbeit ist es wichtig, diese Denkfehler aufzudecken und zu benennen.

Näheres Unterscheidungs:
 Beispiele für gedankliche Verzerrungen:

Alles-oder-nichts-Denken
 Die Dinge werden nur in Schwarz-Weiss-Kategorien gesehen. Sobald eine Leistung nicht perfekt ist, sieht der Depressive sich als totalen Versager an

Überbetonen Verallgemeinerungen
 Ein einzelnes negatives Detail wird herausgegriffen, so dass das gesamte Wirklichkeitsbild dadurch getrübt wird

Gastiger Filter
 Ein einzelnes negatives Detail wird herausgegriffen, so dass das gesamte Wirklichkeitsbild dadurch getrübt wird

Abwehr des Positiven
 Positive Erfahrungen werden zurückgewiesen, indem drauf bestanden wird, dass sie aus irgendeinem Grund nicht zählen. Auf diese Weise werden negative Grundüberzeugungen aufrechterhalten, auch wenn sie im Gegensatz zu den alltäglichen positiven Erfahrungen stehen

Vorläufige Schlussfolgerungen
 Negative Interpretationen werden vorgenommen, auch wenn keine unumstösslichen Tatsachen vorhanden sind, die diese Schlussfolgerungen erhärten könnten. „Gerne gehen Sie heute mit mir spazieren.“ Oder es wird negativ über Sie gesprochen, „Sie sind ein schlechter Mensch.“
Über- und Untertriebungen
 Die Wichtigkeit bestimmter Dinge (ein eigener Fehler oder die Leistung anderer) wird überschätzt oder andere Aspekte werden so stark unterschätzt, dass sie schliesslich ganz unwichtig erscheinen (z.B. die eigenen Fähigkeiten oder die Schwächen anderer Leute).
Emotionale Beweisführung
 Es wird behauptet, dass die negativen Gefühle notwendigerweise genau das ausdrücken, was wirklich geschieht („Ich fühle es, also muss es wahr sein“)

Wunschauslassungen
 Es wird versucht, sich mit Aussagen wie „man sollte“ oder „man sollte nicht“ zu motivieren. Anforderungen wie „man muss“ oder „es hätte sich gehört“ gehören ebenfalls dazu. Der Druck derartiger Anforderungen produziert jedoch meist Teilnahmslosigkeit und Resignation anstatt Hilfe.

Erkettzerung
 Die eigene Verantwortung wird auf andere übertragen. Mangel an Verantwortung, Mangel an Verständnis für eigene Verzerrungen versetzt sich der Depressive mit einem negativen Etikett (Selbstbeschränkung): „Ich bin ein weniger Verlierer.“ Wenn das Verhalten eines anderen Anlass erregt, wird ihm ein negatives Etikett gegeben: „Er ist ein Vollidiot!“ Falsches Etikettieren bedeutet, ein Ereignis mit einer ungenauen und emotional aufgeladene Sprache zu benennen.

Dinge persönlich nehmen
 Depressive neigen dazu, sich für ein negatives Ereignis verantwortlich zu fühlen, obwohl sie damit in Wirklichkeit gar nichts zu tun haben.
 Quelle: Hautzinger (1997)

Beilagen:
 Beilage 6b

Anweisung für die Beurteilung:
 Diese Intervention wird verapben, wenn es um kognitive Arbeit geht (Aufdecken automatischer Gedanken). Nicht eingeschätzt werden darüber hinausgehende klärende Interventionen, bei denen es um das Aufdecken interner Schemata geht (*303/304).

Vergleich mit anderen Interventionen:
 Abgrenzung zu Intervention 301.1. („Aufdecken automatischer Gedanken“): Das Aufdecken automatischer Gedanken ist allgemeiner, während das Erkennen von Denkfehlern spezifischer ist.
 Abgrenzung zu Intervention 303.1. („Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen“): Bei Intervention 301.2. („Aufdecken von Denkfehlern“) werden Denkfehler aufgedeckt. Bei Intervention 303.1. („Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen“) geht es um das Verstehen der

Entstehung von negativen Selbstschemata in der Vergangenheit. Das Aufdecken von Denkfehlern ist „oberflächlich“ als klären von internen Schemata. (Allerdings beruhen Denkerfehler häufig auf negativen Selbstschemata).

Aggrenzung zu Intervention 303.2 („Wahrnehmen und bessere Befriedigung eigener Bedürfnisse, Aufdecken und Bearbeiten motivationaler Ziele und Konflikte“). Bei dieser Intervention geht die Klärung weiter (über das Aufdecken von Denkfehlern hinaus), indem interne Determinanten und Schemata exploriert werden.

302. Überprüfung und Verändern von dysfunktionalen Kognitionen

302.1. Überprüfung und Realisttest automatischer Gedanken, Reattribuieren automatischer negativer Gedanken.

Definition:
Der Therapeut hilft dem Patienten, seine eigenen Erfahrungen und die „Realität“ genauer und korrekter zu beschreiben. Er hilft ihm, jede Interpretation auf ihre Richtigkeit zu überprüfen und seine Fähigkeit zu verbessern, realistische und logische Schlüsse ziehen zu können.

Oder: Patient und Therapeut tragen möglichst alle Fakten zusammen, die sich auf eine konkrete Erfahrung beziehen, unterstützen sie einer logischen Analyse und teilen daraus so, wie dazu, was verantwortlich für welche Erfahrungen sind. Die Analyse wird dann in Form von „Realisttest“, „Reattribuieren“ oder „Hautzinger“ in Form von Informationen und vor allem eher absoluten Informationen heranzieht. Häufig verwendet der Patient andere Kriterien, um die eigene Person im Vergleich zu anderen Personen zu beurteilen.
Hautzinger (1997)

Nähere Umgestaltung:

Aggrenzungspunkt für das Realisttesten und Reattribuieren ist z.B. die Schilderung einer konkreten Erfahrung oder einer Situation, die vom Patienten negativ interpretiert wurde. Der Therapeut hält die Patientenaussagen zunächst einmal für unglücklich, auch wenn sie oberflächlich betrachtet richtig erscheinen. Er veranlasst den Patienten stattdessen, Belege und nähere Informationen zu erbringen. Meist ist es notwendig, dass der Patient seine Gedanken in der realen Situation überprüft, bevor Veränderungen gelingen.

Beispiele:

Für Reattribuierung

Definieren und Operationalisieren (vgl. Realisttesten)

Wenn Sie sagen, (...) dass Sie damit nicht umgehen können), was genau meinen Sie damit?

Wenn Sie (...) die Kontrolle verlieren), was ist das Schlimmste, das passieren könnte?

Wie würde es genau aussehen, wenn (... sie es nicht schaffen würden)?

Was zeichnet für Sie (... einen Versager) aus?

Gültigkeit in Frage stellen

Was macht Sie so sicher, dass (die Katastrophe) passieren wird?

Woher wissen Sie, dass (...) zu ... führt?

Welche Gründe haben Sie anzunehmen, dass genau das passieren wird?

Haben Sie das schon einmal erlebt?

Gegenbeweise finden

Was könnte dafür sprechen, dass (die Annahme) nicht wahr ist oder dass (die Katastrophe) nicht passiert?

Was waren Hinweise, die eine andere Bewertung dieses Zusammenhangs nahe legen würden?

Können Sie sich auch noch andere Altern vorsteln, diesen Zusammenhang zu sehen? Was spricht dafür?

Haben Sie das schon einmal erlebt? Wie sind solche Situationen bisher verlaufen?

Balancing out

Zuerst das schlimmste Szenario entwerfen, dann das günstigste, dann das wahrscheinlichste Szenario. Argumente finden, die dafür sprechen, dass das wahrscheinlichste Szenario auch eintreten wird.

Kosten-Nutzen-Analyse

Festlegen auf eine Einstellung / Überzeugung (es ist gut, immer das Schlimmste anzunehmen)

Welche Vorteile hat diese Einstellung / Überzeugung in der Vergangenheit?

Welche Nachteile hat diese Einstellung / Überzeugung in der Vergangenheit?

Möglichkeit, die Vorteile der problematischen Überzeugungen durch weniger problematische Gedanken zu erzielen, werden exploriert

Kuchendiagramm

Mit Kuchendiagramm werden Alternativen zu automatischen Gedanken entwickelt mit dem Ziel, die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von angenehmeren katastrophalen Folgen zu reduzieren.

Quelle: Veith (2003)

Beispiel aus einer Therapiesitzung:

Patient: „und wenn der dann am Telefon anfragt über Medizin zu reden und diese lateinischen Ausdrücke gebraucht, dann fühle ich mich ganz klein und mickig.“

Therapeut: „Können sie mir dies etwas genauer schildern? Dieser Bekannte studiert Medizin und erzählt häufig von seinem Fach. Dabei gebraucht er viele lateinische Wörter...“

Patient: „Ja, der redet und redet dann. Dabei geht mir dann durch den Kopf: Jetzt verstehst du schon wieder nichts, obgleich der das schon zignial erklärt hat. Das müsstest du aber langsam wissen. Da stehst du mal wieder, du bist halt ein Idiot.“

Therapeut: „Das ist eine interessante Einschätzung. Sie scheinen sich Ihre Schlussfolgerung einmal genauer betrachten. Allen aufgrund dessen dass Sie dieses Latein und diese Fachausdrücke nicht verstehen, kommen Sie zu dem Schluss „Ich bin dumm. Ich bin nicht intelligent.““

Patient: „Ja, eigentlich müsste ich das verstehen. Jeder normale Mensch versteht das doch.“

Therapeut: „Jeder Mensch? Ist der Unterschied zwischen Ihrem Bekannten und Ihnen allein der, dass er dieses Latein versteht? Sonst keine?“

Patient: „Na ja, der studiert Medizin schon seit über vier Jahren.“

Therapeut: „Das heisst, er hat Abitur gemacht. Haben Sie Abitur?“

Patient: „Aber...“

Therapeut: „Wie? Haben Sie sich jemals mit Latein oder Medizin beschäftigt?“

Patient: „Nein, ich lerne Englisch in der Volkshochschule.“

Therapeut: „Ich kann mir vorstellen, dass Ihr Bekannter bereits in der Schule Latein gehobt hat.“

Patient: „Ja, ja! Der hat das grosse Latein und ausserdem ist sein Vater auch Arzt.“

Therapeut: „Wenn Sie dies Ding nun betrachten, wie sehen Sie dann Ihr Urteil „Ich bin dumm, ich bin unintelligent.““

Patient: „Eigentlich kann ich das gar nicht so schnell kopieren und das scheint mir ziemlich unverschämt von dem, mich mit seinen Fachausdrücken vollzuzusetzen.“

Quelle: Hautzinger (1997)

Beilagen: 6d

Anweisung für die Beurteilung:

Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Vergleich mit anderen Intentionen:

Aggrenzung zu Intervention 301 („Bewusstmachen dysfunktionaler Gedanken“). Wie es der Name sagt, geht es beim Bewusstmachen dysfunktionaler Gedanken um das Aufdecken von „eigenen“ Gedanken, die die Veränderung dieser Kognitionen bewirken soll.

Aggrenzung zu Intervention 302.2 („Reframing“). Beim „Reframing“ wird eine Umdeutung einer Aussage ins Positive vorgenommen, bei der „Reattribution“ geht es um das Überprüfen des Wahrheitsgehaltes einer Aussage (Realisttesten).

302.2. Reframing / Neudefinieren eines Problems

Beispiele:

Nachdem der Patient sich selbst Vorwürfe macht, weil er einen Streit mit dem Partner begonnen hat, sagt der Therapeut: „dieses Verhalten wird auf eine neue Art formuliert, die es ermöglicht, die Situation in einem anderen Licht zu sehen.“

Quelle: CPRS (Trjpsburg, 2005)

Beispiele für Umdeutungen:

Problemspekte	Umgedeutet
angstlich	vorsichtig, sorgsam, phantastisch
aggressiv	explorativ, die eigene Stärke unterschätzend
eher einsidlich	sensibel
labil	dynamisch, mitschwingungsfähig
sicher	gradlinig, zielstrebig
verschlossen	zurückhaltend
nachgiebig	verständnisvoll

Quelle: Wusten (2004)

Vergleich mit anderen Intentionen:

Aggrenzung zu Intervention 302.3 („Neudefinieren / Reformulieren eines Problems“). Die Funktion dieser beim Reframing um ein meist ressourcenorientiertes Umdeuten eines Sachverhalts geht mit dem Ziel, dass der Patient ein Problem in einem positiveren Licht sehen kann.

303. Klären selbstrelevanter Schemata, konsistenztheoretische Interventionen

303.1. Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen

Definition:
Klären und aufdecken frühkindlicher Erfahrungen, welche zu Verletzungen und zur Entstehung von Vermeidungszielen führten. Erklärungsmodell für das Erleben und Verhalten des Patienten finden (das über ein symptom- oder problemspezifisches Erklärungsmodell hinausgeht).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zu Intervention 102.1 („Therapeutisches Erklärungsmodell / „Therapientheorie“): Bei dieser Intervention wird ein Erklärungsmodell für problembedingte störungspsychologische Erklärungsmodelle zurück (z. B. indem er ein Symptom einordnet) wohnigen der Therapeut bei der Intervention 303.1 („Frühkindliche Verletzungen und Entstehung von Vermeidungszielen“) weiterreichende Erklärungsmodelle für das Erleben und Verhalten des Patienten gibt (kann z. B. ein Inkongruenzmodell sein).

303.2. Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, Aufdecken motivationaler Ziele, Konflikte

Definition:
Der therapeutische Fokus ist auf die Wahrnehmung und bessere Befriedigung der Bedürfnisse des Patienten gerichtet. Motivationale Ziele und Konflikte des Patienten werden aufgedeckt und bearbeitet (z.B. Wünsche und Bedürfnisse in Beziehungen, Wunsch nach Nähe vs. Angst, Verluste zu werden).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Abgrenzung zu Intervention 401.1 („Beziehungsmuster, Beziehungsanalyse, Beziehung mit Störung in Verbindung bringen, interpersonale Konflikte“): Bei Intervention 401.1 geht es um das Aufdecken von Beziehungsmustern in realen Beziehungen. Der therapeutische Fokus liegt auf den interpersonellen Ablaufmustern. Bei der Intervention 303.2 („Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, motivationale Ziele, Konflikte“) liegt der Fokus auf den Schemata des Patienten (intrapersonaler Fokus), obwohl die Schemata häufig in Interaktion mit Mitmenschen aktiviert werden.

303.3. Vertiefende Bearbeitungsangebote

Definition:
Durch vertiefende Bearbeitungsangebote wird der Patienten veranlasst, affektive Schemata weiter zu explorieren. Es geht um die Vertiefung über den Punkt hinaus, an dem man ist, weiter zu fragen, die Bedeutung weiter zu klären. Vertiefende Fragen sind damit solche, die den Explorationsprozess des Patienten fördern sollen, die den Patienten veranlassen, im Sinne der Bearbeitungsangebote „tiefer“ zu arbeiten (z.B. von der Ebene der persönlichen Bedeutung zu weichen).
Quelle: Sacke (2003)

Näherungsbeschreibung:
Im Klärungsprozess wechseln sich vertiefende Bearbeitungsangebote mit Zusammenfassungen ab. Gelingende Klärung führt zu einer emotionalen Beteiligung des Patienten.

Skalen der Bearbeitungsstufen:

1. Keine Bearbeitung relevanter Inhalte erkennbar
2. Intellektualisierung
3. Bericht
4. Unvollständige Bewertung
5. Persönliche Bedeutung und Bewertung
6. Repräsentationsbildung
7. Integration

Quelle: Sacke (2003)

Explorationsfördernde Strategien und Interventionen:

Verstärkungen auf sich wirken lassen: „Bitte bleiben Sie bei dieser Vorstellung, lassen Sie die Situation auf sich wirken und fühlen Sie mal, was das bei Ihnen auslöst.“
Ziel: Aufheben der emotionalen Distanz. Der Patient soll das zur Situation passende affektive Schema aktivieren.

Am Gefühl halten: „Ich weiss, dass es sehr unangenehm für Sie ist, versuchen Sie trotzdem dabei zu bleiben. Was spüren Sie jetzt?“

Ziel: Negative Gefühle nicht vermeiden

Vertiefende Fragen: „Was löst diese Situation bei Ihnen aus? Was spüren Sie jetzt, wenn Sie daran denken? Was bedeutet Ärger für Sie?“

Ziel: Auf tiefere Bearbeitungsstufe kommen

Arbeit mit dem „Felt Sense“: Der Patient fühlt eine körperliche Empfindung, die mit der geschilderten Situation zusammenhängt (somatisierte affektive Empfindung): „Was fällt Ihnen zu diesem Druck ein? An was erinnert Sie diese Empfindung? Was bedeutet sie für Sie?“

Emotionsgeleitete Situationsdifferenzierung: „Bleiben Sie bei dieser Traurigkeit, Schauen Sie sich die Situation, die Sie traurig macht, genau an. Welcher Aspekt macht Sie am traurigsten? Welcher ist der schlimmste?“
Ziel: Identifikation des Kerns des Schemas.
Quelle: Staudter (2005)

Vergleich mit anderen Interventionen:

Abgrenzung zu Intervention 301.1 („Erkennen von automatischen Gedanken“) und Intervention 301.2 („Aufdecken von Denkelementen“): Im Gegensatz zu Interventionen, bei denen automatische negative Gedanken *kognitiv aufgedeckt* werden, erfolgt der Klärungsprozess sehr häufig über die Arbeit an Gefühlen oder an *körperlichen Empfindungen* („Felt Sense“). Bei der Klärung relevanter Schemata sind affektive Komponenten und „gefühlte Bedeutungen“, die wichtigsten Informationsquellen.
Abgrenzung zu interpersonellen Interventionen 401ff. („Eigene Beziehungsmuster, Auswirkung eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt, interpersonale Konflikte“): Bei der Klärung geht es um das Aufdecken individueller Schemata, deren Einfluss auf Beziehungen zeigen kann. Intervention 401ff. erfasst Störungen in interpersonellen Beziehungen.
Abgrenzung zu emotionsregulationsorientierter Intervention (500ff.). Bei diesen Interventionen geht es um den Umgang mit Gefühlen (Emotionsregulation). Bei der Intervention 303.3 (Vertiefende Bearbeitungsangebote) ist die Arbeit mit den Gefühlen eine Vorstufe der Klärung relevanter Schemata.

Anwanda für die Beurteilung:
Kognitive Interventionen werden dann codiert, wenn die automatischen Gedanken über die Kognitionen geklärt werden, klärende Interventionen (vertiefende Bearbeitungsangebote) dann, wenn die Vertiefung über das Gefühl erfolgt.

304. Veränderung / Umgang mit Vermeidungszielen und Konflikten / bessere Bedürfnisbefriedigung

304.1. Veränderung / Umgang mit Vermeidungszielen und Konflikten, Strategien zur bessere Bedürfnisbefriedigung

Definition:
Es wird an der Veränderung oder dem Umgang mit selbstrelevante Schemata, eigene Bedürfnisse, motivationale Ziele und Konflikte gearbeitet. Erarbeitung von Strategien der besseren Bedürfnisbefriedigung, Stärken der Anhaltungsziele, Abschwächen von Vermeidungszielen.
Der Therapeut bringt den Patienten dazu, sich dem Problem hinzuwenden, statt zu vermeiden und wegzuschauen („hinschauen, wo's weh tut“).

Vergleichen mit anderen Interventionen:
304.1. (Veränderung / Umgang mit Vermeidungszielen und Konflikten) wird am Umgang / Veränderung selbstrelevanten Schemata gearbeitet, während bei der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen die kognitive Umstrukturierung im Mittelpunkt steht.

304.2. Ein-Personen-Rollenspiel/ Zwei-Stuhl-Technik, Leere-Stuhl-Technik

Definition:
Ein-Personen-Rollenspiel: Dysfunktionale Schemata werden bearbeitet und umstrukturiert, indem der Patient in einem Ein-Personen-Rollenspiel seinen eigenen Therapeuten spielt.
Oder: **Zwei-Stuhl-Technik:** Mittels der Zwei-Stuhl-Technik hat der Patient die Gelegenheit, zwei Aspekte eines Problems zu betrachten. In der Zwei-Stuhl-Technik werden zwei Stühle in Dialog treten zu lassen. Ziel ist es, den Konflikt aufzulösen und die beiden Aspekte miteinander zu integrieren.
Oder: **Leere-Stuhl-Technik:** Mit dieser Intervention wird dem Patienten ermöglicht, Unerlebtes (z.B. nicht befriedigte Bedürfnisse) abzuschließen. Er tritt dabei mit dem leeren Stuhl (welcher eine bestimmte Person, z.B. die verstorbene Mutter symbolisiert) in Dialog.

Beispiel:
Patient: „Ich weiss, dass ich gut wäre, wenn ich so wäre, wie ihr mich haben mochtet. Aber ich bin nicht gut. Ich bin einfach ich.“
Therapeut: „Ja.. Okay, kommen Sie hier herüber. Sagen Sie ihr: „Du sollst gut sein. Du sollst...“ Wie hat sie versucht, Sie zu formen. Stimma sinkt, ruhiger). „Mutter hat oft auf diese drohliche, nette Art Dinge gesagt wie: „Was ist denn in dir an, dem herzerliebsten kleinen Kind mit dem Grubchen auf der Wange geworden, das früher hier geliebt hat und das so gut war?“
Therapeut: „Aha. Sagen Sie das.“
Patient: „Was ist bloss aus dem herzerliebsten kleinen Kind mit dem Grubchen auf der Wange geworden, das früher hier geliebt hat und das so gut war?“
Therapeut: „Genau. Selen Sie diese Erwartungen. Sagen Sie ihr, wie sie sein sollte. Welche zentralen Botschaften darüber, wie Sie sein oder nicht sein sollte, sind darin enthalten...?“
Patient: „Sie sollte auf keinen Fall irgendwas in Unordnung bringen. Sie sollte sich hüten, die Familie in Unruhe zu bringen.“
Therapeut: „Du solltest hier nichts durcheinander bringen.“
Patient: „Kommen Sie das auf eine bestimmte Situation beziehen? Was sollte sie in der Familie nicht in Unordnung bringen? Sagen Sie es ihr.“
Patient: „Das ist eine lange Liste. Ich erinnere mich, dass mir gesagt wurde: Warum kannst du dich nur nicht in diese Familie einpassen? Mach nicht so viel Lärm, du bist zu anders als wir, sei wie wir (schnelle). Sei liebevoll, sei grosszügig, tue Gutes, geh in die Welt, opfere dich auf, kümmere dich um andere Menschen (langsame). Sei offen und der Welt gegenüber freigiebig.“
Therapeut: „Oh, sagen Sie das noch einmal.“
Patient: „Ich bin nicht so gut wie ich sein sollte. Ich bin nicht so gut wie ich sein sollte.“
Therapeut: „Stimmt. Sagen Sie es ihr. Ich höre sie sagen, Sie sollten offen sein und der Welt etwas geben.“
Patient: „Du sollst... .. samt ... und nett sein (seufzt) und tapfer (mit brechender Stimme) und klug... und ... offen und liebevoll.“
Therapeut: „Genau. Sie sollten liebevoll sein.“
Patient: „Du sollst liebevoll sein (zieht die Nase hoch), und du sollst tapfer sein“ (tiefer Atemzug)
Therapeut: „Genau... Das sind doch die beiden entscheidenden Punkte: Liebevoll und tapfer. Sagen Sie das noch einmal.“
Patient: „Du sollst liebevoll sein und du sollst tapfer sein“ (tiefer Atemzug).
Therapeut: „Ich höre sie sagen, Sie sollten offen sein und der Welt etwas geben.“
Patient: „Ja... und ich kann es nicht.“ (Schluckt)
Therapeut: „Himm. Bleiben Sie bei diesem Gefühl.“

Patient: „Ich kann es einfach nicht (schluckt). Und ich will es nicht.“
Therapeut: „Sagen Sie das noch einmal.“
Patient: „Ich will nicht.“
Therapeut: „Gut, noch einmal.“
Patient: (tief, langsamer und mit Nachdruck) „Ich will nicht.“
Therapeut: „Ich will nicht.“
Patient: „Ich will einfach ich selber sein. Ich will meine Wege gehen, tun, was ich tue und es gut machen.“
Therapeut: „Himm. Ich möchte, dass man mir erlaubt, ich zu sein und meine Talente zu entwickeln.“
Patient: „Ja, genau.“

Therapeut: „Wechseln Sie zu dem, was Ihre Mutter sagt.“
Patient: „Es ist nicht gut, egoistisch zu sein. Es geht nicht darum, dass du nicht du selbst sein sollst, aber es ist auch wichtig, anderen etwas zu geben. Sei nicht nur für dich da, gib auch etwas von dir.“
Therapeut: „Wechseln Sie.“
Patient: „Ich will mich nicht aufgeben! Ich will etwas geben, aber ich will mich selbst nicht völlig aufgeben!“
Quelle: Greenberg, Rice & Elliott (2003)

Anweisung für die Beurteilung:
Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).

Beilage:
Beilage 7
Beilage 11
Beilage 12

300. Kognitive Arbeit / Klärung NNB

300.0. Kognitive Arbeit / Klärung NNB

Definition:
Arbeit an kognitiven Themen, welche keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden konnten.
Beispiel:
Suche nach der „Nadel im Heuhaufen“ (keine Zielorientierung erkennbar).

399. Prozessunterstützende Interventionen passiv

399.0. Interventionen lauten lassen, „aktive Passivität“

Definition:
Der Therapeut lässt eine vorangehend initiierte Intervention laufen. Er kann sie dabei nonverbal unterstützen (Gülten, ungeschickten, Nicken, Zuhören, Interesse signalisieren).
Vergleichen mit anderen Interventionen:
Im Unterschied zu allen anderen Interventionen ist bei dieser Intervention ausschliesslich der Patient aktiv.

400. Interpersonale Zusammenhänge

401. Eigene Beziehungsmuster, Auswirkungen eigenen Verhaltensweisen auf die Umwelt, Interpersonale Konflikte
401.1. Derzeitige und vergangene Beziehungen explorieren (Beziehungsanalyse), Aufdecken von Beziehungsmustern, Beziehung mit Störung in Verbindung bringen, Interpersonale Konflikte

Definition:
 In der Beziehungsanalyse werden aktuelle und vergangene Beziehungen analysiert (z.B. Klären der Erwartungen des Patienten und seines Partner / seine Partnerin, Exploration befriedigender und unbefriedigender Aspekte in einer Beziehung).
 Oder: Aufdecken und Benennen wiederkehrender, für den Patienten relevante Beziehungsmuster (evtl. werden Parallelen zwischen verschiedenen Beziehungen aufgezeigt).
 Oder: Interpersonale Ablaufmuster mit der Störung in Beziehung bringen.
 Oder: Interpersonale Konflikte und Auseinandersetzungen mit Partnern, Kindern, anderen Familienmitgliedern, Freunden, Kollegen, Verwandten, usw. verdeutlichen, worin sie dem Patienten schaden, welche Symptome, können zu dem öffnen oder verdecken Konflikt in Beziehung gesetzt werden. Veränderungsmöglichkeiten können geklärt werden.

Nähere Umschreibung:
 Bei dieser Intervention geht es um das Aufdecken von Mustern in realen Beziehungen, nicht um gewünschte /maginäre oder angestrebte Beziehungen.

Beispiel:
 Therapeut: „Mir fällt auf, dass Sie sowohl in dieser, wie auch in der letzten Beziehung die Wünsche Ihres Partners nicht erfüllt haben. Können Sie mir erzählen, was Sie dazu gemacht haben?“
 Therapeut: „Ihre Reaktion auf X erinnert mich stark an die Reaktion, die Sie in einer ähnlichen Situation mit Y gezeigt haben.“
 Quelle: CPIS (Triburg, 2005)

Therapeut: „Was musste sich ändern, damit Sie in der Beziehung zufriedener wurden? Was würden Sie sich von Ihrem Partner wünschen?“
Therapeut: „Wie reagiert Ihr Partner, wenn Sie ihm das sagen? Und wie reagieren Sie auf seine Antwort?“
Therapeut: „Als Sie erfahren, dass Ihr Mann ein Verhältnis hat, war das die Zeit in der Sie anfangen, sich niederschlagen zu fühlen?“
Therapeut: „Was hat sich im zwischenmenschlichen Bereich verändert, als Ihre Symptome begannen?“
 Quelle: Schramm (1998)

Beilagen:
 Beilage 8e, 8f
Anweisung für die Beurteilung:
 Nicht die Ebene der Definition müssen vorhanden sein (vgl. oder).

Diese Intervention wird dann vergeben, wenn die Auseinandersetzung mit der realen Interpersonale Umwelt im Vordergrund steht. Liegt der therapeutische Fokus hauptsächlich auf der Analyse eigener Schemata, welche die interpersonale Schwierigkeiten verursachen, wird eine Intervention von 303 (Klären selbstrelevanter Schemata, konsistenttheoretische Interventionen) vergeben.

In Beziehungsanalysen können auch Gefühle, Gedanken, eigene Reaktionsweisen und die Sichtweise anderer geklärt werden.

Vergleich mit anderen Interventionen:
 Abgrenzung zu Interventionen 303ff. (Klären selbstrelevanter Schemata, konsistenttheoretische Interventionen); vgl. Anweisung für die Beurteilung

401.2. Erkennen der Auswirkung eigener Verhaltensweisen auf die Umwelt

Definition:
 Der Patient lernt durch die genaue Analyse von konkreten Situationen, wie sein Verhalten auf andere wirkt und wie er sein Verhalten modifizieren kann, um andere interpersonale Reaktionen zu erzielen.

Beispiel:
 Patient: „Heute kam der Photograph in unsere Firma. Er hat alle Leute gefragt, ob er sie fotografieren soll. Nur mich hat er nie gefragt.“
 Therapeut: „Was haben Sie getan?“
 Patient: „Das Foto hat Fred und Judy gemacht. Ihre Fotos erschienen in jedem Firmemagazin. Nur ich werde immer übersehen. Niemand denkt jemals daran, mich auch einzubeziehen.“
 Therapeut: „Haben Sie irgendetwas darüber erwähnt, dass Sie auch gerne fotografiert werden möchten?“
 Patient: „Die Menschen sind wirklich rücksichtslos. Sie denken nie daran, was ich möchte oder daran, was ich brauche.“
 Therapeut: „Haben Sie dem irgendetwem gegenüber erwähnt, was Sie gerne möchten?“
 Patient: „Wie auch immer. Ich finde, die anderen sollten rücksichtsvoller sein. Warum sollte man immer alle bitten, nett und aufmerksam zu sein? Aber eben. Ich bin kindisch. Das alles ist ja gar nicht so wichtig.“

Nach diesem Gespräch untersuchen Patient und Therapeut ganz genau, wie die Situation verlaufen ist, was die Intention des Patienten in der Situation war, was der Patient in der Situation genau getan hat, was genau das **aktuelle Resultat** der Situation war, was das **gewünschte Resultat** der Situation gewesen wäre und warum der Patient nicht das bekommen hat, was er sich gewünscht hätte.
 Quelle: CBASP (McCullough, 2000)

Vergleich mit anderen Interventionen:
Adaptierung zu Intervention 201.5. (Verhaltensanalyse / Situationsanalyse): Bei der Verhaltensanalyse / Situationsanalyse werden auslösende Faktoren (Gedanken, Verhaltensweisen, situative Faktoren) beobachtet, welche zu einem bestimmten Problemverhalten (z.B. Aggression) führen. Diese Faktoren werden analysiert, um die Verhaltensweisen und Interpretationen des Patienten, welche im Umgang mit Menschen zu einem für den Patienten ungünstigen Resultat führen. Ziel dieser Intervention ist es, dass der Patient lernt, dass er durch verändertes Verhalten in Interaktionen andere (und für ihn positivere) Erfahrungen machen kann. Der Patient macht positive Kontrollerfahrungen, weil er lernt, seinen Anteil an ungünstigen Interaktionen zu erkennen und zu verändern.

Beilagen:
 Beilage 8

401.3. Bewältigen von Beziehungsproblemen

Definition:
 Der therapeutische Fokus liegt auf der Veränderung der Beziehungsprobleme (in der Partnerschaft, mit Kindern, Kollegen). Es wird nach konkreten Lösungen für Beziehungsprobleme gesucht.

Nähere Umschreibung:
 Diese Intervention kommt häufig im Zusammenhang mit Partnerschaftsproblemen vor. Folgt oft auf die Beziehungsanalyse oder auf die Analyse interpersoneller Konflikte.

Beispiel:
 Eine Patientin schildert, dass ihr Mann zu wenig Zeit für sie und die Kinder hat.
 Therapeut: „Was haben Sie schon unternommen, um das zu ändern?“
 Eine Patientin schildert, dass ihre Kinder zu wenig im Haushalt helfen. Der Therapeut schlägt das „Kredentravensystem“ vor: Für jede halbe Stunde, die sie im Haushalt helfen, dürfen sie eine halbe Stunde lang TV schauen.
 Ein Patient schildert einen Konflikt mit einem Arbeitskollegen. Therapeut: „In einer idealen Welt, wie würde das ausgehen mit X? Wie würden Sie sich verhalten? Können Sie sich vorstellen, das einmal auszuprobieren?“
 Therapeut: „Eine Möglichkeit wäre beispielsweise, Ihrem Mann Ihre Wünsche darzulegen und mit ihm gemeinsam anzuschauen, wie die Umsetzung erfolgen könnte. Sie könnten dann gemeinsam an Lösungen arbeiten, die für beide stimmen.“

402. Zwischenmenschliche Fertigkeiten

402.1. Training sozialer Kompetenzen

Definition:
Der Patient lernt, persönliche Wünsche und Ansprüche in der sozialen Welt angemessen durchzusetzen. Dazu muss er einerseits lernen, eigenen Wünsche zu erkennen, benennen und zu akzeptieren, als auch die Bedürfnisse der Sozialpartner wahrzunehmen, anzuerkennen und in die Handlungsplanung einzubeziehen.

Nähere Umschreibung:
- Erlernen sozialer Kompetenzen:
- Rechtliche soziale Kompetenzen:
Rechtliche soziale Kompetenzen
Rechtliche soziale Kompetenzen
Um Sympathie werben, Kontakte herstellen
Spezifische Bereiche (z.B. Versuchssituationen bei Suchtpatienten, berufliche Anforderungen, Gruppersituationen)

Mögliche Techniken: Rollenspiel, Verhaltensübung, Kommunikationstraining
Anpassung für die Bewertung:
Erfolgsfaktoren sind auch soziale Fertigkeiten im partnerschaftlichen Bereich (Kommunikationstraining, Konfliktlösung)

Verdicht mit anderen Literaturstellen:
Abgrenzung zu Intervention 501.1 („Wahrnehmen, Annehmen von Gefühlen“): Bei dieser Intervention geht es um den intrapsychischen Aspekt von Gefühlen. Beim Training sozialer Kompetenzen spielt die adäquate Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle auch eine Rolle, sie bezieht sich jedoch auf den *interpersonalen* Bereich. Das Training sozialer Kompetenzen mündet zudem in ein bewältigungsorientiertes Vorgehen, während bei der Intervention 501.1 („Wahrnehmen und Annehmen von Gefühlen“) der Aspekt der Akzeptanz stärker betont wird.

Beilagen:
- Beilage 8a, 8b

402.2. Kommunikationstraining

Definition:
Störungen in der (häufig partnerschaftlichen) Kommunikation werden aufgedeckt und verbessert, mit dem Ziel negative Interaktionen mit dem Partner zu verbessern.

Nähere Umschreibung:
- Erlernen partnerschaftlichen Kommunikationstrainings:
- Aktives Zuhören
- Rückfragen, Informationssuche
- Paraphrasieren
Gefühle des Gegenübers ansprechen
Verstärkung des positiven Verhaltens des Gegenübers
Ohne Vorwürfe und Kritik Störungen anmelden
Konflikte besprechen
Kompromisse suchen und herausarbeiten
Lieber Interaktionen abbrechen als es zur Eskalation kommen lassen
Beilagen:
- Beilage 8c, 8d

403. Rollenwechsel / Lebensübergänge / Trauer

403.1. Umgang mit Rollenwechsel / Lebensübergängen

Definition:
Der Umgang mit einem Rollenwechsel wird thematisiert (Abschied nehmen von einer alten Rolle, Herausforderungen und Schwierigkeiten mit einer neuen Rolle). Lebensübergänge und Umgang mit unterschiedlichen Schwierigkeiten.

Nähere Umschreibung:
Rollenwechsel treten häufig bei Lebensübergängen auf (Auszug aus dem Elternhaus, Heirat, Geburt eines Kindes, Verlust des Partners, Pensionierung)

403.2. Abnormer Trauer

Definition:
Umgang mit abnormer Trauer (verzögerte oder verzerrte Trauer). Das Ziel der Intervention ist es, den verzögerten Trauerprozess zu fördern und dem Patienten zu helfen, den Verlust auszugleichen (durch Fördern von Interessen oder Beziehungen).

Beispiel:
„Erzählen Sie mir bitte über die verstorbene Person. Was war sie für ein Mensch? Was haben Sie zusammengelebt? Wie haben Sie den Namen haben sie von der Krankheit erfahren? Können Sie dies näher beschreiben? Wie ging es Ihnen dabei?“
oder (Typische Fragen beim Ausgleich des Verlustes): „Wie gestaltet sich Ihr Leben im Moment? Haben Sie versucht, den Verlust auszugleichen? Wer sind Ihre Freunde?“
Quelle: Schramm (1998)

Beilagen:
- Beilage 9

404. Einsatz der Therapiebeziehung

404.1. Die Therapiebeziehung nutzen, um eigene interpersonale Reaktionen zu erklären

Definition:
Exploration oder Thematisierung der Gedanken, Gefühle und Reaktionen des Patienten in Bezug auf den Therapieprozess.
Oder: Das Aufzeigen von interpersonellen Reaktionsweisen des Patienten am Beispiel der Therapiebeziehung.

Beispiel:
- Therapeut (Bsp. für die Exploration von Gefühlen, welche der Therapeut beim Patienten auslöst): Sie sagen, dass Sie alle Männer verachten. Ich bin ein Mann. Heißt das, dass Sie mich auch verachten?
- Was löst es bei Ihnen für ein Gefühl aus, wenn ich Ihnen das sage?
- Therapeut (Bsp. für das Aufzeigen interpersoneller Reaktionen des Patienten am Beispiel der Interaktion zum Therapeuten): Der Therapeut stellt eine Frage und der Patient reagiert darauf sehr unwirsch. Therapeut: „Reagieren Sie manchmal auf andere auch so, wie Sie gerade auf mich reagiert haben?“
Anweisung für die Beurteilung:
Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“)

404.2. Die therapeutische Beziehung als Vorbild / Modell benutzen (Rollenspiel)

Definition:
Der Therapeut setzt ein Rollenspiel ein, um deutlich zu machen, wie er auf eine vom Patienten geschilderte interpersonelle Beziehung reagieren würde. Er übernimmt im Rollenspiel die Position des Patienten.

Beispiel:
Der Patient erzählt, wie er sich über eine andere Person geärgert hat. Der Therapeut nimmt dabei einen abschätzigen Tonfall beim Patienten wahr und fragt sich, ob dies dem Patienten bewusst sei. Der Therapeut entscheidet sich für ein Rollenspiel nachzuschneiden, indem er, der Therapeut die Patientenrolle übernimmt und der Patient die andere Person spielt.
Nach dem Rollenspiel wird die Situation besprochen. Der Patient meint, dass der Therapeut sehr arrogant gewirkt habe. Daraufhin fragt der Therapeut, ob der Patient möglicherweise auch so arrogant reagiert haben könnte.
Quelle: CPRS (Trisburg, 2005)

400. Interpersonelle Zusammenhänge NNB

400.0. Interpersonelle Zusammenhänge NNB

Definition:
Der Fokus der Intervention ist auf ein interpersonelles Thema gerichtet, welches keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden konnte.

499. Prozessunterstützende Interventionen passiv

499.0. Interventionen laufen lassen, „aktive Passivität“

Definition:
Der Therapeut lässt eine vorangehend initiierte Intervention laufen. Er kann sie dabei nonverbal unterstützen (Gutverurteilungen, Nicken, Zuhören, Interesse signalisieren).

Vergleich mit anderen Interventionen:

Im Unterschied zu allen anderen Interventionen ist bei dieser Intervention ausschließlich der Patient aktiv.

500. Emotionsregulation

501. Aufdecken und Ausdrücken von Gefühlen

501.1. Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen

Definition:
Der Therapeut unterstützt den Patienten darin, unterdrückte oder bis dahin nicht bewusste Gefühle wahrzunehmen, zuzulassen und auszudrücken.
Oder: Das direkte Benennen von Gefühlen, welche in der Sitzung aufzukommen scheinen, jedoch vom Patienten nicht geäußert werden (Gefühle, weil sie für den Patienten falsch, unangenehm oder gefährlich sind). Häufig vorkommende Gefühle sind Hass, Neid, Scham, sexuelle Erregung oder Schuldgefühle.

Nähere Unterscheidung:
Diese Intervention kann sich auf unbewusste Gefühle beziehen oder auf solche, die dem Patienten bewusst sind aber nicht geäußert wurden.
Die Intervention erfolgt nicht im Kontext eines Klärungsprozesses.

Beispiel:
Therapeut: „Was Sie von Ihrem Chef erzählen, hört sich recht sachlich an. Ich frage mich, wie es Ihnen geht und was Sie fühlen, wenn Sie so von Ihrem Chef behandelt werden.“
Therapeut: „Ihre Freundin hat Sie für immer verlassen, ohne dass Sie damit gerechnet haben?“
Patient: „Ja, ihr Freund hat mich schon ein paar Probleme, aber ich habe nie damit gerechnet, dass sie mich deswegen verlässt.“
Therapeut: „Was haben Sie getan, seit Sie Ihre Freundin verlassen hat?“
Patient: „Gearbeitet. Ich habe bewusst viel gearbeitet, damit ich nicht daran denken muss und um nicht trauern zu sein.“

Therapeut: „Sie haben also bewusst viel gearbeitet, um nicht nachdenken zu müssen und zu merken, wie traurig Sie sind. Denken Sie nicht auch, dass es hilfreich sein könnte, die Trauer zuzulassen?“
Quelle: CPRS (Trisburg, 2005)

Vergleich mit anderen Interventionen:
Interpersonelle Interventionen (503.1. „Annehmen von Gefühlen / Achtsamkeit“): Bei der Intervention „Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen“ liegt der Fokus auf dem Wahrnehmen und dem Ausdruck der Gefühle, wohingegen es bei der Intervention „Annehmen von Gefühlen / Achtsamkeit“ um die nicht wertende Akzeptanz der Gefühle geht.

Unterschied zu Intervention 303.3. („Vertiefende Bearbeitungsangebote“): Bei der Intervention 501.1. („Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen“) steht der Ausdruck eines Gefühls im Vordergrund. Im Unterschied dazu ist bei der Intervention 303.3. („Vertiefende Bearbeitungsangebote“) das Gefühl „Mittel zum Zweck“. Es ist eine wichtige Informationsquelle bei der Bearbeitung relevanter Schemata.

Anweisung für die Beurteilung:
Nicht alle Elemente der Definition müssen vorhanden sein (vgl. „oder“).
Diese Intervention wird auch dann codiert, wenn der Therapeut dem Patienten hilft, unbewusste Gefühle überhaupt wahrzunehmen.
Die Intervention wird nicht geratet, wenn sie im Kontext eines Klärungsprozesses erfolgt

502. Umgang mit Gefühlen

502.1. Skills im Umgang mit Gefühlen

Definition:
Der Patient erlernt Skills für die Emotionsregulation. Die neu erworbenen Fertigkeiten helfen ihm, besser mit seinen Gefühlen und damit verbundenen Schwierigkeiten und Belastungen umzugehen.

Nähere Umschreibung:
Es werden verschiedene Arten von Skills unterschieden:
- kognitive Skills (z.B. Selbstinstruktion)
- physiologische / motorische Skills (z.B. Atem- und Entspannungstechniken)
- handlungsbezogene Skills (Spazieren, Abwaschen, Aufräumen)
- sensorische Skills (Tabasco, Pfefferkörner, Ammoniak, Eiswürfel)

Anwandsatz für die Beurteilung:
Vor- und Nachbesprechen der Skills wird unter Intervention 101.1. („Vorgehen innerhalb der Sitzung / Planen“) eingeschätzt.

503. Akzeptanz von Gefühlen

503.1. Annehmen von Gefühlen / Achtsamkeit

Definition:
Achtsamkeit beschreibt eine Grundhaltung grösstmöglicher positiv gefärbter Aufmerksamkeit auf sich selbst in Bezug auf alle gegenwärtigen Erfahrungen, Erlebnisse und Körperempfindungen. Der Patient lernt, eigene Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen wahrzunehmen ohne sie zu bewerten und diese zu akzeptieren.

Nähere Umschreibung:
Häufig werden fernöstliche Techniken wie Meditation, Techniken der bewussten Achtsamkeitstraining, nicht-wertende Haltung im Hier und im Jetzt etc. angewendet.

503.2. Validierung von Gefühlen

Definition:
Der Therapeut bestätigt dem Patienten, dass bestimmte Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen (auf dem Hintergrund seiner Störung) vollkommen verstehbar und vielleicht auch sinnvoll sind. Aktive Akzeptanz des Patienten.

Nähere Umschreibung:
Der Therapeut bemerkt sich, dem Patienten das Gefühl zu geben, verstanden zu werden und ihn in seinem Erleben und in seinen Gefühlen zu bestätigen.

Vergleich mit anderen Interventionsarten:
Anpassung zu Intervention 103.1. („Bestätigung / Sicherheit / Beruhigung / Empathie“): Intervention 503.2. unterscheidet sich durch die aktive Validierung des Patienten. Bei Intervention 103.1. („Bestätigung / Sicherheit / Beruhigung / Empathie“) kann passiver erfolgen und bezieht sich auf mehr als nur auf die Gefühle des Patienten.

500. Emotionsregulation NNB

500.0. Emotionsregulation

Definition:
Der Fokus der Sequenz ist auf die Arbeit mit oder an Gefühlen gerichtet, aber lässt sich keiner der oberen Kategorien zuordnen.

599. Prozessunterstützende Interventionen passiv

599.0. Interventionen laufen lassen, „aktive Passivität“

Definition:
Der Therapeut lässt eine vorangehend initiierte Intervention laufen. Er kann sie dabei nonverbal unterstützen (Quittungsbotschaften, Nicken, Zuhören, Interesse signalisieren).

Vergleich mit anderen Interventionen:
Im Unterschied zu allen anderen Interventionen ist bei dieser Intervention ausschliesslich der Patient aktiv.

Literatur:

- Depressives Erleben:**
Beck, Ruch, Shaw & Emery (1986): Kognitive Therapie der Depression (3. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union
Hautzinger, M. (1997): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz Verlag.
Hautzinger, M. (1998): Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag
Fava, G. (1999): Well-Being Therapy. Conceptual Technical Issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Galin, Gortner & Prince (1996) A Component Analysis of Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 295-304.
McCullough, J. (2000): *Manual for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford
McCullough, J. (2001): Skills Training Manual for Diagnosing and Treating Chronic Depression. *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
McCullough, J. (2003): Treatment for Chronic Depression Using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59 (8), 833-846.
Schramm, E. (1998): *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag
Voth, A. (2003) Kognitive Interventionsmethoden. Unveröffentlichtes Skript.
Wiken, B. (1998): Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
Young, E. (1998): Beck & Hautzinger (1979): Kompetenz-Checkliste zur Beurteilung kognitiver Therapeuten
- Angste:**
Becker & Margraf (2002). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz Verlag.
Eimmelkamp, P., Bounan, T. & Scholing, A. (1998): Angst, Proben und Zwang. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
Foa, E.B., Rothbaum, B.O. & Mearner, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.107-122). Band 2. Berlin, Springer.
Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Mearner, A., Keane, R.G. (1999). Sozialphobie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 43-60). Band 2. Berlin, Springer.
Margraf, J. & Schneider, S. (1990). Panik, Angststörung und ihre Behandlung. Berlin: Springer Verlag.
Margraf, J. & Schneider, S. (1999). Paniksyndrom und Agoraphobie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.1-28). Band 2. Berlin, Springer.
Ost, L.-G. (1999): Spezifische Phobien. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 29-42). Band 2. Berlin: Springer.
Rödel, S., Margraf, J., El Frakly, A. & Schneider, S. (1996): Lässt sich quantitativ fassen, was Therapeuten in Therapiestudien tun? *Verhaltenstherapie*, 6, 135-141.
Schneider, S., Margraf, J., & Roth, K. (1999). Zwangsstörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.61-86). Band 2. Berlin, Springer.
Schneider, S. & Margraf, J. (1998): Agoraphobie und Panikstörung. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
Turowsky, J. & Barlow, D.H. (1999). Generalisiertes Angstsyndrom. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.87-106). Band 2. Berlin, Springer.
- Selbstbehauptung und Abgrenzung:**
Margraf, J. (1999): *Sozialkompetenz: Die Entwicklung sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz Verlag.
Pingenst, U. (1999). *Training sozialer Kompetenzen*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.473-481). Band 1. Berlin, Springer.
Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.). (1999). *Soziale Kompetenz – Soziale Probleme, Anwendungsfelder*. Entwicklungslinien Erfolgsaspekten. Baltmannswiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
Margraf, J. & Rudolf, K. (1999). Angst in sozialen Situationen. Das Konzept der sozialen Probleme. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz – Soziale Probleme, Anwendungsfelder*. Entwicklungslinien Erfolgsaspekten (S. 2-24). Baltmannswiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
Mehl, J. (1999). Soziale Kompetenz als Therapielernziel. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz – Soziale Probleme, Anwendungsfelder*. Entwicklungslinien Erfolgsaspekten (S. 25-39). Baltmannswiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
Stangler, U. & Heidenreich, Th. (1999). Die soziale Phobie aus kognitiv-behavioraler Perspektive. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz – Soziale Probleme, Anwendungsfelder*. Entwicklungslinien Erfolgsaspekten (S. 40-60). Baltmannswiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
Stangler, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). Soziale Probleme. Weinheim: Beltz Verlag.
Ulrich, R. & Ulrich de Mynck, R. (1999). Selbstwertstörung und soziale Phobie – 25 Jahre Assentivens-Training-Programm (ATP) Therapie. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz – Soziale Probleme, Anwendungsfelder*. Entwicklungslinien Erfolgsaspekten (S. 99-128). Baltmannswiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Selbstvertrauen, Selbstwert und Akzeptanz eigener Schwächen / Kontakt, Nähe, Austausch**
Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnose-therapie. Göttingen: Hogrefe.
Maercker, A. (1999). Entspannungsverfahren. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 397-404). Band 1. Berlin, Springer.
Pöschel-Koschke, F. & Jacob, B. (2003). Selbstwertbildung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
Sachse, R. & Takens, R. J. (2004). Klärungsprozess in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
Staufner, B. (2005). Klärungsorientierte desaprifizierung und klärungsfördernde Therapieetappen. Erkennen, Explizieren und Verändern von zentralen Motivstrukturen im Psychotherapieprozess. Unveröffentlichtes Seminarunterlagen.
Tomms, S. (2002). *Entspannung, Suggestion, Hypnose*. Heidelberg: Asanger Verlag.
Reinverstorff, D. (1999). *Klinische Hypnose*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 427-446). Band 1. Berlin, Springer.
- Emotionsregulation**
Compton, K.A., Cochran, B.N. & Linehan, M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg, O., Ditz, B. & Sachse, U. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
Greenberg, L., Rice, L. & Elliott, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer erlebnisorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann.
Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.; Appelbaum, A. H & Smith, T. (1993). A method for analyzing therapist interventions in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2 (1), 15-19.
Lammers, C.-H. & Stolmayr, Ch. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 247-294). Tübingen: dgvt Verlag.
Lehner, F. (2005). DBT: Einführung und Skills. Unveröffentlichtes Seminarunterlagen.
Lehner, F. (2005). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders. New York: The Guilford Press.
Mebert, P., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2004). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 295-329). Tübingen: dgvt Verlag.
Michalak, J. & Heidenreich, T. (2004). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 193-246). Tübingen: dgvt Verlag.
Walach, H., Buchheit, N., Bütemüller, V., Kleinkecht, N., Groszmann, P. & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit – Die Konstruktion des Freiburg-Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 727-770). Tübingen: dgvt Verlag.
Smith, E. (2004). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion als therapeutische Wirkfaktor. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 457-510). Tübingen: dgvt Verlag.
Zipp, HJ. (2004). *Kompaktere Trauer*. Göttingen: Hogrefe.
- Problemlösefertigkeit:**
Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
Kanning, U. (2000). *Selbstwertmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
Linden, M. & Hautzinger, M. (1981). *Psychotherapie-Manual*. Sammlung psychotherapeutischer Techniken und Einzelverfahren. Berlin: Springer Verlag.
Linden, M. (1999). *Sozialkompetenz*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.555-584). Band 1. Berlin, Springer.
Reinbeck, H. (2000). *Selbstmanagement*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.525-540). Band 2. Berlin, Springer.
Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
Sachse, R. & Takens, R. J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
Tuschen, B. (1999). *Problemanalyse*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.291-299). Band 2. Berlin, Springer.
Wästen, G. (2004). *Praxisanleitung zur Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Unveröffentlichtes Manual. Bern: Unversteht Bern.
- Ratingsmanu:**
Rijsdijk, R.W. (2005). *CRIS. Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scale*. (Dutch Version). Universit Rotterdam: Unveröffentlichtes Manual.

WHEN WITH THE THERAPIST, THE CLIENT ...

- _____ 01. is quick to take charge of the conversation or discussion, or to offer suggestions about what needs to be done
- _____ 02. is receptive and cooperative to the therapist's requests, directions, appeals, or wishes; or is quick to assist or work together with the therapist
- _____ 03. waits for or follows the therapist's lead regarding topics or issues to discuss, directions or actions to pursue
- _____ 04. is quick to resist, not cooperate, or refuse to comply with the therapist's requests, directions, appeals, or wishes
- _____ 05. dominates the flow of conversation or changes the topic, or interrupts and "talks down" the therapist
- _____ 06. inconveniences self or sacrifices to contribute, help, assist, or work cooperatively with the therapist
- _____ 07. finds it almost impossible to take the lead, or to initiate or change the topic of discussion
- _____ 08. is openly antagonistic, oppositional, or obstructive to the therapist's statements, suggestions, or purposes
- _____ 09. expresses firm, strong personal preferences; or stands up for own opinions or positions
- _____ 10. expresses appreciation, delight, or satisfaction about the therapist, their situation, or their task
- _____ 11. claims s/he doesn't have an opinion, preference, or position, or that "it doesn't matter," "whatever you want," "I don't know," etc.
- _____ 12. grumbles, gripes, nags, or complains about the therapist, their situation, or their task

WHEN WITH THE THERAPIST, THE CLIENT ...

13. states preferences, opinions, or positions in a dogmatic or unyielding manner
14. seems always to agree with or accommodate the therapist; or seems impossible to rile
15. expresses own preferences hesitantly or weakly; or yields easily to the therapist's viewpoints; or backs down quickly when the therapist questions or disagrees
16. argumentatively challenges or refutes the therapist's statements or suggestions; or "tells the therapist off," "lets the therapist have it" when disagrees
17. seizes opportunities to instruct or explain things, or to give advice
18. is attentive to, considerate or solicitous of the therapist's feelings, or sensitive to pressures or stresses in the therapist's life
19. is quick to agree with the therapist's opinions or to comply with the therapist's directions or preferences
20. ignores, overlooks, or is inconsiderate of the therapist's feelings; or disregards pressures or stresses in the therapist's life
21. overwhelms or "steamrolls" the therapist by his/her arguments, positions, preferences, or actions
22. makes unconditionally supportive, encouraging, endorsing, comforting, or bolstering comments to the therapist
23. seems unable to assert what s/he wants, or to stand up to the therapist, or to take any opposing position
24. swears at the therapist; or makes abusing, disparaging, damaging, or crude comments to the therapist

Scoring Sheet
 CHECK LIST OF PSYCHOTHERAPY TRANSACTIONS-REVISED
 SHORT-FORM
 Donald J. Kiesler, Ph.D

Transfer the check marks from a particular protocol onto this sheet by checking the corresponding item numbers listed below. Arrive at a sum score for each of the 4 interpersonal categories by summing across each row. Give point to each check falling in columns 1, 3, and 5; give 2 points to each check falling in columns 2, 4, and 6.

EXAMPLE

01. X 05. _____ 09. X 13. _____ 17. X 21. X = A:DOM _____
 1 + 0 + 1 + 0 + 1 + 2 = A:DOM = 5

1 + 2 + 1 + 2 + 1 + 2 = TOTAL

01. _____ 05. _____ 09. _____ 13. _____ 17. _____ 21. _____ = A:DOM _____

02. _____ 06. _____ 10. _____ 14. _____ 18. _____ 22. _____ = M:FRI _____

03. _____ 07. _____ 11. _____ 15. _____ 19. _____ 23. _____ = I:SUB _____

04. _____ 08. _____ 12. _____ 16. _____ 20. _____ 24. _____ = E:HOS _____

Rater _____

Ratee _____

M F Age _____ Date: _____

M F Age _____

CALCULATING DYADIC COMPLEMENTARITY SCORES USING THE FOUR OCTANT, BRIEF VERSION OF THE CLOIT-R OR CLOPT-R

Donald J. Kiesler, James A. Schmidt & Christopher C. Wagner
Virginia Commonwealth University
July 1, 2004

I. CALCULATING AXIS SCORES USING THE FOUR OCTANT BRIEF VERSION OF CLOIT-R

(1) The 16 scale version of the CLOIT-R/CLOPT-R measures 8 octants using two scales to measure each octant as follows: DOM (Assured + Dominant), HOSTILE-DOMINANT (Competitive + Mistrusting), HOSTILE (Cold + Hostile), HOSTILE-SUBMISSIVE (Detached + Inhibited), SUBMISSIVE (Unassured + Submissive), FRIENDLY-SUBMISSIVE (Deferent + Trusting), FRIENDLY (Warm + Friendly), FRIENDLY-DOMINANT (Sociable + Exhibitionistic). Each of the 16 scales is measured with 6 items; each octant thus is measured with 12 items – a total of 96 items.

(2) The 48-item Brief Version of CLOIT-R/CLOPT-R measures the 4 octants that anchor the two axes (Control, Affiliation) of the interpersonal circumplex. The four octants (each measured by 12 items – 2 scales of 6 items each) are:

DOM (Dominant) = ASS + DOM

FRI (Friendly) = WAR + FRI

SUB (Submissive) = UNA + SUB

HOS (Hostile) = COL = HOS

(3) A different set of "Axis Formulas" (different from those used when all 8 octant scores are available) are used with the 4-Octant Brief Version CLOIT-R/CLOPT-R:

CON (CONTROL) = DOM - SUB

AFF (AFFILIATION) = FRI - HOS

(4) These CON (Control) and AFF (Affiliation) axis scores are then entered directly into the formulas used to calculate complementarity as described below.

II. FORMULAS FOR CALCULATING COMPLEMENTARITY BETWEEN INTERACTANTS' INTERPERSONAL BEHAVIOR (C.C. WAGNER, 2001)

(1) An analysis of the degree of complementarity present between two interactants' sets of CLOIT-R scores (between their CLOIT-R profiles) is extremely important for tests of interpersonal theory and for general analysis of patterns present between a pair of interactants' interpersonal behavior.

(2) We have found to be especially useful analyses of complementarity that use each of the interactant's Axis scores (Control, Affiliation) as well as their combined Axis scores (Control + Affiliation). The formulas below use Absolute scores ("ABS"). Subscripts "1" and "2" refer to the IMI scores from each of the two interactants. Subscripts "c" and "a" refer to "control" and "affiliation."

$$\begin{aligned} \text{ABS}_c &= \text{ABS} (\text{CON}_1 + \text{CON}_2) \\ &= \text{ABS} [(\text{DOM}_1 - \text{SUB}_1) + (\text{DOM}_2 - \text{SUB}_2)] \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ABS}_a &= \text{ABS} (\text{AFF}_1 - \text{AFF}_2) \\ &= \text{ABS} [(\text{FRI}_1 - \text{HOS}_1) - (\text{FRI}_2 - \text{HOS}_2)] \end{aligned}$$

(3) These absolute scores are then inserted into the formulas below to obtain the three complementarity scores: "reciprocity" complementarity on the Control axis, "correspondence" complementarity on the Affiliation axis, and "total" complementarity for all the interpersonal behavior categorized on the full interpersonal circle (control and affiliation).

$$\begin{aligned} \text{COMP}_c &= \text{ABS}_c \\ &= \text{ABS} (\text{CON}_1 + \text{CON}_2) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{COMP}_a &= \text{ABS}_a \\ &= \text{ABS} (\text{AFF}_1 - \text{AFF}_2) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{COMP}_{\text{TOT}} &= \text{ABS}_c + \text{ABS}_a \\ &= \text{ABS} (\text{CON}_1 + \text{CON}_2) + \text{ABS} (\text{AFF}_1 - \text{AFF}_2) \end{aligned}$$

(4) In each case, the score obtained characterizes "deviation from complementarity": that is, the higher the score, the less the complementarity present among the pair of interactants; the lower the score, the more the complementarity present among the pair of interactants. For example, the possible obtainable range of total complementarity scores is "0" (perfect complementarity) to "12" (maximum non-complementarity).

(5) Comparison of the two separate axis complementarity scores (COMP_c and COMP_a) – "reciprocity" in control, "correspondence" in affiliation – helps the investigator determine which of the circle axes is contributing more to the level of total complementarity (COMP_{tot}) obtained. In some cases, complementarity may be found primarily for only one of the axes, but not for the other axis or for total complementarity. Some previous complementarity studies (e.g. in psychotherapy) have shown that it is crucial to examine the axes separately to tease out the (e.g. client-therapist) patterns that are present.

Anhang E

- Interkorrelationen der SAWIM-Items
- Korrelationen der SAWIM-Items mit den Stundenbögen (Therapeuten- und Patientenstundenbogen, Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung)
- Box-Ljung-Test zur Überprüfung der seriellen Abhängigkeiten von Zeitreihen

Anhang

Tabelle E1-1: Interkorrelationen der SAWIM-Items

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	
1. Positive Bindung	-	0.77***	0.76***	0.63***	0.92***	0.07	0.64***	-0.20	0.49***	-0.04	0.49***	0.02	0.02	0.38***	0.17	-0.24	0.14	0.22	-0.24	-0.06	-0.06	0.04	0.18	-0.17	0.03	-0.06	0.15	0.22	-0.06	-0.30*	
2. Orientierung und Kontrolle		-	0.74***	0.51***	0.66***	-0.16	0.50***	-0.26	-0.28*	-0.12	0.44***	0.07	-0.10	0.26	0.30*	0.00	0.21	0.38***	-0.18	0.22	0.27*	-0.19	-0.02	-0.11	0.05	-0.16	0.12	0.06	-0.17	-0.07	
3. Positiver Selbstwert			-	0.75***	0.67***	-0.15	0.70***	-0.22	-0.36***	-0.11	0.44***	0.00	-0.03	0.41***	0.04	-0.27*	0.13	0.18	-0.05	-0.02	-0.09	-0.07	0.28*	-0.34**	0.13	-0.14	0.40***	-0.09	-0.17	-0.21	
4. Positive Zustände				-	0.61***	-0.08	0.49***	-0.07	-0.13	-0.10	0.50***	-0.04	-0.08	0.29*	-0.07	-0.47***	0.13	0.10	-0.11	-0.21	-0.15	-0.11	0.36**	-0.41***	0.05	-0.03	0.36***	0.02	-0.11	-0.37***	
5. Therapeutenkompetenz					-	0.26	0.51***	-0.24	-0.30*	-0.05	0.38***	-0.01	0.09	0.33**	0.18	-0.19	0.15	0.24	-0.28*	-0.15	-0.12	0.09	0.18	-0.17	-0.10	0.07	0.15	0.20	0.00	-0.34**	
6. Th: Dominant (CLOPT)						-	-0.10	-0.27*	-0.10	-0.01	-0.12	0.15	0.15	0.08	-0.06	0.08	-0.03	0.12	-0.26	-0.26*	-0.35**	0.35**	0.12	-0.03	-0.19	0.31**	0.10	0.20	-0.03	-0.27*	
7. Th: Freundlich (CLOPT)							-	-0.23	-0.41***	-0.11	0.26	-0.01	-0.05	0.35**	0.17	-0.32**	0.08	0.17	-0.02	0.03	-0.07	-0.07	0.13	-0.10	0.15	-0.08	0.32**	-0.01	-0.05	-0.27*	
8. Th: Unterwürfig (CLOPT)								-	0.12	0.49***	-0.02	-0.09	-0.05	-0.12	-0.14	-0.25	-0.02	-0.39***	0.30*	-0.12	-0.12	-0.13	-0.12	0.02	0.19	-0.13	-0.11	-0.14	0.22	0.09	
9. Th: Feindselig (CLOPT)									-	0.05	-0.22	-0.01	-0.09	-0.32*	-0.31*	0.11	-0.21	-0.42***	0.19	-0.02	0.20	0.03	-0.08	0.08	-0.11	0.20	0.13	-0.15	-0.04	0.04	
10. Pat: Dominant (CLOPT)										-	-0.19	0.00	-0.12	0.19	-0.01	-0.12	-0.07	-0.32**	0.34**	0.11	-0.08	0.32**	0.01	0.22	0.24	-0.06	-0.14	-0.02	0.02	0.16	
11. Pat: Freundlich (CLOPT)											-	-0.02	-0.10	0.12	-0.06	-0.32**	-0.02	0.03	-0.03	-0.03	0.12	-0.18	0.28*	-0.19	0.26	-0.29*	0.15	-0.06	0.06	-0.12	
12. Pat: Unterwürfig (CLOPT)												-	0.34	0.13	-0.04	0.13	-0.04	0.08	-0.14	-0.11	0.02	0.18	0.28*	-0.02	-0.35**	0.46**	-0.05	0.10	0.05	-0.06	
13. Pat: Feindselig (CLOPT)													-	0.07	-0.25	0.06	-0.11	-0.08	-0.16	-0.23	-0.18	-0.04	0.14	0.16	-0.21	0.59***	-0.07	-0.03	0.34**	-0.14	
14. Sitzungsthema														-	0.02	-0.28*	0.01	0.04	-0.03	-0.15	-0.27*	0.25	0.19	-0.42***	-0.02	-0.15	0.36**	0.01	-0.27*	-0.21	
15. Klarer Fokus															-	0.30*	0.47***	0.58***	-0.02	0.42***	0.26	-0.07	-0.23	-0.08	-0.03	-0.26	-0.36**	0.23	-0.02	0.14	
16. Intensität der PB																-	0.18	0.29*	-0.03	0.58***	0.28*	0.08	-0.29*	0.17	-0.12	-0.05	-0.35**	0.14	0.07	0.15	
17. Relevanz der PB																	-	0.43***	-0.03	0.27*	-0.06	0.01	0.12	-0.22	0.07	-0.13	-0.05	0.22	-0.16	-0.08	
18. Prozessdirektivität																		-	-0.43***	0.40***	0.25	-0.06	-0.19	-0.18	-0.20	-0.06	-0.22	0.32**	-0.14	-0.05	
19. Aktive Beteiligung Pat.																				-	0.22	0.02	0.02	0.08	0.14	0.37***	-0.27*	0.07	-0.49***	0.04	0.31*
20. Alltagsbezug (allg.)																					-	0.53***	0.07	-0.27*	0.13	0.24	-0.33**	-0.32**	0.12	-0.14	0.26
21. Aufforderung Konkretisierung (Th)																						-	-0.06	-0.27*	0.20	-0.12	-0.17	-0.33**	0.07	-0.03	0.34**
22. Fokus auf Veränderung																							-	0.39***	-0.02	0.11	0.06	-0.01	0.14	-0.22	0.07
23. Positive Emotionen																								-	-0.25	0.29*	-0.28*	0.21	-0.01	-0.17	-0.05
24. Negative Emotionen																									-	0.15	0.16	-0.32**	-0.04	0.27*	0.22
25. Annäherungsmodus																										-	-0.38***	-0.06	-0.09	-0.18	0.28*
26. Vermeidungsmodus																											-	-0.03	0.00	0.18	-0.07
27. Prozessunterstützende Interventionen																												-	-0.29*	-0.27*	-0.54***
28. Bewältigungsorientierte Interventionen																													-	-0.29*	-0.33**
29. Kognitive Arbeit und klärende Interventionen																													-	-0.18	
30. Interpersonale Interventionen																															-

Anmerkung: Zweiseitige Pearsonkorrelationen, *p < .05, **p < .01, *

Anhang E2

Konvergente Validität: Zweiseitige Pearsonkorrelationen zwischen den SAWIM-Items und den Items und Skalen des Patienten- und Therapeutenstundenbogens (Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung)

ERSTE STAFFEL DER DATENERHEBUNG Perspektive Beziehungsgestaltung

Tabelle E2-1: Korrelation der Variable Positive Bindungserfahrungen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB

Tabelle E2-2: Korrelation der Variable Orientierung und Kontrolle mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
Itemebene: „Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“ (Item-Nr. 3, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$)	

Tabelle E2-3: Korrelation der Variable Positive Selbsterfahrungen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
Itemebene: „Heute habe ich an wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.26$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr. 22, $r = .26$, $N = 57$, $p < .05$)

Tabelle E2-4: Korrelation der Variable Positive Zustände mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
Itemebene: „Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (neg) (Item-Nr. 7, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$) „Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht“ (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.30$, $N = 55$, $p < .05$)	Itemebene: „Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 7, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$) „Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach“ (neg) (Item-Nr. 12, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) „Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt“ (neg) (Item-Nr. 14, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)

Tabelle E2-5: Korrelation der Variable Wahrgenommene Therapeutenkompetenz mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
Itemebene: „Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (Item-Nr. 23, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$) Skalenebene: Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.32$, $N = 55$, $p < .05$) Interaktionell schwieriger Patient (neg) (Skalen-Nr. 10, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)	Itemebene:

ZWEITE STAFFEL DER DATENERHEBUNG

Perspektive Beziehungsgestaltung

Tabelle E2-6: Korrelation der Variable Positive Bindungserfahrungen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .50$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Skalenebene: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 2, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr.5, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr.9, $r = .22$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr.16, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwernerfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .23$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
---	--

Tabelle E2-7: Korrelation der Variable Orientierung und Kontrolle mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .33$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (neg) (Item-Nr.5, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (neg) (Skalen-Nr.3, $r = -.22$, $N = 57$, $p < .01$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen Weg gehen“ (Item-Nr.22, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) (neg)</p>
---	---

Tabelle E2-8: Korrelation der Variable Positive Selbstwernerfahrungen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (Item-Nr.5, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$) (neg)</p> <p>Skalenebene: Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = -.25$, $N = 57$, $p < .05$) (neg)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heut ist mir klarer geworden, weshalb ich mich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders verhalte“ (Item-Nr. 5, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .32$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene:</p>
---	---

	<p>Ressourcenaktivierung II: Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (Skalen-Nr. 7, $r = .23$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
--	--

Tabelle E2-9: Korrelation der Variable Positive Zustände mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .34$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Ich finde dies einen interaktionell schwierigen Patienten“ (Item-Nr.7, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$) (neg)</p> <p>„Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (Item-Nr.26, $r = -.32$, $N = 57$, $p < .05$) (neg)</p> <p>Skalenebene: Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr.5, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr.7, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 9, $r = .26$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (neg) (Item-Nr. 14, $r = -.25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr.16, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr.11, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
--	---

Tabelle E2-10: Korrelation der Variable Wahrgenommene Therapeutenkompetenz mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .41$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann“ (Item-Nr.18, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 9, $r = -.31$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr.5, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr.16, $r = .38$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
---	--

Interaktionsstil von Therapeut und Patient (CLOPT)

Tabelle E2-11: Korrelation der Variable Dominanter Interaktionsstil (Therapeut) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .25$, $N = 57$, $p = .06$)</p> <p>„Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenz des Patienten zu verbessern“ (Item-Nr.17, $r = .22$, $N = 57$, $p = 1.1$)</p> <p>Skalenebene: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 2, $r = .25$, $N = 57$, $p = .06$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr.11, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Pos. Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = .23$, $N = 57$, $p = .09$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .22$, $N = 57$, $p = .10$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .22$, $N = 57$, $p = .10$)</p>
--	---

Tabelle E2-12: Korrelation der Variable Freundlicher Interaktionsstil (Therapeut) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB</p>	<p>PSB Itemebene: „Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr.5, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr.16, $r = .382$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwernerfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
-------------------	--

Tabelle E2-13: Korrelation der Variable Unterwürfiger Interaktionsstil (Therapeut) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern“ (Item-Nr.17, $r = -.26$, $N = 57$, $p = .05$)</p> <p>„Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten“ (Item-Nr.22, $r = -.23$, $N = 57$, $p = .08$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung (Skalen-Nr. 2, $r = -.22$, $N = 57$, $p = .10$)</p>	<p>PSB</p>
--	-------------------

Tabelle E2-14: Korrelation der Variable Feindseliger Interaktionsstil (Therapeut) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben“ (Item-Nr.4, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Redet der Patient von sich aus offen über seine Gefühle und Wünsche mit ihnen?“ (Item-Nr.9, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 3, $r = .26$, $N = 57$, $p = .05$)</p> <p>Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (Skalen-Nr. 4, $r = .23$, $N = 57$, $p = .08$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = -.25$, $N = 57$, $p = .05$)</p> <p>„Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach“ (Item-Nr.12, $r = .36$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (Item-Nr.14, $r = .24$, $N = 57$, $p = .07$)</p> <p>Skalenebene: Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = -.24$, $N = 57$, $p = .08$)</p>
--	---

Tabelle E2-15: Korrelation der Variable Dominanter Interaktionsstil (Patient) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte“ (Item-Nr.8, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Hatten sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr.11, $r = .34$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Ich habe heute aktiv drauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann“ (Item-Nr.15, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Problembewältigung (Skalen-Nr. 6, $r = -.32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Therapiefortschritt (Skalen-Nr. 8, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird“ (Item-Nr.21, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr.22, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Ressourcenaktivierung I: Positive Controllerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
--	---

Tabelle E2-16: Korrelation der Variable Freundlicher Interaktionsstil (Patient) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr.1, $r = .37$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 2, $r = .22$, $N = 57$, $p = .09$)</p>	<p>PSB</p>
--	-------------------

Tabelle E2-17: Korrelation der Variable Unterwürfiger Interaktionsstil (Patient) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“ (Item-Nr.3, $r = .28$, $N = 57$, $p = .05$)</p> <p>Skalenebene: Problembewältigung (Skalen-Nr. 6, $r = .22$, $N = 57$, $p = .09$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (Item-Nr.14, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Pos. Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = -.22$, $N = 57$, $p = .10$)</p>
---	---

Tabelle E2-18: Korrelation der Variable Feindseliger Interaktionsstil (Patient) mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Verhielt sich der Patient abwartend und reaktiv?“ (Item-Nr.10, $r = .22$, $N = 57$, $p = .10$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr.9, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin sagt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (Item-Nr.14, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalenebene: Pos. Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = -.22$, $N = 57$, $p = .09$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = -.25$, $N = 57$, $p = .06$)</p>
--	---

Perspektive Strukturierung durch Therapeuten

Tabelle E2-19: Korrelation der Variable Strukturierung 1: Sitzungsthema mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene:</p> <p>„Ich finde dies einen interaktionell schwierigen Patienten“ (neg) (Item-Nr. 07, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv? (neg) (Item-Nr. 10, $r = -.28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr. 11, $r = -.32$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Skalen:</p> <p>Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 03, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionell schwierig (neg) (Skalen-Nr. 10, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene:</p> <p>„Heut habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 01, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird“ (Item-Nr. 21, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr. 22, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalen:</p> <p>Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 01, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
---	---

Tabelle E2-20: Korrelation der Variable Strukturierung 2: Klarer Fokus mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene:</p> <p>„Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr. 11, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (Item-Nr. 20, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skalen:</p> <p>Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 08, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene:</p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
--	---

Tabelle E2-21: Korrelation der Variable Intensität der Problembearbeitung mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene:</p> <p>„Der Patient und ich verstehen einander“ (neg) (Item-Nr. 2, $r = -.28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (Item-Nr. 7, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skala:</p> <p>Interaktionell Schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene:</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (neg) (Item-Nr. 7, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (neg) (Item-Nr. 9, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach“ (Item-Nr. 12, $r = .26$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (neg) (Item-Nr. 13, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich, als sie mir sagt“ (Item-Nr. 14, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (neg) (Item-Nr. 16, $r = -.36$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Skalen:</p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben sein in der Therapie (neg) (Skalen-Nr. 3, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (neg) (Skalen-Nr. 04, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (neg)</p>
---	--

(Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)
--

Tabelle E2-22: Korrelation der Variable Relevanz der Problembearbeitung mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“ (Item-Nr. 3, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen“ (Item-Nr. 6, $r = .34$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich, als sie mir sagt“ (neg) (Item-Nr. 14, $r = -.36$, $N = 57$, $p < .01$)</p>
---	--

Tabelle E2-23: Korrelation der Variable Prozessdirektivität des Therapeuten mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen“ (neg) (Item-Nr. 14, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute gezielt darauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann“ (Item-Nr. 15, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, dass den Patienten gefühlsmässig zu involvieren“ (Item-Nr. 16, $r = .26$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.31$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ (neg) (Item-Nr. 02, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (neg) (Item-Nr. 13, $r = -.26$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich früher nicht gewachsen fühlte“ (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.35$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv gestalten können“ (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.46$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 6, $r = -.33$, $p < .05$)</p>
--	--

Tabelle E2-24: Korrelation der Variable Aktive Beteiligung des Patienten mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben“ (Item-Nr. 4, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie“ (Item-Nr. 5, $r = .27$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme jetzt besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen“ (Item-Nr. 4, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute ist mir klarer geworden, warum ich mich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders verhalte“ (Item-Nr. 6, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr. 22, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen</p>
---	---

	(Skalen-Nr. 7, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)
	Therapiefortschritte (Skalen-Nr. 8, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)

Tabelle E2-25: Korrelation der Variable Allgemeiner Alltagsbezug mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB Itemebene: "Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte" (Item-Nr. 8, $r = .37$, $N = 56$, $p < .01$)	PSB
--	------------

Tabelle E2-26: Korrelation der Variable Alltagsbezug und Konkretisierung durch den Therapeuten mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (neg) (Item-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 56$, $p < .01$) "Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient" (Item-Nr. 7, $r = .37$, $N = 56$, $p < .05$) "Hatten Sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand" (Item-Nr. 11, $r = .55$, $N = 56$, $p < .001$) Skalen: Therapiebeziehung (neg) (Skalen-Nr. 2, $r = -.35$, $N = 56$, $p < .05$) Basisverhalten II: Offenheit und sich einlassen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.38$, $N = 56$, $p < .05$) Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .36$, $N = 56$, $p < .05$)	PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg) (Item-Nr. 1, $r = -.42$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe“ (neg) (Item-Nr. 2, $r = -.43$, $N = 57$, $p < .01$) "Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen" (neg) (Item-Nr. 5, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .01$) "Die Therapeutin und ich verstehen einander" (neg) (Item-Nr. 7, $r = -.47$, $N = 57$, $p < .01$) "Ich finde, die Therapeutin müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken" (Item-Nr. 8, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$) "Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert" (neg) (Item-Nr. 9, $r = -.35$, $N = 57$, $p < .01$) "Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte" (neg) (Item-Nr. 10, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .01$) "Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen" (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .01$) "Ich finde die Sichtweise der Therapeutin meiner Probleme zu einfach" (Item-Nr. 12, $r = .44$, $N = 57$, $p < .01$) "Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt" (Item-Nr. 14, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$) "Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt" (neg) (Item-Nr. 16, $r = -.40$, $N = 57$, $p < .01$) „Ich glaube, ein anderes Therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ (Item-Nr. 19, $r = .45$, $N = 57$, $p < .001$) "Die Therapeutin lässt mich meinen eigenen Weg gehen" (Item-Nr. 22, $r = -.31$, $N = 57$, $p < .05$) Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$) Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwerterfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 2, $r = -.40$, $N = 57$, $p < .01$) Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der
--	--

	Therapie (neg) <i>(Skalen-Nr. 3, r = -.48, N = 57, p < .001)</i> Positive Therapiebeziehung (neg) <i>(Skalen-Nr. 04, r = -.47, N = 57, p < .001)</i> Positive Problembewältigungserfahrungen (neg) <i>(Skalen-Nr. 6, r = -.28, N = 57, p < .05)</i> Positive Klärungserfahrungen (neg) <i>(Skalen-Nr. 7, r = -.29, N = 57, p < .05)</i>
--	--

Tabelle E2-27: Korrelation der Variable Fokus auf Veränderung mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB Itemebene: „Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren“ (neg) <i>(Item-Nr. 16, r = -.27, N = 56, p < .05)</i> „Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) <i>(Item-Nr. 19, r = -.26, N = 56, p < .05)</i> „Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über Motive klarer wird“ <i>(Item-Nr. 24, r = -.27, N = 56, p < .05)</i>	PSB Itemebene: “Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe” <i>(Item-Nr. 18, r = .28, N = 57, p < .05)</i> “Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird” <i>(Item-Nr. 21, r = .35, N = 57, p < .01)</i> “Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen” <i>(Item-Nr. 22, r = .32, N = 57, p < .05)</i> Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen <i>(Skalen-Nr. 1, r = .36, N = 57, p < .01)</i> Positive Problembewältigungserfahrungen <i>(Skalen-Nr. 6, r = .27, N = 57, p < .05)</i>
--	--

Motivationale Ausrichtung und emotionale Beteiligung des Patienten

Tabelle E2-28: Korrelation der Variable Annäherungsmodus mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
<p>Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ <i>(Item-Nr. 1, r = .31, N = 56, p < .05)</i></p> <p>“Der Patient und ich verstehen einander” <i>(Item-Nr. 2, r = .38, N = 56, p < .01)</i></p> <p>“Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie” <i>(Item-Nr. 5, r = .39, N = 56, p < .01)</i></p> <p>“Verhielt sich der Patient abwartend und reaktiv?” (neg) <i>(Item-Nr. 10, r = -.35, N = 56, p < .01)</i></p> <p>Skalen: Therapiebeziehung <i>(Skalen-Nr. 2, r = .36, N = 56, p < .01)</i></p> <p>Basisverhalten II: Offenheit und sich einlassen <i>(Skalen-Nr. 3, r = .35, N = 56, p < .01)</i></p>	<p>Itemebene: “Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt” <i>(Item-Nr. 1, r = .29, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe” <i>(Item-Nr. 2, r = .35, N = 57, p < .01)</i></p> <p>“Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen” <i>(Item-Nr. 3, r = .29, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen” <i>(Item-Nr. 4, r = .27, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Die Therapeutin und ich verstehen einander” <i>(Item-Nr. 7, r = .37, N = 57, p < .01)</i></p> <p>“Ich finde, die Therapeutin müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken” (neg) <i>(Item-Nr. 8, r = -.27, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Im Moment fühle mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte” <i>(Item-Nr. 10, r = .30, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach” (neg) <i>(Item-Nr. 12, r = -.27, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Ich weiss jetzt besser, was ich will” <i>(Item-Nr. 13, r = .28, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie sagt” (neg) <i>(Item-Nr. 14, r = -.31, p < .05)</i></p> <p>“Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können” <i>(Item-Nr. 20, r = .33, N = 57, p < .05)</i></p> <p>“Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird” <i>(Item-Nr. 21, r = .35, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen <i>(Skalen-Nr. 1, r = .34, N = 57, p < .01)</i></p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie <i>(Skalen-Nr. 3, r = .29, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Positive Therapiebeziehung <i>(Skalen-Nr. 4, r = .32, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen <i>(Skalen-Nr. 6, r = .27, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Positive Klärungserfahrungen <i>(Skalen-Nr. 7, r = .33, N = 57, p < .05)</i></p> <p>Therapiefortschritte <i>(Skalen-Nr. 8, r = .30, N = 57, p < .05)</i></p>

Tabelle E2-29: Korrelation der Variable Vermeidungsmodus mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Der Patient und ich verstehen einander“ (neg) (Item-Nr. 02, $r = -.32$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient“ (neg) (Item-Nr. 07, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Verhielt sich der Patient abwartend und reaktiv?“ (neg) (Item-Nr. 10, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Interaktionell schwierig (Skalen-Nr. 10, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Offenheit und sich einlassen (Skalen-Nr. 3, $r = -.23$, $N = 56$, $p = .09$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich als sie mir sagt“ (Item-Nr. 14, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt“ (neg) (Item-Nr. 15, $r = -.26$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
---	---

Tabelle E2-30: Korrelation der Variable Positive emotionale Aktivierung mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ (Item-Nr. 01, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand“ (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 1, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 1, $r = .35$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 2, $r = .48$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen“ (Item-Nr. 3, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen“ (Item-Nr. 04, $r = .35$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Heute ist mir klarer geworden, warum ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere“ (Item-Nr. 06, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 07, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 09, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .47$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (Item-Nr. 13, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .52$, $N = 57$, $p < .001$)</p> <p>„Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird“ (Item-Nr. 21, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Controllerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (Skalen-Nr. 6, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$)</p>
--	--

	Positive Klärungserfahrungen <i>(Skalen-Nr. 7, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$)</i> Therapiefortschritte <i>(Skalen-Nr. 8, $r = .32$, $N = 57$, $p < .05$)</i>
--	---

Tabelle E2-31: Korrelation der Variable Negative emotionale Aktivierung mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB</p> <p>Itemebene: „Hatten Sie beim Patienten den Eindruck von Widerstand?“ <i>(Item-Nr. 11, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>„Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben?“ (neg) <i>(Item-Nr. 12, $r = -.31$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen“ (neg) <i>(Item-Nr. 14, $r = -.42$, $N = 56$, $p < .01$)</i></p> <p>„Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ <i>(Item-Nr. 18, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ <i>(Item-Nr. 20, $r = -.40$, $N = 56$, $p < .01$)</i></p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung (neg) <i>(Skalen-Nr. 1, $r = -.40$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (neg) <i>(Skalen-Nr. 4, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p>	<p>PSB</p> <p>Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg) <i>(Item-Nr. 1, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (neg) <i>(Item-Nr. 5, $r = -.35$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (neg) <i>(Item-Nr. 16, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ <i>(Item-Nr. 19, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>Skalen: Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwernerfahrungen (neg) <i>(Skalen-Nr. 2, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>Positive Therapiebeziehung (neg) <i>(Skalen-Nr. 4, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p>
--	--

Techniken und Interventionen

Tabelle E2-32: Korrelation der Variable Prozessunterstützende Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
Itemebene: „Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte“ (neg) (Item-Nr. 08, $r = -.30$, $N = 55$, $p < .05$)	Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (Item-Nr. 01, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)
„Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (neg) (Item-Nr.-Nr 11, $r = -.35$, $N = 56$, $p < .01$)	„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ (Item-Nr. 02, $r = .34$, $N = 57$, $p < .05$)
„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden“ (neg) (Item-Nr.-Nr, $r = -.30$, $N = 56$, $p < .05$)	„Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ (Item-Nr. 05, $r = .34$, $N = 57$, $p < .05$)
„Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht“ (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.31$, $N = 55$, $p < .05$)	„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (Item-Nr. 07, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)
„Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)	„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ (Item-Nr. 09, $r = .41$, $N = 57$, $p < .01$)
„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (Item-Nr. 20, $r = .40$, $N = 56$, $p < .01$)	„Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte“ (Item-Nr. 10, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)
„Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (Item-Nr. 22, $r = .42$, $N = 56$, $p < .01$)	„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (Item-Nr. 11, $r = .43$, $N = 57$, $p < .01$)
„Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet“ (neg) (Item-Nr. 23, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)	„Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach“ (neg) (Item-Nr. 12, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)
„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird“ (neg) (Item-Nr. 24, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)	„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (Item-Nr. 13, $r = .37$, $N = 57$, $p < .01$)
„Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (neg) (Item-Nr. 25, $r = -.41$, $N = 56$, $p < .05$)	„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ (Item-Nr. 16, $r = .34$, $N = 57$, $p < .05$)
Skalen: Ressourcenaktivierung (neg) (Skalen-Nr. 1, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)	„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ (Item-Nr. 18, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)
Problemaktualisierung (neg) (Skalen-Nr. 6, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)	Ich glaube ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)
Motivationale Klärung (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.39$, $N = 56$, $p < .01$)	„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ (Item-Nr. 22, $r = .31$, $N = 57$, $p < .05$)
Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.29$, $N = 56$, $p < .05$)	Skalen: Ressourcenaktivierung I: Positive Kontrollerfahrungen (Skalen-Nr. 1, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)
	Ressourcenaktivierung II: Positive Selbsterfahrungen (Skalen-Nr. 2, $r = .35$, $N = 57$, $p < .05$)
	Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie (Skalen-Nr. 3, $r = .30$, $N = 57$, $p < .05$)
	Positive Therapiebeziehung (Skalen-Nr. 4, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)
	Positive Problembewältigungserfahrung (Skalen-Nr. 6, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)
	Positive Klärungserfahrung (Skalen-Nr. 7, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)

Tabelle E2-33: Korrelation der Variable Verhaltensrelevante und bewältigungsorientierte Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: "Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in ihren Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann" (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.44$, $N = 56$, $p < .001$)</p> <p>"Heute standen zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten im Vordergrund" (neg) (Item-Nr. 26, $r = -.50$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Skala: Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.51$, $N = 56$, $p < .001$)</p>	<p>PSB Itemebene: "Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen" (neg) (Item-Nr. 22, $r = -.34$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
---	--

Tabelle E2-34: Korrelation der Variable Kognitive Arbeit und klärende Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Hatten Sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (Item-Nr. 11, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden“ (Item-Nr. 13, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich an den wunden Punkten des Patienten gerührt“ (Item-Nr. 19, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird“ (Item-Nr. 24, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (Item-Nr. 25, $r = .37$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Skalen: Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (neg) (Skalen-Nr. 3, $r = -.31$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Motivationale Klärung (Skalen-Nr. 7, $r = .32$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Interaktionelle Perspektive (neg) (Skalen-Nr. 9, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ (neg) (Item-Nr. 1, $r = -.27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich selber und meine Probleme besser verstehe“ (neg) (Item-Nr. 2, $r = -.35$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen“ (neg) (Item-Nr. 3, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Heute ist mir klarer geworden, warum ich mich anderen Menschen gegenüber gerade so und nicht anders verhalte“ (neg) (Item-Nr. 6, $r = -.32$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ (neg) (Item-Nr. 7, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.37$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ (neg) (Item-Nr. 13, $r = -.31$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe“ (Item-Nr. 17, $r = .28$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich früher nicht gewachsen gefühlt habe“ (neg) (Item-Nr. 18, $r = -.30$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalen: Positive Therapiebeziehung (neg) (Skalen-Nr. 4, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Problemaktualisierung (Skalen-Nr. 5, $r = .27$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 6, $r = -.37$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Positive Klärungserfahrungen (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.39$, $N = 57$, $p < .01$)</p> <p>Therapiefortschritte (neg) (Skalen-Nr. 8, $r = -.32$, $p < .05$)</p>
--	--

Tabelle E2-35: Korrelation der Variable Interpersonale Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

TSB	PSB
<p>Itemebene: ""Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden" (Item-Nr. 13, $r = .30$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>"Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann" (Item-Nr. 18, $r = .60$, $N = 56$, $p < .001$)</p> <p>"Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird" (Item-Nr. 24, $r = .35$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (Item-Nr. 25, $r = .29$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>"Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund" (Item-Nr. 26, $r = .58$, $N = 56$, $p < .001$)</p> <p>Skalen: Motivationale Klärung (Skalen-Nr. 7, $r = .35$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Interaktionelle Perspektive (Skalen-Nr. 1, $r = .62$, $N = 56$, $p < .001$)</p>	<p>Itemebene:</p>

Prozessunterstützende Interventionen: Kategorienebene

Tabelle E2-36: Korrelation der Variable Strukturierende Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohl gefühlt“ <i>(Item-Nr. 1, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>„Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv?“ (neg) <i>(Item-Nr. 10, $r = -.36$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>„Hatten Sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (neg) <i>(Item-Nr. 11, $r = -.28$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (neg) <i>(Item-Nr. 25, $r = -.27$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>„Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund“ (neg) <i>(Item-Nr. 26, $r = -.35$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>Skalen Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen <i>(Skalen-Nr. 3, $r = .33$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p> <p>Interaktionelle Perspektive (neg) <i>(Skalen-Nr. 9, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</i></p>	<p>PSB Itemebene: „Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl gefühlt“ <i>(Item-Nr. 1, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$)</i></p> <p>„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“ <i>(Item-Nr. 2, $r = .37$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen“ <i>(Item-Nr. 5, $r = .39$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Die Therapeutin und ich verstehen einander“ <i>(Item-Nr. 7, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$)</i></p> <p>„Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert“ <i>(Item-Nr. 9, $r = .48$, $N = 57$, $p < .001$)</i></p> <p>„Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte“ <i>(Item-Nr. 10, $r = .35$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“ <i>(Item-Nr. 11, $r = .50$, $N = 57$, $p < .001$)</i></p> <p>„Ich finde die Sichtweise der Therapeutin von meinen Problemen zu einfach“ (neg) <i>(Item-Nr. 12, $r = -.33$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich weiss jetzt besser, was ich will“ <i>(Item-Nr. 13, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin denkt etwas anderes über mich, als sie mir sagt“ (neg) <i>(Item-Nr. 14, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>„Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt“ <i>(Item-Nr. 16, $r = .44$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Ich fühle mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“ <i>(Item-Nr. 18, $r = .40$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet“ <i>(Item-Nr. 19, $r = -.38$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>„Die Therapeutin lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen“ <i>(Item-Nr. 22, $r = .36$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>Skalen Positive Kontrollerfahrungen <i>(Skalen-Nr. 1, $r = .33$, $N = 57$, $p < .05$)</i></p> <p>Positive Selbsterfahrungen <i>(Skalen-Nr. 2, $r = .44$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>Positive Bindungserfahrungen: Aufgehoben Sein in der Therapie <i>(Skalen-Nr. 3, $r = .38$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>Positive Therapiebeziehung <i>(Skalen-Nr. 4, $r = .54$, $N = 57$, $p < .001$)</i></p> <p>Positive Problembewältigungserfahrungen <i>(Skalen-Nr. 6, $r = .46$, $N = 57$, $p < .01$)</i></p> <p>Positive Klärungserfahrungen</p>
---	--

	(Skalen-Nr. 7, $r = .29$, $N = 57$, $p < .05$)
--	---

Tabelle E2-37: Korrelation der Variable Direktive Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB</p> <p>Itemebene: „Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient schwierige Situationen besser bewältigen kann“ (Item-Nr. 15, $r = .28$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB</p> <p>Itemebene: „Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe“ (neg) (Item-Nr. 17, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können“ (neg) (Item-Nr. 20, $r = -.29$, $N = 57$, $p < .05$)</p> <p>Skalen Problemaktualisierung (neg) (Skalen-Nr. 5, $r = -.28$, $N = 57$, $p < .05$)</p>
--	--

Tabelle E2-38: Korrelation der Variable Supportive Interventionen mit den Skalen und Items des Patienten- und Therapeutenstundenbogens

<p>TSB</p> <p>Itemebene: „Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte“ (neg) (Item-Nr. 08, $r = -.36$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Hatten sie im Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?“ (neg) (Item-Nr. 11, $r = -.31$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden“ (neg) (Item-Nr. 13, $r = -.43$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Heute habe ich an wunden Punkten des Patienten gerührt“ (neg) (Item-Nr. 19, $r = -.34$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>„Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann“ (Item-Nr. 20, $r = .46$, $N = 56$, $p < .001$)</p> <p>„Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinen positiven Seiten aufzuwerten“ (Item-Nr. 22, $r = .40$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet“ (neg) (Item-Nr. 23, $r = -.42$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>„Ich habe aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann“ (neg) (Item-Nr. 25, $r = -.39$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Skalen</p> <p>Ressourcenaktivierung (Skalen-Nr. 1, $r = .40$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Problemaktualisierung (neg) (Skalen-Nr. 5, $r = -.33$, $N = 56$, $p < .05$)</p> <p>Motivationale Klärung (neg) (Skalen-Nr. 7, $r = -.40$, $N = 56$, $p < .01$)</p> <p>Therapiefortschritte (neg) (Skalen-Nr. 8, $r = -.34$, $N = 56$, $p < .05$)</p>	<p>PSB</p>
--	-------------------

Anhang 3E : Box-Ljung-Statistik

Beziehungsgestaltung

Tabelle E3-1: Autokorrelation. Zeitreihe Positive Bindungserfahrungen

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.32	0.21	2.26	1	0.13
2	-0.14	0.21	2.70	2	0.25
3	0.11	0.20	3.02	3	0.38
4	-0.11	0.19	3.36	4	0.49
5	0.06	0.19	3.47	5	0.62
6	-0.23	0.18	5.19	6	0.51
7	0.12	0.17	5.74	7	0.56
8	-0.05	0.16	5.87	8	0.66
9	0.02	0.15	5.90	9	0.74
10	0.13	0.14	6.70	10	0.75
11	-0.05	0.13	6.86	11	0.80
12	-0.13	0.12	7.93	12	0.79
13	0.18	0.11	10.32	13	0.66
14	0.07	0.10	10.83	14	0.69
15	-0.22	0.09	16.87	15	0.32
16	-0.00	0.07	16.87	16	0.39

Tabelle E3-2: Autokorrelation. Zeitreihe Orientierung und Kontrolle

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.29	0.21	1.85	1	0.17
2	0.32	0.21	4.20	2	0.12
3	-0.14	0.20	4.73	3	0.19
4	-0.00	0.19	4.73	4	0.31
5	0.33	0.19	7.83	5	0.16
6	-0.28	0.18	10.19	6	0.11
7	0.21	0.17	11.65	7	0.11
8	-0.36	0.16	16.44	8	0.03
9	0.11	0.15	17.02	9	0.04
10	-0.01	0.14	17.0	10	0.07
11	-0.05	0.13	17.17	11	0.10
12	0.02	0.12	17.21	12	0.14
13	-0.22	0.11	20.80	13	0.07
14	0.09	0.10	21.59	14	0.08
15	-0.10	0.09	22.83	15	0.08
16	0.025	0.07	22.94	16	0.11

Tabelle E3-3: Autokorrelation. Zeitreihe Positive Selbsterfahrungen

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.37	0.21	3.04	1	0.08
2	0.03	0.21	3.07	2	0.21
3	0.09	0.20	3.28	3	0.35
4	-0.10	0.19	3.55	4	0.46
5	0.23	0.19	5.12	5	0.40
6	-0.35	0.18	8.80	6	0.18
7	0.16	0.17	9.71	7	0.20
8	-0.11	0.16	10.15	8	0.25
9	-0.03	0.15	10.19	9	0.33
10	0.07	0.14	10.47	10	0.39

11	-0.08	0.13	10.86	11	0.45
12	-0.07	0.12	11.18	12	0.51
13	0.04	0.11	11.33	13	0.58
14	0.07	0.10	11.88	14	0.61
15	-0.07	0.09	12.52	15	0.63
16	-0.05	0.07	13.08	16	0.66

Tabelle E3-4: Autokorrelation. Zeitreihe Positive Zustände

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.24	0.21	1.31	1	0.25
2	0.03	0.21	1.34	2	0.51
3	-0.10	0.20	1.61	3	0.65
4	-0.13	0.19	2.05	4	0.72
5	0.09	0.19	2.304	5	0.80
6	0.08	0.18	2.52	6	0.86
7	-0.10	0.17	2.89	7	0.89
8	0.26	0.16	5.36	8	0.71
9	-0.20	0.15	7.08	9	0.62
10	0.02	0.14	7.12	10	0.71
11	-0.12	0.13	7.87	11	0.72
12	0.02	0.12	7.93	12	0.79
13	0.09	0.11	8.56	13	0.80
14	0.00	0.10	8.57	14	0.85
15	0.06	0.09	9.05	15	0.87
16	-0.11	0.07	11.63	16	0.76

Tabelle E3-5: Autokorrelation. Beziehungsgestaltung (Skala)

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	0.59	0.21	7.81	1	0.01
2	0.51	0.21	13.86	2	0.00
3	0.29	0.20	15.89	3	0.00
4	0.06	0.19	15.98	4	0.00
5	0.06	0.19	16.09	5	0.01
6	-0.07	0.18	16.25	6	0.01
7	-0.02	0.17	16.26	7	0.02
8	-0.01	0.17	16.27	8	0.04
9	0.03	0.16	16.30	9	0.06
10	0.03	0.15	16.34	10	0.09
11	-0.05	0.14	16.48	11	0.12
12	-0.17	0.13	18.06	12	0.11
13	-0.23	0.12	21.72	13	0.06
14	-0.32	0.11	29.64	14	0.01
15	-0.37	0.10	43.62	15	0.00
16	-0.34	0.09	58.85	16	0.00

Motivationale Ausrichtung

Tabelle E3-6: Autokorrelation. Zeitreihe Annäherungsmodus

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.53	0.21	5.99	1	0.01
2	0.04	0.21	6.04	2	0.04
3	-0.06	0.20	6.13	3	0.10
4	0.04	0.19	6.20	4	0.18
5	0.02	0.19	6.21	5	0.28
6	0.03	0.18	6.24	6	0.39
7	-0.21	0.17	7.79	7	0.35
8	0.22	0.16	9.57	8	0.29
9	0.12	0.15	10.16	9	0.33
10	-0.32	0.14	14.90	10	0.13
11	0.17	0.13	16.41	11	0.12
12	-0.09	0.12	16.95	12	0.15
13	0.10	0.11	17.81	13	0.16
14	-0.00	0.10	17.81	14	0.21
15	-0.08	0.09	18.59	15	0.23
16	0.02	0.07	18.72	16	0.28

Tabelle E3-7: Autokorrelation. Zeitreihe Vermeidungsmodus

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	-0.28	0.21	1.68	1	0.19
2	-0.27	0.21	3.37	2	0.18
3	0.15	0.20	3.95	3	0.26
4	0.08	0.19	4.15	4	0.38
5	-0.03	0.19	4.19	5	0.52
6	0.08	0.18	4.41	6	0.62
7	-0.09	0.17	4.68	7	0.69
8	-0.19	0.16	6.05	8	0.64
9	0.29	0.15	9.58	9	0.38
10	-0.25	0.14	12.54	10	0.25
11	-0.07	0.13	12.80	11	0.30
12	0.11	0.12	13.64	12	0.32
13	0.04	0.11	13.80	13	0.38
14	-0.14	0.10	15.59	14	0.33
15	-0.04	0.09	15.84	15	0.39
16	0.07	0.07	16.79	16	0.39

Techniken und Interventionen

Tabelle E3-8: Autokorrelation. Bewältigungsorientierte Interventionen

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	0.44	0.21	4.28	1	0.04
2	0.26	0.21	5.91	2	0.05
3	0.02	0.20	5.92	3	0.12
4	0.22	0.19	7.24	4	0.12
5	0.00	0.19	7.24	5	0.20
6	-0.24	0.18	9.07	6	0.17
7	-0.38	0.17	13.77	7	0.06
8	-0.19	0.17	15.12	8	0.06
9	-0.17	0.16	16.26	9	0.06
10	-0.25	0.15	18.98	10	0.04
11	-0.40	0.14	26.97	11	0.00
12	-0.15	0.13	28.19	12	0.01
13	-0.12	0.12	29.14	13	0.01
14	0.08	0.11	29.61	14	0.01
15	0.00	0.10	29.61	15	0.01
16	0.14	0.09	32.32	16	0.01

Tabelle E3-9: Autokorrelation. Kognitive Arbeit und klärende Interventionen

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	0.49	0.21	5.39	1	0.02
2	0.23	0.21	6.68	2	0.04
3	0.14	0.20	7.17	3	0.07
4	0.01	0.19	7.17	4	0.13
5	0.05	0.19	7.23	5	0.20
6	0.07	0.18	7.38	6	0.29
7	-0.13	0.17	7.91	7	0.34
8	-0.23	0.17	9.78	8	0.28
9	-0.28	0.16	12.97	9	0.16
10	-0.24	0.15	15.45	10	0.12
11	-0.17	0.14	16.84	11	0.11
12	-0.14	0.13	17.97	12	0.12
13	-0.29	0.12	23.53	13	0.04
14	-0.27	0.11	29.54	14	0.01
15	-0.10	0.10	30.53	15	0.01
16	-0.01	0.09	30.54	16	0.02

Tabelle E3-10: Autokorrelation. Interpersonale Interventionen

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	0.73	0.21	11.82	1	0.00
2	0.52	0.21	18.23	2	0.00
3	0.31	0.20	20.69	3	0.00
4	0.19	0.19	21.66	4	0.00
5	-0.04	0.19	21.70	5	0.00
6	-0.18	0.18	22.74	6	0.00
7	-0.26	0.17	25.05	7	0.00
8	-0.39	0.17	30.50	8	0.00
9	-0.42	0.16	37.46	9	0.00
10	-0.39	0.15	44.30	10	0.00
11	-0.36	0.14	50.78	11	0.00
12	-0.28	0.13	55.30	12	0.00

13	-0.13	0.12	56.38	13	0.00
14	0.00	0.11	56.39	14	0.00
15	-0.02	0.10	56.43	15	0.00
16	0.05	0.09	56.79	16	0.00

Tabelle E3-11: Autokorrelation. Techniken und Interventionen (Skala)

Lag	Autokorrelation	SD	Box-Ljung-Statistik		
			Wert	df	Sig
1	0.68	0.21	10.15	1	0.00
2	0.48	0.21	15.63	2	0.00
3	0.26	0.20	17.36	3	0.00
4	0.17	0.19	18.17	4	0.00
5	-0.02	0.19	18.18	5	0.00
6	-0.13	0.18	18.71	6	0.00
7	-0.26	0.17	20.96	7	0.00
8	-0.35	0.17	25.39	8	0.00
9	-0.41	0.16	32.17	9	0.00
10	-0.39	0.15	38.88	10	0.00
11	-0.34	0.14	44.75	11	0.00
12	-0.26	0.13	48.52	12	0.00
13	-0.20	0.12	51.09	13	0.00
14	-0.08	0.11	51.58	14	0.00
15	-0.04	0.10	51.75	15	0.00
16	0.08	0.09	52.64	16	0.00

Anhang F

- Verteilung der Merkmalsausprägungen der SAWIM-Items der Perspektive Beziehungsgestaltung (erste Staffel der Datenerhebung)
- Mann-Whitney-U-Test für den Vergleich der Erfolgsgruppen
- Aus Kreuzkorrelationskoeffizienten ermittelte d-Effektstärken
- CLOPT:T-Test für unabhängige Variablen und Spearman-Korrelationen
- Verläufe der Interventionen depressiver Patienten
- Kreuzkorrelationskoeffizienten (Interventionen und Kontext), ausgedrückt in d-Effektstärken und Kreuzkorrelationen auf Oberkategorieebene
- Strukturgleichungsmodelle (Minutenebene)

Anhang F1: Verteilung der Merkmalsausprägungen der Perspektive Beziehungsgestaltung der ersten Staffel der Datenerhebung

Tabelle F1-1: Deskriptive Statistik für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

Variablen	N	Min	Max	M	SD
Pos. Bindungserfahrungen	3094	0.0	3.0	2.0	0.1
Orientierung und Kontrolle	3094	0.0	3.0	1.4	0.5
Pos. Selbstwerterfahrungen	3094	0.0	3.0	1.0	0.2
Pos. Zustände	3094	0.0	3.0	1.0	0.2
Therapeutenkompetenz	3094	0.0	3.0	2.0	0.2
Skala Beziehungsgestaltung	3094	0.0	3.0	1.4	0.2

Tabelle F1-2: Häufigkeit der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Bindungserfahrungen

Merkmalsausprägungen	f	%
BG ungeeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	0	0
BG eher ungeeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	17	1
BG geeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	3031	98
BG sehr gut geeignet für Erleben positiver Bindungserfahrungen	44	1

Tabelle F1-3: Häufigkeit der Merkmalsausprägungen für die Variable Orientierung und Kontrolle

Merkmalsausprägungen	f	%
BG ungeeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	0	0
BG eher ungeeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	1773	57
BG geeignet für Erleben positiver von Orientierung und Kontrolle	1311	42
BG sehr gut geeignet für Erleben von Orientierung und Kontrolle	8	0

Tabelle F1-4: Häufigkeit der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Selbstwerterfahrungen

Merkmalsausprägungen	f	%
BG ungeeignet für Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen	0	0
BG eher ungeeignet für Erleben positiven Selbstwerterfahrungen	3013	97
BG geeignet für Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen	78	3
BG sehr gut geeignet für Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen	1	0

Tabelle F1-5: Häufigkeit der Merkmalsausprägungen für die Variable Positive Zustände

Merkmalsausprägungen	f	%
BG ungeeignet für Erleben von positiven Zuständen	5	0
BG eher ungeeignet für Erleben positiven Zuständen	2975	97
BG geeignet für Erleben von positiven Zuständen	106	3
BG sehr gut geeignet für Erleben von positiven Zuständen	6	0

Tabelle F1-6: Häufigkeit der Merkmalsausprägungen für die Variable Wahrgenommene Therapeutenkompetenz

Merkmalsausprägungen	f	%
Nicht kompetentes Verhalten	0	0
Wenig kompetentes Verhalten	51	2
Kompetentes Verhalten	2969	96
Sehr kompetentes Verhalten	72	2

Anhang F2: U-Test nach Mann und Whitney für den Vergleich der Erfolgsgruppen

Störungsübergreifend

Tabelle F2-1 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

	EG ^a	R ^b	T ^c	U ^d
Positive Bindungserfahrungen	Tiefe EG	25.9	752.5	317.50
	Hohe EG	32.2	900.5	
Orientierung und Kontrolle	Tiefe EG	27.6	801.0	366.00
	Hohe EG	30.4	852.0	
Positive Selbsterfahrungen	Tiefe EG	24.5	711.5	276.50*
	Hohe EG	33.6	941.5	
Positive Zustände	Tiefe EG	27.6	799.5	364.50
	Hohe EG	30.5	853.5	
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	Tiefe EG	27.3	793.0	358.00
	Hohe EG	30.7	860.0	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), * p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-2: Mann-Whitney-U Test für die Perspektive der Strukturierung

	EG ^a	R	T	U
Strukturierung 1: Sitzungsthema	Tiefe EG	26.26	761.50	326.50
	Hohe EG	31.84	891.50	
Strukturierung 2: Klarer Fokus ^d	Tiefe EG	29.74	862.50	384.50
	Hohe EG	28.23	790.50	
Intensität der Problembearbeitung	Tiefe EG	33.14	961.00	286.00
	Hohe EG	24.71	692.00	
Relevanz der Problembearbeitung	Tiefe EG	27.66	802.00	367.00
	Hohe EG	30.39	851.00	
Prozessdirektivität Therapeut	Tiefe EG	33.19	962.50	284.50*
	Hohe EG	24.66	690.50	
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Tiefe EG	24.83	720.00	285.00*
	Hohe EG	33.32	933.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Tiefe EG	29.48	855.00	392.00
	Hohe EG	28.50	798.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung Therap.	Tiefe EG	31.50	913.50	333.50
	Hohe EG	26.41	739.50	
Fokus auf Veränderung	Tiefe EG	25.90	751.00	316.00*
	Hohe EG	32.21	902.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), * p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-3 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

	EG ^a	R	T	U
Positive emotionale Aktivierung	Tiefe EG	21.45	622.00	187.00***
	Hohe EG	36.82	1031.00	
Negative emotionale Aktivierung	Tiefe EG	31.88	924.50	322.50
	Hohe EG	26.02	728.50	
Annäherungsmodus	Tiefe EG	25.57	741.50	306.50*
	Hohe EG	32.55	911.50	
Vermeidungsmodus	Tiefe EG	31.02	899.50	347.50
	Hohe EG	26.91	753.50	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-4 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive Techniken und Interventionen

	EG ^a	R	T	U
Prozessunterstützende Interventionen	Tiefe EG	24.07	698.00	263.00**
	Hohe EG	34.11	955.00	
Bewältigungsorientierte Interventionen	Tiefe EG	29.84	865.50	381.50
	Hohe EG	28.13	787.50	
Kognitive Arbeit und Klärung	Tiefe EG	32.86	953.00	294.00*
	Hohe EG	25.00	700.00	
Interpersonelle Interventionen	Tiefe EG	28.59	829.00	394.00
	Hohe EG	29.43	824.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Depression

Tabelle F2-5 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

	EG ^a	R	T	U
Positive Bindungserfahrungen	Tiefe EG	9.8	128.0	37.00*
	Hohe EG	16.4	197.0	
Orientierung und Kontrolle	Tiefe EG	10.4	135.0	44.00 [†]
	Hohe EG	15.8	190.0	
Positive Selbstwerterfahrungen	Tiefe EG	9.8	127.0	36.00*
	Hohe EG	16.5	198.0	
Positive Zustände	Tiefe EG	11.8	153.0	62.00
	Hohe EG	14.3	172.0	
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	Tiefe EG	10.8	140.0	49.00
	Hohe EG	15.4	185.0	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-6: Mann-Whitney-U Test für die Perspektive der Strukturierung

	EG ^a	R	T	U
Strukturierung 1: Sitzungsthema	Tiefe EG	10.81	140.50	49.50 ⁺
	Hohe EG	15.38	184.50	
Strukturierung 2: Klarer Fokus ^d	Tiefe EG	13.77	179.00	68.00
	Hohe EG	12.17	146.00	
Intensität der Problembearbeitung	Tiefe EG	13.23	172.00	75.00
	Hohe EG	12.75	153.00	
Relevanz der Problembearbeitung	Tiefe EG	11.08	144.00	53.00
	Hohe EG	15.08	181.00	
Prozessdirektivität Therapeut	Tiefe EG	13.62	177.00	70.00
	Hohe EG	12.33	148.00	
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Tiefe EG	11.23	146.00	55.00
	Hohe EG	14.92	179.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Tiefe EG	10.85	141.00	50.00
	Hohe EG	15.33	184.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung Therap.	Tiefe EG	13.08	170.00	77.00
	Hohe EG	12.92	155.00	
Fokus auf Veränderung	Tiefe EG	10.23	133.00	42.00*
	Hohe EG	16.00	192.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU = Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-7 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

	EG ^a	R	T	U
Positive emotionale Aktivierung	Tiefe EG	9.31	121.00	30.00***
	Hohe EG	17.00	204.00	
Negative emotionale Aktivierung	Tiefe EG	13.88	180.50	66.50
	Hohe EG	12.04	144.50	
Annäherungsmodus	Tiefe EG	10.12	131.50	40.50*
	Hohe EG	16.13	193.50	
Vermeidungsmodus	Tiefe EG	15.27	198.50	48.50 ⁺
	Hohe EG	10.54	126.50	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU = Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-8 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

	EG ^a	R	T	U
Prozessunterstützende Interventionen	Tiefe EG	10.69	139.00	48.00 ⁺
	Hohe EG	15.50	186.00	
Bewältigungsorientierte Interventionen	Tiefe EG	14.23	185.00	62.00
	Hohe EG	11.67	140.00	
Kognitive Arbeit und Klärung	Tiefe EG	15.31	199.00	48.00 ⁺
	Hohe EG	10.50	126.00	
Interpersonelle Interventionen	Tiefe EG	11.08	144.00	53.00
	Hohe EG	15.08	181.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU = Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz (einseitig), ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Vergleich der Diagnosegruppen Depression - Angst

Tabelle F2-9 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive Beziehungsgestaltung

	DG ^a	R	T	U
Positive Bindungserfahrungen	Angst	15.0	375.0	50.00*
	Depression	25.5	255.0	
Orientierung und Kontrolle	Angst	16.0	400.0	75.00 ⁺
	Depression	23.0	230.0	
Positive Selbsterfahrungen	Angst	17.2	430.0	105.00
	Depression	20.0	200.0	
Positive Zustände	Angst	16.6	415.5	90.50
	Depression	21.5	214.5	
Wahrgenommene Therapeutenkompetenz	Angst	15.6	389.0	64.00*
	Depression	24.1	241.0	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz, ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-10: Mann-Whitney-U Test für die Perspektive der Strukturierung

	DG ^a	R	T	U
Strukturierung 1: Sitzungsthema	Angst	17.30	432.50	107.50
	Depression	19.75	197.50	
Strukturierung 2: Klarer Fokus ^d	Angst	15.48	387.00	62.00*
	Depression	24.30	243.00	
Intensität der Problembearbeitung	Angst	17.24	431.00	106.00
	Depression	19.90	199.00	
Relevanz der Problembearbeitung	Angst	15.00	375.00	50.00*
	Depression	25.50	255.00	
Prozessdirektivität Therapeut	Angst	17.12	428.00	103.00
	Depression	20.20	202.00	
Aktive Beteiligung durch den Patienten	Angst	17.96	449.00	124.00
	Depression	18.10	181.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung allg.	Angst	16.52	413.00	88.00
	Depression	21.70	217.00	
Alltagsbezug und Konkretisierung Therap.	Angst	20.26	506.50	68.50*
	Depression	12.35	123.50	
Fokus auf Veränderung	Angst	19.54	488.50	68.50*
	Depression	14.15	141.50	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz, ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-11 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

	DG ^a	R	T	U
Positive emotionale Aktivierung	Angst	19.38	484.50	90.50
	Depression	14.55	145.50	
Negative emotionale Aktivierung	Angst	18.28	457.00	118.00
	Depression	17.30	173.00	
Annäherungsmodus	Angst	17.10	427.50	102.50
	Depression	20.25	202.50	
Vermeidungsmodus	Angst	17.68	442.00	117.00
	Depression	18.80	188.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz, ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabelle F2-12 :Mann-Whitney-U-Test für die Variablen der Perspektive emotionale Aktivierung und motivationale Ausrichtung

	DG ^a	R	T	U
Prozessunterstützende Interventionen	Angst	18.40	460.00	115.00
	Depression	17.00	170.00	
Bewältigungsorientierte Interventionen	Angst	16.84	421.00	96.00
	Depression	20.90	209.00	
Kognitive Arbeit und Klärung	Angst	18.66	466.50	108.50
	Depression	16.35	163.50	
Interpersonelle Interventionen	Angst	20.96	524.00	51.00***
	Depression	10.60	106.00	

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, tiefe EG n = 29, hohe EG n = 28, ^bR = Mittlerer Rang,

^cT = Rangsumme, ^dU= Mann-Whitney-U, Exakte Signifikanz, ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Anhang F3: Aus Kreuzkorrelationskoeffizienten ermittelte d-Effektstärken

Tabelle F3-1: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Bindungserf. und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.26	0.53
-6	0.42	0.94
-5	0.49	1.14
-4	0.30	0.64
-3	0.51	1.17
-2	0.40	0.87
-1	0.38	0.82
0	0.37	0.80
1	0.25	0.51
2	0.26	0.53
3	0.14	0.29
4	0.16	0.32
5	0.16	0.33
6	0.06	0.12
7	0.09	0.18

Tabelle F3-2: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Bindungserf. und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.19	0.39
-6	0.30	0.63
-5	0.34	0.73
-4	0.33	0.71
-3	0.43	0.96
-2	0.32	0.67
-1	0.34	0.73
0	0.40	0.88
1	0.28	0.59
2	0.24	0.50
3	0.13	0.25
4	0.16	0.32
5	0.11	0.23
6	0.12	0.24
7	0.06	0.11

Tabelle F3-3: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Bindungserf. und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.07	-0.13
-6	0.03	0.06
-5	0.05	0.10
-4	0.02	0.04
-3	0.18	0.37
-2	0.25	0.52
-1	0.16	0.33
0	0.04	0.08
1	0.09	0.18
2	-0.05	-0.11
3	0.11	0.22
4	0.01	0.02
5	0.03	0.06
6	-0.07	-0.13
7	-0.09	-0.18

Tabelle F3-4: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Bindungserf. und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.15	0.31
-6	0.13	0.27
-5	0.14	0.28
-4	0.10	0.20
-3	0.01	0.03
-2	0.17	0.35
-1	0.05	0.09
0	0.08	0.15
1	-0.10	-0.20
2	-0.27	-0.57
3	-0.27	-0.57
4	-0.25	-0.51
5	-0.11	-0.23
6	-0.11	-0.21
7	0.05	0.10

Tabelle F3-5: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen Orient. und Kontr.erf. und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.35	0.76
-6	0.42	0.93
-5	0.49	1.12
-4	0.41	0.90
-3	0.50	1.15
-2	0.55	1.32
-1	0.57	1.39
0	0.57	1.39
1	0.65	1.72
2	0.68	1.87
3	0.54	1.29
4	0.50	1.17
5	0.42	0.92
6	0.31	0.66
7	0.23	0.48

Tabelle F3-6: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Orient.u.Kontr.erf. und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.41	0.89
-6	0.44	0.99
-5	0.50	1.16
-4	0.46	1.04
-3	0.48	1.10
-2	0.44	0.99
-1	0.38	0.83
0	0.32	0.67
1	0.37	0.80
2	0.30	0.63
3	0.21	0.42
4	0.20	0.40
5	0.14	0.28
6	0.15	0.30
7	-0.05	-0.11

Tabelle F3-7: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen Orient.u.Kontr.erf. und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.14	0.29
-6	0.08	0.17
-5	0.12	0.25
-4	0.14	0.28
-3	0.17	0.34
-2	0.24	0.50
-1	0.14	0.28
0	0.05	0.09
1	-0.09	-0.19
2	-0.12	-0.24
3	-0.11	-0.22
4	-0.11	-0.21
5	-0.03	-0.07
6	-0.08	-0.16
7	-0.23	-0.48

Tabelle F3-8: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Orient.u.Kontr.erf. und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.24	0.50
-6	0.22	0.44
-5	0.10	0.21
-4	0.12	0.24
-3	-0.03	-0.06
-2	0.00	0.00
-1	-0.08	-0.16
0	-0.16	-0.33
1	-0.27	-0.56
2	-0.14	-0.29
3	-0.08	-0.16
4	-0.09	-0.17
5	-0.03	-0.07
6	-0.06	-0.13
7	-0.15	-0.29

Tabelle F3-9: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Selbstwerterf. und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.23	0.48
-6	0.24	0.49
-5	0.38	0.83
-4	0.42	0.92
-3	0.38	0.83
-2	0.41	0.90
-1	0.50	1.16
0	0.31	0.66
1	0.30	0.62
2	0.31	0.65
3	0.23	0.47
4	0.26	0.53
5	0.17	0.35
6	0.26	0.54
7	0.11	0.23

Tabelle F3-10: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Selbstwerterf. und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.26	0.54
-6	0.22	0.46
-5	0.25	0.52
-4	0.24	0.49
-3	0.22	0.45
-2	0.30	0.62
-1	0.12	0.24
0	0.14	0.28
1	0.09	0.19
2	0.13	0.27
3	-0.01	-0.03
4	-0.15	-0.30
5	-0.23	-0.48
6	-0.07	-0.14
7	-0.05	-0.09

Tabelle F3-11: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Selbstwerterf. und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.10	0.20
-6	0.06	0.13
-5	0.06	0.12
-4	0.12	0.24
-3	-0.10	-0.19
-2	0.00	0.00
-1	-0.04	-0.08
0	-0.02	-0.04
1	-0.18	-0.37
2	-0.12	-0.25
3	-0.21	-0.44
4	-0.20	-0.42
5	-0.22	-0.44
6	-0.14	-0.29
7	-0.26	-0.54

Tabelle F3-12: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Selbstwerterf. und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.15	0.31
-6	0.13	0.27
-5	-0.06	-0.13
-4	-0.07	-0.14
-3	-0.34	-0.73
-2	-0.29	-0.60
-1	-0.26	-0.55
0	-0.32	-0.67
1	-0.22	-0.44
2	-0.33	-0.69
3	-0.27	-0.55
4	-0.28	-0.57
5	-0.19	-0.39
6	-0.24	-0.49
7	-0.23	-0.47

Tabelle F3-13: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Zuständen und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.25	-0.51
-6	-0.25	-0.52
-5	-0.23	-0.47
-4	-0.25	-0.52
-3	-0.22	-0.45
-2	-0.13	-0.27
-1	-0.25	-0.51
0	-0.43	-0.95
1	-0.36	-0.76
2	-0.34	-0.73
3	-0.28	-0.59
4	-0.38	-0.81
5	-0.25	-0.52
6	-0.25	-0.51
7	-0.25	-0.52

Tabelle F3-14: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Zuständen und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.04	-0.08
-6	-0.02	-0.03
-5	0.08	0.16
-4	0.19	0.39
-3	0.35	0.74
-2	0.40	0.87
-1	0.36	0.76
0	0.29	0.61
1	0.29	0.61
2	0.27	0.57
3	0.05	0.09
4	0.01	0.03
5	0.03	0.05
6	0.02	0.04
7	-0.03	-0.06

Tabelle F3-15: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen pos. Zuständen und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.09	-0.18
-6	-0.05	-0.10
-5	-0.17	-0.34
-4	-0.10	-0.20
-3	-0.06	-0.13
-2	0.10	0.20
-1	0.03	0.06
0	0.12	0.24
1	-0.10	-0.20
2	0.03	0.05
3	0.04	0.09
4	0.16	0.32
5	0.00	0.01
6	-0.04	-0.07
7	-0.08	-0.16

Tabelle F3-16: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen pos. Zuständen und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Depression n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.06	0.11
-6	0.04	0.09
-5	0.08	0.15
-4	0.01	0.01
-3	0.13	0.26
-2	0.29	0.61
-1	0.19	0.39
0	0.26	0.53
1	0.12	0.25
2	0.17	0.35
3	0.22	0.45
4	0.08	0.16
5	0.00	0.01
6	-0.11	-0.21
7	-0.19	-0.38

Anhang F4: CLOPT: T-Test für unabhängige Variablen (zwischen Erfolgsgruppen), Pearsonkorrelationen zwischen CLOPT-Skalen und Variablen der Beziehungsgestaltung des Therapeuten, respektive der motivationalen Ausrichtung der Patienten

Gesamte Stichprobe

Tabelle F4-1: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen des CLOPT (Perspektive Therapeut) (Gesamte Stichprobe, n = 57)

	Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten			Sitzungsebene ^b		
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Dominant (Th)	Tiefe EG	0.18	0.20	55	0.39	0.1
	Hohe EG	0.20	0.24			
Freundlich (Th)	Tiefe EG	0.93	0.45	55	1.48	0.4
	Hohe EG	1.16	0.71			
Unterwürfig (Th)	Tiefe EG	0.15	0.34	55	-0.33	-0.1
	Hohe EG	0.12	0.39			
Feindselig (Th)	Tiefe EG	0.10	0.27	55	-0.45	-0.1
	Hohe EG	0.07	0.15			

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, ^bSitzungsebene n₁ = 29, n₂ = 28, ⁺ ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-2: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen des CLOPT (Perspektive Patient) (Gesamte Stichprobe, n = 57)

	Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten			Sitzungsebene ^b		
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Dominant (Pat)	Tiefe EG	0.20	0.41	55	2.25*	0.6
	Hohe EG	0.52	0.64			
Freundlich (Pat)	Tiefe EG	0.71	0.34	55	0.72	0.2
	Hohe EG	0.77	0.36			
Unterwürfig (Pat)	Tiefe EG	0.06	0.28	55	-0.49	-0.1
	Hohe EG	0.10	0.31			
Feindselig (Pat)	Tiefe EG	0.24	0.41	55	-2.07*	-0.5
	Hohe EG	0.07	0.11			

Anmerkungen: ^aEG = Erfolgsgruppen, ^bSitzungsebene n₁ = 29, n₂ = 28, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-3: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten (Gesamte Stichprobe, n = 57)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient .u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	-0.10	0.07	-0.16	-0.15	-0.08
Freundlich	0.67***	0.65***	0.51***	0.71***	0.49***
Unterwürfig	-0.23	-0.20	-0.26	-0.22	-0.07
Feindselig	-0.34**	-0.39**	-0.28*	-0.37**	-0.13

Anmerkungen: ^aBG Skala = Skala Beziehungsgestaltung; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-4: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Patienten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten (Gesamte Stichprobe, n = 57)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient .u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	-0.11	-0.04	-0.12	-0.11	-0.10
Freundlich	0.53***	0.49***	0.45**	0.45**	0.51***
Unterwürfig	0.02	0.02	0.07	0.00	-0.04
Feindselig	-0.06	0.02	-0.10	-0.03	-0.08

Anmerkungen: ^aBG Skala = Skala Beziehungsgestaltung; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-5: Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung des Patienten (Gesamte Stichprobe, n = 57)

	AM ^a	VM ^b
Dominant	0.24 ⁺	-0.06
Freundlich	0.26 ⁺	-0.30*
Unterwürfig	-0.35**	0.47***
Feindselig	-0.21	0.59***

Anmerkungen: ^a AM = Annäherungsmodus; ^b VM = Vermeidungsmodus; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Depression

Tabelle F4-6: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen des CLOPT (Perspektive Therapeut) (Depression, n = 25)

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Dominant (Th)	Tiefe EG	0.13	0.17	23	1.13	0.5
	Hohe EG	0.23	0.26			
Freundlich (Th)	Tiefe EG	0.71	0.42	23	2.11*	0.9
	Hohe EG	1.00	0.22			
Unterwürfig (Th)	Tiefe EG	0.15	0.27	23	-1.59	-0.7
	Hohe EG	0.02	0.05			
Feindselig (Th)	Tiefe EG	0.15	0.38	23	-0.73	-0.3
	Hohe EG	0.07	0.18			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene n₁ = 29, n₂ = 28, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-7: Effekte des t-Tests für unabhängige Stichproben für die Variablen des CLOPT (Perspektive Patient) (Depression, n = 25)

Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten	Sitzungsebene ^b					
	EG ^a	M	SD	df	t	d
Dominant (Pat)	Tiefe EG	0.07	0.28	23	2.25*	0.9
	Hohe EG	0.33	0.68			
Freundlich (Pat)	Tiefe EG	0.55	0.50	23	1.89	0.8
	Hohe EG	0.85	0.38			
Unterwürfig (Pat)	Tiefe EG	0.07	0.25	23	-0.32	-0.1
	Hohe EG	0.05	0.30			
Feindselig (Pat)	Tiefe EG	0.31	0.67	23	-1.36	-0.6
	Hohe EG	0.09	0.29			

Anmerkungen: ^a EG = Erfolgsgruppen, ^b Sitzungsebene n₁ = 29, n₂ = 28, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-8: Pearson-Korrelation zwischen Interaktionsstil des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten (Depression, n = 25)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient .u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	0.05	0.23	-0.13	0.08	0.08
Freundlich	0.72***	0.82***	0.57***	0.67***	0.60***
Unterwürfig	-0.07	-0.07	-0.08	-0.09	0.02
Feindselig	-0.22	-0.24	-0.16	-0.31	-0.04

Anmerkungen: ^a BG Skala = Skala Beziehungsgestaltung; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Tabelle F4-9: Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil des Patienten und Beziehungsgestaltung des Patienten (Depression, n = 25)

	BG Skala ^a	Pos. Bindung	Orient .u. Kontr.	Selbstwert	Pos. Zustände
Dominant	0.10	0.17	0.06	0.13	-0.01
Freundlich	0.62***	0.63***	0.60**	0.51**	0.54**
Unterwürfig	0.03	0.06	-0.01	0.09	-0.01
Feindselig	0.06	0.16	-0.08	0.13	0.04

Anmerkungen: ^aBG Skala = Skala Beziehungsgestaltung; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

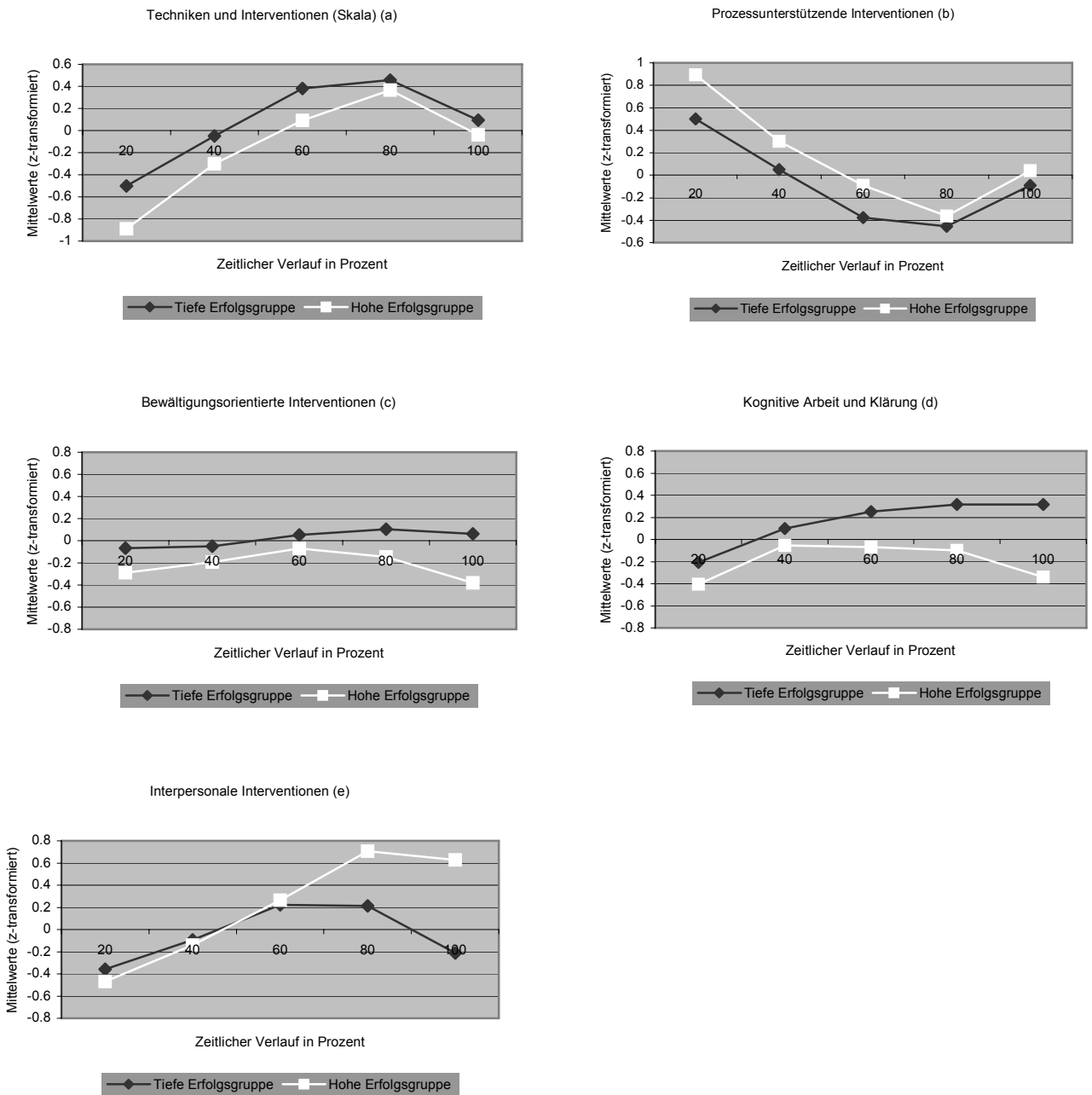
Tabelle F4-10: Pearson-Korrelationen zwischen Interaktionsstil und motivationaler Ausrichtung des Patienten (Depression, n = 57)

	AM ^a	VM ^b
Dominant	0.28	-0.10
Freundlich	0.36 ⁺	-0.32
Unterwürfig	-0.15	0.49*
Feindselig	-0.24	0.73**

Anmerkungen: ^aAM = Annäherungsmodus;

^bVM = Vermeidungsmodus; p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Anhang F5: Verläufe der Interventionen bei depressiven Patienten

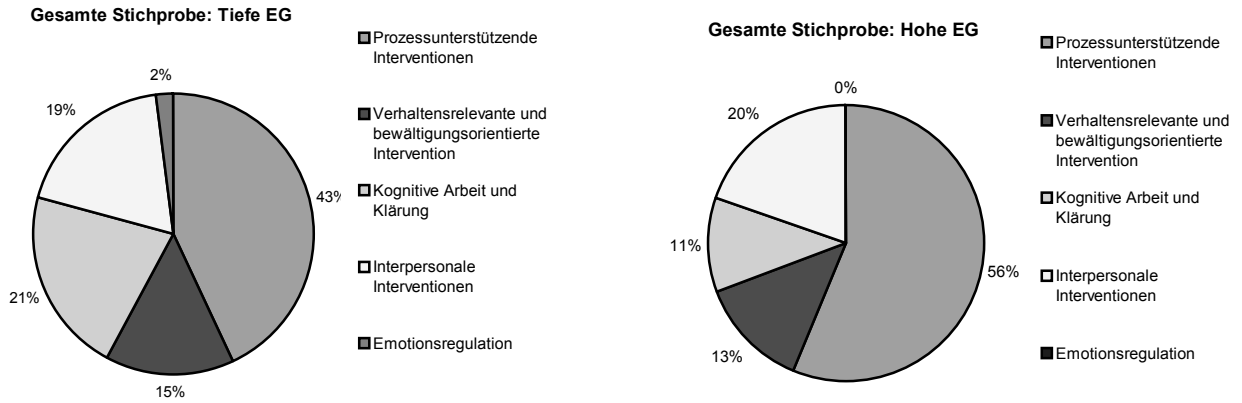


Abbildungen F5-1 a bis e: Z-standardisierte Verläufe der Variablen Techniken und Interventionen (gesamt), prozessunterstützende, bewältigungsorientierte, kognitive und klärende sowie interpersonale Interventionen im Stundenverlauf nach Erfolgsgruppen für depressive Patienten. Stichprobe pro Sequenz $n_1 = 146$, $n_2 = 127$.

Anhang F6: Kreuzkorrelationskoeffizienten (Interventionen und Kontext), ausgedrückt in d-Effektstärken und Kreuzkorrelationen auf Oberkategorieebene

Häufigkeit durchgeführter Interventionen auf Oberkategorieebene

Abbildungen F6-1 a und b : Häufigkeiten durchgeführter Interventionen auf Oberkategorieebene, angegeben in Prozent.



Häufigkeit der durchgeführten Interventionen auf Kategorienebene

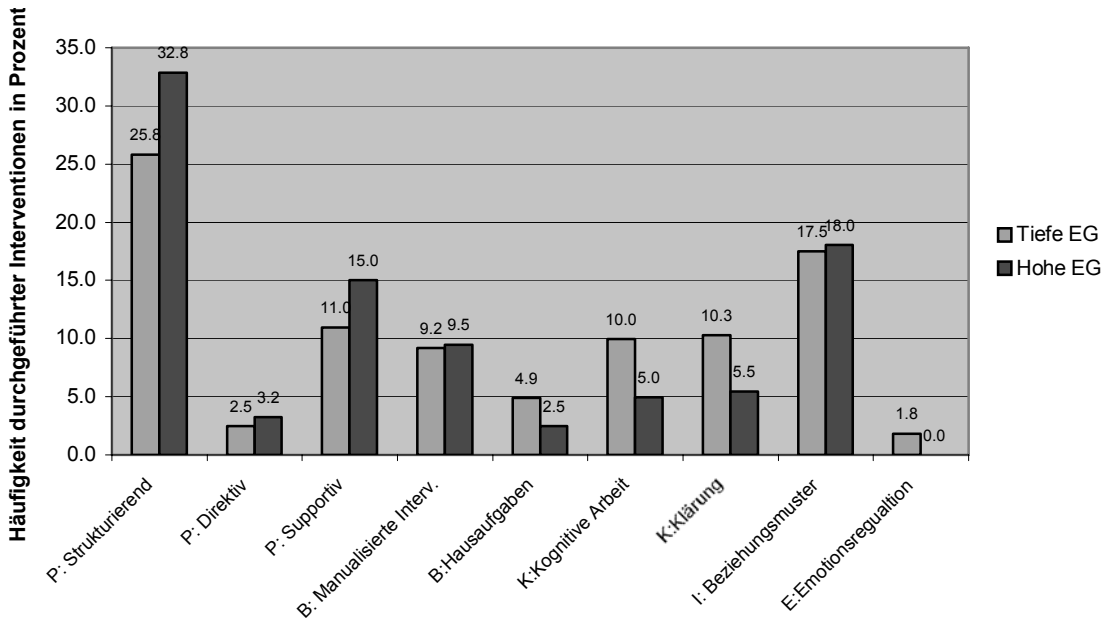


Abbildung F6-2: Häufigkeiten durchgeführter Interventionen auf Kategorienebene, angegeben in Prozent.

Kreuzkorrelationskoeffizienten, ausgedrückt in d-Effektstärken (Interventionen auf Kategorienebene)

Tabelle F6-1: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.33	-0.69
-6	-0.22	-0.45
-5	-0.29	-0.60
-4	-0.32	-0.68
-3	-0.31	-0.65
-2	-0.35	-0.75
-1	-0.45	-1.00
0	-0.47	-1.07
1	-0.40	-0.88
2	-0.34	-0.71
3	-0.19	-0.38
4	-0.11	-0.22
5	-0.17	-0.33
6	-0.14	-0.28
7	-0.20	-0.40

Tabelle F6-3: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.08	0.16
-6	0.11	0.21
-5	0.19	0.38
-4	0.26	0.53
-3	0.33	0.70
-2	0.37	0.79
-1	0.37	0.80
0	0.44	0.99
1	0.47	1.06
2	0.57	1.40
3	0.63	1.63
4	0.64	1.67
5	0.65	1.70
6	0.50	1.15
7	0.43	0.94

Tabelle F6-5: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Beziehungsgestaltung in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.04	0.07
-6	0.06	0.12
-5	0.06	0.13
-4	0.11	0.21
-3	0.13	0.26
-2	0.18	0.37
-1	0.20	0.41
0	0.28	0.59
1	0.34	0.72
2	0.33	0.71
3	0.36	0.77
4	0.28	0.59
5	0.36	0.76
6	0.30	0.62
7	0.32	0.67

Tabelle F6-2: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.22	0.46
-6	0.26	0.53
-5	0.26	0.54
-4	0.33	0.70
-3	0.34	0.72
-2	0.36	0.77
-1	0.42	0.92
0	0.53	1.27
1	0.59	1.48
2	0.60	1.50
3	0.55	1.31
4	0.54	1.29
5	0.51	1.20
6	0.45	1.01
7	0.38	0.83

Tabelle F6-4: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.28	0.57
-6	0.30	0.63
-5	0.35	0.75
-4	0.34	0.73
-3	0.37	0.79
-2	0.35	0.75
-1	0.36	0.76
0	0.36	0.78
1	0.24	0.49
2	0.09	0.19
3	0.05	0.10
4	-0.09	-0.18
5	-0.03	-0.05
6	-0.05	-0.10
7	-0.12	-0.24

Tabelle F6-6: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen spezifischen Interventionen (Skala) und Beziehungsgestaltung in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.20	0.41
-6	0.25	0.51
-5	0.33	0.69
-4	0.36	0.77
-3	0.42	0.92
-2	0.41	0.89
-1	0.43	0.96
0	0.51	1.20
1	0.51	1.17
2	0.51	1.20
3	0.49	1.14
4	0.41	0.90
5	0.40	0.88
6	0.36	0.76
7	0.39	0.84

Tabelle F6-7: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen „manualisierten“ bew.orient. Interventionen und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.12	-0.23
-6	-0.22	-0.46
-5	-0.36	-0.78
-4	-0.38	-0.83
-3	-0.43	-0.95
-2	-0.50	-1.17
-1	-0.56	-1.37
0	-0.45	-0.99
1	-0.40	-0.87
2	-0.27	-0.56
3	-0.27	-0.57
4	-0.12	-0.24
5	-0.13	-0.25
6	-0.04	-0.09
7	-0.07	-0.13

Tabelle F6-9: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen „manualisierten“ bew.orient. Interventionen und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.10	0.21
-6	0.09	0.18
-5	0.08	0.17
-4	0.13	0.27
-3	0.26	0.55
-2	0.41	0.89
-1	0.49	1.12
0	0.57	1.38
1	0.55	1.30
2	0.49	1.14
3	0.62	1.59
4	0.58	1.43
5	0.63	1.63
6	0.41	0.90
7	0.28	0.58

Tabelle F6-11: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen „manualisierten“ bew.orient. Interventionen und Beziehungsgestaltung in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.04	0.08
-6	-0.02	-0.03
-5	-0.02	-0.03
-4	-0.01	-0.03
-3	0.01	0.02
-2	-0.02	-0.04
-1	0.00	-0.01
0	0.05	0.09
1	0.03	0.06
2	0.07	0.13
3	0.14	0.27
4	0.10	0.19
5	0.21	0.43
6	0.26	0.53
7	0.25	0.51

Tabelle F6-8: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen „manualisierten“ bew.orient. Intervent. und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.15	-0.30
-6	-0.14	-0.27
-5	-0.10	-0.20
-4	-0.06	-0.11
-3	-0.09	-0.18
-2	-0.11	-0.22
-1	-0.04	-0.08
0	0.14	0.29
1	0.17	0.35
2	0.23	0.47
3	0.28	0.58
4	0.30	0.62
5	0.32	0.67
6	0.36	0.78
7	0.43	0.94

Tabelle F6-10: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen „manualisierten“ bew.orient. Intervent. und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.11	0.22
-6	0.19	0.40
-5	0.29	0.61
-4	0.27	0.56
-3	0.38	0.82
-2	0.29	0.61
-1	0.30	0.64
0	0.42	0.93
1	0.45	1.01
2	0.37	0.80
3	0.28	0.58
4	0.08	0.17
5	0.06	0.12
6	-0.03	-0.06
7	-0.13	-0.26

Tabelle F6-12: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen „manualisierten“ bew.orient. Intervent. und Beziehungsgestaltung in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.00	0.01
-6	0.07	0.15
-5	0.11	0.22
-4	0.22	0.45
-3	0.20	0.41
-2	0.25	0.53
-1	0.25	0.52
0	0.31	0.65
1	0.23	0.46
2	0.18	0.36
3	0.25	0.52
4	0.28	0.57
5	0.23	0.48
6	0.18	0.38
7	0.22	0.46

Tabelle F6-13: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen klärende Interventionen und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.26	-0.53
-6	0.06	0.12
-5	0.07	0.13
-4	0.07	0.13
-3	-0.13	-0.27
-2	-0.04	-0.07
-1	-0.09	-0.18
0	-0.08	-0.17
1	-0.20	-0.41
2	-0.16	-0.32
3	0.00	0.01
4	0.21	0.44
5	-0.04	-0.08
6	0.05	0.10
7	-0.23	-0.48

Tabelle F6-15: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen klärende Interventionen und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.02	-0.04
-6	0.04	0.08
-5	0.12	0.25
-4	0.23	0.48
-3	0.21	0.43
-2	0.22	0.45
-1	0.15	0.31
0	0.09	0.19
1	0.21	0.42
2	0.20	0.41
3	0.44	0.99
4	0.33	0.69
5	0.20	0.41
6	0.06	0.13
7	0.10	0.20

Tabelle F6-17: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen klärenden Interventionen und Beziehungsgestaltung in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.06	-0.11
-6	0.07	0.15
-5	0.01	0.01
-4	0.05	0.09
-3	0.01	0.02
-2	0.04	0.08
-1	0.06	0.12
0	0.19	0.39
1	0.37	0.79
2	0.49	1.12
3	0.35	0.75
4	0.26	0.54
5	0.37	0.79
6	0.35	0.74
7	0.40	0.88

Tabelle F6-14: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen klärende Interventionen und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.18	-0.37
-6	-0.01	-0.02
-5	0.13	0.27
-4	0.19	0.39
-3	0.11	0.23
-2	0.13	0.26
-1	0.22	0.45
0	0.31	0.66
1	0.43	0.96
2	0.41	0.89
3	0.30	0.63
4	0.32	0.68
5	0.35	0.75
6	0.25	0.51
7	0.19	0.40

Tabelle F6-16: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen klärende Interventionen und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.09	0.19
-6	0.19	0.39
-5	0.32	0.68
-4	0.37	0.81
-3	0.39	0.85
-2	0.39	0.85
-1	0.30	0.63
0	0.24	0.50
1	0.27	0.56
2	0.13	0.26
3	0.08	0.16
4	-0.11	-0.23
5	0.06	0.12
6	0.09	0.18
7	0.09	0.18

Tabelle F6-18: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen klärenden Interventionen und Beziehungsgestaltung in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.00	0.00
-6	-0.09	-0.19
-5	-0.04	-0.07
-4	0.06	0.12
-3	0.21	0.43
-2	0.29	0.59
-1	0.24	0.49
0	0.30	0.62
1	0.24	0.49
2	0.22	0.45
3	0.40	0.87
4	0.26	0.54
5	0.20	0.40
6	0.26	0.53
7	0.32	0.67

Tabelle F6-19: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen interpersonalen Interventionen (Bez.muster) und Annäherungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.27	-0.56
-6	-0.33	-0.70
-5	-0.33	-0.70
-4	-0.35	-0.75
-3	-0.37	-0.80
-2	-0.40	-0.87
-1	-0.42	-0.94
0	-0.44	-0.98
1	-0.36	-0.76
2	-0.33	-0.70
3	-0.27	-0.56
4	-0.30	-0.62
5	-0.19	-0.39
6	-0.21	-0.44
7	-0.16	-0.32

Tabelle F6-20: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen interpersonalen Interv. (Bez.muster) und Annäherungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.38	0.81
-6	0.33	0.70
-5	0.40	0.87
-4	0.44	0.99
-3	0.54	1.29
-2	0.51	1.19
-1	0.51	1.19
0	0.59	1.45
1	0.61	1.54
2	0.64	1.68
3	0.64	1.68
4	0.55	1.30
5	0.51	1.18
6	0.38	0.82
7	0.36	0.76

Tabelle F6-21: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Interpersonalen Interventionen (Bez. Muster) und Vermeidungsmodus in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.04	-0.09
-6	0.00	0.01
-5	0.06	0.11
-4	0.15	0.30
-3	0.24	0.50
-2	0.26	0.55
-1	0.36	0.76
0	0.40	0.88
1	0.50	1.16
2	0.61	1.55
3	0.53	1.25
4	0.63	1.63
5	0.58	1.41
6	0.55	1.33
7	0.49	1.12

Tabelle F6-22: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen interpers. Interventionen (Bez.muster) und Vermeidungsmodus in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.27	0.55
-6	0.24	0.49
-5	0.21	0.43
-4	0.26	0.53
-3	0.31	0.66
-2	0.38	0.82
-1	0.29	0.61
0	0.21	0.43
1	-0.02	-0.03
2	-0.11	-0.21
3	-0.11	-0.23
4	-0.20	-0.42
5	-0.13	-0.26
6	-0.12	-0.25
7	-0.16	-0.33

Tabelle F6-23: Kreuzkorrelationskoeffizienten zwischen Interpersonalen Interv. (Bez.muster) und Beziehungsgestaltung in wenig erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (Gesamtstichprobe, n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	-0.02	-0.04
-6	-0.01	-0.02
-5	0.08	0.16
-4	0.10	0.21
-3	0.14	0.29
-2	0.20	0.41
-1	0.18	0.37
0	0.17	0.35
1	0.22	0.45
2	0.21	0.43
3	0.23	0.47
4	0.13	0.25
5	0.14	0.29
6	0.14	0.29
7	0.14	0.28

Tabelle F6-24: Kreuzkorrelationskoeffizient zwischen interpersonalen Interv. (Bez.muster) und Beziehungsgestaltung in erfolgreichen Stunden, ausgedrückt in d-Effektstärken (n = 50)

lag	KK	Cohen's d
-7	0.25	0.51
-6	0.33	0.70
-5	0.42	0.94
-4	0.45	1.01
-3	0.44	0.98
-2	0.52	1.23
-1	0.54	1.28
0	0.66	1.77
1	0.60	1.52
2	0.57	1.40
3	0.54	1.28
4	0.44	0.98
5	0.48	1.09
6	0.37	0.81
7	0.32	0.69

Bewältigungsorientierte Interventionen auf Oberkategorieebene

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

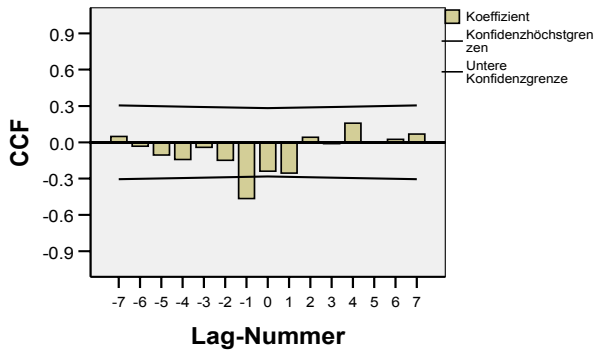


Abbildung F6-3: Kreuzkorrelationen zwischen bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

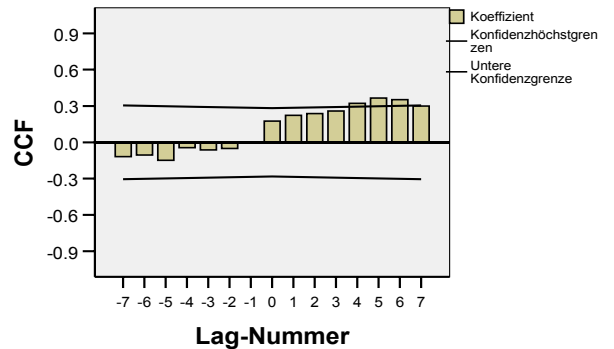


Abbildung F6-4: Kreuzkorrelationen zwischen bewältigungsorientierten Interventionen des Therap. und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichpr. n=50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

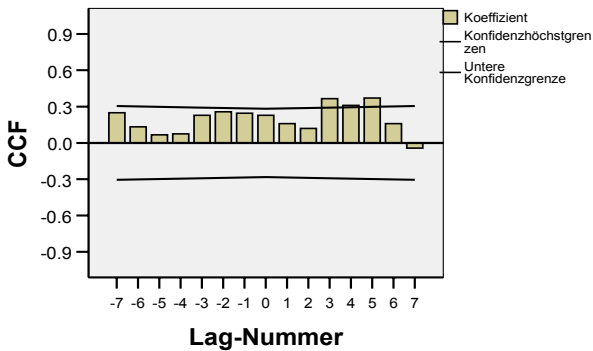


Abbildung F6-5: Kreuzkorrelationen zwischen bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

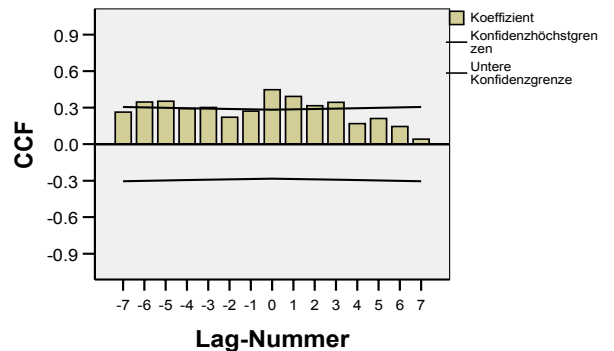


Abbildung F6-6: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichpr. n=50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

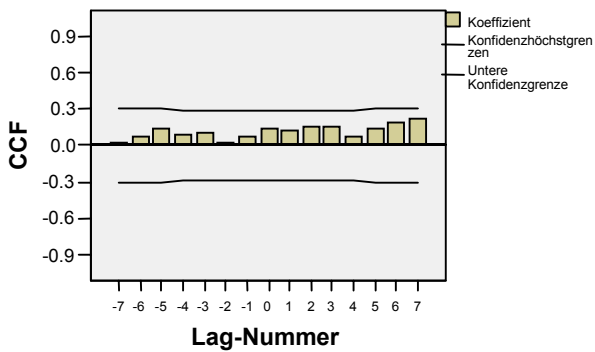


Abbildung F6-7: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

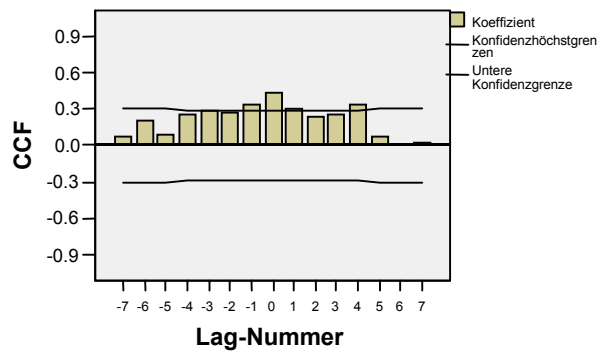


Abbildung F6-8: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therap. in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichpr., n =50)

Kognitive und klärende Interventionen auf Oberkategorieebene

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

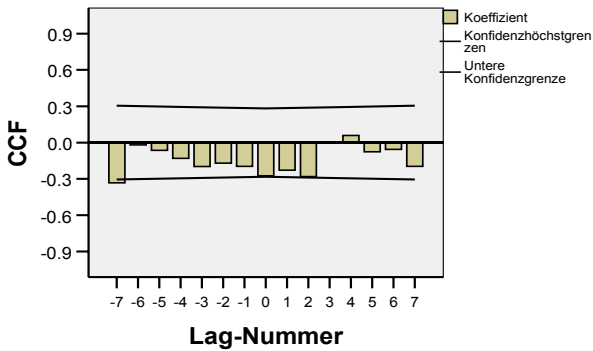


Abbildung F6-9: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

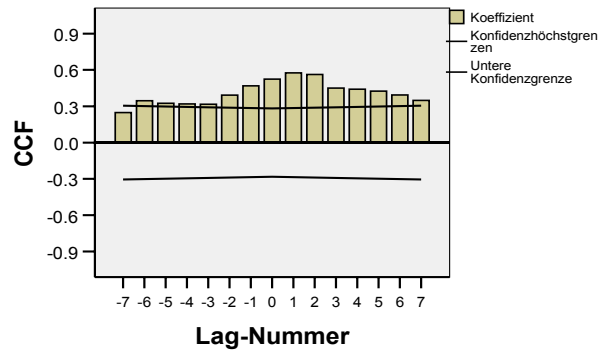


Abbildung F6-10: Kreuzkorrelationen zw.

tiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichp., n =50)

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

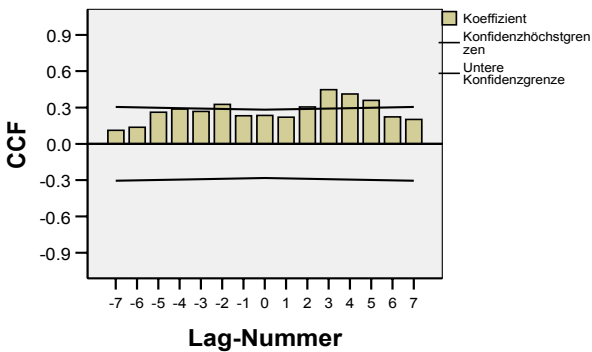


Abbildung F6-11: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Kognitive u. klärende Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

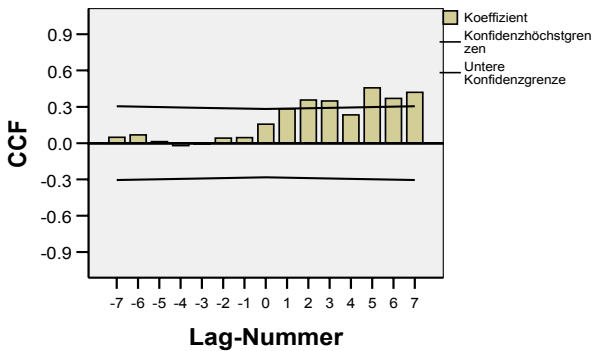


Abbildung F6-13: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

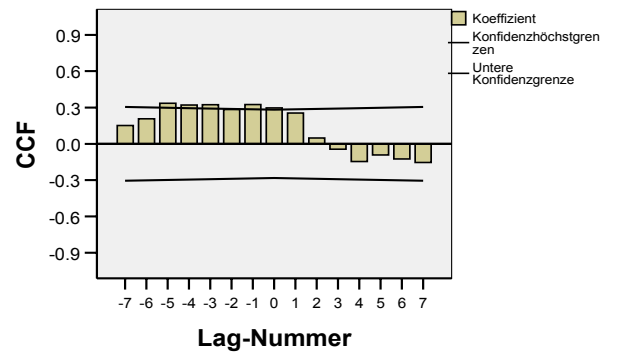


Abbildung F6-12: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichp., n =50)

Kognitive u. klärende Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

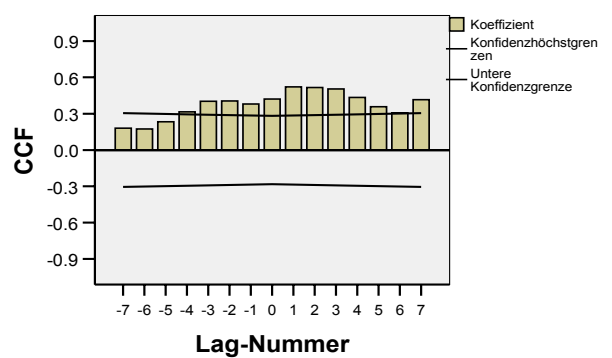


Abbildung F6-14: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Ges. Stichp., n =50)

Interpersonale Interventionen auf Oberkategorieebene

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (tiefe EG)

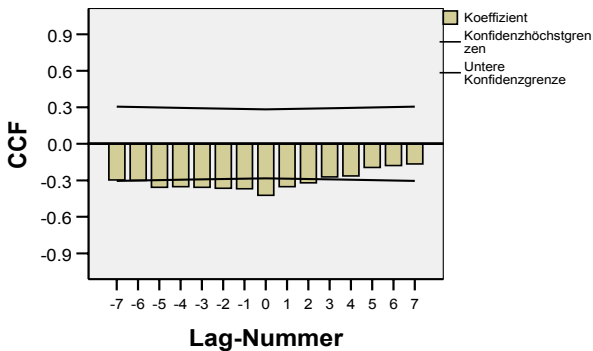


Abbildung F6-15: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (hohe EG)

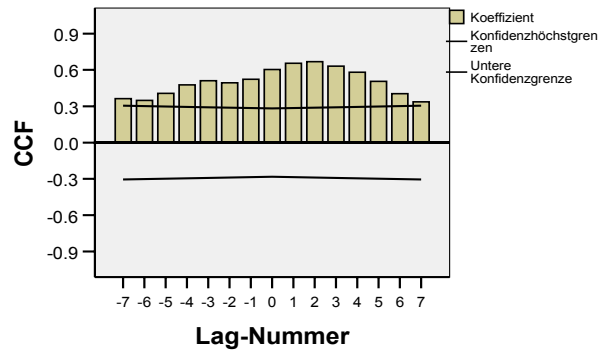


Abbildung F6-16: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (tiefe EG)

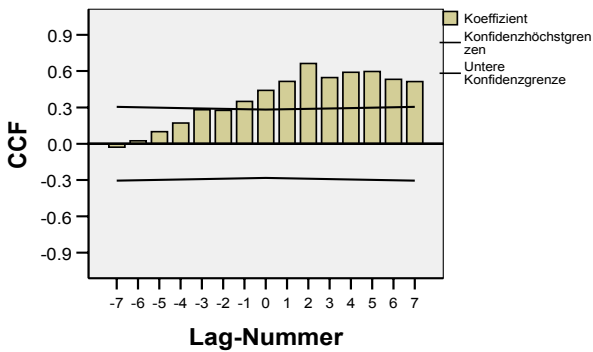


Abbildung F6-17: Kreuzkorrelationen zw. Interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in weniger erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (hohe EG)

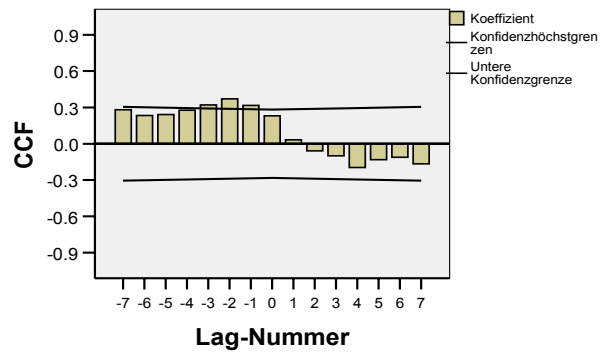


Abbildung F6-18: Kreuzkorrelationen zw. Interpersonalen Interventionen und dem Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (tiefe EG)

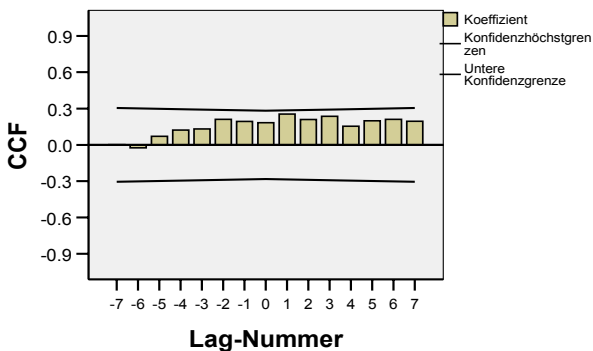


Abbildung F6-19: Kreuzkorrelationen zw. Interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in weniger erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (hohe EG)

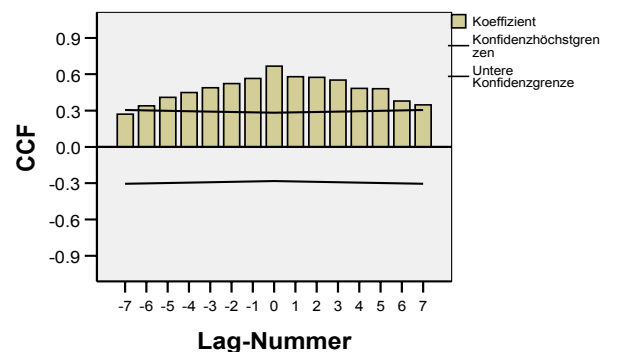


Abbildung F6-20: Kreuzkorrelationen zw. Interpersonalen Interventionen und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Gesamte Stichprobe, n = 50)

Techniken und Interventionen: Depression

Durchgeführte Interventionen auf Oberkategorieebene

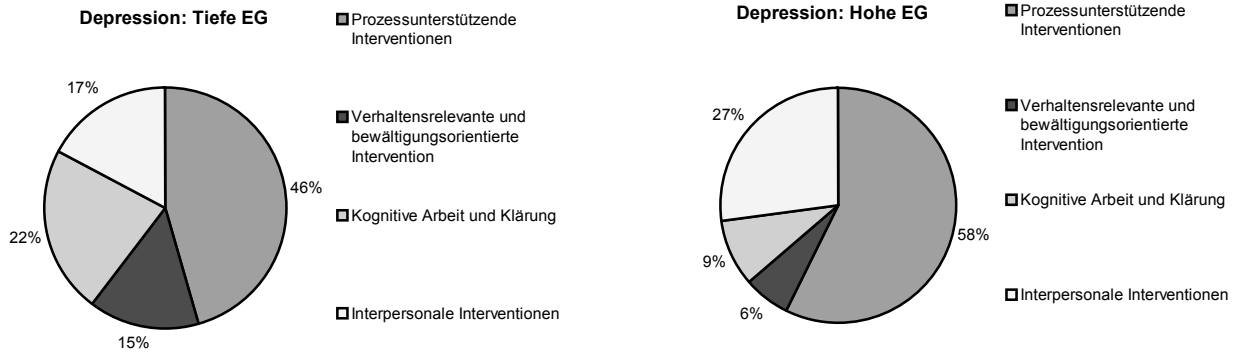


Abbildung: F6-21 a und b: Häufigkeit durchgeführter Interventionen auf Oberkategorieebene, angegeben in Prozent (Depression)

Häufigkeit durchgeführter Interventionen auf Kategorienebene

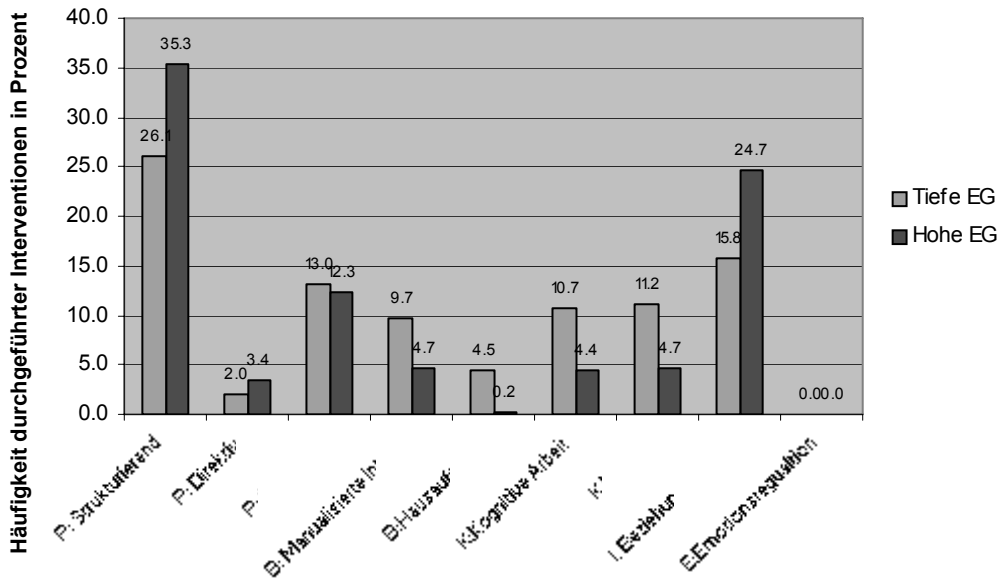


Abbildung F6-22: Häufigkeit der durchgeführten Interventionen auf Unterskalenebene (in Prozent) (Depression)

Spezifische Interventionen (Skala) auf Oberkategorieebene

Interventionen (Skala) Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

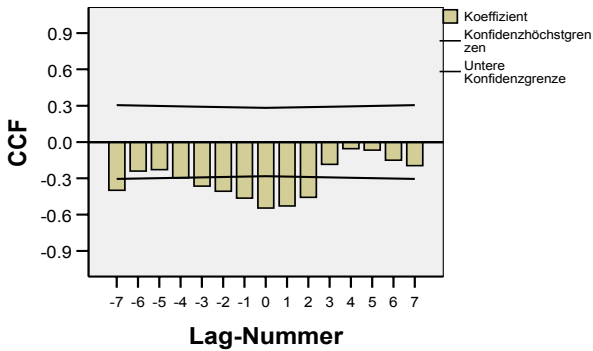


Abbildung F6-23: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

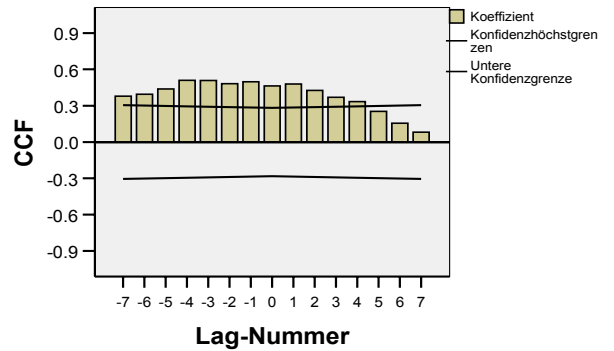


Abbildung F6-24: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n=50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

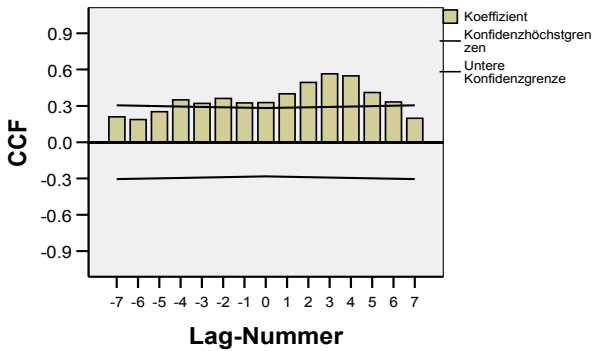


Abbildung F6-25: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Intervention (Skala) Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

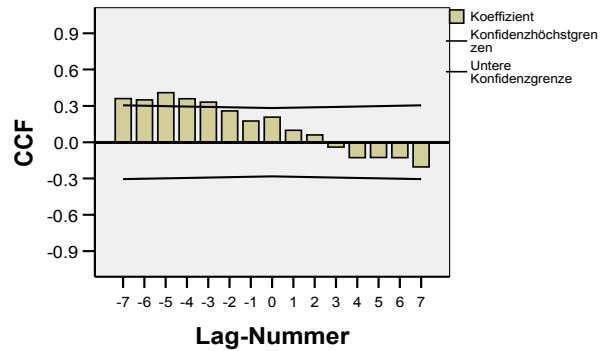


Abbildung F6-26: Kreuzkorrelationen zw. der Skala Interventionen des Therapeuten und dem Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n=50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, tiefe EG)

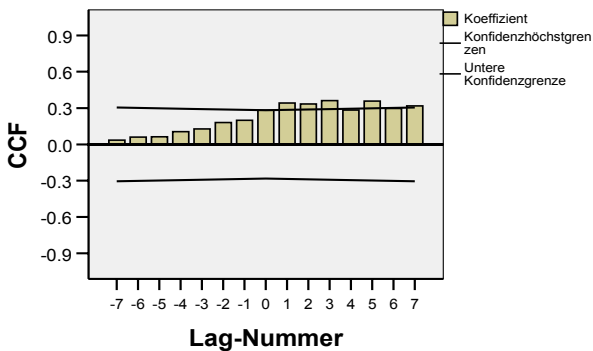


Abbildung F6-27: Kreuzkorrelationen zw. allen Interventionen (Skala) des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interventionen (Skala) Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, hohe EG)

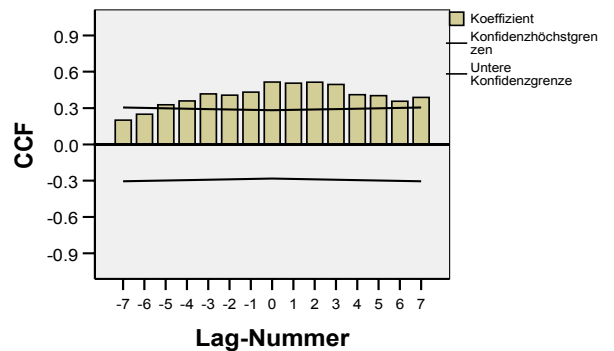


Abbildung F6-28: Kreuzkorrelationen zw. allen Interventionen (Skala) des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen auf Oberkategorieebene

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

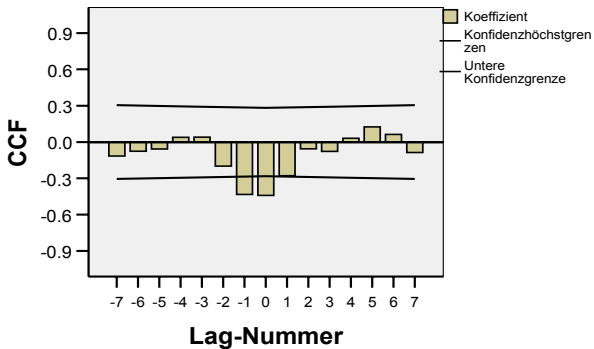


Abbildung F6-29: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen - Annäherungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

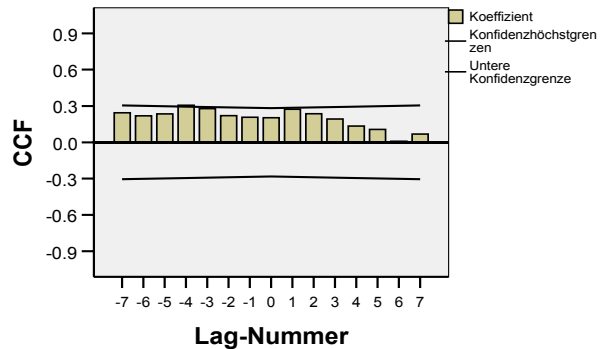


Abbildung F6-30: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50) (n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

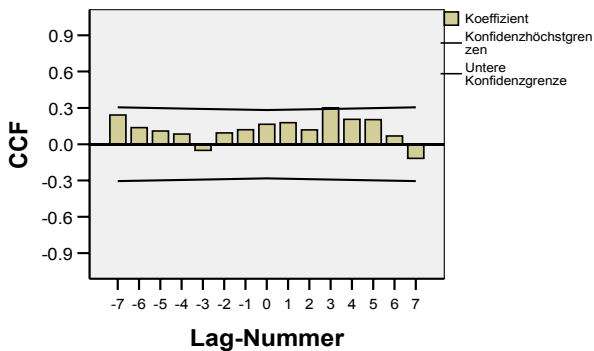


Abbildung F6-31: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

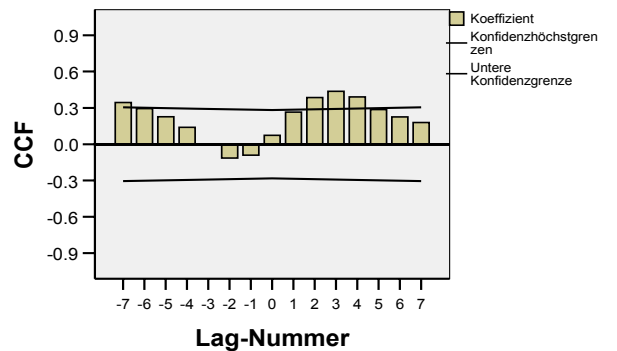


Abbildung F6-32: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, tiefe EG)

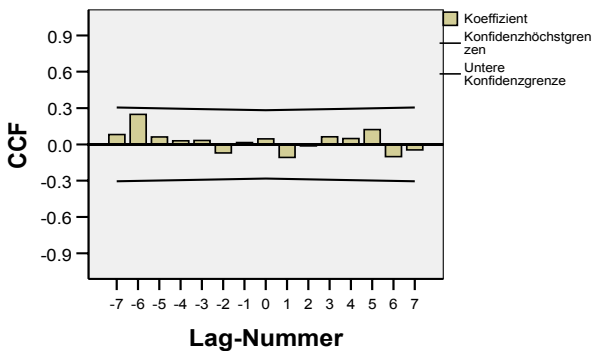


Abbildung F6-33: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Bewältigungsorientierte Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, hohe EG)

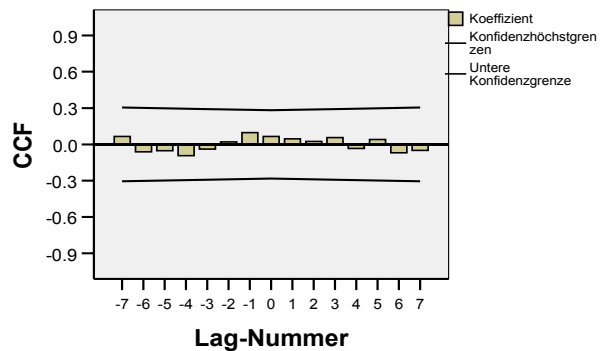


Abbildung F6-34: Kreuzkorrelationen zw. bewältigungsorientierten Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen auf Oberskalenebene

Kognitive Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

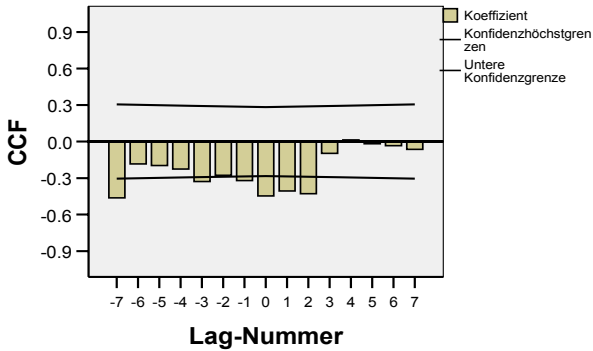


Abbildung F6-35: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

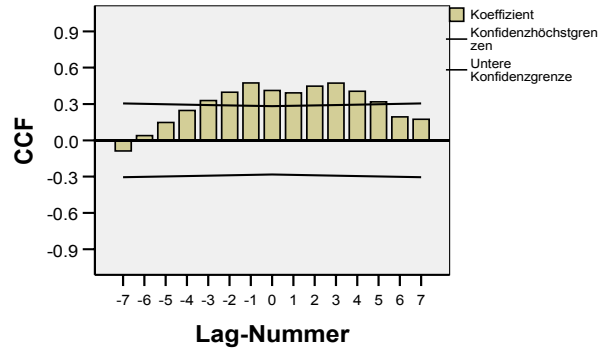


Abbildung F6-36: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

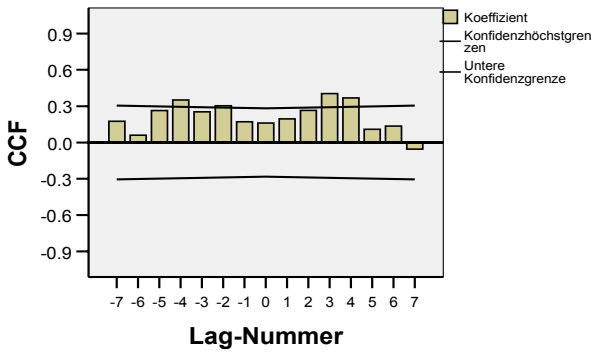


Abbildung F6-37: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

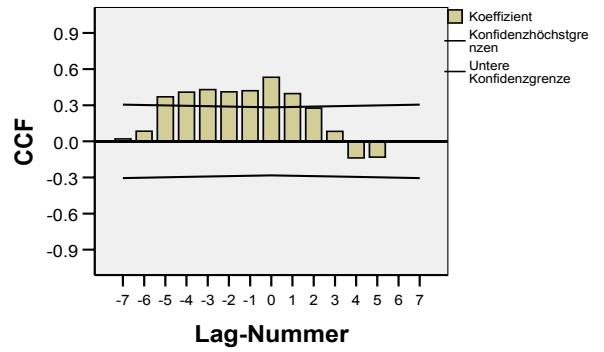


Abbildung F6-38: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Klärende Interventionen Therapeut (Depression, tiefe EG)

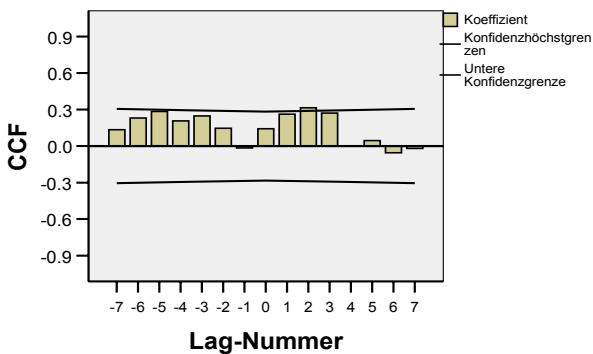


Abbildung F6-39: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therapeuten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Kognitive und klärende Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, hohe EG)

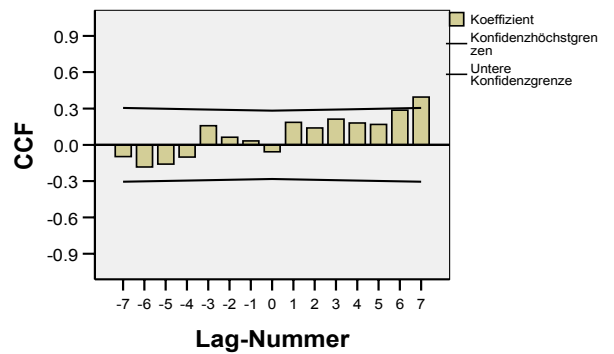


Abbildung F6-40: Kreuzkorrelationen zw. kognitiven und klärenden Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung des Therap. in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interpersonale Interventionen auf Oberskalenebene

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

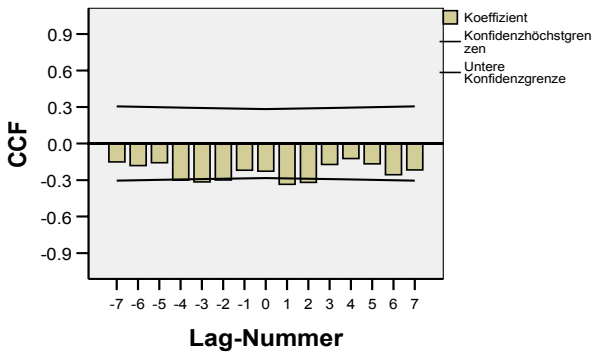


Abbildung F6-41: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Annäherungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

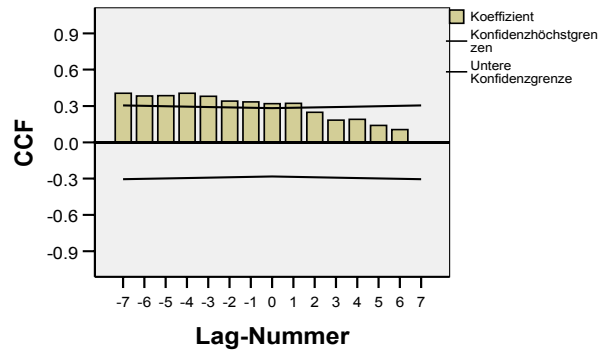


Abbildung F6-42: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Annäherungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, tiefe EG)

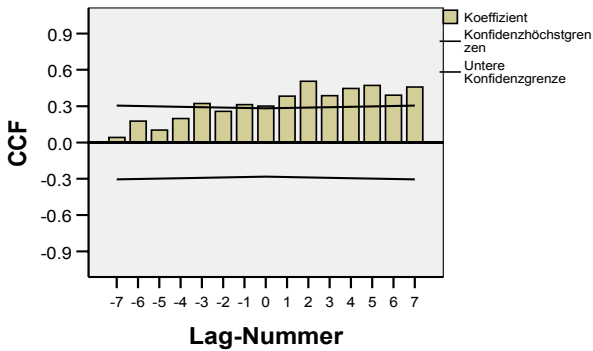


Abbildung F6-43: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in wenig erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Vermeidungsmodus Patient (Depression, hohe EG)

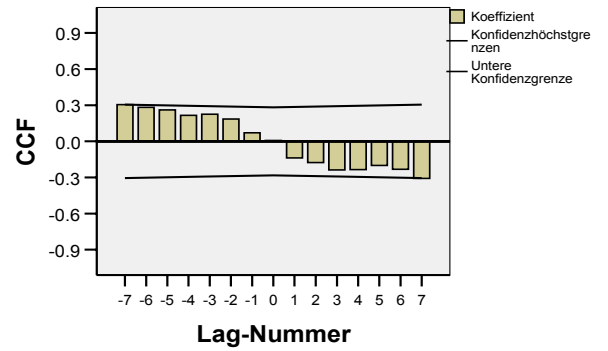


Abbildung F6-44: Kreuzkorrelationen zw. interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Vermeidungsmodus des Patienten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Positive Bindungserfahrungen Therapeut (Depression, tiefe EG)

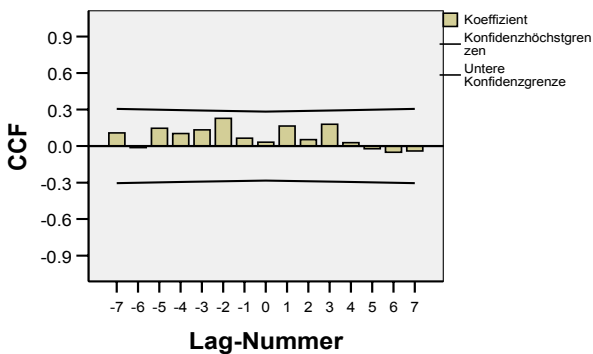


Abbildung F6-45: Kreuzkorrelationen zw. Interpersonalen Interventionen des Therapeuten und Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in weniger erfolgreichen Sitzungen (Depr., n = 50)

Interpersonale Interventionen Therapeut - Beziehungsgestaltung Therapeut (Depression, hohe EG)

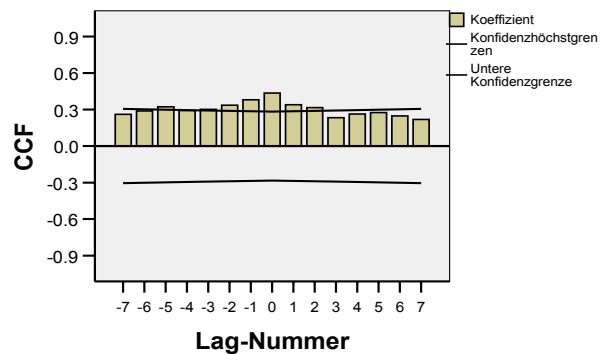


Abbildung F6-46: Kreuzkorrelationen zwischen interpersonalen Interventionen und Bez.gestaltung durch den Therapeuten in erfolgreichen Sitzungen (Depression, n = 50)

Anhang F7: Strukturgleichungsmodelle (Minutenebene)

Strukturmodelle BG-Erfolg

Angaben über Fit-Indices finden sich im Text des Ergebnisteils.

Gesamte Stichprobe

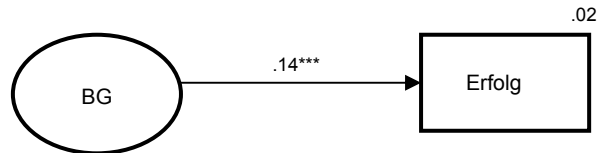


Abbildung F7-1: Strukturmodell Zusammenhang zwischen Beziehungsgestaltung und Erfolg (Gesamtstichprobe Validierung, n = 3089) ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Depression

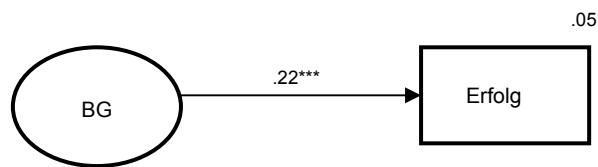


Abbildung F7-2: Strukturmodell Zusammenhang zwischen Beziehungsgestaltung und Erfolg (Depression Validierung, n = 1371) ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Strukturmodelle Annäherungspriming

Gesamte Stichprobe

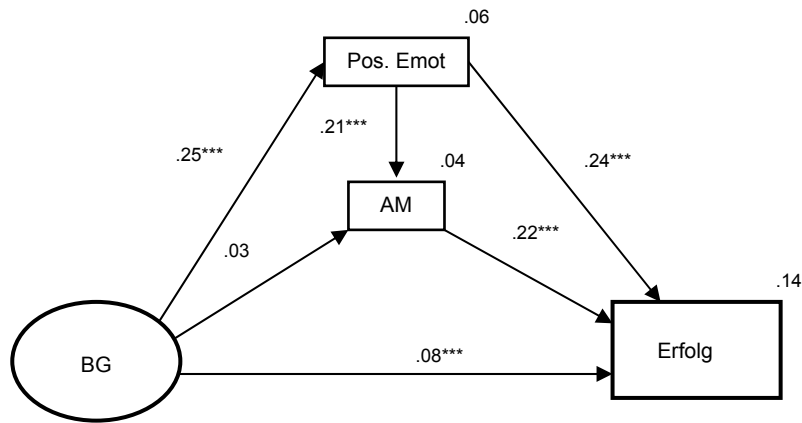


Abbildung F7-3: Strukturmodell: Annäherungspriming (Gesamtstichprobe Validierung, n = 3089) ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Depression

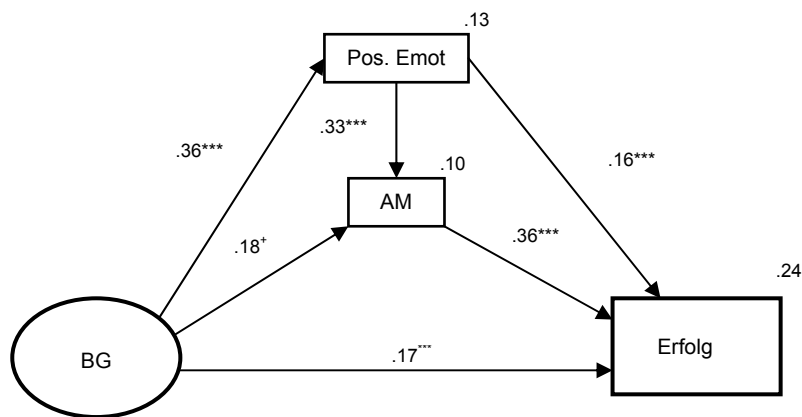


Abbildung F7-4: Strukturmodell: Annäherungspriming (Depression Validierung, n = 1371) ⁺ p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Strukturmodelle Vermeidungspriming

Gesamte Stichprobe

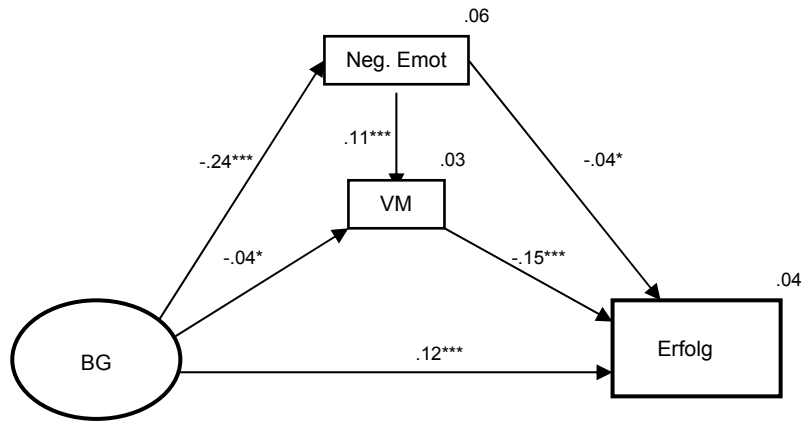


Abbildung F7-5: Strukturmodell: Vermeidungspriming (Gesamtstichprobe Validierung, n = 3089) [†] p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Depression

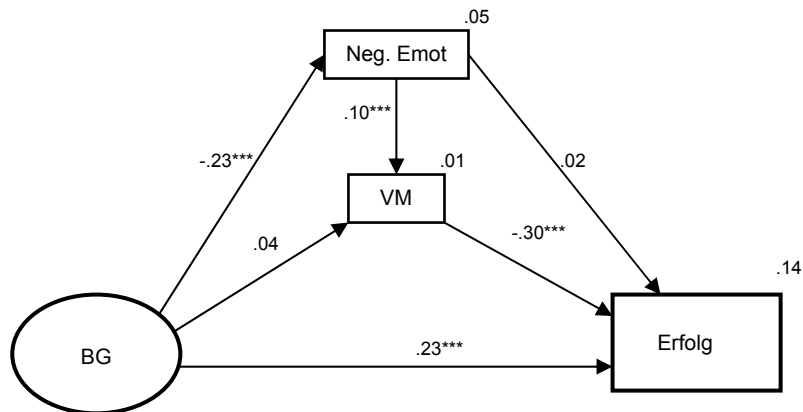


Abbildung F7-6: Strukturmodell: Vermeidungspriming (Depression Validierung, n = 1371) [†] p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

**Integratives Modell
Gesamtstichprobe**

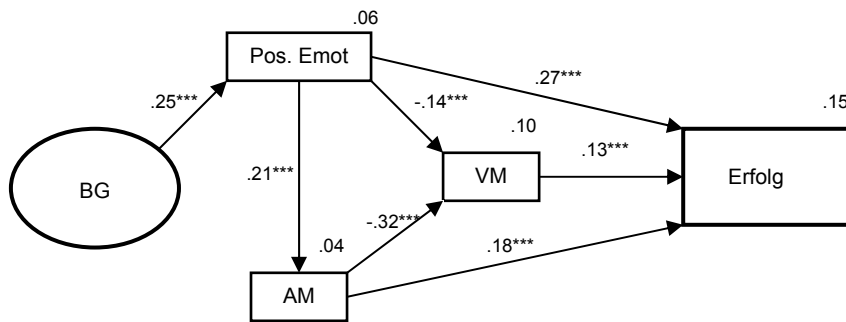


Abbildung F7-7: Strukturmodell motivationales Priming gesamt (Gesamtstichprobe Validierung, n = 3089) [†] p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Depression

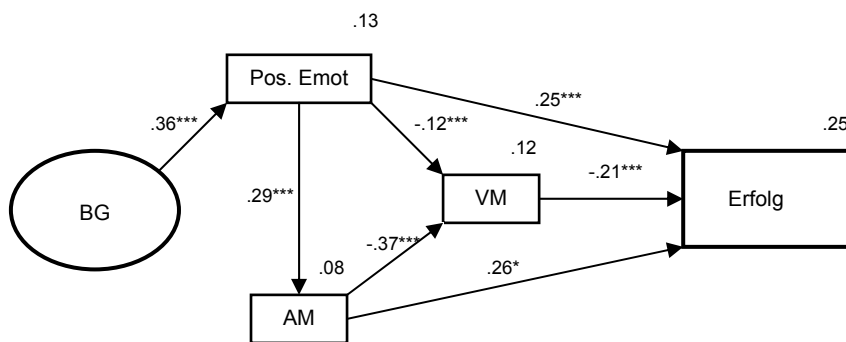


Abbildung F7-8: Strukturmodell motivationales Priming gesamt (Depression Validierung, n =1371) [†] p ≤ .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.