

**DISKONTINUITÄTEN IM
INDIVIDUELLEN PSYCHOTHERAPIEVERLAUF –
IDENTIFIKATION UND AUFKLÄRUNG VON
VERÄNDERUNGSSPRÜNGEN**

INAUGURALDISSERTATION DER PHILOSOPHISCH-HUMANISTISCHEN
FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BERN

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE VORGELEGT VON

ARMITA TSCHITSAZ-STUCKI

AUS DEUTSCHLAND

SELBSTVERLAG

BERN 2007

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

Bern, den 14. März 2008

Der Dekan: Prof. Dr. Norbert Semmer

DANK

Mein Dank geht in erster Linie an meinen Mentor und Chef Prof. Dr. Wolfgang Lutz. Seine wissenschaftlichen Anregungen und fachlichen Beratungen, aber auch seine Unterstützung in jedem Schritt dieser aufwändigen Arbeit haben die Anfertigung dieser Dissertation ermöglicht. Die Jahre als Forschungsassistentin und Doktorandin habe ich als extrem bereichernd erlebt und weiss, dass ich hier eine erstklassige wissenschaftliche Forschungsausbildung geniessen durfte.

Zudem möchte ich auch den 14 Studentinnen und Studenten danken, welche im Rahmen ihrer Lizentiatsarbeiten und Forschungspraktika an dieser Studie mitgearbeitet und mir auf diese Weise wertvolle Beiträge geschenkt haben.

Meinen Kollegen Dr. Eva Schürch, Dr. Niklaus Stulz und PD Dr. Martin Grosse Holtforth hier an der Universität Bern gebührt mein Dank für ihre interessanten Beiträge und ihre Offenheit, mit mir anfallende Fragen und Themen zu diskutieren. Sie haben die Atmosphäre geschaffen, in der diese Arbeit wachsen konnte.

Für die Bereitstellung von Datenmaterial, aber auch zahlreiche beratende Elemente möchte ich mich bei Dr. Joachim Kosfelder und Dr. Silja Vocks bedanken. Da sich diese Arbeit unter anderem auf Material der Ruhr-Universität Bochum stützt, sind diese beiden Kollegen an dieser Stelle für mich unentbehrlich gewesen.

Insbesondere meinen Eltern möchte ich auch danken, welche mir mit offenen Ohren und Herzen das Gefühl gegeben haben, dass sie immer hinter mir stehen.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann Dr. Christoph Stucki, der mich immerzu mit zahlreichen Ideen und Gestaltungen unterstützte und mit mir die Befunde dieser Arbeit diskutierte, mich aber auch emotional begleitet hat und so mit mir diesen Weg gemeinsam gegangen ist.

INHALTSVERZEICHNIS

1. ZUSAMMENFASSUNG.....	5
2. EINLEITUNG	11
2.1. Historischer Abriss der Psychotherapieforschung.....	11
2.2. Psychotherapieprozess- und Ergebnisforschung en detail	13
2.2.1. Efficacy - Effectiveness - Forschung.....	13
2.2.2. Differenzierung von spezifischen und unspezifischen Therapiefaktoren.....	14
2.2.3. Individuumsorientierte Verlaufsanalysen zur adaptiven Indikationsstellung	17
2.3. Konzepte zur Beschreibung kontinuierlicher Therapieverläufe	18
2.3.1. Dosis – Wirkungsmodell	18
2.3.2. Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen	19
2.3.3. Entscheidungsregeln und Rückmeldesysteme in der Psychotherapie	20
2.4. Konzepte zur Beschreibung diskontinuierlicher Therapieverläufe.....	22
2.4.1. Differentielle Kriteriendefinitionen.....	22
2.4.2. Sudden Gains im Forschungsfeld.....	25
2.4.3. Ursachen für Diskontinuitäten und Sudden Gains	29
2.4.4. Auswirkungen und Effekte von Sudden Gains.....	34
2.5. Moderne Trends in der Psychotherapieprozessforschung: Quantitative Analysen von Transkripten, Tape- und Videoaufnahmen	35
2.6. Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde der für das Codierverfahren dieser Studie relevanten Prozess- und Ergebnismerkmale.....	37
2.6.1. Emotional Experience	39
2.6.2. Verhaltenstherapeutische Techniken.....	42
2.6.3. Einsicht	43
2.6.4. Kognitive Umstrukturierungen.....	47
2.6.5. Strengths	51
2.6.6. Therapeutische Beziehung.....	53
2.6.7. Erwartungen des Patienten	56
2.6.8. Motivation	60
2.6.9. Inkongruenz.....	61
2.6.10. Aussertherapeutische Faktoren: Life Events und Daily Hassles	62
2.7. Informationsverarbeitung und Beobachtereffekte.....	64
3. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	68
3.1. Replikation der bisherigen Befunde zu Sudden Gains	68
3.2. Sudden Losses im Therapieverlauf.....	69
3.3. Diagnose und Sudden Gains/Losses.....	70
3.4. Lage der Sudden Gains und Losses im Therapieverlauf	70
3.5. Therapeutische Beziehung und Sudden Gains/Losses	71
3.6. Spezifische Faktoren und Sudden Gains/Losses.....	72
3.7. Unspezifische Faktoren und Sudden Gains/Losses	73
3.8. Außertherapeutische Faktoren und Sudden Gains/Losses.....	74

3.9. Zusammenhang zwischen Therapeut und Patient im Prozess und Sudden Gains/Losses	74
4. METHODE	79
4.1. Empirischer Teil I: Definieren von Veränderungssprüngen im Therapieverlauf	79
4.1.1 Die Stichprobe	79
4.1.2. Messmittel für die wahrgenommene Sitzungsqualität.....	81
4.1.2.1. Messmittel in Bern	81
4.1.2.2. Messmittel in Bochum.....	82
4.1.2.3. Messmittel zur Erfassung des Therapiefortschritts	83
4.1.3. Operationalisierung der Patientenparameter zu Therapiebeginn und Therapieende	84
4.1.3.1. Brief Symptom Inventory von Derogatis	84
4.1.3.2. Inventar Interpersonaler Probleme	85
4.1.3.3. Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsma	86
4.1.3.4. Beck Depressions Inventar	86
4.1.4. Quantitative statistische Analysen.....	87
4.1.4.1. Identifikation und Deskription der Sudden Gains und Sudden Losses .	87
4.1.4.2. Zusammenhang zwischen Sudden Gains/Losses und Therapieergebnis	93
4.2. Empirischer Teil II: Veränderungsmuster und ursächliche Sequenzen für erlebte Diskontinuitäten in der Psychotherapie	94
4.2.1. Untersuchungsrahmenmodell	94
4.2.2. Beschreibung der Stichprobe.....	97
4.2.3. Ratinginventar	97
4.2.4. Operationalisierung	101
4.2.4.1. Beschreibung der Dimensionen und Skalen des Manuals zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen (MEPI)	101
4.2.4.2. Generierung der Items auf Basis vorliegender Prozessinstrumente	102
4.2.4.3. Generierung der selbst entwickelten Items.....	107
4.2.5. Dateneingabe	108
4.2.6. Rater	109
4.2.7. Ratingtraining	109
4.2.8. Datenerhebung (Ablauf).....	110
4.2.9. Interrater-Reliabilität	110
4.2.10. Auswertungsstrategien in der Ratingstudie	114
4.3. Bezugsanalyse	119
5. ERGEBNISSE	123
5.1. Empirischer Teil I: Definieren von Veränderungssprüngen im Therapieverlauf	123
5.1.1. Sudden Gains und Sudden Losses im Therapieverlauf	126
5.1.2. Diagnose und Sudden Gains/Losses.....	131
5.1.3. Lage der Sudden Gains und Losses im Therapieverlauf.....	131
5.1.4. Therapeutische Beziehung und Sudden Gains/Losses	134
5.2. Empirischer Teil II: Veränderungsmuster und ursächliche Sequenzen für erlebte Diskontinuitäten in der Psychotherapie	136
5.2.1. Zusammenhang zwischen Prozessvariablen und Patientengruppen.....	138

5.2.2. Einfluss der Prozessvariablen auf den Sitzungsausgang	147
5.2.2.1. Vergleich der neutralen Sitzungen im Therapieverlauf.....	147
5.2.2.2. Unterschiede zwischen den Sudden Gain-Sitzungen	148
5.2.2.3. Unterschiede zwischen den Sudden Loss-Sitzungen.....	159
5.2.2.4. Unterschiede zwischen den Sudden Gain- und Loss-Sitzungen	170
5.2.3. Globale Einschätzungen der Therapiesitzung	171
5.2.4. Darstellung der außertherapeutischen Lebensereignisse.....	179
5.2.5. Vergleich der Gain-Sitzungen mit den Loss-Sitzungen und den neutralen	180
5.2.6. Zusammenfassung der Resultate des empirischen Teils II.....	182
6. DISKUSSION	193
6.1. Über das Definieren von Veränderungssprüngen sowie deren Vorkommen im Therapieverlauf (Ergebnisdiskussion zu Teil I).....	194
6.2. Können Diskontinuitäten in der Psychotherapie hinreichend erklärt werden? (Ergebnisdiskussion zu Teil II).....	198
6.3. Integration der Befunde in das Feld der Verlaufsforschung, der patientenorientierten Versorgungsforschung sowie der Therapieevaluation... 	206
6.4. Gewinn für die Therapieplanung und –durchführung.....	209
6.5. Methodischer Diskurs	212
7. AUSBLICK	215
8. REFERENZEN	217

1. ZUSAMMENFASSUNG

Traditionellerweise unterscheidet man innerhalb der Psychotherapieforschung zwischen einerseits der Outcome- bzw. Ergebnisforschung, welche sich mit der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie bzw. störungsspezifischen Behandlungsprogrammen und Therapiemanualen befasst und andererseits der Psychotherapieprozessforschung, welche sich mit den Prozessen und Wirkfaktoren im Psychotherapieverlauf auseinandersetzt (Lutz & Grawe, 2005). In den letzten Jahren hat sich demgegenüber im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapie- und Verlaufsforschung sowie im Kontext der Debatte um die Einführung von Qualitätssicherungssystemen in der Psychotherapie aber auch im Zusammenhang mit zentralen Wirkfaktoren des Therapieverlaufs (Sudden Gains, diskontinuierliche Behandlungsverläufe) ein Forschungszweig entwickelt, welcher auf der Schnittstelle von Ergebnis- und Prozessforschung liegend, den Zusammenhang zwischen individuellen Verlaufsinformationen und dem Therapieergebnis untersucht (z.B. Lutz, 2002).

Die aktuelle Psychotherapieforschung hat ergo aufgezeigt, dass ein Teil der individuellen Patientenverläufe sich nicht linear, logarithmisch oder überhaupt mit einer linearen Funktion beschreiben lassen. Diese diskontinuierlichen Veränderungen, d.h. grosse Symptomverbesserungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen sind in die Literatur als Sudden Gains¹ eingegangen. Die vorliegende Arbeit erweitert dieses Konzept indem auch große negative Veränderungssprünge (Sudden Losses) im Verlauf extrahiert werden.

Ziel dieser Studie ist somit die Identifikation der Sudden Gains und Losses sowie die Analyse jener in ihrem Zusammenhang zum Therapieerfolg. In diesem Rahmen wird eine Erweiterung des Konzeptes der Gains in negative Richtung vorgenommen, um Verluste im Behandlungsverlauf zu identifizieren (Sudden Losses). Ein zusätzliches Ziel besteht in der Untersuchung möglicher Ursachen für das Auftreten von Sudden Gains oder Losses im Therapieverlauf.

Anzusiedeln ist diese Arbeit somit theoretisch in das Feld der Prozess-Outcome-Forschung. Genauer bedeutet dies, dass Analysen auf der Prozess- sowie auf der Ergebnisebene vorgenommen werden. Prozessanalytisch werden die Ergebnisse von Stundenbeurteilungen der

¹ In dieser Arbeit ist der anglistische Begriff *Sudden Gain* aus der Originalliteratur übernommen. Die Diskussion, dass die deutsche Übersetzung des Begriffs „Sudden Gain“ in „plötzliche Gewinne“ mit den externalen Faktoren Glück und Zufall konnotiert sei, legt für mich den Schluss nahe, die englische Bezeichnung als feststehenden Begriff zu übernehmen. „Sudden Gains“ implizieren eine statistische, gegen den Messfehler abgesicherte Definition von Veränderungssprüngen im Therapieverlauf und stellen daher den Versuch dar, Veränderungssprünge gegen den Zufall abzusichern.

Therapiesitzungen auf Irregularitäten im Verlauf hin untersucht, jene werden anschliessend in Beziehung zu dem Therapieergebnis und somit zur Therapieeffektivität gesetzt.

Des weiteren findet dann eine detailliertere Feinexploration dieser Therapieverläufe statt, indem die Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen, welche einer diskontinuierlichen Schwankung vorangehen auf einzelne Prozessparameter wie therapeutische Techniken aber auch allgemeine Wirkfaktoren, zum Beispiel der therapeutischen Beziehung, analysiert werden. Wichtig und ergänzend sind neben diesen klassischen Prozessfaktoren weitere Parameter einbezogen worden wie u.a. die aussertherapeutischen Lebensereignisse der Patienten, ihre emotionale Befindlichkeit, etc..

In einer ambulanten Patientenstichprobe (N=434) mit depressiven Patienten (n=55), Angststörungspatienten (n=115) und komorbid Angst- und depressiven Störungen (n=225), wurden die Therapieverläufe hinsichtlich des Auftretens von Veränderungssprüngen sowie deren Zusammenhang zu dem Therapieergebnis untersucht. Als Verlaufsinstrument dienten zu diesem Zweck die von den Patienten nach jeder Sitzung auszufüllenden Therapiestundenbogen, welche den subjektiv empfundenen Therapiefortschritt erheben. Anschließend wurden 128 relevante Therapiesitzungen nach einem Sudden Gain oder Loss sowie von neutralen Kontrollsitzen hinsichtlich spezifischer und unspezifischer Prozessmerkmale mittels Videoanalyse kodiert.

In Abhängigkeit von der Strenge des gewählten Kriteriums erleben 26.67% der Patientenstichprobe einen Veränderungssprung. Interessanterweise haben insbesondere Patienten, welche einen Gain *und* einen Loss in ihrem Verlauf erleben, eine signifikant längere Therapiedauer sowie niedrigere Effektstärken auf der Symptomebene am Therapieende (BSI und BDI). Zudem hat sich gezeigt, dass Sudden Gains eher früh im Behandlungsverlauf auftreten, während Sudden Losses im mittleren und späten Bereich der Therapie vorkommen. Die therapeutische Beziehung wird während und nach einem Sudden Gain signifikant höher bewertet vonseiten der Patienten als während und nach einem Loss.

Die Analyse der kritischen Therapiesitzungen vor einem Sudden Gain oder Loss ergab, dass sich diese Sitzungstypen qualitativ voneinander unterscheiden und, wie in der bisherigen Forschung bestätigt, kognitive Veränderungen, die therapeutische Beziehung und aussertherapeutischen Faktoren Einfluss nehmen. Über jene Faktoren hinaus haben sich jedoch weitere Elemente wie der wahrgenommenen Unterstützung, interpersonelle Aspekte der Therapeuten und der emotionale Status der Patienten als einflussnehmend ergeben. Zusätzlich konnte nachgewiesen werden, dass die einzelnen Wirkfaktoren nicht unabhängig

voneinander als Auslöser für Sudden Gains/Losses, sondern im Kontext weiterer Wirkfaktoren und interpersoneller Elemente eingebettet sind.

In dieser Studie werden spezifische Vorgehensweisen zur Analyse von Therapieverläufen, der Identifikation fluktuierender oder negativer Behandlungsverläufe aufgezeigt sowie die Einbettung der aktuellen Befunde vor dem Hintergrund der bisherigen Resultate aus der Sudden Gain Forschung vorgenommen, um vertiefende Erklärungen für das Zustandekommen von diskontinuierlichen Therapieverläufen zu ermöglichen und zu diskutieren. Ziel ist es, die Bedeutung der Befunde für die patientenorientierte Forschung und der Evaluation von Behandlungsfortschritt aufzuzeigen und zu diskutieren.

EINLEITUNG

2. EINLEITUNG

2.1. Historischer Abriss der Psychotherapieforschung

Der theoretische Rahmen dieser Dissertation umfasst einerseits die Einbettung der Arbeit in den historischen Kontext der Psychotherapieforschung und andererseits in die Grundlagen der patientenorientierten Versorgungsforschung. Im Anschluss wird die Entwicklung von Verlaufsanalysen psychotherapeutischer Prozesse dargestellt, woraufhin dann insbesondere diskontinuierliche Therapieverläufe fokussiert werden. In den nachfolgenden Kapiteln sollen anschliessend die möglichen Ursachen für diese Diskontinuitäten aufgrund der bisherigen Forschungslage vorgestellt werden. Zur Analyse der Ursachen diskontinuierlicher Verläufe werden in dieser Dissertation die kritischen Therapiesitzungen kodiert, daher wird im zweiten Abschnitt des Theorieteils die Forschungslage zu diesen potenziellen Ursachenfaktoren präsentiert sowie zu der angewandten Beobachtungstechnik.

Die Überprüfung der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie ist das Hauptanliegen der Ergebnisforschung in diesem Feld. Untersucht werden Effektivität und Effizienz von Psychotherapie bzw. von störungsspezifischen Behandlungsprogrammen und Therapiemanualen sowie die Differenzierung zwischen den einzelnen Therapieschulen. Insbesondere grosse, betagte Meta-Analysen (M. L. Smith, Glass, & Miller, 1980), aber auch zahlreiche RCT-Studien² sowie jene unter klinischen Routinebedingungen konnten den Behandlungseffekt therapeutischer Interventionen nachweisen (Elkin et al., 1989; N. B. Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006). Diese mannigfaltigen Studien werden ausführlich in den Kapitel 2.2.1. und 2.6. für die einzelnen therapie relevanten Wirkfaktoren vorgestellt und diskutiert. Während die Ergebnisforschung das therapeutische Feld bis in die späten 50er Jahre dominiert hat, wurde die Analyse des therapeutischen Prozesses und somit der Wirkung bestimmter therapeutischer Elemente sowie unspezifischer Faktoren erst in jüngerer Zeit Bestandteil der Therapieforschung. Diese *Prozessforschung* wurde einerseits aufgrund der technischen Innovationen möglich, und andererseits standen Nachfragen nach einer experimentellen Methode im Raum, da die Forscher eine Objektivierung von subjektiven Patienten- und Therapeutenausagen forderten. Gegenstand der Prozessforschung ist demnach die spezifische Analyse von Prozessen und Wirkfaktoren im Therapieschehen (Lutz & Grawe, 2005). Die innovativen Fortschritte der Prozessforschung sind facettenreich und sollen daher in dieser Arbeit nur

² Randomized Clinical Trial, ausführlich Kapitel 2.2.1.

bezüglich derjenigen Bereiche vorgestellt werden, welche für die nachfolgenden zwei Studien relevant sind.

Geschichtlich lässt sich die Tradition der Analyse von Therapiesitzungen auf Rogers (1942) zurück führen, welcher in den 40er Jahren erstmals elektronische Aufnahmen zur Dokumentation von Sitzungsinhalten verwendete. Nachfolgend wurden dann in einer zweiten Forschungsphase in den 60er Jahren insbesondere die subjektive Sicht der Beobachter berücksichtigt, so dass innovativere Methoden zur Objektivierung der Erhebung entwickelt wurden, wie u.a. standardisierte Manuale (Orlinsky & Howard, 1966). Als Folge dessen sind wichtige Beiträge und Studien erfolgt wie unter anderem die Untersuchung der therapeutischen Beziehung (Bordin, 1979) oder relevanter Veränderungsmomente (Rice & Greenberg, 1984).

Eine Kategorisierung der entsprechend vielfältigen Forschungsansätze haben Llewelyn & Hardy (2001) vorgenommen, indem sie zwischen drei Typen von Prozessforschung differenziert haben und auf ihre Relevanz hingewiesen: einerseits Studien, welche Verhalten und Prozesse *in* der Sitzung untersuchen (explorativ), andererseits Studien, die den Link zwischen Prozess und Ergebnis herstellen (Hypothesentesten) und drittens Studien, die den Zusammenhang zwischen spezifischen Prozessmerkmalen und Theorien der Veränderung testen (Theorienentwicklung).

Die Kombination aus Ergebnis- und Prozessforschung stellt demnach die *Prozess-Ergebnisforschung* dar, in welcher der Untersuchungsfokus der Einfluss des Therapieprozesses auf das Therapieergebnis ist (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). In den letzten Jahren hat sich dieser Forschungszweig im Rahmen der patientenorientierten Psychotherapie- und Verlaufsforschung sowie im Kontext der Einführung von Qualitätssicherungssystemen in der Psychotherapie, aber auch im Zusammenhang mit der Frage nach zentralen Wirkfaktoren des Therapieverlaufs entwickelt, welcher den Zusammenhang zwischen individuellen Verlaufsinformationen und dem Therapieerfolg (z.B. Lutz, 2002) herstellt. Lambert (2004) liefert eine ausführliche Darstellung der Prozessvariablen, welche in der Forschungsliteratur bisher sehr oft und stabil mit dem Therapieergebnis zusammen hängen. Insbesondere die therapeutische Beziehung, aber auch Variablen wie Kooperation und Offenheit des Patienten sowie dessen Zustimmung zum Therapeuten, Behandlungsdauer, etc. gehen mit einem positiven Therapieergebnis einher (insbes. Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Aus dieser Forschungstradition heraus ist auch der Befund resultiert, dass die klassische Annahme, dass ein Mehr an Intervention automatisch auch zu einem höheren

Therapieerfolg führt falsch ist (Stiles & Shapiro, 1994). Für die Effektivitätsanalysen bedeutet dies, dass der Zusammenhang zwischen Prozess- und Erfolgsmaßen nicht immer auf Kausalität schließen lässt (Garfield, 1990).

Die vorliegende Arbeit ist auf der Grenzlinie zwischen Ergebnis- und Prozessforschung anzusiedeln. Es werden einerseits die Verläufe von Psychotherapien anhand der Einschätzung des Therapiefortschritts untersucht (ausführlich vorgestellt im Methodenteil dieser Arbeit, Kap. 4.1.) und andererseits spezifische Aspekte der Prozessebene, wie der Einsatz von therapeutischen Techniken oder die Wirkung von „common factors“ und aussertherapeutischer Elemente, d.h. spezifische Lebensereignisse (Kap. 4.2.). Diese Prozessinformationen werden anschliessend mit den Ergebniswerten der Therapie in Beziehung gesetzt; Kap. 4.3. bietet eine übersichtliche Darstellung dieser Ebenen sowie ein Schaubild (Abb. 4.10.).

2.2. Psychotherapieprozess- und Ergebnisforschung en detail

2.2.1. Efficacy - Effectiveness - Forschung

In der anglo-amerikanischen Literatur hat Seligman (1995) die Differenzierung zwischen zwei Psychotherapieforschungskonzepten eingeführt und deren Wirksamkeitsnachweise debattiert. Einerseits beantwortet die klinisch-experimentelle Forschung („efficacy“) die Frage, inwiefern eine therapeutische Behandlung unter spezifischen experimentellen Bedingungen funktioniert. Üblicherweise wird ein therapeutisches Verfahren mit einer Alternative oder mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Patienten werden einer Behandlungsgruppe zufällig zugeordnet (RCT-Design; *Randomized Clinical Trial*) und die Auswertung erfolgt über einen Gruppenvergleich der Substichproben. Die interne Validität sollte erwartungsgemäss hoch ausfallen, während die externe recht limitiert ist. Schlussfolgerungen werden in deduktiver Weise gezogen. Im Gegensatz dazu, arbeiten Wissenschaftler im Gesundheitswesen häufiger mit naturalistischen oder quasi-experimentellen Studien („effectiveness“). Die Patienten sind in einem nicht-kontrollierten klinischen Setting, wodurch sich eine viel heterogenere Patientengruppe ergibt als in experimentellen Studien. Der Transfer auf unterschiedliche Behandlungs- und Patientengruppen ist hier recht gut möglich, die externe Validität also hoch. Andererseits leidet die interne Validität, da multiple Erklärungsvariationen möglich sind. Das Fazit aus naturalistischen Studien verläuft dann induktiv. Der Transfer von Ergebnissen aus RCT-Studien in die therapeutische Praxis bzw. Routinebehandlung ist eine grosse Herausforderung und derzeit hochaktuelles Thema in der Psycho-

therapieforschung (Lambert, 2007). Die Gültigkeit der aus den RCT-Studien resultierten Modellen und Theorien sind unter Routinebehandlung zu überprüfen und die Frage der externen Validität zu klären. In einem direkten Vergleich haben Hansen et al. (2002) gezeigt, dass RCT-Therapien im Durchschnitt länger dauern (12 bis 14 Sitzungen) als in der Routineversorgung (3 bis 5 Sitzungen) und mehr Profit bieten, wenn als Veränderungsmaß die klinisch signifikante Veränderung gewählt wird (zwischen 40-60% versus 10% in der Routineversorgung).

Die Befunde zu den Analysen von irregulären Therapieverläufen (Sudden Gains), welche ausführlich in Kapitel 2.4.2. dargestellt sind, stellen ein recht geeignetes Feld zur Illustration dar: während die ersten sprunghaften Veränderungen im Therapieverlauf (Sudden Gain) aus RCT-Studien resultierten (Tang & DeRubeis, 1999b), sind die Konzepte mittlerweile auf die klinische Routinepraxis übertragen (Stiles et al., 2003) und somit die Befunde für die ‚Realität‘ als gültig erklärbar.

Wie in Kapitel 2.1. dargestellt, wurde die Therapieeffektivität in unzähligen Studien empirisch belegt (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Howard, Krause, & Vessey, 1994; Lambert, 2001; Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Lipsey & Wilson, 1993; Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006). Konsequenterweise ist also eine moderne, kombinierte Form der Therapieforschung in Erwägung zu ziehen, um von den Vorteilen der einzelnen Forschungsrichtungen zu profitieren.

2.2.2. Differenzierung von spezifischen und unspezifischen Therapiefaktoren

Spezifische Faktoren sind das Bündel an möglichen Ingredienzien therapeutischer Interventionen, und stehen somit in Abhängigkeit zu der theoretischen Ausrichtung des Therapeuten. Konsequenterweise legt das Anwenden von Manualen und leitliniengestützter Interventionen die Wirksamkeit dieser spezifischen Techniken der immanenten Therapierichtung zugrunde (Schulte & Eifert, 2002). Diese Effizienz wird dann insbesondere mittels RCT-Studien oder aber auch unter Routinebedingungen geprüft (Lambert, 2007). Demgegenüber, resultierend aus der Diskussion um Placebo-Effekte in der Psychotherapie (Baskin, Tierney, Minami, & Wampold, 2003) sowie des Dodo-Bird-Phänomens (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1976), ist der Dialog über Elemente, die über die spezifischen Faktoren hinaus gehen und ebenfalls Einfluss auf Therapieprozess und -ergebnis nehmen, immer noch hochaktuell. Die Kernargumente dieser Debatte über die Wirkungsweise spezifischer sowie unspe-

zifischer Faktoren respektiv sogenannter *common factors*³ sollen nun erörtert werden, so dass die nachfolgende Eingliederung der untersuchten Prozessvariablen in dieser Studie leichter fällt.

Wampold (Wampold, 2001) stellt die Wirksamkeit spezifischer Behandlungsmethoden in Frage, indem er auf Basis der Effektstärken verschiedener Studien betont, dass die spezifischen Faktoren nur ein Prozent der Varianz im Therapieerfolg aufklären. Schlussfolgernd schlägt Wampold vor, die Forschung zu „empirically supported treatments“ zugunsten eines neuen Modells, dem „contextual model“ einzustellen, so dass der ganze Therapiekontext inklusive unspezifischer Wirkmechanismen, wie bereits von Frank & Frank (Frank & Frank, 1991) propagiert, Raum erhält. Inwiefern unterschiedliche Einflussgrößen das Therapieergebnis modulieren, veranschaulichen auch Lambert und Barley (2001) mittels einer Aufschlüsselung der therapeutischen Einflussfaktoren: 40% Veränderungen ausserhalb der Therapie, 15% Techniken, 30% *common factors* und 15% Erwartungs- und Placeboeffekte. Unter der Einhaltung der Differenzierung in spezifische und common Faktoren ergibt sich, dass die klassische Annahme des eins-zu-eins-Verhältnisses zwischen Intervention und Ergebnis nicht stimmt.

Klassischerweise werden zwei Argumente für die Differenzierung zwischen spezifischen und unspezifische Faktoren und dem maßgeblichen Einfluss unspezifischer in der Forschungsliteratur aufgeführt: einerseits haben die ähnlichen Ergebnisbefunde im Therapie-schulenvergleich die Annahme unterstützt, dass über die Technik hinaus gehende Mechanismen Einfluss nehmen. Andererseits zeigen die Befunde zur therapeutischen Allianz, dass jene nicht nur einen hohen potentiellen Einfluss auf den Therapieverlauf hat, sondern der Aufbau einer Beziehung fast allen Therapieschulen immanent ist (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005). Das erste Argument wird von Kazdin (2005) aufgegriffen, indem er betont, dass das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Unterschieden zwischen mehreren Therapieformen nicht automatisch auf den Einfluss von *common factors* zurückführbar sei. Die Annahme, dass gleiche Therapieresultate mit der Wirkung von common factors erklärt werden, ungleiche Ergebnisse aber auf spezifische Elemente zurück zu führen sind, negiert Kazdin und führt Beispiele auf, die jene widerlegen. So können unterschiedliche spezifische Faktoren gleich effektiv wirken und so auch zu vergleichbaren Effekten führen, oder aber

³ Unspezifische Faktoren sind generelle Wirkelemente, welche Therapieprozess und -erfolg positiv beeinflussen, jedoch nicht als spezifische Technik eingesetzt wurden (z.B. Therapieerwartung, therapeutische Beziehung). Dementgegen impliziert der Begriff *common factor*, dass die Faktoren keiner theoretischen Schule immanent sind, also schulenübergreifend vorkommen können. *Common factors* sind spezifizierbar und operationalisierbar, während die Forschung zu unspezifischen Faktoren eher Variablen meint, dessen Wirkungsweise noch nicht ganz geklärt ist (Castonguay & Grosse Holtforth, 2005). Aufgrund dieser Differenzierung zwischen unspezifischen Faktoren und *common factors* wird der Begriff *common factors* in dieser Arbeit beibehalten.

zwei Behandlungsformen generieren ein unterschiedliches Ausmaß eines common factors. Unterscheiden sich z.B. zwei Therapien bezüglich der Aktivierung von Therapieerwartungen, welche wiederum Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen, so passt das Konstrukt Erwartung perfekt in das Konzept der differentiellen Behandlungskonzepte. Studien haben bereits gezeigt, dass gut geschneiderte Placebo- und Kontrollbedingungen fast so effektiv sind wie Interventionsbedingungen (Baskin, Tierney, Minami, & Wampold, 2003; Kazdin, 2005). Die Allianz als *common factor* erscheint ubiquitär in der Forschungsliteratur, wenngleich der Zusammenhang zum Therapieergebnis in einer grossen Meta-Analyse nur .22 betrug (Martin, Garske, & Davis, 2000). Der Zusammenhang zwischen Therapieallianz und Ergebnis wird viel in der Literatur zitiert, wobei die Frage der Kausalität noch offen ist. So kann eine anfängliche Symptomverbesserung ebenfalls zu einer Improvisation der Beziehung führen (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005), wodurch wir bei dem Epiphänomen anlangen, dass ein erfolgreiches Therapieergebnis eine gute Allianz bewirkt. Regelmässige Zwischenerhebungen der Beziehung würden den Einfluss jener über die Zeit hinweg klären (Kazdin, 2005). Berücksichtigt man zudem die Einflussparameter, welche auf die Allianz wirken, so zeigt sich, wie facettenreich jene durch Therapeuten-, Patientenvariablen und wiederum der Symptomverbesserung moduliert wird (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; Wampold, 2005). In einer Studie, die ausführlich im Zusammenhang mit der Sudden Gain Forschung erst unter Kapitel 2.4.2. vorgestellt wird, haben Tang und DeRubeis (1999) mittels Videokodierung und Fragebogenerhebung die einzelnen Therapiesitzungen bezüglich kognitiver Veränderungen sowie der therapeutischen Beziehung untersucht. Ein Resultat ihrer Studie unterstützt die Annahme, dass die Symptomreduktion in einer verbesserten Allianz resultiert: Kognitive Änderungen hatten eine Verringerung der Depressionskennwerte zur Folge, was wiederum zu einem Anstieg der Allianz führte. Es wird also deutlich, dass die Therapiebeziehung sehr klar definiert, operationalisiert und studiert ist, wenngleich die Wirkungsweise auch noch nicht ganz geklärt. Castonguay & Grosse Holtforth (2005) plädieren folglich für die Aufhebung der Dichotomisierung, wenn jene bedeutet, dass man von spezifischen Techniken versus Therapiebeziehung spricht. Sie warnen davor, wie DeRubeis et al. (2005) den Begriff *unspezifisch* auf Variablen zu beziehen, dessen Wirkungsweise ungeklärt oder wenig operationalisiert ist, denn die Therapiebeziehung ist in keinsten Weise wenig spezifiziert und wäre nach dieser Logik kein *common factor* mehr. Die Autoren betonen, dass es neben Technik und Allianz noch weitere Einflussvariablen gibt, die das Ergebnis bestimmen wie Patientenvariablen (Kultur des Patienten, Komorbidität, Ausmaß an Impulsivität und andere Charakteristika), aber auch Erfahrungen in der Therapie wie emotionales Erfahren⁴. Diese Faktoren beeinflussen wiederum therapeutische Techniken,

⁴ Für den Terminus „Experiencing“ im Rahmen eines emotionszentrierten Therapieansatzes werden die

wenngleich auch unabhängig von der theoretischen Ausrichtung, aber auch die Beziehung. Die Begriffswelt des *Unspezifischen* differenziert diese Interaktionen in keinster Weise; resümierend erscheint das *Unspezifische* die Qualitäten des therapeutischen Prozesses und potentielle Veränderungsmomente zu vermischen (Castonguay & Grosse Holtforth, 2005).

Nachdem nun die theoretischen Konzepte vorgestellt und somit das Hintergrundwissen für die Einordnung dieser Arbeit in das Psychotherapiefeld vorgenommen wurde, sollen nun Fragen der angewandten Therapieforschung erläutert werden, so dass eine Einbettung dieser Arbeit und deren langfristige Nützlichkeit deutlich werden. In neuerer Forschung ist ergänzend zum klassischen Ansatz des Gruppenvergleichs die patientenorientierte Sicht eingeführt worden, d.h. die Frage nach einer spezifisch erfolgreichen Behandlung für den Einzelfall basierend auf zugrunde liegenden patientenspezifischen Daten (Lutz, 2003a, 2003b). Diese patientenorientierte Versorgungsforschung wird im nächsten Kapitel dargestellt.

2.2.3. Individuumsorientierte Verlaufsanalysen zur adaptiven Indikationsstellung

Die patientenorientierten Versorgungsforschung fragt weniger nach der adäquaten Interventionsform für ein spezifisches Störungsbild, sondern nach der passenden Behandlung für den Einzelfall (Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996). Patientenorientierte Versorgung konzentriert sich also auf die Maximierung des Behandlungserfolges von individuellen Patienten, wodurch die Parallele zum praktischen Nutzen im Feld leichter zu ziehen ist und somit die Anwendung praktikabler im klinischen Setting (Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Lambert et al., 2003). Diese Forschungsstrategie steht somit in der Tradition der differentiellen Psychotherapieforschung, und durch ihren Fokus auf den individuellen Verlauf (in positive oder auch in negative Richtung) lässt sich die Verbindung zur Einzelfallforschung ziehen. Im Rahmen der patientenorientierten Versorgung erhält die Vorhersage und Rückmeldung des psychotherapeutischen Fortschrittes einen immer wesentlicheren Anteil. Ziel jener ist folglich die differentielle und adaptive Indikation durch empirisch gestützte Handlungsregeln, welche direkt in die psychotherapeutische Praxis rückgemeldet und umgesetzt werden können, wobei der therapeutische Fortschritt im Anschluss evaluiert wird (Grawe, 1998; Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Lutz, 2002). Eine individuumsorientierte Versorgungsforschung bemüht sich demnach um einen Beitrag zur Überwindung der Wissenschaftler-Praktiker-Kluft durch Modelle und Konzepte, die eine direkte Rückmeldung

Begriffe „Erleben“ oder „Erfahrung“ vorgeschlagen (L. S. Greenberg, 2005). Diese Übersetzung wird in der vorliegenden Dissertation übernommen.

von Ergebnissen in die Routine erlauben (Lutz, Tholen et al., 2005). Nur so ist es den Therapeuten möglich, den Behandlungsprozess zu verstehen und zu planen.

Zu diesem Zweck sind neue Modelle erforderlich, um lineare Therapieverläufe, aber auch diskontinuierliche, d.h. substantielle Veränderungssprünge in positive oder negative Richtung zwischen zwei Sitzungen, und ihren Zusammenhang zum Therapieerfolg zu identifizieren. Aus diesem Grund erscheint eine Analyse der Veränderungssprünge im Verlauf wesentlich, dies ist realisierbar, indem die signifikanten Sitzung-zu-Sitzungsveränderungen (z.B. Therapiezufriedenheit, depressive Symptomatik) untersucht werden. Die im Rahmen der Versorgungsforschung generierten umfangreichen Datensätze erlauben hierzu eine Disaggregation der Daten, d.h. die Analyse spezifischer Subgruppen und Einzelpersonen sowie deren Verlauf in der Psychotherapie vor dem Hintergrund einer Gesamtstichprobe. Die für diese Arbeit wichtigsten Modelle, auf die sich die individuumorientierte Verlaufsforschung bezieht, werden in den folgenden beiden Kapiteln 2.3. und 2.4. vorgestellt.

Auf der Basis entsprechender Vorhersagemodelle können dann Rückmeldekonzeppte zur Unterstützung und Rückmeldung des individuellen Therapieverlaufs im Rahmen von Qualitätssicherungssystemen entwickelt werden. Um diese Rückmeldemodelle in der therapeutischen Versorgung zu etablieren, sind einerseits Modelle zur Beschreibung von Therapieverläufen nötig sowie andererseits die methodischen Verfahren zur Analyse; im Folgenden werden sie vorgestellt.

2.3. Konzepte zur Beschreibung kontinuierlicher Therapieverläufe

2.3.1. Dosis – Wirkungsmodell

In Abgrenzung zu der bisherigen Tradition der Effektivitätsforschung in der Psychotherapieforschung ist die Untersuchung des therapeutischen Verlaufs insbesondere durch das Dosis-Effektmodell (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Lambert, Hansen, & Finch, 2001) in die Wissenschaft integriert. Ausgehend von der Frage, wie viele Therapieeinheiten, d.h. welche Dosis an Therapie, nötig sind, um eine effektive Therapie zu gestalten, untersuchten die Autoren in einer Metaanalyse mit 15 Studien (mit 2431 Patienten) das Verhältnis der Besserungsraten zu den aufgewendeten Sitzungen. Es ergab sich eine log-lineare Beziehung (negativ beschleunigte Kurve) zwischen dem Aufwand, respektiv der Anzahl Sitzungen, und den Symptomveränderungen. Offensichtlich besteht für viele Patienten eine schnelle Zunahme therapeutischer Veränderungen zu Beginn der Therapie, im weiteren Verlauf ist allerdings ein extremer Therapieaufwand nötig zur Steigerung der Verbesse-

rungrate. Kritisch anzumerken an dieser Studie ist leider, dass die Verbesserungsmaße recht global und auf unterschiedlichsten Dimensionen definiert sind.

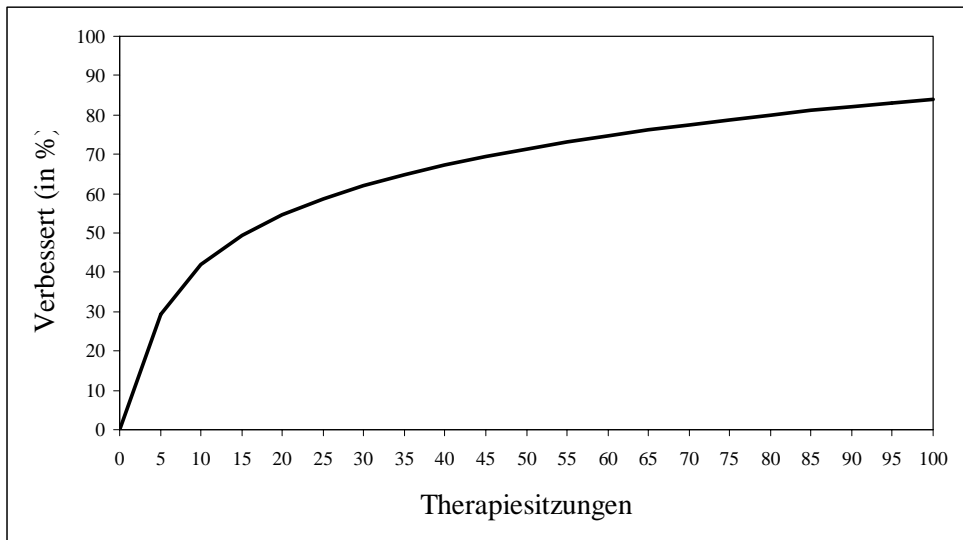


Abbildung 2.1.: Das Aufwand-Wirkungsmodell (Howard et al., 1986)

Hansen, Lambert und Forman (2002) haben in einer wissenschaftlichen Übersichtsarbeit vorgestellt, welches Ausmaß an Behandlungsdosis in den bisherigen RCT-Studien sowie in naturalistischen Datensätzen als optimal eingeschätzt wird, um therapeutische Veränderung zu generieren. Die Autoren konnten zeigen, dass RCT-Studien mit durchschnittlich 12.7 Therapiesitzungen zu einer klinisch relevanten Verbesserung (RCI; Jacobson & Truax, 1991) von 57.6% gelangten, während die Dose-Response-Forschung für den gleichen Erfolg 13 bis 18 Sitzungen einkalkuliert. Im Gegensatz dazu, weisen die naturalistischen Studien eine viel geringere Therapiedauer von durchschnittlich weniger als 5 Sitzungen auf und erreichen eine Verbesserung von nur 20%. Die Autoren schlagen demzufolge vor, mehr als 20 Sitzungen Therapie zu vergeben, um bei 50% der Patienten eine klinisch relevante Veränderung zu erzielen.

2.3.2. Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen

Das Dosis - Wirkungsmodell ist erheblich ausdifferenziert worden, wobei zwar ebenfalls sowohl von einem kontinuierlichen Therapieverlauf ausgegangen wird als auch von einem Gruppenvergleich, jedoch die einzelnen Phasen der Veränderung spezifischer ausformuliert werden (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993; Lueger, 1995). Die Autoren unterscheiden unter Rekurs auf die Arbeiten von Jerome Frank (1973) zwischen drei Phasen, welche aufeinander aufbauend abfolgen: Remoralisierungsphase, Remediationsphase und Rehabilitationsphase. In der *Remoralisierungsphase* verbessert sich das Wohlbefinden des

Patienten, insbesondere aufgrund positiver Erwartungen und Hoffnungen vonseiten des Patienten. Der Therapeut unterstützt dabei indem er Erklärungen für das Leiden liefert, die Symptomatik eingrenzt und eine positive Beziehung aufbaut. In der *Remediationsphase* werden dann zusätzlich Lebensprobleme und Symptomatik verringert, wobei das Erlernen adaptiver Bewältigungsstrategien und der Transfer jener wesentlicher Bestandteil dabei sind. Die *Rehabilitationsphase* ist charakterisiert durch die Wiederherstellung/Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, und zwar bzgl. unterschiedlichster Lebensbereiche wie Beruf, Partnerschaft, Elternrolle, sowie das Erlernen neuer Rollen. Von den drei Phasen wird eine probabilistische sequentielle Kausalität angenommen, d.h. das subjektive Wohlbefinden ist eine Bedingung für die Verbesserung der Symptomatik und jene wiederum eine Voraussetzung für eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus.

Das Dosis - Wirkungsmodell sowie das Phasenmodell legen als Nachweis Patienten- oder Diagnosegruppen zugrunde, individuelle Patientenverläufe werden also für die Schätzungen nicht herangezogen. Die Analyse spezifischer Patientenverläufe erscheint jedoch unerlässlich für die Erweiterung wissenschaftlicher Forschung und den Transfer auf den Einzelfall des Praktikers im therapeutischen Arbeitsfeld. Der Nutzen dieser Implementierung in das konkrete therapeutische Feld liegt in der Improvisierung therapeutischer Arbeit, und zwar indem dem Therapeuten oder sogar auch dessen Patienten ihr therapeutischer Fortschritt rückgemeldet wird. Diese Rückmeldesysteme an Therapeuten und ihre Patienten haben sich als wirkungsvoll erwiesen, Therapien mit Prozessrückmeldungen sind effektiver (Harmon et al., 2007; Lambert, 2007) und werden nun im anschließenden Kapitel vorgestellt.

2.3.3. Entscheidungsregeln und Rückmeldesysteme in der Psychotherapie

Auf der Basis entsprechender Vorhersagemodelle wurden Rückmeldekonzeppte zur Unterstützung und Rückmeldung des individuellen Therapieverlaufs im Rahmen von Qualitätssicherungssystemen entwickelt. Um den Patienten ihren Therapiefortschritt rückmelden zu können, werden zwei unterschiedliche Methoden zur Bestimmung von Entscheidungsregeln differenziert: Die *rational* entwickelten Entscheidungsregeln oder die *empirisch* entwickelte Methode (Lambert et al., 2002). Erstere meint, basierend auf den Resultaten der early response-Forschung (ausführlich siehe Kapitel 2.4.1.) sowie dem Konzept der klinischen Signifikanz Entscheidungsalgorithmen, um insbesondere Patienten zu identifizieren, die keinen positiven Therapieverlauf aufweisen. *Empirisch* entwickelte Entscheidungsregeln dagegen nutzen aufgrund von relevanten Prädiktoren vorhergesagte statistisch generierte Verlaufskurven, um jene mit dem aktuellen Behandlungsverlauf zu vergleichen. Insbesondere in An-

lehnung an das Dosis-Wirkungsmodell sind hier Studien mittels hierarchisch linearen Modellen (HLM) oder Wachstumsanalysen (u.a. General Growth Mixture Models) erfolgt, welche Therapieverläufe unter der Annahme beschreiben und vorhersagen, dass diese konstant und kontinuierlich verlaufen bzw. dem negativ- beschleunigten Verlauf der allgemeinen Aufwand- Wirkungskurve folgen (Dimidjian et al., 2006; N. B. Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Lutz, Lambert et al., 2006; Lutz, Leach et al., 2005; Lutz, Martinovich, & Howard, 2001; Lutz, Martinovich, Howard, & Leon, 2002; Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007)⁵. Diese Methode der Verwendung von Patientencharakteristika zur Vorhersage von Therapieverläufen wird "Expected Treatment Response" (ETR) genannt (Lambert et al., 2003; Lueger et al., 2001), Abbildung 2.2. stellt die resultierende Verlaufsgrafik dar.

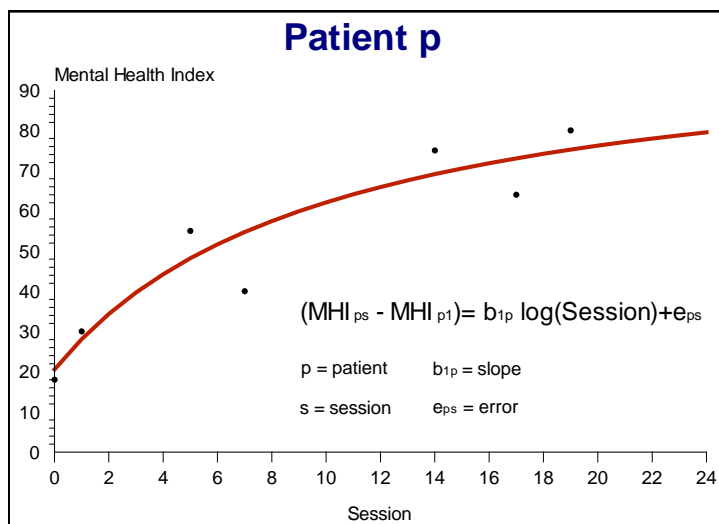


Abbildung 2.2.: "Expected Treatment Response"-Modell

In dieser Forschungstradition haben Lutz et al. (2006) anhand der beiden verschiedenen methodischen Verfahren (rational versus empirisch) die Wahrscheinlichkeiten für die Patienten berechnet, welche in bestimmten Phasen während ihres Therapieverlaufes extrem negative Abweichungen zu einem vorhergesagten Therapieverlauf aufweisen und am Ende der Therapie durch ein negatives Therapieergebnis gekennzeichnet sind. Als empirisch entwickelte Entscheidungsregel wurde in dieser Studie statt der ETR das Verfahren der "Nächsten Nachbarn" (engl. „Nearest Neighbor“) verwendet, welches sich bereits als qualifizierter er-

⁵ In einer aktuellere Studie konnte gezeigt werden, dass der therapeutische Verlauf mittels „Multiphase Mixed Effects Models“ inklusive eines abrupten Veränderungspunktes besser zu beschreiben ist (Cudeck & Klebe, 2002). Demzufolge findet zu Beginn einer Therapie eine intensive Symptomabnahme statt (bis zu dem Veränderungspunkt) woraufhin sich jene dann im weiteren Verlauf stetig langsam weiter verringert (Gallop, Dimidjian, & Atkins, 2007).

wies (Lutz, Leach et al., 2005)⁶. Die Studie zeigt, dass die verwendete Methode der „Nächsten Nachbarn“ mit einem Prädiktionsintervall von 75% gut in der Lage ist, Patienten mit negativem Therapieergebnis bereits im Verlauf zu entdecken, so dass die jeweiligen Therapeuten frühzeitig ein Feedback über die negative Entwicklung ihres Patienten erhalten sollten, um ggf. Modifikationen und Optimierungen vornehmen zu können. Die Effektivität dieser Qualitätssicherungssysteme zur Optimierung von Therapieverläufen unter Routinebedingungen ist in groß angelegten Studien im englischsprachigen Raum (US, UK) bereits gezeigt worden (Barkham et al., 2001; Harmon et al., 2007; Lambert, 2001; Lambert et al., 2003; Lambert et al., 2001; Lutz, Saunders et al., 2006). Eine vergleichbar groß angelegte Studie im deutschsprachigen Raum ist gegenwärtig unterstützt durch die Techniker Krankenkasse (Lutz, Tholen et al., 2005) im Vorgang.

Nachdem nun unterschiedlich differenzierte Verfahren vorgestellt wurden, welche anhand von regelmäßigen Patientendaten lineare Verläufe beschreiben und modellieren können, resultiert die Frage nach der Identifikation diskontinuierlicher Verläufe. Zu diesem Zweck werden im nächsten Kapitel verschiedene bestehende Kriterien zur Erfassung von abrupten Veränderungen und Diskontinuitäten im Prozess vorgestellt. Anschließend werden vertiefend die Kriterien vorgestellt, welche in dieser Arbeit zur Anwendung kommen und substantielle, Veränderungssprünge im Verlauf extrahieren können, die Sudden Gains (Tang & DeRubeis, 1999b).

2.4. Konzepte zur Beschreibung diskontinuierlicher Therapieverläufe

2.4.1. Differentielle Kriteriendefinitionen

Im Rahmen einer weiteren Therapieforschungstradition ist der Verlauf unter der Annahme untersucht worden, dass nicht alle zwangsläufig linear verlaufen, sondern auch diskontinuierliche Muster vorkommen können. Um diese Diskontinuitäten identifizieren zu können, wurden bereits diverse Kriterien und Verfahren entwickelt, wobei die methodischen Charakteristika beträchtlich variieren (Barkham, Stiles, & Shapiro, 1993; Haas, Hill, Lambert, & Morrell, 2002; Lutz, Grawe, & Tholen, 2003; Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007; Thompson, Thompson, & Ghallager-Thompson, 1995).

⁶ Das Verfahren meint, dass aufgrund einem Bündel von Patientencharakteristika (Prädiktoren wie Geschlecht, Alter, Eingangssymptomatik, etc.) Euklidische Distanzen berechnet werden, so dass die 10 ähnlichsten Patienten im 3-dimensionalen Raum identifiziert werden (Lutz, Leach et al., 2005).

Die Arbeitsgruppe um Haas (Haas, Hill, Lambert, & Morrell, 2002) extrahiert die sogenannten „rapid early responder“ (Patienten, die frühzeitig positiv auf das Therapieangebot ansprechen), indem Differenzen zwischen aktuellen und erwarteten Veränderungsmaßen (ermittelt über Wachstumsanalysen) gebildet werden. In zahlreichen Studien konnte der Zusammenhang zu einem erfolgreichen Therapieergebnis in unterschiedlichen Klientengruppen aufgeführt werden (Comminos & Grenyer, 2007; Crits-Christoph et al., 2001; Fennell & Teasdale, 1987; Renaud et al., 1998). Gegenwärtig besteht noch kein Konsens über eine eindeutige, allgemeine Definition von early responses sowie über die Ursache jener (Lambert, 2005; Vgl. auch Kapitel 2.4.2. über mögliche Ursachenfaktoren). Das Feld ist folglich inmitten einer offenen Diskussion, welcher einer wissenschaftlichen Vertiefung bedarf.

Um die in den folgenden Kapiteln diskutierten Befunde um die Wirkung therapeutischer Behandlungen sowie der Ursachenexploration sprunghafter Veränderungen im Therapieverlauf vornehmen zu können, soll an dieser Stelle die RCT-Studie von Renaud et al. (1998) vorgestellt werden, welche in einer adoleszenten depressiven Stichprobe die Effektivität dreier Behandlungsformen verglichen. Ein schnelles Ansprechen auf die Therapie („Rapid Response“) war definiert als ein Abfall von über 50% im Beck Depression Inventar (Beck, Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995) innerhalb der ersten zwei Sitzungen im Therapieverlauf. Die eindeutig höheren Effektraten (auch in der Katamnese) derjenigen Patienten, die schnell auf die Therapie ansprechen sowie deren hohen Auftretenshäufigkeiten in der psychodynamischen Gruppe erklärten die Autoren mit der Wirkung *unspezifischer* Faktoren im Prozess.

Im Gegensatz dazu definieren Barkham et al. (1993) und Thompson et al. (1995) ein Maß für die Diskontinuität anhand der Variation um eine patientenspezifische Regressionsgerade über den Therapieverlauf (Standardmessfehler).

Thompson und Mitarbeiter (1995) definieren sowohl die Standardabweichung der Differenzwerte zweier Sitzungen als auch die Varianz um die Regressionsgerade (Root Mean Square Error) als statistische Kriterien zur Filterung großer, substantieller Veränderungen.⁷ Die Autoren konnten Hinweise liefern, dass Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Diskontinuität und dem Therapieerfolg bestehen. Es zeigte sich zwar ein positiver Zusammenhang zwischen der Diskontinuität und der Verbesserungsrate, wobei allerdings bei Patienten mit zahlreichen extremen Veränderungen ein deutlich höheres Rückfallrisiko in der

⁷ Die erhobene Diskontinuität impliziert also in dieser Studie grosse Veränderungen in positive und in negative Richtung.

Katamnese vorlag (Thompson et al., 1995) oder auch die Wahrscheinlichkeit für eine reliable Verschlechterung (Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007).

In einer aktuelleren Studie postulieren Tang und DeRubeis (1999b) strengere Kriterien, um Veränderungen depressiver Symptome zu definieren. In Anlehnung an die kognitive Mediationshypothese (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) gehen Tang und DeRubeis (1999b) davon aus, dass a) manche Patienten ein grosses Abfallen depressiver Symptome von einer Sitzung zur Folgenden erleben (*Sudden Gain*), b) dieser Sudden Gain verursacht ist durch eine Reduktion depressiver Kognitionen und c) Sudden Gains eine höhere kurz- und langfristige Therapieeffektivität bewirken. Die Kriterien der Autoren, um einen sogenannten *Sudden Gain* zu berechnen, d.h. eine substantielle Veränderung des Symptomausmaßes zwischen zwei aufeinander folgenden Sitzungen, bieten im Gegensatz zu den Kriterien von Thompson et al. (1995) eine Weiterentwicklung und somit ein klarer operationalisiertes Kriterium, da sie sowohl die Signifikanz (kritische Differenz) der Schwankungsausprägung sowie die Stabilität vor und nach dem Sudden Gain berücksichtigen. In der vorliegenden Arbeit werden diese statistischen Kriterien zur Identifikation von großen Veränderungen im Therapieverlauf genutzt (zur Definition siehe Methodenabschnitt, Kapitel 4.1.4.1.).

Bevor nun die Befunde der Sudden Gain Forschung detailliert vorgestellt werden, sollen zunächst noch sehr aktuelle Befunde von Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss und Cardaciotto (2007) beschrieben werden, welche ergänzend noch ein drittes Muster an Veränderungen im Therapieverlauf bei depressiven Patienten extrahierten. Mittels hierarchisch linearer Modellierung (HLM) ergaben sich bei den Autoren kubische Verlaufsformen der Symptomveränderung über die Zeit, während individuelle Verläufe früh im Therapieverlauf auf die Therapie ansprachen („Rapid Response“). Diese kubischen Verlaufsmuster werden von Hayes et al. (2007) *depression spike* genannt und sind charakterisiert durch ein großes Ansteigen der depressiven Symptomatik (in Anlehnung an Tang und DeRubeis (1999) 7 Punkte auf der Hamilton Skala) folgend von einem direktem Abfall der gleichen Punktzahl in der selben Therapiephase. Somit gleicht dieses Verlaufsmuster dem „anxiety spike“ nach Heimberg und Becker (2002) und stellt ein absolut gegenteiliges Konzept zu den Kriterien von Tang und DeRubeis (1999b) dar. Die Abbildung 2.2. illustriert einen möglichen Patientenverlauf exemplarisch, die Grafik entstammt der Originalstudie. Analog zu den *early responder* wiesen auch die Patienten mit *depression spikes* höhere Therapieeffekte auf als Patienten, die jenes nicht erlebt hatten. Aufbauend haben die Autoren aufgrund der wöchentlichen Beschreibungen der Patienten heraus gefunden, dass *early responses* mit erhöh-

ter Hoffnung zusammen hing und *depression spikes* mit einer erhöhten kognitiven und emotionalen Verarbeitung (Hayes et al., 2007).⁸

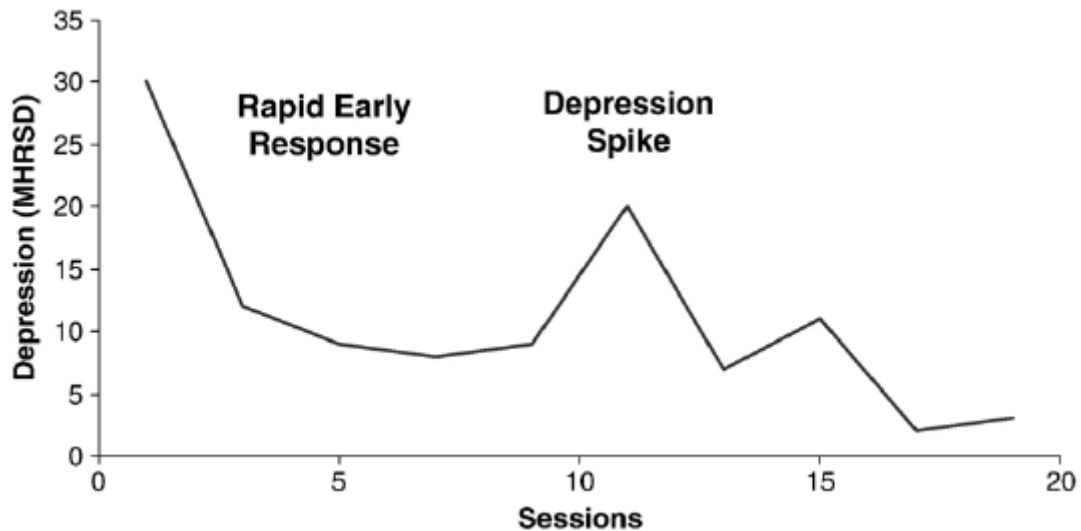


Abbildung 2.3.: Verlaufswerte der modifizierten Hamilton Depression Rating Scale (MHRSD), welche zweimal pro Woche erhoben wurde und exemplarisch zuerst einen *early response* sowie nachfolgend einen *depression spike* einer Fallvignette darstellt.

2.4.2. Sudden Gains im Forschungsfeld

Die Varianz der Auftretenshäufigkeiten von Sudden Gains gemäss der bisherigen Literatur ist groß. In der Originalstudie (Tang & DeRubeis, 1999b) zeigen 39% aller Patienten mindestens einen Gain. Der positive Einfluss dieser Veränderungssprünge zeigte sich daran, dass immerhin 79% derjenigen Patienten mit positivem Therapieerfolg einen Gain erlebt hatten. In Folge dieser Studie sind in den letzten Jahren eine Vielzahl weiterer Studien publiziert worden, bei denen in Abhängigkeit von der untersuchten Patientenstichprobe, dem eingesetzten Erhebungsinstrument sowie der Definition der Kriterien die Auftretenshäufigkeit der Sudden Gains zwischen 17% - 50% variiert (Busch, Kanter, Landes, & Kohlenberg, 2006; Gaynor et al., 2003; Übersicht siehe Hardy et al., 2005; Kelly, Cyranowski, & Frank, 2007; Stiles et al., 2003; Tang, Bebermann, DeRubeis, & Pham, 2005). Entsprechend zeigt

⁸ Unter kognitiv-emotionaler Verarbeitung verstehen die Autoren, dass Einsicht oder ein Perspektivenwechsel (neue Bedeutung, kognitive Veränderung, Schemawechsel) stattgefunden hat, was meist mit emotionalen oder behavioralen Manifestationen einher geht. Wichtig war den Autoren also, dass affektive und kognitive Aspekte offenkundig wurden. Emotionale Aktivierung ohne Einsicht oder Perspektivenwechsel, oder auch perservierende Kognitionen (z.B. Grübeln, Sorgen,) wurden bei der Kodierung der Patientenberichte daher nicht berücksichtigt (Hayes et al., 2007 ; S.413).

sich auch eine Heterogenität bezüglich des Zusammenhangs zum langfristigen Therapieerfolg. So haben einige Studien bestätigen können, dass das Erleben von Sudden Gains positiv mit der Therapieeffektivität zusammen hängt (Gaynor et al., 2003; Hardy et al., 2005), während andere keinen Zusammenhang finden konnten (Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006; Kelly, Roberts, & Ciesla, 2004; Tang, Luborsky, & Andrusyna, 2002; Vittegl, Jarrett, & Clark, 2005).

In den Studien, in denen dies kontrolliert wurde, unterschieden sich die Patienten mit und ohne Gains nicht bezüglich ihrer symptomatischen Ausgangslage (Hardy et al., 2005; Stiles et al., 2003; Tang & DeRubeis, 1999b). Entsprechend ist die Wahrscheinlichkeit, einen Gain zu erleben für die untersuchten Patientengruppen unabhängig von ihrer anfänglichen Symptomausprägung gleich groß.

Es gibt bisher keine Hinweise, dass Patienten mit Sudden Gains eine längere oder kürzere Therapie besuchen als diejenigen ohne Gains (Hardy et al., 2005), wobei aber in den meisten bisherigen Studien die Therapielänge standardisiert wurde (Kelly, Cyranowski, & Frank, 2007; Kelly, Roberts, & Ciesla, 2004; Tang & DeRubeis, 1999b) und somit keine Aussage über die Auswirkungen von Gains auf die Therapiedauer möglich ist.

Generell, waren Sudden Gains zunächst Forschungsgegenstand in der kognitiv-behavioralen Therapie für Depressionen (Hardy et al., 2005; Tang & DeRubeis, 1999b), erst später sind sie unter klinischen Routinebedingungen (Stiles et al., 2003), in der Gruppentherapie (Kelly, Roberts, & Ciesla, 2004), in der supportiven Therapie (Losardo et al., 2005; Tang, Luborsky, & Andrusyna, 2002) in der Familientherapie (Gaynor et al., 2003) oder in der integrativen Therapie (Kelly, Cyranowski, & Frank, 2007) analysiert worden. Die anfänglichen Studien mit depressiven Patientengruppen (Tang, Luborsky, & Andrusyna, 2002) sind in der Folge durch die Analyse von Angstpatienten ergänzt worden (Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006; Losardo et al., 2005; Pham, 2005), wobei für die Angstpatienten außer bei Pham (2005) bisher kein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Gains und einem positiven Therapieergebnis gefunden wurde. Als Erhebungsinstrument dient in den Studien mit depressiver Stichprobe das Beck Depressions Inventar (Beck, Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995), während für die Untersuchung der Stichprobe mit gemischten Störungen von Stiles et al. (2003) der Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-SF; Barkham et al., 2001) verwendet wird. In den Studien mit Angstpatienten wurde von Losardo et al. (Losardo et al., 2005) das Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1993), von Hofmann et al. (Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006) die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987) als Symptommaß eingesetzt und von Pham die Anxiety Sensitivity Scale (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). Somit hat eine erste Erweiterung der Anwendung der Kriterien

1986). Somit hat eine erste Erweiterung der Anwendung der Kriterien für die Sudden Gain - Berechnungen bereits auf unterschiedliche Messinstrumente stattgefunden in verschiedenen Studien stattgefunden.

Insbesondere auf frühe große Veränderungen (*Early sudden Gain*) ist bisher stark eingegangen worden, derweil sich gezeigt hat, dass Patienten, die jene erleben, ein besonders hohes Ausmaß an Therapieerfolg aufweisen. Frühe Veränderungsmuster sind bereits aus der Perspektive linearer Verlaufskurven methodisch untersucht worden (Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007) oder mittels hierarchisch linearer Regressionsanalyse (Haas, Hill, Lambert, & Morrell, 2002). Für die Sudden Gain Forschung haben Tang und DeRubeis (1999b), aber auch nachfolgende Autoren (Kelly, Roberts, & Ciesla, 2004; Stiles et al., 2003) immer wieder zeigen können, dass 1.) Sudden Gains recht früh im Therapieverlauf auftreten und 2.) die besonders frühen substantiellen Verbesserungen (*early sudden Gain*) mit einem größeren Therapieerfolg einher gehen. Wichtig an dieser Stelle anzumerken ist, dass der Zeitraum innerhalb dessen ein *früher* Sudden Gain auftritt, von den Autoren sehr unterschiedlich gefasst wird: Die Gruppe um Stiles definiert einen *frühen Gain*, wenn jener vor der 16. Sitzung auftritt während Kelly et al. (2004) jenen im ersten Drittel der Therapie platzieren.

Tabelle 2.1.: Zusammenstellung wichtiger Forschungsergebnisse der Analyse von Sudden Gains im Therapieverlauf.

	Tang & De- Rubeis (1999)	Tang et al. (2002)	Stiles et al. (2003)	Vittengl et al. (2005)	Gaynor et al. (2003)	Kelly et al. (2005)	Hardy et al. (2005)	Hofmann et al. (2006)
Stichprobe	61	35	135	33,32,24 (138)	32,27,28	31	76	107
Therapie	CT	SET	Routinever- sorgung	CT, PT, PP	CBT, SBFT, NST	CBT	CT	CBGT, EGT
Diagnose	Depression	Depression	verschiedene	Depression	Depression	Depression	Depression	Soz. Phobie
Median Sitzung Gain	5	5	5	4	5	1. Drittel	5	8.7
Mittleres Ausmaß, BDI- Pkt. ^c	11.2 (4.4)	10.5 (5.2)	13.25	12 (10.39)	10.8(4), 10.7 (5.4), 8.3(2.5)	9.2	13.25 (4.98)	15.78 (7.2)
% der absoluten Verbes- serung	51	64	105 BDI 1.11 CORE	59	?	50	54 BDI 1.13 CORE	60, 49.28
% Pat. mit Gain	39.34	42.86	17.04	30,42,29 (46)	50, 26, 39	41.9	41 (BDI), 31 (CORE)	14.58, 22.03
% Pat. mit Gain, die auf Therapie ansprechen	79 (BDI<10)	60 (BDI<10)	48 (Reliable & clinically significant change)	77 (HRSD<10)	81, 71, 91 (Clinically significant change)	53.8	77 (Reliable & clinically significant change)	50.27
Prädiktor Outcome	ja	ja	ja	ja (Kurzzeit)	ja	nein	ja	nein
Prädiktor Katamnese	ja	nein	manche	ja	ja	nein	ja	nein

Anmerkungen: CT= kognitive Therapie; SET= supportive-expressive Therapie, PT= Pharmakotherapie plus Klinisches Management; PP= Pill/Placebo; SBFT= Systemisch Behaviorale Familientherapie; NST= Nondirektive supportive Therapie; CBGT= Kognitiv behaviorale Gruppentherapie; EGT= Expositionsgruppentherapie; CORE-SF= Clinical Outcomes in Routineevaluation-Kurzversion; HRSD= Hamilton Ratinginstrument für Depression. c=in einigen Studien wurde der BDI, in anderen der BDI-II eingesetzt.

Der Transfer der Kriterien zur Definition eines negativen Veränderungssprungs ist bis anhin nicht erfolgt, worin ein Novum der vorliegenden Studie liegt. Konsequenterweise ist auch der Einfluss von möglichen Sudden Losses auf den Therapieerfolg bisher nicht untersucht worden. Im Folgenden sollen nun die bisherigen Forschungsbefunde vorgestellt werden, welche sich dementsprechend nur auf die Wirkung von Sudden Gains auf die Therapieeffektivität beziehen.

2.4.3. Ursachen für Diskontinuitäten und Sudden Gains

Die Postulation von Tang und DeRubeis (1999b), dass Sudden Gains ein Phänomen der kognitiv-behavioralen Therapie seien bzw. als Resultat jener Techniken zu verstehen seien, ist nicht ohne Kritik geblieben. Der von den Autoren beschriebene Gain tritt vorrangig zu Anfang der Therapie auf (Sitzung 5 als Median und Modus), Ilardi & Craighead (1994) wendeten zuvor jedoch ein, dass frühzeitige Änderungen dieser Art nicht auf kognitive Techniken zurück zu führen seien, da jene zu diesem frühen Zeitpunkt noch gar nicht realisiert sind. Die Arbeitsgruppe um Tang (Tang, Bebermann, DeRubeis, & Pham, 2005; Tang & DeRubeis, 1999b) hingegen hat mittels Kodierung der vorhergehenden Sitzung kognitive Veränderungen beim Patienten gefunden und somit ihre Hypothese untermauert. Die Analyse der Sitzungen sind erfolgt mit dem selbst entwickelten Ratinginstrument „Patient Cognitive Change Scale“ (PCCS; Tang & DeRubeis, 1999b), welches auf sieben Ebenen die Stufen kognitiver Einsicht beschreibt. Die empirische Bestätigung für eine kognitive Veränderung lässt die Autoren schlussfolgern, dass eine positive Feedback-Schleife durch die kognitive Veränderung getriggert wird, so dass die Sitzungen nach dem Gain charakterisiert sind durch zusätzliche kognitive Einsichten, eine verbesserte therapeutische Allianz und Symptomreduktion; diese Folgeerscheinungen nennen die Autoren „upward spiral“ (Tang, Bebermann, DeRubeis, & Pham, 2005; Tang & DeRubeis, 1999b). In einer zweiten Schrift disputieren Tang und DeRubeis (1999a) im Weiteren, indem sie Effektivitätsstudien aufzählen, welche bereits nach vier Wochen Wirksamkeit zeigen. Offen bleibt allerdings immer noch die Frage, ob spezifische oder unspezifische Faktoren zu der kognitiven Veränderung auf Seiten des Patienten geführt haben, da die Autoren die kognitiven Techniken, welche die Therapeuten einsetzten, zwar in ihrer Studie erhoben haben, jedoch keine Zusammenhänge zum Gain aufzeigen konnten. Ilardi & Craighead (Ilardi & Craighead, 1994, 1999) allerdings argumentieren, dass frühe Änderungen eher aufgrund von *common factors* entstehen. Schlussfolgernd haben sie in Anlehnung an Frank's Konzept der Remoralisierung (Frank, 1973) und Howard's Phasenmodell (Howard, Lueger, Maling, & Martino-

vich, 1993) die Versorgung von Hoffnung als wesentlichen Bestandteil der *common factors* propagiert. Wilson (1999) und Rachmann (1999) haben ebenfalls auf Tang und DeRubeis (1999b) reagiert und eingewendet, dass sprunghafte Veränderungen wohl nicht nur bei depressiven Patienten, sondern auch bei anderen Störungsgruppen vorkommen, wodurch die depressionsspezifische Annahme der kognitiven Änderung von Tang und DeRubeis (1999b) geschwächt ist. Analog haben Renaud et al. (1998) im Rahmen der early response-Forschungstradition ähnliche Befunde publizieren können, sie erklären das positivere Therapieergebnis der early responder mit der Wirkung unspezifischer Faktoren.

Hofmann et al. (2006) haben in einer Stichprobe mit sozialphobischen Patienten ebenfalls kognitive Veränderungen anhand des Self-Statement During Public Speaking Tests (SSPS-N; Hofmann & DiBartolo, 2000) erhoben, allerdings erfolgte die Messung zu Beginn der jeweiligen Sitzung. Es konnten keine Hinweise für einen Einfluss kognitiver Veränderungen auf Sudden Gains gefunden werden. Die Wirkung kognitiver Techniken bzw. das Erleben kognitiver Einsichten als Erklärung für einen Therapiesprung darzustellen, scheint aufgrund dieser Befunde wie aber auch der ausbleibenden bestätigenden Befunde in einer Replikationsstudie von Andrusyna, Luborsky, Pham und Tang (2006) gewagt.

In Folgestudien ist die Disputation vertieft worden, indem Sudden Gains in verschiedenen Therapiesettings und –formen sowie bei diversen Störungsgruppen untersucht wurden. So zeigt sich, dass Sudden Gains auch in der Pharmakotherapie und unter Placebobedingungen auftreten (Vittengl, Jarrett, & Clark, 2005). Des Weiteren finden sich positive Zusammenhänge zwischen den Gains und den Ergebnissen in der Akuttherapie, jedoch keine zu den Langzeiteffekten. Die Autoren behaupten daher, Sudden Gains seien lediglich ein Element von therapeutischer Behandlung, und dass Patienten diesen Weg der Veränderungssprünge gehen müssen, um zu einem besseren Therapieergebnis zu gelangen. Die Ergebnisse indizieren zudem, dass eher Patienten Aspekte als Therapietechniken relevant sind (Vittengl, Jarrett, & Clark, 2005).

Um die Annahme einer kognitiven Veränderung als Ursache für einen Sudden Gain zu stärken, haben Goodridge & Hardy (2002) die zwei Sitzungen vor und eine Sitzung nach dem Gain analysiert bezüglich dem Auftreten einer kognitiven Einsicht, indem das Assimilationsmodell (APES; ausführlich Kapitel 2.6.3.) zur Anwendung kam. In den beiden Sitzungen vor dem Gain erleben die fünf Patienten der Stichprobe einen schrittweisen Anstieg an kognitiver Veränderung, wobei die Einsicht in der Sitzung vor dem Gain annähernd erreicht ist. In der dem Gain folgenden Sitzung werden dann die Kriterien vollkommener Einsichtserfahrung inklusive dem Durcharbeiten des Problems mit Hilfe der erlangten Einsicht erfüllt. Die Autoren bestätigen somit Tang und DeRubeis' Hypothese der kognitiven Veränderung

als wesentlichen Schritt zum Sudden Gain, gehen allerdings von einem graduellen Veränderungsprozess aus, dessen höchste Stufe erst in der Sitzung nach dem Gain erreicht ist.

Inwiefern therapierrelevante Elemente überhaupt als Erklärung für plötzliche Veränderungen im Therapieverlauf herangezogen werden können, wird zudem in den Arbeiten von Gaynor et al. (2003) und Busch et al. (2006) diskutiert; diese Studien verweisen auf die Bedeutung von sogenannten *pretreatment Gains*, also Gains, welche bereits zwischen der ersten Messhebung und der ersten Therapiesitzung auftreten. Da zu diesem Zeitpunkt keinerlei therapeutische Interventionen stattgefunden haben, verhärtet sich die Annahme, dass es sich bei Sudden Gains nicht unbedingt nur um ein therapiespezifisches Phänomen handelt. Die Autoren erklären dieses Phänomen mit einer positiven Therapieerwartung und Hoffnung als Mediatoren (u.a. Snyder et al., 2000).

Der Einfluss einer positiven Stimmung ist in expliziter Form von Pham und Tang (2006) erarbeitet worden. Zu Beginn und am Ende jeder Sitzung wurde die Stimmung des Patienten auf einer Skala von 0 bis 100 vom Therapeuten geschätzt, so dass die Stimmung jeweils am Anfang mit jener am Ende der Sitzung sowie die Stimmung am Ende der Therapiestunde mit der am Anfang der folgenden Sitzung verglichen werden konnte und das mit allen anderen Sitzungsübergängen im Therapieverlauf. Die Autoren weisen nach, dass die Stimmung am Ende der Pre-Gain-Sitzung und dem Anfang der Gain-Sitzung höher ausfiel als die Stimmung an den Enden und Anfängen der davor erfolgten Sitzungen. Dies bedeutet, dass eine positive Affektlage die Therapiestunde, und somit auch den Therapieverlauf in therapeutisch wirksamer Weise beeinflusst. Die Interferenz zwischen Emotionalität und Therapiewirkung ist in der Grundlagenforschung unter Verwendung des Verfahrens der Stimmungsinduktion mit Gesunden und auch Depressiven etabliert und bestätigt (Backenstrass et al., 2006; Yeung, Dalgleish, Golden, & Schartau, 2006), allerdings nicht in der Psychotherapieprozessforschung. Das erste Mal wird nun von Pham und Tang (2006) der Versuch unternommen, die Stimmung in der Forschungstradition der Sudden Gain zu untersuchen. Kritisch möchte ich an dieser Stelle bereits anmerken, dass dem Befund eine grundlegende Redundanz immanent ist, da die Kongruenz zwischen negativer Stimmung und depressiver Symptomatik wohl sehr offensichtlich ist! Leider fehlen auch jegliche Angaben zur Differenzierung der Begriffe Stimmung und Depressivität, so dass auch nicht geklärt ist inwiefern das eine mit dem anderen einher geht. Diese Kritikpunkte führen zur Infragestellung der Befunde, aber sie liefern auch eine Basis zur Diskussion der Resultate der vorliegenden Studie, daher sind sie hier vorgestellt.

Eine weitere Alternative, um das Geschehen vor einem Gain im Therapieverlauf zu analysieren, bieten Losardo et al. (2005). Als Prozessmaß dient hier der Beck Anxiety Inventory (BAI), und die Patienten, die in den Therapiesitzungen vor dem Gain eine Symptomverschlechterung von mindestens 7 BAI-Punkten erleben, werden „spiker“ genannt. Es ergibt sich, dass zwischen den Patienten mit und ohne Gain kein Unterschied in der Symptomverbesserung am Therapieende besteht. Werden allerdings die Patienten in die Stichprobe hinzugenommen, welche vor ihrem Gain einen „spike“ erlebten, dann ergibt sich für die Gainer ein signifikant schlechterer Therapieerfolg als für die Nicht-Gainer. Offensichtlich nimmt der Verlauf vor einer substantiellen Veränderung ebenfalls Einfluss auf die Qualität des Gains und im Folgenden auch auf das Therapieergebnis.

Als mögliche Ursache für Sudden Gains werden in der Literatur auch externe Ereignisse diskutiert, also Erlebnisse, welche der Patient außerhalb der Therapiesitzung hat und welche einen Einfluss auf dessen Befindlichkeit und somit den Therapiefortschritt nehmen. In zwei Studien wurden die Life Events (Hardy et al., 2005; Pham, 2005) per Fragebogen zusätzlich erfasst, allerdings haben sich jene nicht mit dem Erleben von Sudden Gains in Zusammenhang bringen lassen. Die Autoren schlussfolgern, dass Sudden Gains wie bisher auch angenommen eher auf den Therapieprozess anstatt auf externe Ereignisse zurückzuführen sind. In einer ergänzenden Studie (Davies et al., 2006) sind die Therapeuten von Sudden Gain-Patienten bzw. jenen ohne Veränderungssprung bezüglich Einfluss nehmender Faktoren interviewt worden. Wenn die Methodik in dieser Studie auch kleinere Mängel vorweist, so sind die Resultate dennoch als explorativer Hinweis interessant: von den 19 befragten Personen ergaben sich folgende Antworten: Zugewinn an Einsicht (N=6), Ausdrücken bisher verborgener Gefühle oder Gedanken (N=5), wichtiges externes Lebensereignis (N=4), ein spezifisches Ziel in Therapie wird erreicht (N=2), Veränderung des Therapeuten oder des therapeutischen Ansatzes (N=2). Diese Berichte liefern entgegen der Resultate von Hardy et al. (2005) den Hinweis, dass nicht nur therapiespezifische Faktoren Sudden Gains bewirken, sondern auch unspezifische, generelle Wirkfaktoren. Der bereits im vorherigen Abschnitt beschriebene Befund zum Stimmungsverlauf innerhalb der Therapiesitzungen (Pham, 2005; Pham & Tang, 2006) untermauert den Autoren zufolge auch die wesentliche Einflussnahme außetherapeutischer Elemente: Während die Stimmungsveränderung innerhalb der Therapiesitzung keinen Einfluss auf die Symptomveränderung nimmt, besteht ein Zusammenhang zwischen der Stimmungsveränderung zwischen zwei Sitzungen und der Verbesserung der Symptomlage. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wenig geklärt bisher der Wissensstand über die Ursachen und Effekte der sprunghaften Veränderungen ist. Demnach besteht immer noch die Frage, ob sprunghafte Veränderungen einen Teil eines natürlichen Verlaufes

in der Depressionsbehandlung ausmachen oder andere, bisher nicht analysierte Faktoren für diese Veränderungen verantwortlich sind.

In einer aktuelleren Replikationsstudie von Andrusyna et al. (2006) sind die Sitzungen vor einem Gain bezüglich der kognitiven Veränderung beim Patienten, der therapeutischen Beziehung sowie der Akkuratheit, mit der die Therapeuten die Wünsche und die Reaktionen ihrer Patienten sowie die ihrer Umwelt interpretieren bei einer psychodynamisch behandelten Patientengruppe analysiert worden. Die kognitive Veränderungen sind mittels desselben Verfahrens untersucht worden wie in den vorherigen Studien (PCCS), allerdings fanden sich diesmal keine signifikanten Ergebnisse zugunsten der Gain-Gruppe. Mittels des Core Conflictual Relationship Themes (CCRT; Luborsky, 1984) wurden dann die interpersonalen Konflikte beziehungsweise die Kongruenz zwischen der Therapeuteninterpretation und den tatsächlichen Kernkonflikten des Patienten erfasst. Die Studie kann zeigen, dass diese Kongruenz in den Sitzungen vor einem Gain signifikant höher ist als in den Vergleichsstunden. Die Autoren schlussfolgern, dass der auslösende Faktor in der dynamischen Therapie im Gegensatz zur Kognitiven Therapie nicht die kognitive Veränderung beim Patienten ist, sondern Elemente wie die therapeutische Beziehung (Werte in der kritische Sitzung sind etwas höher, jedoch nicht signifikant) sowie Interpretationen des Therapeuten. Implizit bedeutet dies aber, dass das Therapieverfahren bzw. deren spezifische Mechanismen die auslösenden Momente für das Erleben eines Veränderungssprungs bestimmt.

Die therapeutische Beziehung als Einfluss nehmender Faktor ist bisher in den publizierten Studien kaum analysiert worden. Die Gruppe um Hardy (2005) hat zwei Messmittel zur Erfassung früher therapeutischer Allianz eingesetzt, die Ergebnisse erweisen sich jedoch als nicht signifikant. In einer aktuellen Studie zur Analyse der Ursachen des early response-Phänomens (Comminos & Grenyer, 2007) unterschieden sich die early responder auch nicht von jenen ohne frühe Verbesserung bzgl. der therapeutischen Allianz. Allerdings wurden deutliche (signifikante) Zusammenhänge zu dem interpersonalen Stil der Patienten gefunden: Early responder besitzen ein höheres Ausmaß an interpersonalen Fähigkeiten und sind weniger sozial dominierend. Die Autoren erklären den Effekt, indem sie die von ihnen gefundenen interpersonalen Schwierigkeiten als Nährboden für aufkommende problematische therapeutische Beziehungen interpretieren, wodurch wiederum eine Symptomreduktion unwahrscheinlicher ist. Die von Tang und DeRubeis (1999b) gefundene ansteigende therapeutische Allianz nach einem Sudden Gain (oben bereits im Rahmen des Konzepts der Auf-

wärtsspirale aufgegriffen⁹) erklären Comminos und Grenyer (2007), indem sie die verbesserte Allianz als Mediator zwischen der anfänglichen Symptomreduktion (dem Gain) und dem therapeutischen Erfolg verstehen.

2.4.4. Auswirkungen und Effekte von Sudden Gains

Unter der Annahme, dass der Sudden Gain ein Resultat kognitiver Schemaveränderungen darstellt, entspringt die Hypothese, dass therapeutische Effekte dieser Art sehr effektiv und auch langanhaltend wirksam sind. Folgerichtigerweise ergeben sich dann bis zum Ende der Therapie gute Ergebniseffekte. Grundsätzlich geht diese These konform mit der Idee des Heureka, also ein plötzlicher, einmaliger, richtungsweisender, substantieller Einfall, respektiv die Lösung zu einer diffizilen Aufgabe. Vorkommnisse solcher Art sind in der Psychotherapieforschung bereits diskutiert; so erfüllt das Konstrukt Einsicht die Kriterien des plötzlichen, klärenden Momentes (Pascual-Leone & Greenberg, 2007), wenn Einsicht auch einen eher kumulativen Charakter haben kann als der a-ha-Effekt (Grosse Holtforth et al., 2007). Nach Grosse Holtforth ist der Schemawechsel zudem ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Element für das Erleben von Einsicht (ausführlich siehe auch Kapitel 2.6.3.). Die therapeutische Wirksamkeit eines Schemawechsels (DeRubeis et al., 1990; Teasdale et al., 2001) und dem Eintreten von Einsicht ist in der empirischen Forschung belegt (Grande, Rudolf, Oberbracht, & Pauli-Magnus, 2003; Kivlighan, Multon, & Patton, 2000).

Der positive Einfluss zwischen dem Erleben eines Gains im Verlauf und einem erfolgreichen Therapieergebnis ist in den publizierten Studien zum grossen Teil auch belegt (Hardy et al., 2005; Stiles et al., 2003; Tang, Luborsky, & Andrusyna, 2002), wenngleich die langfristigen Follow-up Effekte nur teilweise aufgezeigt werden konnten. Vittengl et al. (2005) haben sogar höhere Depressionskennwerte und negativere Fehlbewertungen in ihrer Katamneseuntersuchung unter den Gain-Patienten gefunden als unter denjenigen ohne Veränderungssprüngen. Auch Kelly et al. (2004) haben heterogene Effekte gefunden, derweil Patienten mit Gain keinen höheren Therapieeffekt zeigen als Patienten ohne, jene mit frühem Gain dagegen aber einen signifikant besseren Therapieerfolg erzielen. Konforme Ergebnisse finden sich bei Lutz, Bachmann, Tschitsaz, Smart und Lambert (2007). In Ergänzung haben Lutz und Tschitsaz (2007) den positiven Einfluss früher Gains in einer ambulanten deutschen Patientengruppe nachweisen können sowie geringere Effektstärken derjenigen Patienten, die in ihrem Therapieverlauf einen Gain und einen Loss

⁹ Die therapeutische Beziehung ist in der Sitzung nach einem Gewinn als signifikant höher eingeschätzt worden als zuvor. Tang und DeRubeis (1999) haben eine verbesserte Allianz somit weniger als Auslöser, sondern als positive Folge der Symptomreduktion interpretiert.

ten, die in ihrem Therapieverlauf einen Gain und einen Loss erlebten. Diese Befunde bieten den Hinweis, dass ein eher unstetiger Verlauf die Therapieeffektivität negativ beeinflusst. Derzeit noch ausstehend ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Losses und dem Therapieergebnis. Konform der bisherigen Resultate lässt sich annehmen, dass Veränderungssprünge in negative Richtung auch mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergehen. Es ist u.a. Gegenstand dieser Studie, diese These zu überprüfen.

2.5. Moderne Trends in der Psychotherapieprozessforschung: Quantitative Analysen von Transkripten, Tape- und Videoaufnahmen

Aktuelle technische und multimediale Entwicklungen haben sich auch in der Prozessforschung zugunsten neuerer, modernerer und innovativerer Verfahren erweitert, so dass detaillierte Analysen von insbesondere Videomaterial derzeit ein innovatives Forschungsfeld bieten. Diese moderne Technik ist in der vorliegenden Studie angewandt worden, um die möglichen Einflüsse und Ursachen von (oben beschriebenen) Veränderungssprüngen (Sudden Gains/Losses) zu untersuchen. Um dem Leser ein Verständnis für diese Datenerfassungsmethode und somit der Bedeutung von Beobachtungsstudien zu bieten möchte ich nun den forschungsgeschichtlichen Hintergrund dieser Methode erläutern sowie ausgewählte Studien, die besondere Momente im Therapieprozess mittels dieser Methodik untersucht haben.

Kiesler (1973) hat zwischen direkter und indirekter Messung differenziert, wobei die direkte Erhebung ein durch Beobachter erhobenes bzw. kodiertes Patienten- bzw. Therapeutenverhalten meint. Unter indirekter Messung versteht Kiesler die Erfragung des Patienten-/Therapeutenstatus nach einer Sitzung, diese Fragebogen erfassen Stimmung, Befinden oder dergleichen des Patienten während der vorangegangenen Sitzung (z.B. Stundenbogen). In dem Falle einer direkten Erhebung werden die Therapiesitzungen, entweder per Tape- oder heutzutage per Videoanalyse analysiert. Analysiert werden die Therapietexte und –dialoge, indem sie entweder transkribiert und anschliessend inhaltsanalytisch ausgewertet werden (vgl. Mayring, 2002) oder einer Codierung von Seiten unbeteiligter Aussenstehender, wobei unterschiedliche zeitliche Auflösungen möglich sind (z.B. zehnminütige Frequenzen versus nur eine Minute).

Das Training der Beobachter verläuft dann entweder informal oder formal (Mercer & Loesch, 1979). Die formale Methode meint, dass die Beobachter auf einen Standard hin trainiert werden, welcher durch vorherige Expertenratings vorgegeben ist. Demgegenüber besprechen sich die Beobachter bis sie einen Konsens finden, wenn sie informal vorgehen.

Die Kodierung von Sitzungsmaterial kann dann im Folgenden klassisch oder pragmatisch verlaufen (Russell, 1988). Die klassische Strategie fragt nach beobachtbaren Verhaltensweisen, während der Beobachter bei der pragmatischen Strategie Schlussfolgerungen über dahinter liegende Intuition oder internale Zustände des Betrachteten zieht. Der Fokus der Analyse von Videoaufnahmen kann der Klient, der Therapeut oder deren Dyade sein (Elliott, 1991). Zusätzlich unterscheidet die Wahl der Analyseeinheit, ob die Untersuchung einen molekularen (Analyseeinheiten von einzelnen Redesequenzen) oder molaren (Einheiten von ganzen Sitzungen bis Therapiephasen) Charakter aufweist. Das molare Vorgehen impliziert den Vorteil der konsequenteren und somit detaillierten Analyse sowie einer zeitlichen Zuordnung der erhobenen Variablen innerhalb der Sitzung. Generell sollte jene nach pragmatischen Aspekten gewählt werden, so dass die Hypothesen der Studie beantwortet werden können (Übersicht siehe Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004, S. 315ff).

Weitere, vertiefende Besonderheiten und Überlegungen zur Planung von Beobachtungsstudien und Einschätzung von Prozessvariablen lassen sich bei Hill und Lambert (2004) oder Greenberg & Pinsof (1986) nachlesen.

Veränderungsmomente in der Psychotherapie, gemeint sind spezielle, veränderungsrelevante Mechanismen, welche zum Ergebnis der Therapie in besonderem Ausmaß beitragen, sind bereits in älteren Studien thematisiert worden. Diese besonderen Momente im Therapieverlauf wurden in einer älteren Studie von Mahrer, White, Howard, Gagnon & MacPhee (1992) mittels Analyse von Audiokassetten und Transkripten gefunden, die Autoren extrahierten sechs Kategorien guter Momente innerhalb der Therapiesitzungen: a) Veränderung von neutralem zu intensivem Gefühl, b) aussertherapeutische Verhaltensänderung, c) sich stark gegen den Therapeuten ausdrücken, d) neue, tief empfundene Persönlichkeitseigenschaft annehmen, e) das Akzeptieren eines problematischen Aspektes des Selbst und f) der Zustand generellen Wohlbefindens.

Kivlighan & Arthur (2000) fanden eine Konvergenz zwischen Therapeuten- und Patientenaussagen über wichtige Situationen in ihrer Sitzung. Diese Übereinstimmung ist in älteren Studien bereits als wesentlich für die Festigung der therapeutischen Beziehung (Cummings, Martin, Hallberg, & Slemon, 1992) sowie für einen positiven Therapieerfolg (Cummings, Hallberg, Slemon, & Martin, 1992) betont worden.

In einer Studie über signifikante Veränderungsmomente in der kognitiv-behavioralen Therapie haben Clarke, Rees und Hardy (2004) Patienten anhand eines semi-strukturierten Interviews nach besonderen Elementen der gerade vergangenen Therapiesitzung befragt und mittels „Grounded Theory Analysis“ (Glaser & Strauss, 1967) ausgewertet. Es ergaben sich drei grosse Hauptkategorien, und zwar erstens *der zuhörende Therapeut*, d.h. unspezifische

Faktoren wie die therapeutische Beziehung, Sicherheit, aber auch Abneigungen, Verweigerungen oder Ängste. Der zweite Bereich, genannt *die grosse Idee*, meint spezifische kognitiv-behaviorale Techniken wie Verstehen, Einsicht oder der Umgang mit Gedanken. Zudem ergab sich der dritte Bereich sich mit *sich mit der eigenen Person wohler fühlen*, welcher positive Zustände nach der Therapie umfasst, d.h. sich besser fühlen, ein verbessertes Alltagsverhalten, Loslassen können oder Verantwortung übernehmen (Clarke, Rees, & Hardy, 2004).

Forschungsarbeiten dieser Generation ermöglichen einen gewinnenden Einblick in die Wirkung und Veränderung von Therapieprozessen, so dass die Elemente, welche zu einer erfolgreichen Therapie führen extrahiert sind. Die Befunde dieser Untersuchungen können dann gut für die therapeutische Praxis implementiert werden, indem einerseits Konzepte psychotherapeutischen Handelns innoviert und andererseits Handlungsregeln für die Therapeuten abgeleitet werden.

2.6. Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde der für das Codierverfahren dieser Studie relevanten Prozess- und Ergebnismerkmale

In der vorliegenden Studie werden differentielle Prozessmerkmale in der Psychotherapiesitzung untersucht, wie der Einsatz spezifischer therapeutischer Techniken (Direktivität, kognitive und verhaltenstherapeutische Elemente), unspezifischer Faktoren (interpersonal, emotional) sowie aussertherapeutischer Aspekte. Auf diese Weise wird eine sehr umfangreiche Analyse der möglichen Einflussfaktoren für das Erleben von Veränderungssprüngen, Suden Gains und Losses, möglich. Zu diesem Zweck werden mögliche einflussnehmende Prozessmerkmale innerhalb eines Codierverfahren gebündelt, sie werden im Methodenabschnitt präsentiert (Kapitel 4.2.4.). Die untersuchten Prozessmerkmale dieser Studie sowie deren Relevanz für das Feld der Therapieprozess- und Ergebnisforschung soll nun in den folgenden Kapiteln 2.6.1 bis 2.6.10. detailliert vorgestellt werden.

Codierverfahren zur Analyse von Therapiesitzungen sind bereits sehr etabliert in der Psychotherapieforschung angewendet worden (Hill & Lambert, 2004; Moras & Hill, 1991; Strauß, 2005) und die Flächenbreite an eingesetzten Instrumenten sowie an erhobenen Variablen ist mittlerweile extrem gross. Zudem ist eine Integration der bisher gefundenen Resultate schwierig, da Replikationen der Fragestellungen und Instrumente oft noch ausstehen (Garfield, 1990).

Angepasst an die therapeutische Orientierung der in diese Studie eingehenden Sitzungen sowie an die Fragestellungen der Untersuchung wird im Folgenden eine Selektion bestehender Items aus gängigen Codierinstrumenten sowie deren Zusammenstellung zu einem *neuen* Codiermanual vorgenommen. Es wird der Versuch unternommen, die Items einerseits recht schulen- und traditionsunabhängig zu wählen und andererseits maßgeschneidert für die Inhalte der therapeutischen Arbeit an den Instituten Bern und Bochum (Grawe, 1998; Schulte, 1996). Zudem sind die Themenbereiche, welche die Autorin als relevant bzw. ursächlich für irreguläre Therapieverläufe versteht, in der bestehenden Prozessliteratur recherchiert und die passenden Items extrahiert worden. Die Auswahl der Beobachtungsverfahren bzw. der Items ist folglich unter Berücksichtigung der Fragestellungen und Hypothesen der Studie erfolgt. Wesentlich für die Herleitung der Fragestellungen war die bisherige Diskussion um den Einfluss von therapeutischen Techniken versus therapeutischer Beziehung, welche zu Sudden Gains führen (siehe Kap. 2.4.3.). Unter der Annahme, dass nicht nur zwangsläufig diese beiden Faktoren zu Irregularitäten im Verlauf führen, sondern weitere Elemente den Therapieprozess modellieren, sind Faktoren wie Therapieerwartungen und Beteiligung der Patienten, Wirkung verhaltenstherapeutischer Techniken oder aussertherapeutischer Elemente, etc. als mögliche Einflussgrößen in diese Studie eingegangen.

Die in Kapitel 2.4. dargestellte Relevanz therapeutischer Techniken und unspezifischer Faktoren wird empirisch untermauert aufgrund der Resultate von Norcross (2002), Lambert & Barley (2001) und Wampold (2001), die den Einfluss verschiedener therapeutischer und extratherapeutischer Variablen auf das Therapieergebnis auf der Basis erfolgter Studien prozentual darstellen und den Einfluss unspezifischer Faktoren betonen. Zusätzlich zu diesen Überblicksarbeiten bestehen spezifischere Studien, wie u.a. die Arbeiten von Clarke et al. (2004) oder Stiles et al. (1990, 2004), welche die von Patienten erlebten Veränderungsprozesse anhand von Sitzungstranskripten untersuchen.

Unter der Grundannahme, dass eher therapeutische Faktoren den Therapieprozess bestimmen, haben u.a. Stiles et al. (1990, 2004) das Stufenmodell APES (Tab. 2.2.) propagiert ("assimilation model"; Stiles, 2005), welches besagt, dass eine erfolgreiche therapeutische Arbeit eine hervorsagbare Sequenz von Veränderungen im kognitiven, affektiven und behavioralen Bereich hervor bringt, indem problematische Erfahrungen am Ende der Stufenfolge erfolgreich durch Assimilation oder Akkomodation in das Schema des Patienten integriert und so dann in Ressourcen umgewandelt werden (ausführlich Kapitel 2.6.3.). Wesentlich für eine erfolgreiche Veränderung sind nach diesem Konzept zuerst die klare Darstellung des Problems und darauf aufbauend ein Verstehen bzw. eine Einsicht in das Funktionieren

des Problems worauf dann das Arbeiten an jenem erst erfolgen kann. Das Konzept stellt ein Kontinuum dar, in welches jegliche Therapiemodelle eingegliedert werden können, um sie auf ihre Differenzen hin zu untersuchen. Clarke et al. (2004) verdeutlichen, dass Patienten neben der Wirkung bestimmter Verfahren insbesondere emotionale und interpersonale Komponenten der Therapie als wesentliche und somit wirksame Momente empfunden haben. Die Komponenten therapeutische Techniken, Verstehen und Austesten von neuen Dingen lassen sich in die höheren Stufen des Assimilation Models (3 bis 6) integrieren, während die emotionalen Komponenten sich eher den niedrigeren Stufen (1-2, 4) zuordnen lassen. Die Autoren schlussfolgern daher, dass diese Komponenten notwendige, zu durchlaufende Elemente des Therapieprozesses sind, und jene zu effektiven Veränderungen führen. Diese sorgfältig und detailliert vorgenommenen Studien dienen somit zusätzlich als Indikator für die Notwendigkeit spezifische und unspezifische Faktoren und deren Effekte im Therapieverlauf zu untersuchen und diese bisherigen Befunde als Wegweiser für die in dieser Studie zu untersuchenden Elemente zu nutzen.

Insbesondere bezüglich der Analyse von sprunghaften *negativen* Veränderungen im Therapieverlauf weisen die Resultate von Schröder & Davies (2004) auf die Relevanz inner- und aussertherapeutischer Mechanismen hin. Die Autoren befragten Therapeuten nach problematischen Situationen mit ihren Patienten und erhielten gleichermassen internal sowie external situierte Antworten.

2.6.1. Emotional Experience

Die Bedeutung von Emotionen im psychotherapeutischen Prozess ist in sehr hohem Ausmaß in der Psychologie wie auch in der Therapieforschung untersucht und betont worden. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel nur exemplarisch wichtige Arbeiten vorgestellt, welche ebenfalls ein mikroanalytisches Vorgehen nutzen und einen Eindruck in die Bedeutung der emotionalen Erfahrungen für den therapeutischen Prozess vermittelt sollen. Leslie Greenberg (1999) hat in seinen zahlreichen Studien (Goldman, Greenberg, & Pos, 2005; L. S. Greenberg & Foerster, 1996; Rice & Greenberg, 1984) zu den Veränderungsprozessen des Patienten mit Hilfe des Verfahren der Task Analyse die Tiefe emotionaler Erfahrungen („emotional experiencing“; Übersetzung nach Greenberg, 2005) in Therapiesitzungen anhand von Transkripten untersucht¹⁰. Unter einer intensiven emotionalen Verarbei-

¹⁰ Die Methode der Task Analyse ist eine rational-empirische Methode, um bedeutsame Momente in der Therapie zu identifizieren und den Veränderungsprozess zu beschreiben. Rational ist die Strategie inso-

tung verstehen die Autoren eine höhere emotionale Aktivierung („arousal“) sowie eine Reflexion über diese Erfahrung (L. S. Greenberg, Korman, & Paivio, 2002)¹¹. In neueren Studien konnten die Autoren belegen, dass diese Art der emotionalen Erfahrung kognitive und behaviorale Veränderungen erleichtert bzw. fördert und im Endeffekt zu einem positiven Therapieergebnis im Sinne einer Symptomreduktion sowie einer Erhöhung des Selbstbewusstseins führt (L. S. Greenberg, 2002; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003; Samoïlov & Goldfried, 2000). Goldman & Greenberg (2001) haben zudem noch explizit aufgeführt, dass tiefe emotionale Erfahrungen bei sehr relevanten Kernthemen des Patienten das Therapieergebnis auf unterschiedlichen Meßebenen voraussagen. Zudem stellt eine Zunahme der emotionalen Erfahrung über den Therapieverlauf sogar einen besseren Prädiktor dar als die Arbeitsallianz. Der zugrunde liegende Mechanismus, welcher die Effektivität dieser emotionalen Erfahrung fördert, liegt anscheinend in der Bewusstwerdung und Erklärung der eigenen Emotionen. Pos (1999) und Warwar & Greenberg (2000, June) haben zeigen können, dass sich erfolgreiche Patienten bzgl. ihres Ausmaßes an erlebter Emotionalität sowie dem Zugang und Erklären der Gefühle (erhoben anhand der „Experiencing Scale“) von weniger erfolgreichen unterscheiden. Sehr ähnlich argumentieren Hayes & Harris (2000), die annehmen, dass bei der Verarbeitung von Gefühlen eine Periode von Stress und Destabilisierung vorangeht, woraufhin sich dann neue Muster entwickeln (und insbesondere aus ihrer Forschungstradition dann auch *Einsicht* erfolgt). Als Folge dieser emotionalen Verarbeitung weisen die Autoren ebenfalls effektive Depressionsbehandlungsergebnisse vor (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005; Hayes & Strauss, 1998).

fern als klinisches Vorwissen eingesetzt wird, um einen Veränderungsmoment festzulegen (z.B. ein ideales Auftreten oder eine Lösung). Als empirisch beschreiben sie ihr Vorgehen, da die Transkripte immer wieder von Neuem auf das Auftreten dieser Momente hin untersucht werden, wobei die Theorie immer wieder dementsprechend angepasst wird. Im Anschluss erfolgt dann eine progressive Korrektur und Erweiterung des Modells entsprechend der empirischen Resultate des vorhergehenden Schrittes. Die Task-Analyse folgt somit einer observierenden, induktiven und iterativen Strategie.

¹¹ Ausgehend von dem Paradigma des „change events“, die Autoren haben den Verlauf als eine Aneinanderreihung von sich verändernden Episoden (events) verstanden, waren zu Beginn der Studien lediglich die Veränderungsprozesse innerhalb des Patienten Gegenstand der Untersuchung, während der Therapeut als Objekt verstanden wurde, welches die Bedingungen liefert damit der Patient sich verändernde Episoden (Erfahrungen, Problemverhalten, Beziehungskonzepte) erlebt. Erst in späteren Studien haben die Autoren die Themenbereiche dann auf spezifische und *common factors* (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996), Beziehungsabbrüche (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, in revision; Safran & Muran, 1996) und erfolgreiche versus nicht erfolgreiche Veränderungsmomente (Watson, 1996) erweitert. Im Gegensatz zu diesem Fokus auf das Geschehen innerhalb des Patienten haben die Prozessanalysen anderer Forscher die Episoden generell zum Thema gemacht, auch unabhängig von ihrer Nützlichkeit (Elliott, 1983; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). Beobachtet in diesen Videoanalysen werden folglich Handlungen, Intentionen, Gedanken und Gefühle von Patient und Therapeut sowie deren Interaktion. Dieser eher pragmatische und deskriptive Ansatz hat den Vorteil, dass keine strengen a priori-Hypothesen bestehen müssen über die Ursache der Veränderungen im Prozess.

In einer ganz anderen Arbeit aus der Richtung der Gestaltpsychologie ist der *Ausdruck von Emotionen* in besonders „guten Momenten“ per Transkriptanalyse untersucht worden (Mahrer, White, Howard, Gagnon, & MacPhee, 1992). „Gute Momente“ in der Therapiesitzung sind von den Patienten als ein Übergang von neutralen zu extrem starken Gefühlen beschrieben worden, dem offenen Zeigen von Emotionen dem Therapeuten gegenüber sowie dem Gefühl, eine Persönlichkeitsveränderung zu erleben. Auch die Arbeitsgruppe um Fitzpatrick (Fitzpatrick, Peternelli, Staliskas, & Iwakabe, 1999) hat nachweisen können, dass gute Momente der Therapie mit einer emotionalen Involviertheit einhergehen.

Generell sind insbesondere bzgl. der erlebten negativen Emotionen die Resultate in der Psychotherapieforschung uneindeutig und es wird nicht klar, ob sie für das Therapieergebnis effektiv ist (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Offensichtlich nehmen diese negativen Emotionen zwar einen erheblichen Einfluss auf die Therapiesitzung, die Wirkung hängt dann aber von dem effektiven Umgang des Therapeuten ab.

Die emotionale Aktivierung als Ursache von maßgeblichen Veränderungen im Therapieverlauf (L. S. Greenberg, 2002) konnte auch in Studien mit PTSD-Patientinnen (Nishith, Resick, & Griffin, 2002) nachgewiesen werden. Eine kurvilineare Funktion beschrieb den Verlauf zweier Behandlungsformen (Exposure versus CBT) dieser Patientinnen am besten, was wiederum auf einen heftigen Symptomanstieg vor dem Abfall in der Therapie hinweist. Die Verläufe depressiver Patienten betrachtend, haben Hayes, Feldman, Beevers, Laurenceau, Cardaciotto & Smith (Hayes et al., 2007) die in Kapitel 2.4.1. beschriebenen Patienten mit *early responses* oder mit *depression spike*¹² näher untersucht, indem sie deren wöchentliche Aufzeichnungen analysierten. Wie erwartet, berichteten Patienten mit frühen Verbesserungen mehr Hoffnung¹³ in ihren Aufzeichnungen, während Patienten mit Depressionsspitzen (spike) ein höheres Ausmaß an emotionaler Verarbeitung in diesen Phasen beschrieben. Diese Befunde interpretieren die Autoren vor der Argumentation von Ilardi & Craighead (1999) zugunsten der Wichtigkeit unspezifischer Einflüsse (wie Hoffnung und emotionaler Involvierung).

Abschliessend ist herauszustellen, dass die emotionale Aktivierung und Bewertung wohl einen ganz wesentlichen Bestandteil therapeutischer Effektivität ausmacht und ihr Auftreten den Therapieverlauf maßgeblich mitbestimmen kann.

¹² Auch hier lag ein kurvilinearere Zusammenhang vor, respektiv ein kubischer.

¹³ Unter Hoffnung verstehen die Autoren die Motivation für Veränderung und den Glauben, dass man Veränderungen bewirken kann (Snyder et al., 2000).

2.6.2. Verhaltenstherapeutische Techniken

Lambert und Barley (2001) zufolge können 15 % des Therapieerfolges durch die Wirkung therapeutischer Techniken erklärt werden, Wampold (2001) spricht von höchstens 8%. In der Tat bestehen Debatten, ob eher kognitive oder verhaltenstherapeutische Faktoren wirksam seien (Jacobson et al., 1996; Jacobson & Gortner, 2000). Den empirischen Nachweis der Effektivität verhaltenstherapeutischer Interventionen liefert vor allem die Task Force, in dessen Rahmen die zugrundeliegenden Prinzipien und Wirkfaktoren der Veränderung im psychotherapeutischen Prozess empirisch belegt werden (Castonguay & Beutler, 2006; Chambless & Ollendick, 2001). Während die Task Force ihre Argumentation vorrangig aus Ergebnisstudien zieht, liegen im Ermessen der Autorin wenig Studien vor, welche den erfolgreichen Einsatz der Techniken im Prozess analysieren und jene Befunde dann mit der Gesamteffektivität der Therapie in Zusammenhang bringen. Aus diesem Grund sind nachfolgend nur vier Studien vorgestellt, die unter Verwendung unterschiedlicher Methodik die Wirkung verhaltenstherapeutischer Techniken untersuchen.

Inwiefern verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgreich integriert werden in den Therapieprozess konnten Malik, Beutler, Gallagher-Thompson, Alimohamed & Thompson (2003) zeigen, indem sie mittels Kodierung der relevanten Therapiesitzungen (Systematic Treatment Selection Therapy Process Scale; Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000) spezifische verhaltenstherapeutische Elemente wie Direktivität, Verhaltensfokussierung und wenig emotionales Arousal in unterschiedlichen Therapieformen erfassten und herausfanden, dass diese wie erwartet im verhaltenstherapeutischen Setting durchschnittlich intensiver auftreten. Analoge Befunde konnten Trijsburg et al. (2004) mit einem anderen Kodierinstrument (CPIRS) dokumentieren, indem sie den Zusammenhang zwischen direktiven Prozessen, Strukturierung sowie behavioralen und kognitiven Prozessen in kognitiv-behavioralen Therapien (im Vergleich zu anderen Therapieformen) betonten.

Tschacher, Baur & Grawe (2000) dagegen haben den therapeutischen Prozess ambulanter Patienten anhand der Sitzungsfragebögen (vgl. Kapitel 4.1.2.1.)¹⁴ analysiert, welche Patienten und ihre Therapeuten nach der Therapiesitzung ausfüllen. Zeitreihenanalysen haben ergeben, dass insbesondere die Patientensicht bezüglich des Bewältigen von Problemen einen ausschlaggebenden Mechanismus innehat. Offenbar ändern sich zeitlich zuerst die Bewältigungserfahrung und erst in der folgenden Sitzung dann weitere Elemente wie Beziehung,

¹⁴ Der Patientenfragebogen beinhaltet 19 Items, der Therapeutenfragebogen 14. Die Itemzusammenstellung entspricht also nicht derjenigen in der vorliegenden Studie. Nähere Angaben sind Tschacher et al. (2000) zu entnehmen.

Therapeutesicht der Effektivität, etc. Zusätzlich konnten die Autoren zeigen, dass diese wahrgenommene Bewältigungskompetenz statistisch und klinisch signifikant mit dem Therapieergebnis zusammen hängt.

Smith und Grawe (2003; E. Smith & Grawe, 2005) haben anhand der Kodierung von Videositzungen spezifische Mechanismen der Therapie erfasst (Problemaktualisierung, Ressourcen fördern, etc.) und gleichzeitig mit den Stundenbogen der Praxiststelle Bern (vgl. Kapitel 4.1.2.1.) die subjektive Patientensicht über den Therapiefortschritt in dieser Sitzung erhoben. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Informationsebenen ist anhand einer Entscheidungsbaumanalyse kalkuliert. Die Befunde zeigen, dass die Produktivität der Sitzung von der zeitlichen Lage abhängt: in der ersten Therapiephase werden Sitzungen, in denen vorrangig Ressourcenaktivierung geschieht als erfolgreich bewertet, in der zweiten Phase scheint die Arbeit an den konkreten Problemen der Patienten erfolgreich und in der letzten Phase führen wiederum Ressourcenaktivierung und Veränderungen des Verhaltens zum Erfolg. Die Studie zeigt, wie vielschichtig therapeutische Prozesse sind und untersucht werden müssen, und dass ein Therapieerfolg multifaktoriell und phasenspezifisch zu erklären ist.

Im Rahmen der Sudden Gain-Forschung ist der Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen sowie der Zusammenhang zum Erleben eines Veränderungssprunges bisher nicht analysiert. Es ergibt sich in der Studie von Pham (2005) zwar, dass Patienten geplante und besprochene Verhaltensübungen als effektiv beschreiben, diese aber haben zwischen und nicht in den Sitzungen stattgefunden haben. Die Relevanz spezifischer Techniken für Diskontinuitäten im Therapieverlauf ist daher noch nicht aufgedeckt, eine Erklärung steht noch aus.

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen zwar teilweise nachgewiesen ist, allerdings insbesondere im Rahmen von Prozessanalysen gleichzeitig die Konfundierung mit weiteren therapeutischen Einflussgrößen sowie die Rolle der subjektiven Wahrnehmung von Seiten des Patienten aufgezeigt werden konnte.

2.6.3. Einsicht

Die Diskussion um die Begriffsbildung *Einsicht*¹⁵ ist noch längst nicht abgeschlossen, und die gegenwärtige Literatur verdeutlicht, dass aufgrund der mannigfaltigen Konzeptualisierungen eine präzise Definition dessen, was Autoren mit dem Begriff *Einsicht*

¹⁵ In der anglistischen Literatur unter dem Stichwort *insight* diskutiert.

rungen eine präzise Definition dessen, was Autoren mit dem Begriff *Einsicht* beschreiben möchten, unerlässlich ist, um sicher zu stellen, dass der Adressat dieselbe Vorstellung hat. Inwiefern *Einsicht* als intellektuelle (vgl. Stiles & Glick Brinegar, 2007) oder als emotionale (vgl. Pascual-Leone & Greenberg, 2007) Einsicht verstanden wird, hängt hier auch von dem theoretischen Hintergrund der Forschungsgruppe ab. In einer aktuellen Diskussionsarbeit um den Begriff ist eine Reihe von Autoren zu dem Schluss gekommen, dass Einsicht bewusst ist und einerseits den Aspekt der Neuheit impliziert sowie andererseits auch neue Verbindungen hergestellt werden (zwischen Vergangenem und Gegenwärtigem, Kognition und Affekt, oder unvereinbaren Aussagen). Demnach meint Einsicht einen bewussten Bedeutungsshift, wobei neue Assoziationen hergestellt werden (Hill et al., 2007). Jegliche detailliertere Definitionsansätze sind in dieser interdisziplinären Gruppe nicht einheitlich zustande gekommen, z.B. über das Ausmaß an Komplexität der Einsicht, der Schnelligkeit des Eintretens, der Salienz für den Patienten, die Themenbereiche oder der Konsens über die Richtigkeit der Aussage der Einsicht.

Kognitiv-behaviorale Konzepte zugrundeliegend hat die Arbeitsgruppe um Grosse Holtforth (Grosse Holtforth et al., 2007) Einsicht als einen mehr oder weniger bewusst ablaufenden Prozess verstanden, welcher als Resultat einer korrektiven Erfahrung entsteht. Dementsprechend hat die Einsicht einen eher kumulativen Charakter als die eines A-ha-Effektes. Grosse Holtforth et al. (2007) nehmen folglich an, dass auf eine Schemaveränderung die korrektive Erfahrung folgt, welche wiederum zur Einsicht führt.

Die fehlende Eindeutigkeit und Homogenität in der Prozessforschung zu der Erfassung von Einsicht wird auch deutlich, wenn man die Befunde über den Verlauf von Insight über den Therapieprozess betrachtet. Hohage und Kubler (1988) sowie Grenyer und Luborsky (1996) haben nachgewiesen, dass Einsicht am Ende des Therapieverlaufs höher war als zu Beginn. Im Gegensatz dazu, ergab sich bei O'Connor, Edenstein, Berry & Weiss (1994) ein U-förmiger Verlauf. Kivlighan, Multon und Patton (2000) fanden dann einen linear ansteigenden Verlauf über die beobachteten 20 Sitzungen. Die Autoren räumen selber ein, dass die unterschiedlichen Prozessverläufe ein Resultat unterschiedlicher Definitionen und Operationalisierungen von Einsicht sein könnten.

Die Studien und Befunde zweier maßgeblicher Arbeitsgruppen möchte ich im Folgenden vorstellen. Das *Assimilationsmodell* von Stiles (Stiles & Glick Brinegar, 2007; Stiles, Osatuke, Glick, & Mackay, 2004) postuliert einen zu durchlaufenden Weg von Wahrnehmung, Reformulieren, Verstehen und Lösen der Probleme und Anforderungen im Therapieprozess.

Therapie bedeutet, dass problematische Erfahrungen neu verstanden, interpretiert und integriert werden, so dass sie wieder in das vorhandene Schema passen. Die Skala zur Assimilation problematischer Erfahrungen (APES) gibt acht Stufen vor, die alle schrittweise durchlaufen werden müssen (Tabelle 2.2. bietet einen Überblick). In diesem Modell ist Einsicht als ein gegenseitiges Verstehen zwischen internalen *Stimmen* (Metapher, um aktive, miteinander agierende Erinnerungsspuren zu beschreiben) definiert, es geht also um ein gegenseitiges Verstehen, eine Kompatibilität von problematischen Erfahrungen und weniger problematischen, welche das Schema des Menschen bilden. Anzusiedeln ist Einsicht demnach in der Phase 4 des Modells. Mit Hilfe von Einzelfallstudien untermauern Stiles und Glick Brinegar (2007) die Annahme, dass in dieser Phase eine Integration der problematischen Erfahrungen in die bestehenden stattfindet und dass diese Patienten am Therapieende eine höhere Symptomreduktion erfahren.

Stage	Stage name	Description
0	Warded off/ dissociated	Client is unaware of the problem; the problematic voice is silent or dissociated. Affect may be minimal, reflecting successful avoidance. The problematic voice may express itself through somatic symptoms, acting out, or state switches.
1	Unwanted thoughts/ active avoidance	Client actively avoids facing the experience. Problematic voices emerge in response to therapist interventions or external circumstances but are then suppressed or avoided. Affect is intensely negative but episodic and unfocused; the connection with the content may be unclear.
2	Vague awareness/ emergence	Client is aware of a problematic experience but cannot formulate the problem clearly. Problematic voice emerges into sustained awareness. Affect includes intense psychological pain associated with the problematic material.
3	Problem statement/ clarification	Content includes a clear statement of a problem--something that can be worked on. Opposing voices are differentiated and can name and talk about each other. Affect is negative but manageable, not panicky.
4	Understanding/ insight	The problematic experience is formulated and understood in some way. Voices reach an understanding with each other (a meaning bridge). Affect may be mixed, with positive and negative periods.
5	Application/ working through	The understanding is used to work on a problem. Voices work together to apply the understanding to problematic situations. Affective tone is positive, optimistic.
6	Resourcefulness/ problem solution	The formerly problematic experience has become a resource, used for solving problems. Voices can be used flexibly. Affect is positive, satisfied.
7	Integration/ mastery	Client automatically generalizes solutions; the formerly problematic voice is fully integrated, serving as a resource. Affect is positive or neutral (i.e., this is no longer something to get excited about).

Tabelle 2.2.: Assimilation problematischer Erfahrungen (aus: Stiles & Glick Brinegar, 2007)

Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles (2006) konnten ebenfalls einen empirischen Nachweis der theoretischen Annahme liefern, dass das Erreichen von höheren Ebenen der Assimilation mit einer Symptomreduktion einher geht. Insbesondere Therapien mit positivem Therapieergebnis wiesen ein Erreichen von Stufe 4 im Assimilationsmodell auf, während jene mit negativem Ergebnis diese Ebene nicht erreichten.

Die Einbettung des Assimilationsmodells in diskontinuierliche Psychotherapieverläufe erfolgte von Goodridge & Hardy (2002)¹⁶, um den zugrunde liegenden, psychologischen Veränderungsmechanismus für eine substantielle Symptomreduktion (Sudden Gain) zu verstehen. Untersucht wurde anhand der Transkripte von fünf Patienten (entnommen dem Datensatz von Hardy et al., 2005) auf welcher Assimilationsstufe sie sich in der Prepre-Gain-, in der Pre-Gain- und in der After-Gain-Sitzung¹⁷ befinden. Es ergibt sich, dass alle fünf Patienten vor der After-Gain-Sitzung mindestens einmal die Stufe 4 des Modells (Verstehen/ Insight) erreichen, entweder in der Prepre-Gain- oder in der Pre-Gain-Sitzung. In der After-Gain-Sitzung zeigte sich dann bei drei Patienten das Erreichen von Stufe 5 (Durcharbeiten) sowie ein längeres Verbleiben auf den Stufen 4 und 5. Die Autoren schlussfolgern, dass Verstehen und Einsicht (Stufe 4) ein fundamentales Element zur Entstehung eines Gains darstellen, und höhere Stufen der Einsicht demnach erst in der After-Gain-Sitzung vorkommen. Im Gegensatz zu Tang und DeRubeis (1999b), die die Pre-Gain-Sitzung als ausschlaggebende Sitzung postulieren, finden sich in dieser Studie keine Unterschiede zwischen den beiden dem Gain vorangehenden Sitzungen, sondern die *besondere* Sitzung ist hier die dem Gain folgende. Dies kann einerseits aufgrund der unterschiedlichen Methodik erklärbar sein; die beiden angewendeten Ratinginstrumente unterscheiden sich stark voneinander. Zudem messen Goodridge & Hardy *Einsicht*, welches dem APES-Modell zufolge ein höherer Prozess sein kann als kognitive Veränderungen nach Tang und DeRubeis (1999). Die Autoren selber haben diesen direkten Vergleich nicht vorgenommen, aber ein detaillierterer Einblick in die Messinstrumente legt diese Erklärung nahe.¹⁸ Der deutliche Hinweis, dass Einsicht in der kognitiv-behavioralen Therapie vorkommt (Grosse Holtforth et al., 2007) und für den Therapieausgang auch vorteilhaft ist

¹⁶ Die Autoren haben derzeit eine Publikation über diesen Vortrag eingereicht mit dem Titel „Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive-behavioral therapy using the assimilation model.“

¹⁷ Die Terminologie entlehnt sich der Originalstudie von Tang & DeRubeis (1999b) und wird in Kapitel 4.1.4.1. erläutert.

¹⁸ Das Messinstrument von Tang und DeRubeis (PCCS; 1999) fordert, dass die Rater angeben, wenn eine der sieben Kategorien möglicher kognitiver Veränderungen erfüllt ist und deren Ausmaß. Meines Erachtens nach sind diese sieben Kategorien allerdings nicht direkt vergleichbar miteinander, sondern sie stellen quantitativ und qualitativ unterschiedliche Ebenen kognitiver Veränderung dar (Abb. C.2.). Demzufolge wird dann auch der Vergleich zu den Resultaten von Goodridge & Hardy (2002) schwierig, da jene das Auftreten von Einsicht messen. Da Einsicht allerdings kein hinreichendes Element für kognitive Änderung ist, wird diese in manchen der Kategorien von Tang & DeRubeis vorausgesetzt und in anderen nicht.

2007) und für den Therapieausgang auch vorteilhaft ist (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber, & Schamberger, 2007) besteht zwar, aber die Einsicht ist keine hinreichende Bedingung für kognitive Veränderungen.

Basierend auf der Definition, dass Einsicht einen Prozess darstellt, in dem der Mensch ein Verständnis entwickelt und neue Bedeutungen konstruiert, hat die Arbeitsgruppe um Hayes (Hayes, Feldman, & Goldfried, 2007) Einsicht mittels Kodierung von transkribierten Essays depressiver Patienten erhoben. Die Studie ergab, dass ein hohes Ausmaß an Einsicht sehr oft mit emotionaler Aktivierung einher geht und zu einer Symptomreduktion führt. Zusätzlich korreliert Einsicht mit Hoffnung und positiverer und negativerer Selbstwahrnehmung, während Vermeidung und Grübeln die Einsicht hemmen. Diese Befunde konnten anhand älterer Studien bereits aufgezeigt werden, wodurch die Resultate von Hayes untermauert werden. So haben Hoffart und Sexton (2002) zeigen können, dass der Optimismus des Patienten Einsicht fördert, und Kivlighan et al. (2000) haben nachgewiesen, dass Einsicht zur Symptomreduktion führt.

2.6.4. Kognitive Umstrukturierungen

Die Effektivität kognitiver Techniken ist bisher nicht eindeutig nachgewiesen, sondern nur für bestimmte Störungsgruppen und Symptomausprägungen (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Hollon & Beck, 2004). Auch die empirische Analyse des zugrunde liegenden Prozesses konnte bisher keine zweifelsfreien Erklärungen über die Wirkung dieser Therapie bieten. Die Debatte über die Einflussgrößen therapeutische Techniken, Therapeuteneffekte sowie unspezifische Effekte ist zu diesem Zeitpunkt demnach aktuell und überhaupt nicht abgeschlossen (Elkin, Falconnier, Martinovich, & Mahoney, 2006; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007, in press; Teasdale et al., 2001). Es hat sich gezeigt, dass während des Behandlungsverlaufs Veränderungen im Depressionsausmaß mit Veränderungen bezüglich dysfunktionaler Einstellungen (DeRubeis et al., 1990), automatischer Gedanken (DeRubeis et al., 1990), Attributionsstilen (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Hollon, Evans, & DeRubeis, 1990; Teasdale et al., 2001) oder Hoffnungslosigkeit (Rush, Beck, Kovacs, Weissenburger, & Hollon, 1982) einher gehen und korrelieren. In einer Meta-Analyse konnte Whisman (1993) die Hypothese über die Rolle von Kognitionen als Mediator in der Depressionsbehandlung belegen, indem er Studien zusammen stellt, die aufzeigen, dass kognitive Veränderungen a) mit dem Symptomausmaß über die Behandlung hinweg korrelieren, b) mit der depressiven Stimmung innerhalb der Sitzung korrelieren, c) einer Ände-

rung im Depressionsausmaß voran gehen, d) zu grösserer Depressionsabnahme führen als das Verfahren der kognitive Explorierung.

Die Anzahl der publizierten Studien zur Wirkungsweise kognitiver Therapie in der Prozessforschung ist unermesslich, infolgedessen wird an dieser Stelle nur auf eine Stichprobe zurück gegriffen, welche aufzeigen soll, wie divergent und teilweise widersprüchlich die Befunde sind.

Beevers und Miller (2005) haben mit hierarchischer Modellbildung herausgefunden, dass kognitive Therapie wirkt, indem sie eine Differenzierung zwischen negativen Kognitionen und anderen depressiven Symptomen (z.B. dysphorische Stimmung) herstellt und somit aufgezeigt, dass negative Gedanken ein geistiger Zustand sind, die mehr oder weniger real sind (vgl. auch Teasdale et al., 2002). Teasdale et al. (2001) bestätigen ebenfalls die Wirkung kognitiver Therapie, erklären die Wirkungsweise jedoch mittels einer Auflösung absolutistischer, negativer, dichotomer Denkstrukturen, da sie bei Depressiven sehr extreme, dichotome Antworttendenzen fanden sowie Zusammenhänge zu der Wirkung kognitiver Therapie. Während das Ziel der kognitiven Therapie normalerweise die Reduktion depressiver Überzeugungen und dysfunktionaler Einstellungen ist (d.h. den Gedanken*inhalt* gilt es zu verändern), propagieren die Autoren daher eine Umstrukturierung der *Form* der Verarbeitung beim Patienten, d.h. den Patienten helfen, von einem automatischen zu einem eher kontrollierten Verarbeitungsstil zu gelangen.

In einer Stichprobe depressiver Patienten behandelt mit kognitiver Therapie (CPT; Hollon et al., 1992) sind von Hayes und Strauss (1998) die Therapiesitzungen analysiert worden, und es ergab sich, dass eine *Destabilisation* beim Patienten zu Symptomreduktion und allgemeiner Funktionsfähigkeit führt. Eine *Destabilisation* (Hayes & Strauss, 1998, S.942) wird definiert als das Infragestellen bestehender Schemata, so dass kognitive, affektive, behaviorale oder somatische Fluktuationen folgen.

Hayes, Castonguay und Goldfried (1996) haben in der gleichen Stichprobe depressiver Patienten (CPT; Hollon et al., 1992) die Therapiesitzungen bzgl. der Behandlungfoki untersucht und nachweisen können, dass der Fokus in der kognitiven Therapie zwar eindeutig die Veränderung von Kognitionen ist, aber auch interpersonale und entwicklungspsychologische Elemente beinhaltet. Diese interpersonalen und entwicklungsthematischen Aspekte stehen in höherem Ausmaß im Zusammenhang mit der Symptomverringerung als die kognitiven. Ähnliche Resultate erzielten Castonguay, Hayes, Goldfried und DeRubeis (1995).

Leider stützen also nicht alle Befunde die Annahme der Wirksamkeit kognitiver Techniken. In einer Studie mittels Mikroprozessanalyse konnten Clarke et al. (2004) aufzeigen, dass sowohl therapeutische Techniken als auch unspezifische Faktoren Einfluss auf Patienten nehmen und bezeichnen die unspezifischen Faktoren daher als maßgebend für ihre eigene therapeutische Entwicklung. Burns und Spangler (2001) haben mit dem Verfahren der Strukturgleichungsmodelle ebenfalls die Annahme, dass eine Behandlung der dysfunktionalen Einstellungen die depressive Symptomatik auf direktem Weg verringert nicht bestätigen können, sondern gehen von einem anderen unbekanntem Mediator aus. Die Autoren schlagen eine Reihe von möglichen Mediatoren vor, vor allem die ungesunde, dysfunktionale Dimension der beiden Aspekte *Abhängigkeit* und *Perfektionismus*.

Castonguay et al. (1996) haben in dem Vergleich zwischen unspezifischen und spezifische Faktoren sogar einen negativen Zusammenhang zwischen den kognitiven Techniken und dem Therapieerfolg gefunden. Die Autoren erklären dies mit einem übermäßigen Festhalten an kognitiven Techniken, wenn die Beziehung gestört ist, was wiederum zu einem negativen Einfluss auf das Therapieergebnis führt. Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon (1998) haben wie Castonguay et al. (1996) die positive Allianz als Prädiktor in der kognitiven Therapie extrahiert, aber auch die exploratorische Intervention. Es zeigt sich, dass die exploratorische Intervention eine weniger ausgeprägte Allianz sogar kompensatorisch ersetzen kann, so dass der Therapieerfolg gesichert ist.

Hardy et al. (2001) nahmen dementsprechend ursprünglich an, dass die therapeutische Beziehung der mittelde Faktor zur Vorhersage des Behandlungserfolges sei, allerdings ergab sich, dass der interpersonale Stil des Patienten, insbesondere ein zu wenig involvierter Stil, als Mittler fungiert. Dem entgegengesetzt sind die Befunde von Critchfield, Henry, Castonguay & Borkovec (2007), welche keine Zusammenhänge zwischen dem interpersonalen Prozess und dem Therapieergebnis finden konnten.

Die Wahrnehmung der eigenen Gedanken und dessen Einfluss auf den therapeutischen Prozess ist auch auf der Patientenseite untersucht worden. Bei einer Patientenbefragung ergab sich, dass von den Patienten „ungewollte Gedanken“ als sehr hinderlich erlebt werden (Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy, & Firth-Cozens, 1988). Zusätzlich konnten die Autoren einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß dieser „ungewollten Gedanken“ und einem negativen Outcome belegen. Als sehr hilfreich für die Therapie dagegen empfanden die Patienten Problemlösung, Gewährwerdung¹⁹ und Rückversicherungen²⁰.

¹⁹ „Awareness“ wird in einer deutschen Publikation von Greenberg (2005) mit *Gewährwerdung*, *Bewusstsein* oder *Aufmerksamkeit* übersetzt. Diese Übersetzung wird hier übernommen.

Auch die Arbeitsgruppe um Tang (Tang, Bebermann, DeRubeis, & Pham, 2005; Tang & DeRubeis, 1999b) hat Prozessanalysen zu kognitiven Veränderungen auf Seiten des Patienten vorgenommen (ausführlich Kapitel 3.4.2.). Mittels Videokodierung wurden die einzelnen Stufen der kognitiven Veränderung beim Patienten in kritischen Therapiesitzungen analysiert. Die Befunde weisen deutlich auf einen Zusammenhang zur Symptomreduktion hin. Die Studien bekräftigen die Wirkung kognitiver Veränderung, wenngleich die Ursache der kognitiven Veränderung in dieser Studie leider nicht geklärt wird, da der Einsatz kognitiver Techniken (erfragt über den Therapeuten) nicht im Zusammenhang zur Symptomverringering steht.

Die Erklärung von kognitiver Mediation als auslösender Mechanismus für Symptomveränderung von Tang & DeRubeis (1999b) ist insbesondere sehr fraglich, wenn man die zuvor publizierten Befunde zur kognitiven Veränderung von DeRubeis et al. (1990) betrachtet. In dieser Originalstudie wurden vier Messmittel zur Erfassung kognitiver Veränderungen eingesetzt: der Fragebogen über automatische negative Gedanken (ATQ, Automatic Thoughts Questionnaire), die Hoffnungslosigkeits-Skala (HS; Hopelessness Scale), die Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS) und die Attributionsskala (ASQ; Attributional Style Questionnaire). Die Autoren vergleichen zwei Patientengruppen, die entweder über 12 Wochen eine kognitive Therapie (einige erhielten zusätzlich Imipramin) erhielten oder nur eine Pharmakotherapie. Die Kognitionen wurden vor, während und nach der Therapie erfragt. Beide Gruppen zeigten signifikante, aber vergleichbare kognitive Veränderungen am Ende der Therapie in allen vier Messmitteln. Die Befunde legen daher nahe, dass beide Therapieformen gleichwertig kognitive Veränderungen bewirken. In der Patientengruppe mit kognitiver Therapie zeigte sich jedoch, dass höhere Werte in ASQ und DAS niedrigere Depressionswerte zu Therapieende voraus sagen konnten. Die Autoren schlussfolgerten daher, dass kognitive Veränderungen funktional für die Verbesserung depressiver Symptome bei Patienten sei, die eine kognitive Therapie erhalten, und ein Epiphänomen für die Symptomverbesserung in der Pharmakogruppe.

Die Wirkung kognitiver Veränderungen im Therapieprozess und insbesondere bezüglich substantieller Veränderungen ist somit noch nicht hinreichend belegt und bedarf weiterer Analysen.

²⁰ „Reassurance“ meint die Rückversicherung, die Patienten oft einholen, um sich selber zu bestätigen. Pettit und Joiner (2006) weisen z.B. auf das „reassurance-seeking“ hin und geben Handlungsanweisungen für den Umgang.

2.6.5. Strengths

Der Begriff *strength* entlehnt sich aus verschiedenen Schulen und Bewegungen in der Psychologie, wobei ich im Folgenden nur auf einige wichtige Strebungen eingehen werde. Einerseits hat Seligman (1991) im Rahmen seiner Hilflosigkeitsforschung auch die Relevanz von optimistischem Denken in der Therapie betont. In diesem Kontext stützt er sich auf die theoretischen Bausteine der humanistischen Tradition von Rogers (Rogers, 1961) und Maslow (Maslow, 1954), welche beide Selbstbewusstsein, positive Erfahrungen und Selbstaktualisierung als therapeutisch wirksam konstituieren. Im Gegensatz zur herkömmlichen Psychotherapie, die auf die Mängel und Pathologien des Patienten fokussiert, betont positive Psychologie das Wohlbefinden und das gegenwärtige Gefühl von Lebensfreude sowie das Fördern von positiven Kognitionen gegenüber der Zukunft mit Hilfe von Optimismus, Hoffnung und Glaube (Seligman, 2002a, 2002b; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). So konstatiert Seligman „We must bring the building of strength to the forefront in the treatment and prevention of mental illness“ (Seligman, 2002b, S.3).

Die salutogenetische Perspektive bietet einen weiteren wesentlichen Beitrag in der Entwicklung des Ressourcenkonzeptes. Antonovsky (1979) hat in seinem Konzept des „Sense of Coherence“ postuliert, dass Menschen unter schwierigen Bedingungen gesund bleiben, wenn sie die Erwartungshaltung einnehmen, dass Geschehnisse 1. verstehbar sind (und somit vorhersehbar), 2. handhabbar sind (d.h. beeinflussbar) und 3. bedeutsam sind und Sinn machen (so dass eine Handlung auch Sinn macht).

Einen weiteren Anteil haben zwei Interventionstechniken der lösungsorientierten Psychotherapie geliefert: die Wunderfrage, welche nach dem Zustand fragt, wenn keine Probleme da wären, sowie die „exception situation“, die nach Situationen im Leben des Patienten fragt, als die Probleme noch nicht da waren (De Shazer, 1985).

Analog der verschiedenen einflussnehmenden Bewegungen ist auch die Definition von *strength* facettenreich. Smith (2006) bietet unter der Annahme, dass jeder Mensch ein Reservoir an *strength* besitzt (M. J. Epstein & Sharma, 1998) eine Definition über die Ingredienzien einer *strength*-orientierten Intervention, nämlich die herausragenden Qualitäten des Patienten aufzudecken, positive und erfolgreiche Beziehungen und Bindungen zu extrahieren und zu nutzen, spezielle Fähigkeiten und Charakteristika des Menschen zu identifizieren, Möglichkeiten zu besprechen, inwiefern der Patient vergangene Lebensveränderungen erfolgreich meistern konnte sowie soziale und kulturelle Charakteristika zu nutzen (z.B. Stolz

auf eigene Kultur). Konsekutiv sollen auf der kognitiven, affektiven, physischen, sozialen und kulturellen Ebene Fähigkeiten und selbstwertstärkende Elemente hervor gehoben werden.

In Ergänzung zu diesen Ansätzen hat sich in neuerer Zeit ein zusätzlicher therapieschulenübergreifender Ansatz etabliert, welcher die Förderung von positivem Erleben des Patienten im Fokus hat, und zwar mittels der Aktivierung von Ressourcen (Grawe, 1998, 2004; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Lutz, 1996). Der Begriff *Ressource* entlehnt sich hier v.a. der Bewältigungsperspektive: Ressourcen stellen hier vorabgegebene Bedingungen dar, welche dem Copingprozess vorgeschaltet sind (Lazarus & Folkman, 1987). Die Differenzierung zwischen einer Ressource und einem Stressbewältigungsmechanismus ist hier eher theoretisch, da subjektive Einschätzungen eigener Fähigkeiten und Eigenschaften als personale Ressourcen empirisch erfasst werden. Die therapeutische Effektivität der Förderung patientenspezifischer Ressourcen ist empirisch belegt (Berking, Hecker, Bruns, Jacobi, & Kröner-Herwig, 2004, September; Grawe, 1997; Willutzki, Neumann, Haas, Koban, & Schulte, 2004), insbesondere wenn die „wahrgenommene“ Unterstützung hoch ist (Wethington & Kessler, 1986). Die Ermittlung lösungsorientierter Interventionen mittels einer mikroanalytischen Analyse von Therapievideos ist bisher von der Arbeitsgruppe um Schiepek (RLI; Honermann, Mussen, Brinkmann, & Schiepek, 1999) sowie von Kosfelder (RILET; , 2000) vorgenommen worden. Während Honermann ausschliesslich auf die Prozessmerkmale des Therapeuten fokussiert, beurteilt Kosfelder zusätzlich die Patientenseite. Ergänzende und umfangreiche Untersuchungen von Therapiesitzungen durch die Berner Arbeitsgruppe um Grawe (Übersicht bieten Flückiger & Regli, 2006) konnten innerhalb korrelativer Prozess-Oucomestudien nachweisen, dass die Aktivierung von Ressourcen ein bedeutungsvoller Wirkfaktor ist (Gassmann, 2002), mit hohem Wohlbefinden einhergeht (Dick, 1999) und insbesondere gekoppelt mit einer prozessualen Aktivierung im Gegensatz zur blossen inhaltlichen Thematisierung wirkungsvoll ist (Dick, Grawe, Regli, & Heim, 1999; Gassmann, 2002). Die von Grawe (1998; Grawe, 2004) postulierte Interventionsheuristik, dass während einer Problembearbeitung parallel eine intensive Ressourcenaktivierung erfolgen sollte, hat sich in diesen Prozessstudien als erfolgreich bestätigt (Dick, Grawe, Regli, & Heim, 1999; Gassmann & Grawe, 2006; E. Smith & Grawe, 2005).

2.6.6. Therapeutische Beziehung

Übersichtsarbeiten (Hardy, Cahill, & Barkham, 2007; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004), Meta-Analysen (Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000) sowie Studien mit aktuellen Methoden der Psychotherapieforschung (z.B. Strukturgleichungsmodelle bei Kolden et al., 2006; Multilevelmodelle bei Zuroff & Blatt, 2006) zeigen immer wieder den Zusammenhang zwischen einer positiven therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg, und zwar unabhängig von der therapeutischen Orientierung. So beziffern Martin et al. (2000) in ihrer Meta-Analyse den allgemeinen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Therapieallianz und dem Therapieergebnis mit der Effektstärke $d = .22$. Horvath und Symonds (1991) erhielten die Effektstärke $d = .26$. Obwohl diese Effekte nicht besonders hoch ausfielen, so sind sie dennoch in sehr konsistenter Weise gefunden worden. Diese Meta-Analysen umfassten Beurteilungen der Therapieallianz von Patienten-, Therapeuten-, wie auch der Beobachterperspektive.

Die therapeutische Allianz kann über den Therapieverlauf variieren und eine starke Zunahme den Erfolg der Therapie positiv beeinflussen (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002). Ein Schwanken in negative Richtung wird in der Forschung als Beziehungsbruch („alliance rupture“) bezeichnet: “an emotional disconnection between client and therapist creating a negative shift in the quality of the therapeutic alliance” can occur at any stage and be experienced as isolated events, or may be repeated across several sessions (Samstag, Muran, & Safran, 2003, zitiert von Aspland et al., in revision).

Die Wahrnehmung eines Beziehungsbruches ist unterschiedlich, Therapeuten nehmen diese in 25-53% der Sitzungen wahr (bzw. nennen sie!), während Patienten sie in nur 11-38% der Sitzungen registrieren (Nagy, Safran, Muran, & Winston, 1998). Zusätzlich konnten die Autoren nachweisen, dass eine übereinstimmende Wahrnehmung der Beziehungsbrüche von Patienten und ihren Therapeuten den Therapieerfolg voraussagt. Nach Muran (2002) entstehen Beziehungsbrüche, wenn die interpersonalen Schemata des Patienten durch aussertherapeutische Erfahrungen in der Sitzung aktiviert sind oder wenn der Therapeut Problematiken auf der Beziehungsebene keine Aufmerksamkeit gibt. Llewelyn (2006) hat in ihrer Studie mit dem Verfahren der Task Analyse heraus gefunden, dass in allen Episoden mit Beziehungsbrüchen die Therapeuten rigide ihren Therapiemanualen folgten ohne die Sicht ihrer Patienten zu validieren. In einer älteren Studie von Randeau und Wampold (1991) ist der verbale Austausch zwischen Therapeut und Patient in Situationen analysiert worden, die entweder durch ein hohes oder niedriges Ausmaß an therapeutischer Allianz gekennzeichnet sind. In Situationen mit hohem Ausmaß an Allianz reagierten die Patienten mit einem hohen

Ausmaß an Involvement, in Momenten mit geringer Allianz dagegen, wendeten die Patienten eher Vermeidungsstrategien an.

Das Bearbeiten und Überwinden von Beziehungsbrüchen kann eine potentielle Möglichkeit bieten, dysfunktionale Schemata zu entkräften und korrektive Erfahrungen anzubieten. Demgegenüber werden nicht bearbeitete Beziehungsbrüche Vermeidungstendenzen erhöhen und somit Veränderung hemmen (Muran, 2002; Strauss et al., 2006). Aufgrund dieser Forschungslage haben Safran & Muran (2000) Lösungsansätze für den Umgang mit Beziehungsbrüchen entwickelt, z.B. die Metakommunikation (Therapeut und Patient explorieren ihre Problematik) und bieten ein Stufenmodell an (Safran & Muran, 2000, S.240 ff).

Die Diskussionen um die Bedeutung der Allianz während des therapeutischen Prozesses ist mannigfaltig. Unter der Annahme, dass die Beziehung ein Produkt einer guten Therapie ist, wäre ein linear konstanter Verlauf über die Zeit hinweg anzunehmen sowie schwächere Zusammenhänge zwischen den Beziehungswerten zu Therapiebeginn und den Ergebnismaßen als zwischen den Beziehungsmaßen zu Therapieende und dem Therapieergebnis. Diese Annahme konnte von Safran, Crocker, McMMain & Murray (1990) widerlegt werden, indem sie nachwiesen, dass ein positives Therapieergebnis eher mit einer erfolgreichen Bearbeitung eines Beziehungsbruches zusammen hängt als mit einem linearen Wachstumsverlauf.

In einer älteren Beobachtungsstudie von Hartley und Strupp (1983) wurde die therapeutische Beziehung zu unterschiedlichen Zeitpunkten (erste Sitzung, 25%, 50%, 75%, 100%) untersucht. Es ergab sich, dass die therapeutische Allianz bei Patienten mit erfolgreichem Therapieergebnis zwischen der ersten Sitzung und der 25%-Marke positiv anstieg, während jene bei Patienten mit negativem Ergebnis über den gleichen Zeitraum abnahm.

Kivlighan und Shaughnessy (2000) haben die Entwicklung der therapeutischen Allianz über die ersten vier Therapiesitzungen mittels hierarchischer Clustermethode (Ward-Verfahren) analysiert und drei unterschiedliche Muster extrahieren können: stabil gleichbleibend (mit wenigen Änderungen über die Sitzungen), stetig ansteigend (linear beschleunigter Verlauf) oder in Form eines hoch-tief-hoch-Musters (quadratischer Verlauf), wobei die Patienten des Clusters mit dem quadratischen Verlauf signifikant bessere Therapieergebnisse aufweisen als die Patienten der anderen Cluster. Die Befunde gehen konform mit jenen von Patton, Kivlighan & Multon (1997), von Gelso und Carter (1994) sowie von Horvath, Marx und Kamann (1990), welche diesen Verlauf mit der Wichtigkeit der frühen Allianzbildung erklären: Ist diese frühe Allianz einmal etabliert, tritt sie zugunsten von themenorientierter Arbeit in den Hintergrund. Dem entgegengesprechend sind die Befunde von Nagy et al. (1998) zu interpretieren, welche die Beziehungsbrüche vornehmlich zu Beginn des Therapieverlaufes finden.

Stiles et al. (2004) haben ebenfalls unterschiedliche Verfahren angewendet, um die Beziehungsfluktuationen im Verlauf zu identifizieren. In einer Stichprobe von kognitiv-behavioral und psychodynamisch behandelten, depressiven Patienten (Daten aus dem zweiten Sheffield Psychotherapie Projekt, SPP2) hat sich ergeben, dass nur für die V-förmigen Beziehungsverläufe²¹ das Therapieergebnis vorher gesagt werden konnte, allerdings nicht für die U-förmigen Verläufe wie bei Kivlighan und Shaughnessy (2000). Dies bedeutet, dass eine sehr intensive Abnahme der Beziehungsstärke geschieht (eher als ein langsames Abflachen), der wiederum direkt eine intensive Zunahme folgt. Offensichtlich ist eine typische Rupture-Repair-Episode durch einen V-förmigen Verlauf gekennzeichnet. Die Autoren erklären ihr Ergebnis ähnlich wie ihre Vorgänger, nämlich dass ein Beziehungsbruch auch die Möglichkeit eröffnet, korrektive Erfahrungen bezüglich der Beziehung zu anderen zu machen und so neue Wege einzuschlagen. Im Gegensatz zu Kivlighan & Shaughnessy (2000) sehen sie in dem quadratischen Verlauf allerdings weniger eine geschwächte Allianz in den mittleren Sitzungen als eher eine ganz kurze Unterbrechung genährt durch Zweifel oder einen Antagonismus.

Während (wie oben beschrieben) der positive Einfluss einer guten Allianz den distalen Therapieergebnis fraglos bedingt, ist der Zusammenhang zur proximalen, d.h. frühen symptomatischen Veränderung noch nicht geklärt. Die Annahme, dass eine gute Beziehung eine Symptomverbesserung nach sich zieht, konnte indirekt aufgrund korrelativer Ergebnisse zwischen der Qualität der Beziehung und dem Ergebniszuwachs über die Zeit hinweg gezeigt werden (Saunders, 2000). Dieser Befund impliziert, dass eine initiale Symptomveränderung eine Beziehungsverbesserung zur Folge hat. Diese kausale Kette konnte auch von Tang und DeRubeis (1999b) unterstützt werden, welche als Folge der kognitiven Veränderung in ihrem Modell der Aufwärtsspirale die verbesserte therapeutische Beziehung nachwiesen (ausführlich Kap. 2.4.2.). Ob die therapeutische Allianz durch eine Symptomveränderung getriggert wird oder umgekehrt ist daher noch nicht hinreichend beantwortet.

Die therapeutische Beziehung ist bereits ausführlich mittels Sitzungskodierung analysiert worden, es bestehen zahlreiche Messinstrumente zur Erhebung (vgl. Übersicht in Kap. 4.3.3.), wobei die Vanderbilt Skala eine renommierte darstellt. Martin et al. (2000) konnten aufzeigen, dass obwohl die unterschiedlichen Messinstrumente von verschiedenen For-

²¹ Die Psychotherapieforschung hat gezeigt, dass der Verlauf der therapeutischen Beziehung über die Sitzungen hinweg dem Graph einer quadratischen Funktion entsprechen kann, und zwar entweder U- oder V-förmig. Während U-förmige Verläufe eine geschwächte Allianz in mittleren Therapiesitzungen darstellen (Gelso & Carter, 1994, Kivlighan und Shaughnessy, (2000), verstehen Safran und Muran (1996, 2000) unter einem V-förmigen Verlauf eine sehr kurze Unterbrechung (Beziehungsbruch) ausgelöst u.a. durch Zweifel oder einen Antagonismus.

schungsgruppen entwickelt wurden, oft eine gute Korrelation zwischen den Skalen zur Erhebung der therapeutischen Allianz besteht, was die Annahme bestätigt, dass ein ähnlicher zugrunde liegender Prozess erhoben wird.

2.6.7. Erwartungen des Patienten

Eingeführt wurde der Begriff „client expectancy“ von Garfield (1994), wobei nicht nur die Erwartung des Patienten bezüglich des Therapieergebnis gemeint ist, sondern auch jene bzgl. psychotherapeutischer Prozeduren, Therapeutenrolle und Dauer der Therapie. Die Therapieerwartung kann dabei positiv, ambivalent oder negativ sein (Lipkin, 1954).

Da Hoffnung und positive Erwartungen für die Besserung von Problemen einen wesentlichen Bestandteil und Einfluss auf das Therapiegeschehen bilden (Frank, 1973), ist auch davon auszugehen, dass die Therapieerwartungen die Effektivität bzw. das Therapieergebnis maßgebend beeinflusst (Chambless, Tran, & Glass, 1997; R. P. Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006; Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993). Insbesondere die Befunde aus Placebo-Studien erhärten den Schluss, dass Erwartungen einen substantiellen Anteil bezüglich der Wirkung von therapeutischen Behandlungen ausmachen (Shapiro & Shapiro, 1982). In einer Meta-Analyse konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Placebo-Kontrollgruppe respektive der Therapieerwartungen und der Glaubwürdigkeit der Therapie einen wesentlichen Einfluss nehmen auf das Therapieergebnis (Baskin, Tierney, Minami, & Wampold, 2003). Je höher die Glaubwürdigkeit und je positiver die Erwartungen, desto näher rückte das Therapieergebnis an die Resultate der Interventionsgruppe. Sind die Placebo-Bedingungen besser (und der Kontrollbedingung equivalent) designed, erreichen sie den Interventionsbedingungen ähnliche Effektstärken ($d=0.149$). Dies bedeutet, dass das Design der Placebo-Bedingung das Therapieergebnis bestimmt. Vor dem Hintergrund, dass die Dosis der Therapie mit deren Effektivität zusammen hängt (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986) sind die schlechten Werte für die inequivalenten Kontrollgruppen zu erwarten. Die Relevanz von Therapieerwartungen wird im Speziellen auch durch die in Kap. 2.4.3. bereits diskutierten Befunde von Ilardi & Craighead (Ilardi & Craighead, 1994, 1999) impliziert: die Autoren argumentieren, dass 40% des Therapieerfolges in der kognitiven Therapie für Depressionen durch unspezifische Faktoren, wie Therapieerwartungen aufgeklärt werden. Da sehr frühe Verbesserungen (early responses) nicht nur das Resultat therapeutischer Techniken sein können, werden unspezifische Faktoren als wirkende Mechanismen angenommen. Die Wirkung von Therapieerwartungen als *common factor* ist in der Literatur bereits disputiert und von einigen Autoren als sehr relevant erachtet worden (Crits-

Christoph et al., 2007; Grenavage & Norcross, 1990; Lambert, 1992; Snyder et al., 2000). Kontrovers diskutiert wird dagegen in einer aktuelleren Debatte, inwiefern die Differenzierung zwischen spezifischen und unspezifischen Faktoren, respektive „common factors“ überhaupt methodisch und inhaltlich Sinn macht (ausführlich Kapitel 2.2.2.). Innerhalb dieser Debatte stellen die Autoren auch den Einfluss unspezifischer Faktoren wie Therapieerwartungen in Frage, indem sie die Logik der Schlussfolgerungen aus der Forschungsliteratur, die für die Wirkung unspezifischer Faktoren spricht, hinterfragen (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; Kazdin, 2005).

Die Therapieerwartung wird vorrangig in drei Formen der Erwartungen kategorisiert: *Veränderungs-*, *Rollen*erwartungen und die *Passung* zwischen Therapeuten- und Patientenerwartungen. Dargestellt sind sie in Abbildung 2.4. im grünen Kasten. Diese Erwartungen stehen allerdings nicht alleine im Raum als Wirkfaktor, sondern in gegenseitiger Wechselwirkung mit dem Therapieprozess: der Therapiemotivation sowie der therapeutischen Allianz (Grawe, 1998; Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2000; Schulte, 1996). Entsprechend der dahinter stehenden theoretischen Modelle werden unterschiedliche Aspekte der Erwartungen, aber auch der Motivation unterschieden. Das Arbeitsmodell von Mathier (2005) soll die Interferenz individueller Merkmale, der Erwartungen sowie von Therapiebeziehung und Motivation grafisch darstellen (Abb. 2.4.).

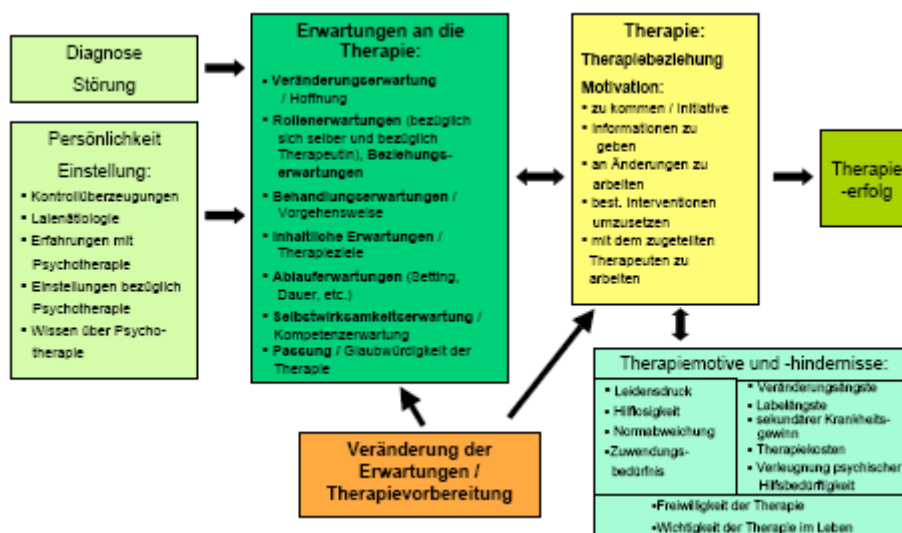


Abbildung 2.4.: Arbeitsmodell zu den Zusammenhängen zwischen Patientenvariablen, Erwartungen der PatientInnen, Basisverhalten der PatientInnen in der Therapie / Motivation, Therapiemotive und –hindernisse und Therapieerfolg (Mathier, 2005).

Empirisch untermauert wird diese Vernetzung der einzelnen Prozessvariablen unter anderem von den Befunden der Gruppe um Joyce (Abouguendia, Joyce, Piper, & Ogrodniczuk,

2004; Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003), welche die Therapiebeziehung als Mediatorvariable zwischen den Patientenerwartungen und dem Therapieerfolg untersuchten. Der Mediatoreffekt über die Therapiebeziehung erklärte bei Joyce et al. (2003) einen Drittel des direkten Einflusses der Erwartungen auf den Therapieerfolg im Einzeltherapie-setting. Auch im Gruppensetting (Abouguendia, Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2004) scheint es, dass die Verbindung zwischen Erwartungen und Therapieerfolg durch eine gute Beziehung der einzelnen Gruppenmitglieder mit dem Therapeuten vermittelt wird.

Die therapeutische Allianz wiederum dient als wertvoller Prädiktor für den Therapieerfolg (siehe auch Kap. 2.6.6.). Neben den Ergebnissen von Joyce, Ogrodniczuk, Piper und McCallum (2003) haben auch Connolly Gibbons et al. (2003) und Meyer et al. (2002) zeigen können, dass günstige Erwartungen der Patienten, sich in der Therapie zu verbessern, zu verbesserter Therapieallianz führt. Diese liess sich wiederum mit besseren Ergebniswerten der Therapie in Beziehung setzen. Inwiefern die Erwartungen der Patienten auch mit denen der Therapeuten zusammen hängen, belegt die Studie von Clinton (1996), welcher aufzeigen konnte, dass ein Zusammenhang besteht zwischen einer niedrigen Kongruenz bzgl. der Therapieerwartung zwischen Therapeut und Klient und der Dropout-Rate. Der starke Einfluss der Patientenerwartung spiegelt sich zudem auch in der Übereinstimmung zwischen der erwarteten Therapiedauer vonseiten des Patienten und der endgültigen wieder: unabhängig von den Erwartungen des Therapeuten konnte die Therapielänge aufgrund der Klientenerwartungen vorausgesagt werden (Clarkin & Levy, 2004; Mueller & Pekarik, 2000).

Entsprechend dieser Vernetzungen ist auch anzunehmen, dass die empirischen Befunde eher heterogen sein müssen, da die Einflüsse möglicher Mediatorvariablen unterschiedlich gross sein können und auch nicht immer kontrolliert wurden. In der Tat lassen sich bezüglich der Therapieerwartungen keine konsequenten Schlussfolgerungen für die Psychotherapie ziehen. Es liegen einige Studien vor, welche den Zusammenhang zwischen den Erwartungen und der Therapieergebnis belegen. So konnten Sotsky et al. (1991) einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Erwartungen von depressiven Patienten und der Symptomreduktion am Ende der Therapie finden. Dies sowohl bei psychologischen als auch medizinischen Behandlungen. Kirsch (1990) hat in seiner Meta-Analyse herausgefunden, dass die Erwartung ca. 50% der Therapieeffektivität ausmacht, und die Gruppe um Clark (Clark et al., 1999) hat einen positiven Zusammenhang zwischen den Erwartungen und dem Therapieergebnis bei Panikstörungen finden können.

Andere Publikationen dagegen zweifeln den markanten Einfluss von Therapieerwartungen an. So haben Arnkoff, Glass und Shapiro (2002) in ihrem Übersichtsartikel sehr heterogene Studien aufzeigen können. Von 24 untersuchten Studien ergab sich bei 12 ein signifikanter

Zusammenhang zwischen Erwartung und Outcome, bei 7 gemischte Resultate und bei 7 kein Zusammenhang. Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy und Angtuaco (2006) fanden ebenfalls differenzielle und uneindeutige Ergebnisse in einer erweiterten Analyse für dysphorische Störungen und Newman, Crits-Christoph, Gibbons und Erickson (2006) für Angststörungen. Als problematisch bezüglich der Analyse dieser Zusammenhänge muss der Schluss dieser korrelativen Ergebnisse auf kausale Beziehungen angesehen werden, Glass, Arnkoff und Shapiro (2001) weisen in ihrem Artikel explizit darauf hin. Die fehlende Eindeutigkeit der Zusammenhänge konnte Schulte (2005) in einer Literaturübersicht aufzeigen, in der er nachwies, dass zwar bedeutsame Korrelationen zwischen den Therapieerwartungen und den retrospektiven Erfolgsmaßen vorliegen, sich allerdings kaum Zusammenhänge zeigen, wenn der Therapieerfolg mittels Prä-Post-Differenzwerten operationalisiert ist. Dies bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen den Erwartungen und dem Therapieerfolg von der Art der Erfolgsmessung beeinflusst wird.

Generell problematisch bei der Untersuchung von Erwartungen ist, dass diese kein statisches Konstrukt darstellen, sondern sich mit der Zeit und dem Therapieverlauf ständig ändern können, wodurch eine zukünftige Erforschung der Therapieerwartungen noch erforderlich ist (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002). In diesem Zusammenhang wäre eine Aufschlüsselung über die Wirkungsweise von Erwartungen hilfreich. So kann die Wirkung ambivalenter oder negativer Erwartungen durch Studien verdeutlicht werden, welche aufzeigen, dass jene als Moderatorvariable für Therapiemisserfolge oder Abbrüche fungieren (A. N. Hansen, Hoogduin, Schaab, & Haan, 1992; Reis & Brown, 2006; Tschitsaz, 2004).

Auch Meichenbaum und Turk (1994) haben den Einfluss von Therapieerwartungen in der Therapie betont, und zwar für den Mediator Therapiemitarbeit. Insbesondere Einflüsse von früheren Erfolgen, bzw. Misserfolgen in der Psychotherapie seien prägend für die Erwartungshaltung des Patienten. Theoretisch lässt sich dieser Zusammenhang mit den Erwartungs- Wert Ansätzen begründen (u.a. Bandura, 1986), die proklamieren, dass die Ergebnis- wie auch die Selbstwirksamkeits-Erwartung das Ergebnis einer Handlung bestimmen. So konnten in einer Reihe von Studien unterschiedliche Arbeitsgruppen feststellen, dass beide Erwartungsformen die Therapiemotivation vorhersagen (Kaplan, Atkins, & Reinsch, 1984; O'Leary, 1985).

Es wird deutlich, dass Therapieerwartungen zwar als Prädiktor für den Therapieerfolg anzuerkennen sind, dass das Feld der Therapieerwartungen allerdings noch nicht erschöpfend in die Forschung integriert wurde, so dass eine Erforschung insbesondere mit Prozessuntersuchungen, welche über die therapeutische Allianz hinaus gehen, noch aussteht. Die Relati-

on zwischen Therapieerwartungen und grossen Veränderungssprüngen im Therapieprozess ist bisher nicht untersucht worden.

2.6.8. Motivation

Die Therapiemotivation hängt eng zusammen mit der therapeutischen Beziehung einerseits, aber auch mit den Therapieerwartungen. Daher untersuchen entsprechende Studien diese drei Elemente parallel, um die Vernetzung sowie gegenseitige Beeinflussung zu extrahieren. So konnten Rumpold et al. (2005) in einer Studie zur Überprüfung motivationserhöhender Interventionen nachweisen, dass eine positive Therapiemotivation mit einer höheren Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung sowie mit den Therapieerwartungen zusammen hängt. Die Motivation wird in dieser Studie mit dem Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP; K. L. Schneider, Basler, & Beisenherz, 1989) operationalisiert. Das Instrument erfasst die vier Elemente Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn), Laienätiologie, allgemeine Behandlungserwartungen und –einstellungen sowie Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen. Betrachtet man weitere Studien fällt auf, dass die Erhebung der Patientenmotivation extrem unterschiedlich ausfällt, da Definition sowie Messmittel stark variieren (Nübling, 1992; Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997; Truant, 1999).

Der positive Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und dem Therapieergebnis ist somit bisher vielfach empirisch nachgewiesen, wenn auch mit Hilfe unterschiedlichster Methodik (Blum, 1988; Franz et al., 1990; W. Schneider & Klauer, 2001).

Eugster und Wampold (1996) konnten zudem nachweisen, dass Patienten, die sich als involviert in der Sitzung erlebten, mit dem Stundenausgang zufriedener waren.

Diesen Befund unterstützen wohl auch die Ergebnisse von Zuroff et al. (2007), welche einen neuen common factor vorschlagen: die *autonome Motivation*, welche die Autoren als Kernelement der Selbstbestimmungstheorie sehen (Deci & Ryan, 2000). Bezogen auf den therapeutischen Rahmen definiert *autonome Motivation* sich als das Ausmaß, in dem die Patienten die Teilnahme an der Behandlung sowie das Setzen der Therapieziele als von ihnen selbst kommend und frei gewählt empfinden. Tatsächlich ist die autonome Motivation sogar ein stärkerer Prädiktor für den Therapieerfolg als die therapeutische Allianz und kann die Intensität der resultierenden Allianz determinieren (Zuroff et al., 2007).

Im erweiterten Sinne sind auch Optimismus und positives Denken bezüglich Psychotherapie ein essentieller Bestandteil von Motivation. Die Relevanz von Optimismus konnten Hoffart

und Sexton (2002) heraus stellen, wonach Optimismus zu wesentlichen Konsequenzen führt wie Stressreduktion, Einsicht, Empathie und einer Förderung des Optimismus des Therapeuten. Im Gegensatz dazu haben Seibel und Dowd (1999) gezeigt, dass reaktante Patienten weniger von ihrer Psychotherapie profitieren.

In aktuelleren Studien wird die Fragestellung, *ob* ein Patient motiviert ist, erweitert bezüglich des Bereiches, d.h. *wozu* er motiviert ist (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2000). Einbettet in diesen Kontext haben Berking und Jacobi (Berking & Jacobi, 2001) für eine stationäre psychosomatische Stichprobe berichtet, dass die Korrelation zwischen Therapiemotivation (erfasst mittels des Fragebogens zur Messung der Psychotherapiemotivation) und Therapieergebnis von den Therapiezielen moderiert wurde. Das Zusammenwirken von Motivation und Therapiezielen ist auch von Grosse Holtforth (2001) und Michalak und Schulte (2002) betont worden. Letztere operationalisieren Motivation als *Basisverhalten* des Patienten, welches die Komponenten Therapienachfrage, Mitarbeit, Selbstöffnung, Erproben sowie kein Widerstand impliziert. Patienten, die ihre Ziele als miteinander integriert erleben, lassen sich eher auf die Therapie ein und zeigen das erforderliche Basisverhalten. Zusätzlich konnten die Autoren mittels Strukturgleichungsmodellen hohe Zusammenhänge zwischen dem Basisverhalten und den retrospektiven Erfolgsmaßen aufzeigen, offensichtlich besteht ein Rückkoppelungsprozess zwischen dem subjektiven Eindruck von Erfolg (welches die Handlungskompetenz erhöht), einem resultierenden Rückgang des Leidensdrucks und dem vermehrten Engagement in der Therapie.

2.6.9. Inkongruenz

Nach Epstein (S. Epstein, 1991) liegt traumatischen Neurosen eine Inkongruenz zwischen realen Wahrnehmungen/Erinnerungen und bestehenden Schemata /Überzeugungen zugrunde. Grawe (1998) nimmt diese Definition auf und erweitert, dass es sich bei diesen Inkongruenz erzeugenden Wahrnehmungen nicht immer um Wahrnehmungen aus der Aussenwelt handelt, sondern es auch „Signale aus dem eigenen Körper sein können oder Wahrnehmungen, die aus dem Gedächtnis stammen, also Erinnerungen“. Grawe (2005) definiert *Kongruenz* daher als „die Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen“. Motivationale Schemata sind Mittel, die ein Mensch entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und vor Verletzung zu schützen. Das Erleben von Inkongruenz geht dabei mit intensiven Emotionen einher, welche implizit oder explizit ablaufen. Ein erhöhtes Inkongruenzniveau äussert sich dann wie ein erhöhter Stresszustand;

Angst, Ärger, aber auch hormonelle und physiologische Veränderungen sind die Folge. Inkongruenz wird also als wesentliche Ursache für die Beeinträchtigung des Wohlbefindens und für das Bilden und Aufrechterhalten von Symptomen angesehen. Die Quellen von Inkongruenz sind zahlreich: ungünstige Lebensbedingungen oder zwischenmenschliche Beziehungen, problematische Kognitionen, fehlende Ressourcen, zu stark ausgeprägte Vermeidungsschemata oder zu schwach entwickelte Annäherungsschemata. Kohls (2005) konnte anhand von Strukturgleichungsmodelle zeigen, dass diese Inkongruenzquellen gemeinsam 50% der Varianz von Inkongruenz aufklären. Die Varianz des Konstruktes *Psychische Störung* wurde durch die Inkongruenzquellen und Inkongruenz zu sogar 65% aufgeklärt.

Inkongruenz kann empirisch durch den *Inkongruenzfragebogen* regelmässig erhoben werden (Grosse Holtforth, Grawe, & Tamcan, 2004). Das Messinstrument befragt den Patienten nach der Verwirklichung von Annäherungszielen und dem Streben nach Vermeidungszielen in wichtigen Lebensbereichen. Die Autoren konnten ebenfalls einen recht starken Zusammenhang zwischen Symptom- und Inkongruenzerleben nachweisen ($r=.64$; Grosse Holtforth et al., 2003).

2.6.10. Aussertherapeutische Faktoren: Life Events und Daily Hassles

Die Therapiesitzung macht in der Regel im kognitiv-behavioralen Setting eine Stunde pro Woche aus. Der wesentliche Einfluss von Psychotherapie ist belegt, die langfristige Wirkung ebenfalls (siehe Kap.2.2.). Zusätzlich wirken aber auch das Umfeld und die Mitmenschen auf den Patienten sowie dessen Wohlbefinden; die Relevanz des aussertherapeutischen Lebensbereichs ist unter anderem von Lambert & Barley (2001) diskutiert worden. Zudem berichten Plutchnik, Conte & Carasu (1994) sowie Schröder (1997) in ihren Therapeutenbefragungen, wie kritisch und schwierig Therapeuten eine Sitzung empfinden, wenn ihr Patient „major live events“ thematisiert. Der prägnante Einfluss auf das symptomatische Befinden von Patienten wird auch mittels Patientenaussagen über relevante Lebensereignisse in einer Studie deutlich, welche die Effektivität eines intensiven Psychotherapieprogramms unter Routinebedingungen überprüft (Wise, 2003). Zwei Wochen vor Austritt der Behandlung wurden die Patienten aufgefordert, wichtige Ereignisse jeglicher Art zu dokumentieren. In den anschliessenden Analysen ergab sich, dass Patienten, die sich über den Behandlungsverlauf klinisch signifikant verschlechtert haben (RCI als Maß) neben dem allgemeinen Stressor Behandlungsaustritt noch weitere aussertherapeutische, akute, schwierige

Lebensereignisse angaben: 23 von 25 Patienten nannten gesundheitliche, familiäre, berufliche oder juristische Stressoren.

Diskontinuierliche Verläufe sind bereits in der Forschung mit externen Lebensereignissen in Zusammenhang gebracht worden. In einer späteren Studie haben Hardy et al. (2005) den Life Events Questionnaire (Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy, & Firth-Cozens, 1988) wöchentlich von ihren Patienten ausfüllen lassen, um bedeutende Ereignisse abzufragen wie Hochzeit, Tod, Geburt, Eingehen wichtiger Beziehungen, et cetera. Allerdings unterschieden sich die Gainer nicht von den Nicht-Gainern bezüglich der Anzahl ihrer erlebten negativen oder positiven Life Events. Die Autoren schlussfolgerten, dass Sudden Gains anscheinend nicht mit maßgeblichen, externalen Lebensereignissen einher gehen.

Menschen erleben generell viele unterschiedliche kleine Ecken und Kanten im Alltag, welche als *Daily Hassles* in die Stressforschung eingehen. In diesem Forschungsbereich konnte der negative Zusammenhang zwischen strapaziösen Ereignissen und psychischem wie auch körperlichem Befinden eindeutig belegt werden (Day, Thierrien, & Carroll, 2005; DeLongis, Folkmann, & Lazarus, 1988).

In dem Vergleich zwischen Daily Hassles und Life Events hat sich gezeigt, dass Daily Hassles einen besseren Prädiktor psychischer Symptome darstellen als Life Events (DeLongis, Folkmann, & Lazarus, 1988; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1980), wenn die Differenzierung zwischen diesen beiden Konstrukten auch sehr schwierig ist und somit sehr genau vorgenommen werden muss (Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson, & Shrout, 1984). Operationalisiert wurden diese Alltagserfahrungen mit der Daily Hassles and Uplift Scale (HSUP; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1980), welche nach Themen wie Gewichtsproblemen, anwachsenden Preisen von Gütern, einem überladenen Terminkalender und dergleichen fragt. Studien haben ergeben, dass Daily Hassles einerseits Burnout prädiszieren können (Zohar, 1997), und andererseits mit einer beeinträchtigten psychischen und physischen Gesundheit einher gehen (Cooper, Kirkcaldy, & Brown, 1994; Day, Thierrien, & Carroll, 2005; Gruen, Folkman, & Lazarus, 1988). In der Tat können geringere, aber andauernde tägliche Stressoren einen grösseren Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen als substantielle Lebensereignisse (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkmann, & Lazarus, 1982). Dieser Befund konnte auch im klinischen Setting gezeigt werden, indem der Zusammenhang zwischen sehr stressauslösenden und weniger stressauslösenden Lebensereignisse und dem Auftreten einer Depression untersucht wurde (Harkness & Monroe, 2006), wobei die Patienten diagnostisch in melancholische und nicht melancholische Depressive eingeteilt sind. Die Autoren haben einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Depressivität und an stressauslösenden Ereignissen finden können, allerdings nur bei den

nicht melancholischen depressiven Patienten. Patienten mit melancholischer Depression dagegen erlebten vor ihrer depressiven Phase viele, kleine stressauslösende Ereignisse.

Eine Erweiterung der oben beschriebenen Befunde, welche in die Ergebnisforschung eingebettet sind, ist in das Feld der Prozessforschung bisher nicht vorgenommen worden. Somit sind Daily Hassles als mögliche Ursache für das Erleben von Gains oder Losses derzeit in dem Forschungsfeld der Sudden Gains noch nicht integriert.

2.7. Informationsverarbeitung und Beobachtereffekte

„Wie erkenne ich meine Welt“, ist die zentrale Frage, die seit Jahrhunderten Philosophen beschäftigt. Unsere Sinnesorgane und unser Gedächtnis sind zur Beantwortung dieser Frage (insbesondere) Zentrum der Kognitions- und Sozialpsychologie geworden. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel ein kleiner Exkurs in jene Gebiete vorgenommen. Das Codierverfahren, welches die Beobachter für die Videoanalysen anwenden, enthält eine bestimmte Anzahl von Items sowie Erläuterungen, Anker und Beispiele zu den Items. Gleichzeitig müssen die Inhalte aus den Therapievideos aufgenommen und behalten werden. Dies bedeutet, dass die Beobachter in der Lage sein müssen, große Mengen von Informationen parallel zu erwerben, zu speichern und abzurufen.

In der Kognitionspsychologie werden kontroverse Modelle dahingegen diskutiert, ob das begrenzte Speicherungsvermögen (Atkinson & Shiffrin, 1968) oder die Enkodierungsform (Craik & Lockhart, 1972) für kognitive Grenzen verantwortlich sind. Diese Grenzen haben eine selektive Wahrnehmung als Resultat. Diese beiden grundlegenden Theorien sollen im Folgenden nun vorgestellt werden, um somit die Vorgehensweise im Rating-Training (Kapitel 4.2.7.) theoretisch zu untermauern. Das Multi-Speicher-Modell (Broadbent, 1958) postuliert ein System unabhängiger Kurz- und Langzeitspeicher, wobei nur der Langzeitspeicher Informationen langfristig behält und über eine unbegrenzte Speicherkapazität verfügt. Konsequenterweise ist eine Informationsverschiebung in den Langzeitspeicher durch Üben und Auswendiglernen der Items anzustreben. Experimentelle Studien haben gezeigt, dass allerdings nicht mehr als 7 ± 2 Einheiten gleichzeitig aufgenommen werden können (Craik & Lockhart, 1972), woraufhin die Gruppe um Craik annahm, dass die Gedächtnisleistung von der Elaboriertheit und Reichhaltigkeit der Enkodierung abhängt. Ein Item kann elaboriert verarbeitet werden, indem es auf andere Items bezogen wird, beispielsweise durch Verknüpfen mit anderen Wörtern zu einem Satz (Craik & Tulving, 1975). Bei Experimenten mit freier Wiedergabe organisieren Menschen Wörter spontan in Gruppen, und diese elaborative Verarbeitung korreliert mit einem hohen Retentionsniveau (Tulving, 1962). Ela-

borierte Verarbeitung geht auch vor sich, wenn eine grosse Anzahl von Merkmalen eines individuellen Items analysiert wird, indem man z.B. die unterschiedlichen Bedeutungsnuancen des Wortes bemerkt (Bower, 1967; Nelson, 1979). Der zugrunde liegende Mechanismus ist, dass eine vollständige Deskription der enkodierten Items durchgeführt wird, wodurch ein Item trennscharf und besser auffindbar wird. Für die Arbeit der Beobachter bedeutet dies, dass neue Informationen mit alten, vorhandenen verknüpft und in ihrem Sinnzusammenhang eingebettet werden müssen.

Für die Durchführung der Raterschulung sowie für die Arbeit als Rater ist allerdings nicht nur die Bewusstwerdung und das daraus resultierende Training von bestimmten Informationsverarbeitungsmechanismen wesentlich, sondern auch die Einbettung der Grundlagenforschung zur Beobachterverzerrung in der Schulung.

Die Fülle von in der Literatur aufgeführten Beobachtereffekten ist an dieser Stelle leider nicht vollständig darzustellen. So sollen diejenigen diskutiert werden, welche besonders etabliert und verbreitet sind und sich leicht auf die vorliegende Thematik der Videoanalyse transferieren lassen.

Die eher in der sozialen Kognitionsforschung anzusiedelnden Beobachtereffekte sind u.a. die kognitive Verzerrung (Ross & Nisbett, 1991), der Halo-Effekt (Thorndike, 1920), aber auch die probabilistische Wahrnehmung (Brunswick, 1956). Die Ursache für Verzerrungen liegt nach Ross & Nisbett in der Art und Weise wie Informationen wahrgenommen und verarbeitet werden. Sie argumentieren, dass Faktoren wie selektive Aufmerksamkeit, ungleiche Erfahrungen oder unterschiedliches Wissen über den Sachverhalt den Prozess der Informationsverarbeitung beeinflussen. Der Halo-Effekt beschreibt das Phänomen, dass man anderen Menschen mit positiven Persönlichkeitseigenschaften noch weitere positive Qualitäten zuschreibt, während man bei jenen mit negativen Eigenschaften weitere negative Qualitäten vermutet. So werden attraktiven Menschen als intelligenter eingeschätzt als weniger attraktive. Obwohl Probanden über die Wirkung des Halo-Effektes aufgeklärt und gewarnt waren, unterlagen sie dennoch dieser Täuschung (Wetzel, Wilson, & Kort, 1981). Probabilistische Wahrnehmung meint, dass der Mensch nicht eine Objektwelt wahrnimmt, sondern seine Interpretation von jener. Zwischen einem Ereignis und einer subjektiven Einschätzung des Ereignisses liegt eine Fülle von Informationen, die man persönlich von dem Ereignis hat. Wesentlich ist nun, dass zwischen der externen Realität und der mentalen Repräsentation keine zu grossen Differenzen liegen und die Informationen in ihrer Gewichtung richtig eingeschätzt und interpretiert werden. Nach Brunswick erfolgt diese Interpretation in einer probabilistischen Umwelt, d.h. die Beziehung zwischen Information und Ereignis kann nicht durch strenge, funktionale Regeln beschrieben werden, sondern nur anhand bestimmter

Wahrscheinlichkeiten. Die Urteilsgenauigkeit ist somit eine probabilistische Funktion von mentaler Repräsentation und externaler Realität.

Moras & Hill (1991) weisen in einer älteren Arbeit ausdrücklich auf selektive Beobachtungsverzerrungen in der Prozessanalyse hin (wie zentrale Tendenz, positivere Einschätzungen, etc.) und schlagen Lösungen vor, wie z.B. Expertenratings vorzunehmen und jene als Vergleichsmaß für die Beobachter zu nutzen. Des weiteren könnten die Persönlichkeitsstile oder die Soziodemographie der Beobachter erhoben werden, um deren Einfluss auf die Einschätzungen zu untersuchen.

Mit dem Ansatz der probabilistischen Wahrnehmung verwandt, allerdings aus einer anderen Tradition heraus, ist die Theorie des „Rashomon-Effekts“ von Migone (Migone, 1996).

Migone (Migone, 1996; Mintz, Auerbach, & Luborsky, 1973) hat den Begriff *Rashomon-Effekt* für das therapeutische Setting geprägt, benannt nach dem Film von Kurosawa (1950). Er besagt, dass es eine objektive Darstellung der Realität oder der Wahrheit nicht gibt. Bezogen auf den therapeutischen Kontext bedeutet dies, dass jedes einzelne Event von Patient, Therapeut und Forschung unterschiedlich wahrgenommen wird. Aus neueren kognitions-wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass nicht das Gesagte (oder der Textinhalt) an sich von Bedeutung ist, sondern jene Abfolge von Operationen innerhalb des kognitiven Bereichs, die durch ihn ausgelöst wird (Bookheimer, Zeffiro, Blaxton, Gaillard, & Theodore, 2004; Kupsch-Losereit, 1999). Daraus folgt, dass der Leser/Zuhörer selbst, hier der Beobachter, die Bedeutungen und Sinnzusammenhänge aktiviert. Dieser kognitive Prozess ist subjektiv-individuell, da er eine aktuell-spontane Beziehung zwischen Sprache, Situation, Handlungszusammenhängen, sozialen und interaktionellen Mustern herstellt. Das Resultat dieser kognitiven Prozesse ist ein Verstehen des Gesagten, das unter Einbeziehung vorhandener sprachlicher wie nichtsprachlicher Wissensbestände, situativer, sozialer und normativer Vorstellungen, affektiver Erfahrungsinhalte, kulturspezifischer Konventionen und Traditionen erfolgt. Insbesondere ist der Einfluss von standardisiertem Weltwissen - z. B. in Form von szenischen Vorstellungen, von Schemata und deren Visualisierung - auf das Textverstehen und den Prozess der sprachlichen Verarbeitung belegt (Schwarz, 1996).²²

Diese beschriebenen Ergebnisse sind den Beobachtern in der Schulung vorgestellt und in dem Ratingmanual auch integriert worden (vgl. Ratingmanual im Anhang C). Da die Befunde (oben) allerdings auch zeigen, dass Beobachter trotz der Information über diese Ef-

²² Der Transfer von Beobachterprozessen auf den therapeutischen Bereich ist von Caspar (1995) vorgenommen worden. Die möglichen Einflussfaktoren, die die Wahrnehmung von Therapeuten bei deren Hypothesenbildung im Erstgespräch modellieren, sind zahlreich, daher verweise ich aus ökonomischen Gründen auf Caspar (1995, S.547-562).

fekte verzerrt wahrnehmen, ist auch in dieser Studie dieser Effekt nicht ganz auszuschalten und für die Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

3. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Die Fragestellungen sowie die daraus resultierenden Hypothesen dieser Dissertation sollen nun thematisch gruppiert in den folgenden Unterkapiteln aufgeführt werden, wobei die Reihenfolge der einzelnen Teilbereiche der beiden aufeinander aufbauenden Studien eingehalten wird. Dementsprechend beziehen sich die Fragestellungen H 1.a. bis H 5. auf die Befunde der quantitativen Analysen zur Identifikation der Sudden Gains und Losses. Ausgehend von den in Kapitel 2.4. diskutierten Befunden zur bisherigen Sudden Gain-Forschungslage werden Fragen zur Auftretenshäufigkeit von Sudden Gains und Losses sowie deren Zusammenhang zum Therapieergebnis generiert. Anschliessend folgen die Fragestellungen und Hypothesen H 6.a. bis H 9.b., welche vor dem Hintergrund der in Kapitel 2.6. dargestellten Therapiewirkfaktoren mögliche Ursachen und Einflüssen von Gains und Losses diskutieren.

3.1. Replikation der bisherigen Befunde zu Sudden Gains

In der vorliegenden Studie wird anhand eines sehr umfangreichen Datensatzes im Feld der Forschung von Irregularitäten und gewissen Schwankungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen ausgegangen. Diese substantiellen Veränderungen im Verlauf werden mit Hilfe statistischer Kriterien im Datensatz identifiziert, wobei die Verlaufsdaten zuvor anhand sitzungsbasierter Messmittel erhoben werden.

Es resultiert die Frage, ob Sudden Gains im Therapieverlauf vorhanden sind, und wenn ja, wie häufig und in welcher Therapiephase sie vorkommen. Des weiteren ist von Interesse, inwiefern die Veränderungssprünge im Zusammenhang zur Symptomatik des Patienten sowie dem Therapieergebnis stehen. Die prädiktive Bedeutung der Sudden Gains für den Therapieerfolg ist hier explorativ aufzuzeigen.

Zusätzlich wird ein anderes Messinstrument als Verlaufsmaß eingesetzt, welches den Therapiefortschritt erfasst und nicht wie in der bisherigen Forschung die Symptomausprägung. Lassen sich demnach Sudden Gains auf andere inhaltliche Maße übertragen, oder handelt es sich um symptom-spezifische Veränderungen im Verlauf? Fraglich ist also, ob Sudden Gains in einer vergleichbaren ambulanten Stichprobe ähnlich häufig vorkommen wie in der bisherigen Forschung.

Es resultiert die folgende operationale, spezifische Hypothese:

H 1.a) Sudden Gains sind identifizierbar, und zwar in etwa zu 20%.

Bezüglich der Fragestellungen lässt sich folgende Unterschiedshypothese formulieren:

H 1.b) Patienten, die in ihrem Therapieverlauf einen oder mehrere Sudden Gains erleben, weisen ein positiveres Therapieergebnis auf als Patienten ohne Gain.

3.2. Sudden Losses im Therapieverlauf

Die Arbeit stellt insbesondere eine Erweiterung auf Veränderungssprünge in negative Richtung dar, welche in Anlehnung an den Begriff des *Sudden Gain* als *Sudden Loss* bezeichnet wird. Entsprechend werden im Folgenden die Auftretenshäufigkeit (unter Berücksichtigung unterschiedlicher Kriterien), die Vorhersagbarkeit sowie die Konsequenzen für das Therapieergebnis sowie die Behandlungsdauer von plötzlichen Gewinnen und plötzlichen Verlusten untersucht.

Die folgenden Fragestellungen sollen demnach explorativ untersucht werden:

Lassen sich Veränderungssprünge in positiver oder negativer Richtung innerhalb eines individuellen Therapieverlaufes erkennen, und wenn ja, wie häufig und in welchem Abschnitt der Entwicklung?

Inwiefern stehen die Veränderungssprünge im Zusammenhang zur Symptomatik des Patienten sowie dem Therapieergebnis? Die Bedeutung der Sudden Gains und Losses für den Therapieerfolg, aber auch mögliche Prädiktoren sind hier zu untersuchen. Sind Patienten, die mehrere Gains oder Losses erleben, intensiver beeinträchtigt als jene mit nur einem Veränderungssprung?

Folgende Unterschiedshypothesen können abgeleitet werden:

H 2.a) Patienten mit einem oder mehreren Sudden Gains haben kürzere Therapielängen als jene mit einem oder mehreren Losses.

H 2.b) Patienten, die in ihrem Therapieverlauf einen oder mehrere Sudden Gains erleben, weisen ein positiveres Therapieergebnis auf als Patienten mit einem oder mehreren Losses.

H 2.c) Patienten mit mehreren Gains/Losses sind am Therapieende schwerer beeinträchtigt respektiv haben niedrigere Effektstärken als Patienten mit nur einem Gain/Loss.

H 2.d) Patienten, die in ihrem Therapieverlauf Gains und Losses gleichzeitig erleben, sind stärker beeinträchtigt am Therapieende als Patienten mit nur einem Gain oder Loss oder gar ohne Veränderungssprung.

3.3. Diagnose und Sudden Gains/Losses

Nimmt die Diagnosezugehörigkeit, d.h. die Art der klinischen Störung, Einfluss auf das Erleben von Sudden Gains oder Losses? Unter der Annahme, dass die Therapien von insbesondere schwer kranken Menschen oder jenen mit Doppeldiagnose mit einer Vielzahl gleichzeitig auftretender Symptome einher geht (Ferdinand, de Nijs, von Lier, & Verhulst, 2005), diffiziler zu behandeln sind (Newman et al., 2006, Wittchen, Beesdo, Bittner, & Goodwin, 2003), eher Fluktuationen im Verlauf aufweisen (Lutz, Bachmann, Tschitsaz, Smart, & Lambert, 2007) und einen schlechteren Therapieerfolg prognostizieren (Chambless, Renneberg, Gracely, Goldstein, & Fydrich, 2000; Lueger, Lutz, & Howard, 2000), stellt sich die Frage, ob Patienten mit komorbider Störung eher von Schwankungen im Therapieverlauf betroffen sind.

Die folgenden Hypothesen lassen sich formulieren:

H 3.a) Patienten mit Sudden Gain oder mit Sudden Loss unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Diagnosezugehörigkeit.

H 3.b) Patienten mit Sudden Gains und Losses sind diejenigen, die zusätzlich eine Komorbiderkrankung haben.

Des weiteren gilt es zu untersuchen, inwiefern weitere Patientenausgangsmerkmale (wie das Ausmaß der Symptomatik zu Therapiebeginn) mit dem Erleben eines Gains oder Losses, aber auch mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang stehen.

3.4. Lage der Sudden Gains und Losses im Therapieverlauf

Welchen Einfluss nimmt die Lage der Sudden Gains/Losses auf den Therapieerfolg? Nehmen Sudden Gains und Losses, die in der frühen Therapiephase der Patienten eintreten eine

besondere Rolle ein? Besteht ein Unterschied darin, ob Patienten nur einen Gain/Loss erleben oder mehrere in ihrem Therapieverlauf?

Es ergibt sich die folgende spezifische Hypothese:

H 4.a) Sudden Gains treten eher früh im Therapieverlauf ein, und zwar beträgt der Median 5.

Konsequenterweise lautet die konsekutive Zusammenhangshypothese:

H 4.b) Patienten mit Sudden Gains, die früh im Therapieverlauf vorkommen erfahren einen positiveren Therapieerfolg als jene mit spätem Sudden Gain.

3.5. Therapeutische Beziehung und Sudden Gains/Losses

Vor dem Hintergrund, dass die therapeutische Beziehung als *common factor* einen sehr wesentlichen Einfluss auf das Prozessgeschehen nimmt (Kazdin, 2005), stellt sich natürlich auch die Frage nach der Rolle jener im Vergleich zu dem Therapiefortschritt. Als ergänzendes Prozessmaß wird die therapeutische Beziehung über den Therapieverlauf erfasst, und es gilt zu prüfen, ob die Gains und Losses in vergleichbarem Ausmaß auftreten.

Kommen also Sudden Gains und Losses in gleichem Ausmaß vor, wenn als Prozessmaß die therapeutische Beziehung, respektiv die auf Sitzungsebene erfasste Beziehungseinschätzung (vonseiten des Patienten), dient?

Von viel wesentlichem Interesse ist zudem, ob diese Gains und Losses gleichzeitig mit jenen vorkommen, welche sich ergeben, wenn der Therapiefortschritt das Prozessmaß darstellt. Stehen diese Gains und Losses also in Bezug zueinander? Ist es so, dass wenn bzgl. dem therapeutischen Fortschritt ein Gain geschieht, jenem dann ein Gain in der therapeutischen Beziehung voran geht oder folgt? Gilt die gleiche Regel für das Erleben eines Losses?

H 5. Einem Gain oder Loss, erfasst über den therapeutischen Fortschritt, folgt entsprechend ein Gain oder Loss in der therapeutischen Beziehung.

Als erklärendes Element für das Phänomen Sudden Gain bzw. Loss soll der Zusammenhang zwischen therapeutischem Fortschritt und therapeutischer Beziehung, beide erhoben mittels Sitzungsfragebogen, aufgedeckt werden.

3.6. Spezifische Faktoren und Sudden Gains/Losses

Wie in der theoretischen Abhandlung dieser Arbeit (Kap. 2.2.2.) aufgeführt, nehmen spezifische Faktoren erheblichen Einfluss auf den Prozess und das Ergebnis einer Therapie. Tang und DeRubeis (1999b) haben bereits früh den Einfluss jener (zumindest bezüglich kognitiver Veränderungen) nachweisen können (vgl. ausführlich Kapitel 2.4.2. und 2.4.3.). Bisher sind umfangreichere Analysen, welche verschiedene therapeutische Interventionen als Prädiktor untersuchen, nicht vorgenommen worden. Offen ist daher, ob sich die diskutierten Befunde zu kognitiven Veränderungen replizieren lassen und ob auch weitere therapeutische Interventionen positiv mit dem Auftreten eines Gains zusammen hängen.

Die Veränderungshypothese zu diesen Annahmen lautet:

H 6.a. Der Einsatz spezifischer Faktoren bewirkt einen Sudden Gain im Therapieverlauf und keine Sudden Losses.

Spezifische Faktoren meint an dieser Stelle eine Vielzahl an therapeutischen Techniken, welche in der vorliegenden Studie analysiert wurden und nun in Zusammenhang zu dem Erleben eines Gains oder Losses gestellt werden. Diese Untersuchungen sind insofern explorativer Natur als die Wirkfaktoren schrittweise wie auch gebündelt in die Analysen einbezogen werden, um ihren Einfluss auf den Verlauf zu identifizieren. Zusätzlich ist zu prüfen, inwiefern das Ausbleiben spezifischer Elemente sowie eine unzureichende Durchführung jener zu einem Loss oder auch keiner Veränderung im Verlauf führt.

H 6.b. Der Einsatz spezifischer Faktoren kommt eher in den neutralen Sitzungen derjenigen Patienten vor, die keinen Sudden Gain oder Loss in ihrem Therapieverlauf erleben.

3.7. Unspezifische Faktoren und Sudden Gains/Losses

Wie bereits in Kapitel 2.2.2. beschrieben, ist die Differenzierung in unspezifische Faktoren kaum möglich. Zudem erscheint auch die Zuordnung von Faktoren, welche in dieser Arbeit untersucht werden (wie z.B. Ressourcenstärkung durch die Therapeuten) nicht eindeutig. Für manche Konstrukte wie Ressourcenstärkung ist es schwierig eine klare Zuordnung zu dem Konzept der (un)spezifischen Faktoren vorzunehmen. In dem Sinne, dass die Ressourcenaktivierung als Intervention bewusst vom Therapeuten vollzogen wird, würde sie wohl dem spezifischen Faktor zuzuordnen sein. Ist dieses Aufnehmen und Verstärken von Patienteneigenschaften und –fähigkeiten eine persönliche Eigenschaft des Therapeuten, dann kann dieses Konzept nicht als spezifischer Faktor eingegliedert werden. Zudem verläuft die Ressourcenaktivierung auch über die positive Erwartung des Patienten (u.a. Kap. 2.6.7.), was unsere Skepsis an der Zuordnung zu diesem Konstrukt bestärkt. Dennoch wird der klassischen Diskussion um die Wirkung unspezifischer Faktoren bei Sudden Gains wegen diese Differenzierung vorgenommen.

Der mögliche Einfluss unspezifischer Faktoren auf das Erleben eines Gains/Losses ist ebenfalls bereits in Ansätzen untersucht worden, wobei der Schwerpunkt auf der Analyse der therapeutischen Allianz lag. Die Befunde legen nahe, dass *common factors* wesentlich den Therapieerfolg bestimmen (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996) und die spezifischen Techniken auch im Prozess wirksam werden (Ilardi & Craighead, 1994; andere Autoren siehe Kap. 2.4.3. und 2.6.2.). Konsequenterweise gilt nun die Annahme, dass sich diese unspezifischen Faktoren positiv auf den Verlauf auswirken und somit auch Gains folgen.

Die Veränderungshypothese lautet demnach:

H 7.a. Unspezifische Faktoren bewirken einen Sudden Gain im Therapieverlauf.

Explorativ auszuweiten ist diese Veränderungshypothese bezüglich der gegenteiligen Annahme, dass ein Fehlen von unspezifische Faktoren zu einem Loss führt oder auch zu grösseren Schwankungen im Therapieverlauf, respektiv Gains und Losses hintereinander auftreten. Ferner ist zu prüfen, ob die unterschiedlichen unspezifischen Faktoren in grösserem oder weniger ausgeprägtem Zusammenhang zum Erleben eines Gains oder Losses stehen. Aufgrund der bisherigen Forschungslage besteht die These, dass

insbesondere die therapeutische Beziehung (vgl. Kapitel 2.6.6.) einen grossen Prädiktor darstellt.

H 7.b. Unspezifische Faktoren kommen eher in den neutralen Sitzungen von Patienten vor, die keinen Sudden Gain oder Loss in ihrem Therapieverlauf erleben.

3.8. Außertherapeutische Faktoren und Sudden Gains/Losses

Lebensbereichernde und stressende Elemente, die neben der Psychotherapie an sich das Befinden aber auch den Fortschritt in der Therapie beeinflussen, werden anhand der videoanalytischen Studie erfasst und in Zusammenhang mit dem Erleben von Gains und Losses gesetzt (vgl. Kapitel 2.6.10.). Fraglich ist, ob diese Einflussgrößen fluktuierende Verläufe vorhersagen können und dies auch in gerichteter Art und Weise. Demnach müssten negativen Ereignissen ein Loss folgen oder auch unstetige Verlaufsformen (d.h. Gains und Losses), während positive Erlebnisse eher mit Gains im Zusammenhang stehen.

Die folgende Zusammenhangshypothese wird extrahiert:

H 8. Nachdem negative Lebensereignisse (Life Events) oder Daily Hassles berichtet wurden, folgen Sudden Losses im Therapieverlauf.

3.9. Zusammenhang zwischen Therapeut und Patient im Prozess und Sudden Gains/Losses

Der Frage, ob eher die therapeutenspezifischen Elemente wirksam werden und so positive Veränderungssprünge bewirken, oder ob Veränderungen auf Seiten des Patienten der relevante Prädiktor für Gains/Losses darstellt, soll an dieser Stelle nachgegangen werden. Die Studie von Tang und DeRubeis (1999) zeigt, dass die Techniken nicht unbedingt gleichzeitig mit Veränderungen beim Patienten einher gehen müssen. Die Autoren fanden eine kognitive Veränderung bei den Patienten, konnten allerdings den Einsatz spezifischer Techniken nicht nachweisen. Von Interesse ist also, ob eher therapeutische Interventionen oder aber patientenspezifische Elemente Gains oder Losses präzisieren oder evtl. nur eine Basis schaffen, so dass bestimmte Veränderungen im Therapieverlauf folgen können.

In Anlehnung an die theoretische Lehre und das Gedankengut der Psychotherapie, welche besagt, dass psychotherapeutische Interventionen eine förderliche Veränderung beim Patienten bewirken (Grawe, 1998; Lambert & Ogles, 2004) lässt sich folgende Veränderungshypothese ableiten:

H 9.a. Wenn eine hohe Kongruenz zwischen therapeutischer Intervention und gleichzeitig beobachteten Veränderungen auf Seiten des Patienten vorliegt, dann treten Sudden Gains im Verlauf auf.

Auf explorativer Ebene soll dann detaillierteren Fragestellungen nachgegangen werden, welche sich mit der zeitlichen Abfolge der einzelnen therapeutischen Elemente sowie der Veränderungen beim Patienten beschäftigen. Zudem ist zu klären, ob ein Ausbleiben der beiden Elemente therapeutische Intervention oder aber Patientenveränderung Folgen auf das Erleben von Gains/Losses hat. Für den Fall, dass nicht beide Elemente gleichzeitig beobachtbar sind, ist zu klären, inwiefern sie sich gegenseitig *kompensieren* können, d.h. ein wirksamer Teil ausreicht für positive Veränderungssprünge.

H 9.b. Eine hohe Kongruenz zwischen therapeutischer Intervention und gleichzeitig beobachteten Veränderungen auf Seiten des Patienten liegt eher vor in den Sitzungen der Patienten, die keine Veränderungssprünge in ihrem Therapieverlauf erleben.

METHODE

Die kleinen unscheinbaren, vorsichtigen Wahrheiten,
welche mit strenger Methode gefunden wurden, höher
zu schätzen als jene weiten schwebenden umschleiernden
Allgemeinheiten, nach denen das Bedürfnis religiöser
und künstlerischer Zeitalter greift.

Nietzsche
Menschliches, Allzumenschliches

4. METHODE

4.1. Empirischer Teil I: Definieren von Veränderungssprüngen im Therapieverlauf

4.1.1 Die Stichprobe

In die Studie einbezogen wurden 434 Patienten, welche in dem Zeitraum von 1990 bis 2004 eine ambulante Therapie aufgesucht haben. Diese Patienten haben einerseits das Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum (n=218), an der mit kognitiv-behavioralen Ansätzen therapiert wird (Schulte & Eifert, 2002), oder die Praxisstelle der Universität Bern (n=216) konsultiert, an welcher eine integrative kognitiv-behavioral und interpersonale Behandlung geboten wird (Grawe, 1998, 2004). Durchschnittlich sind die Patienten 38,55 Jahre alt (SD=11,06, Range: 15-75) und zu 59,2 % weiblich. Die Diagnosen zu Therapiebeginn basieren auf einer Untersuchung mittels des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) und sind gemäß den Kriterien des DSM-IV in vier Kategorien klassifiziert worden: 26.5% (n=115) der Patienten leiden unter einer Angststörung, 12.7% (n=55) unter einer Depressionssymptomatik, 51.8% (n=225) erleben eine Angst- und eine Depressionssymptomatik und komorbid die gegenteilige Störung sowie in manchen Fällen eine dritte sonstige Störung, und 9% (n=39) sind der Gruppe „sonstige Störungen“ zugeordnet. Unterteilt man die Dauer der einzelnen Therapie in drei Kategorien, so ergibt sich, dass 52,3% der Patienten eine Therapielänge von weniger als 25 Sitzungen beanspruchen. 38,5% der Patienten sind zwischen 25 und 50 Sitzungen in Behandlung und 9,2% länger als 50 Sitzungen. Im Mittel absolvierten diese Patienten demnach 29,02 Sitzungen (SD=18,36, Range: 5-150). Diese Patientenstichprobe wurden von 134 Therapeuten (Bochum: n=45 (33.6%); Bern: n=89 (66.4%)) behandelt. Die Therapeuten der Ambulanz in Bochum waren durchschnittlich 37.44 Jahre alt (SD: 6.55; Range: 28-56) und zu 60% weiblich, jene in Bern 35.00 Jahre (SD: 5.57; Range: 29-46) und zu 15.73% weiblich²³. Die Therapeuten befanden sich entweder in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten oder hatten diese Ausbildung bereits zeitnah abgeschlossen. Eine detaillierte Darstellung der beiden Stichproben des Zentrums für Psychotherapie (ZPT) in Bochum sowie der psychotherapeutischen Praxisstelle in Bern bietet Tabelle 4.1.

²³ Die Angaben für die Therapeuten sind in der Berner Stichprobe nicht zu interpretieren, da die Missing-Rate der Angaben mit 76.40% für die Geschlechtsangabe und 82.02% für die Altersangabe sehr hoch ist.

Tabelle 4.1.: Soziodemographische Angaben der beiden Stichproben Bern und Bochum im Vergleich.

		BERN (n=216)	n	BOCHUM (n=218)	n	p
Patienten	Alter (M/SD)	35.57 (10.9)	174	40.94 (10.,62)	218	<.001
	Geschlecht (w)	123 (60.0%)	205	134 (61.8%)	217	n.s.
Diagnosen	Angst	40 (18.5%)		75 (34.4%)		<.05 ^a
	Depression	37 (17.1%)		18 (8.3%)		n.s. ^a
	Angst/De- pression + Komorbid	102 (47.2%)	216	123 (56.4%)	218	n.s. ^a
	sonstige	37 (17.1%)		2 (0.9%)		<.001 ^a
Therapie- dauer	<25	109 (50.5%)		118 (54.1%)		
	25-50	80 (37.0%)	216	87 (39.9%)	218	n.s.
	>50	27 (12.5%)		13 (6.0%)		

Anmerkungen: ^a Diagnosen: $\chi^2(3)=50.58, p<.001$, Einzelvergleiche sind mittels Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) kalkuliert, ausführlich vorgestellt in Kap. 5.1.2. (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000).

Die folgenden Einschlusskriterien mussten erfüllt sein, um die Patienten in die schlussendliche Analyse einzubeziehen:

- 80%-Regel: für die Ergebnisinventare (BSI, BDI, IIP, EMI) wird geprüft, ob mindestens 80% der einzelnen Items beantwortet ist. Nur dann wird für das entsprechende Instrument ein Mittelwert gebildet, ansonsten fällt dieser Patient aus der Stichprobe heraus.
- Übereinstimmung von Prä- und Postdaten: es werden nur die Patientenfälle einbezogen, für welche Prä- und Postdaten gleichermaßen existent sind
- Mindestens fünf Sitzungen müssen zu Anfang durchweg disponibel sein.
- Es werden diejenigen Patienten einbezogen für die gleichermaßen der BSI und der IIP vorliegen, um annähernd vergleichbare Gruppengrößen zu erlangen für die Analysen, gleichwohl sind die Subgruppen für den EMI und den BDI geringfügig kleiner (vgl. Kapitel 4.1.4.2.).
- Bildung von Diagnosegruppen: diejenigen, welche als Hauptdiagnose weder eine Angst- noch eine Depressionsstörung hatten, wurden in die Kategorie „sonstige“ geordnet, während Patienten ohne Diagnoseangaben aus der Stichprobe eliminiert wurden.
- Für die Berechnungen zur internen Konsistenz sind die vier Versionen des Stundenbogens (drei in Bern und eine in Bochum) auf Itemebene neu zusammen geführt worden. Dies bedeutet, dass jeweils diejenigen Items miteinander kombiniert wurden, welche inhaltlich deckungsgleich oder zumindest ähnlich sind (ausführlich Kapitel 4.1.2.3.).

Wie den obigen Beschreibungen deutlich zu entnehmen ist, sind recht strenge Selektionskriterien angewandt worden, wodurch sich die endgültige Stichprobe stark verkleinert auf N=434.

4.1.2. Messmittel für die wahrgenommene Sitzungsqualität

4.1.2.1. Messmittel in Bern

Die Patienten, welche die psychotherapeutische Praxisstelle in Bern aufsuchen, beantworten nach jeder Therapiesitzung Fragen, in welchen ihr subjektiv empfundener therapeutische Fortschritt der vergangenen Sitzung erfragt wird. Dies bedeutet, dass der therapeutischen Fortschritt über den Therapieverlauf mit Hilfe des Patientenbogen operationalisiert wird. Die Items des Stundenbogens in Bern sind in der Vergangenheit dreimal neu zusammengestellt und konzipiert worden, so dass diese drei verschiedenen Versionen vorliegen. Der *alte Klienten/Klientinnen-Stundenbogen* enthält 29 Items, welche 5 Subskalen bilden (Grawe & Braun, 1994). Für diese Version sind Reliabilitätsmaße zwischen .75 und .91 für die Einzeltherapie publiziert, wobei für die Klärungserfahrung eine interne Konsistenz von .83 vorliegt und für die Bewältigungserfahrung .84 (Regli, Flückiger, & Grawe, 2004). Der *Patientenstundenbogen 98* besteht dagegen aus 44 Items, wobei 10 Subskalen extrahierbar sind. Der *aktuelle Patientenstundenbogen 2000* hat 22 Items und 8 Subskalen. Eine Übersicht über die Subskalen der drei Inventare bietet die Darstellung 5.1. Die für diese Arbeit relevanten Subskalen sind hier hervorgehoben; da der *alte Klienten/Klientinnen-Stundenbogen* allerdings keine deckungsgleichen Skalen besitzt, sind hier auf Itemebene die vergleichbaren Items herausgefiltert und eine Fortschrittsskala mit sechs Items zusammengestellt worden, die interne Konsistenz liegt bei 0.86 und ist somit sehr zufriedenstellend (Diekmann, 1995). Beantwortet werden die Fragen auf einer 7-stufigen Skala (von -3 „überhaupt nicht“ bis 3 „ja, ganz genau“). Die einzelnen Items sowie die Zusammenstellung jener, um die drei Inventare für weitere Berechnungen kombinieren zu können (vgl. Kapitel 4.1.2.3.), sind dem Anhang A und B genauer zu entnehmen. Zudem finden sich im Anhang B die Neuberechnungen der Reliabilitätskoeffizienten (*Cronbachs α*).

Klientenstundenbogen, alt	Patientenstundenbogen 98
Zufriedenheit mit der Therapie Fortschritte innerhalb der Therapie Fortschritte ausserhalb der Th. Therapiebeziehung Emotionalität	Ressourcenaktivierung1: Kontrolle Ressourcenaktivierung2: Selbstwert Bindungserfahrungen Therapiebeziehung Problemaktualisierung Problembewältigung Klärung
Patientenstundenbogen 2000	Therapiefortschritt Korrektive Erfahrungen Orientierung & Kontrolle
Ressourcenaktivierung1: Kontrolle Ressourcenaktivierung2: Selbstwert Bindungserfahrungen Therapiebeziehung Problemaktualisierung Problembewältigung Klärung Therapiefortschritt	

Abbildung 4.1.: Übersicht über die Subskalen der verschiedenen Stundenbogen, welche an der Praxisstelle Bern eingesetzt werden, wobei die in dieser Arbeit verwendeten Skalen hervor gehoben sind.

Als weiteres Prozessmaß wird die Subskala *therapeutische Beziehung* des *Patientenstundenbogens* der Universität Bern (Grawe & Braun, 1994) herangezogen. Die Patienten werden hier nach der vorangegangenen Sitzung befragt inwiefern sie ihre Beziehung zu dem Therapeuten positiv einschätzen. So lautet ein Beispielitem „Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohl gefühlt“. Auch hier wird auf einer 7-stufigen Skala („überhaupt nicht“ bis „ja, ganz genau“) geantwortet. Die interne Konsistenz beträgt 0.74.

4.1.2.2. Messmittel in Bochum

Auch an dem Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum gibt jeder Patient regelmässig eine Stundenbeurteilung ab (STU-P; Schulte & Eifert, 2002). Ursprünglich an den Stundenbeurteilungsbogen von Schindler (1984) angelehnt, erfasst diese Weiterentwicklung die subjektive Bewertung der Therapiestunde durch den Patienten. Dieser Fragebogen setzt sich aus den beiden Subskalen *Einsicht/Klärung* und *Problembewältigung* mit jeweils drei Items pro Faktor zusammen. Der Faktor *Einsicht/Klärung* ($\alpha=.85$) schliesst Fragen wie „Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe [...]“ ein. Der zweite Faktor *Problembewältigung* ($\alpha=.93$) enthält Items wie „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen“. Der Patient antwortet auf einer 7-stufigen Skala (von 1 „überhaupt nicht“ bis 7 „ja, ganz genau“). Die Items dieses

Fragebogens sowie die detaillierten Aufführungen der Reanalysen der internen Konsistenzen sind dem Anhang B zu entnehmen.

4.1.2.3. Messmittel zur Erfassung des Therapiefortschritts

Wie in den beiden vorherigen Kapiteln beschrieben, werden die Verlaufsanalysen mit Hilfe der „Stundenbogen“ der Praxisstelle für Psychotherapie der Universität Bern und der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Bochum durchgeführt. Jene werden nach jeder Sitzung von den Patienten ausgefüllt. Um mit diesen Stundenbogen arbeiten zu können, waren zunächst mehrere Datenaufbereitungsschritte erforderlich, da die vier vorliegenden Originalversionen nicht absolut identisch sind und somit auf eine vergleichbare Ebene umgewandelt werden mussten. Auf Itemebene wurden die inhaltlich zueinander gehörigen Items zusammengeführt, um unter anderem eine hohe interne Konsistenz dieses Inventars zu sichern. Die resultierende interne Konsistenz liegt bei 0.858 (siehe ausführlich Anhang B). Beispielsweise lauteten Items „Ich fühle mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe“.

In dieser Studie wird demnach mit den Subskalen Klärungs- und Bewältigungsorientierung gearbeitet, um den Einfluss dieser beiden therapeutischen Strategien im Verlauf analysieren bzw. um die subjektive Wahrnehmung der Patienten zu diesen Strategien erheben zu können. Ferner ist eine Regel integriert worden, um nur diejenigen Patienten in die weiteren Berechnungen einzuschliessen, für die mindestens 80% der Daten vorliegen. Die beiden Patientengruppen sind sodann bezüglich ihrer Antworttendenzen verglichen worden. Im *t*-Test ergaben sich zwar signifikante Unterschiede (Bochum: $M=4.8$ $SD=1.0$, Bern: $M=4.96$, $SD=.98$; $t(12540)=-9.16$, $p<.000$), wobei aber zu beachten ist, dass in die Berner Stichprobe 6496 Fälle und in die Bochumer 6046 eingegangen sind. In einem Vergleich mit einer randomisierten 10%-Substichprobe erhielten wir die gleichen Gruppenmittelwerte (Bochum: $n=590$, $M=4.82$ $SD=1.00$, Bern: $n=653$, $M=4.92$, $SD=1.01$; $t(1241)=-1.81$, $p=.071$), es kam aber nicht mehr zu einem signifikanten Ergebnis. Somit sind die Antworttendenzen der beiden Vergleichsgruppen identisch und können so gemeinsam in die Berechnungen einfließen. Generell sind die Antwortpräferenzen auf den Stundenbogen recht hoch ($M=4.57$, $SD=1.23$).

4.1.3. Operationalisierung der Patientenparameter zu Therapiebeginn und Therapieende

Die hinzugezogenen Instrumente zur Erfassung des Therapieerfolges sind das Brief Symptom Inventar von Derogatis, das Inventar Interpersonaler Probleme, das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß und das Beck Depression Inventar. Die Daten der Prä- und Postmessungen jener werden hier relevant, es sind folglich nur die Daten derjenigen Patienten berücksichtigt, für die übereinstimmend Werte zur Eingangs- und Ausgangsdiagnostik sowie zur Diagnoseangabe vorliegen.

4.1.3.1. Brief Symptom Inventory von Derogatis

Als störungsspezifisches Erfolgsmaß wird das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) zu Beginn der Therapie, im Rahmen regelmässiger Zwischendiagnostikerhebungen und am Ende der Therapie vorgelegt. Diese Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL; Franke, 1995) dient der Erfassung der allgemeinen Symptombelastung. Die 53 Items zur Selbstbeurteilung der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sind in Anlehnung an die Symptomcheckliste in neun Skalen gruppiert: *Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobie, Unsicherheit, Zwanghaftigkeit, Aggressivität, paranoides Gedankengut* und *psychotische Symptome*. Zusätzlich ermöglicht das Inventar eine Aussage über drei Globalindizes: *Global Severity Index, Positive Symptom Total* und *Positive Symptom Distress Index*. Die Reliabilität und Validität des Fragebogens sind nachgewiesen, so dass es sich um ein ökonomisches Instrument handelt, um die Veränderung der Symptomatik zu erheben. In der vorliegenden Studie wird als Kennwert der Mittelwert genutzt. Die interne Konsistenz liegt in der ambulanten Stichprobe (N=1252) für den GSI bei .96 (Geisheim et al., 2002). Die Retest-Reliabilität wird von Franke (2000) in einer ambulanten Stichprobe (N=60) für den GSI als .90. angegeben. In beiden Studienorten ist das Brief Symptom Inventar eingesetzt worden, allerdings erst seit dem Jahr 2000 in Bern und 2001 in Bochum.

Da in dieser Arbeit jedoch die Daten der beiden Studienzentren seit 1996 integriert sind, ist zu diesem Zweck das vorherige Messinstrument, die Symptom-Checkliste (SCL; Franke, 1995), ebenfalls mit einbezogen worden. Die Symptom-Checkliste hat 90 Items, ebenfalls die neun Subskalen und eine als gut zu bezeichnende interne Konsistenz, welche bezüglich der Subskalen zwischen $r=.77$ und $r=.90$ liegt (Derogatis, Rickels, & Rock, 1976).

4.1.3.2. Inventar Interpersonaler Probleme

Um das Ausmaß problematischen interpersonalen Verhaltens erheben zu können, ist das Inventar Interpersonaler Probleme gewählt worden (IIP; Horowitz, Strauss, & Kordy, 2000). Die Items beschreiben unterschiedliche Probleme, welche Menschen in ihrer Interaktion mit der Umwelt erleben. Theoretisch begründet sich das Instrument in dem von Leary (1957) entwickelten Konzept des Circumplex-Modells. Interpersonale Verhaltensweisen lassen sich demnach in einem zweidimensionalen semantischen Raum anordnen mit den beiden Dimensionen Affiliation (Extreme: feindseliges versus freundliches Verhalten) und Kontrolle oder Dominanz (Extreme: dominierendes versus unterwürfiges Verhalten). Leary geht davon aus, dass ein rigides, auf einem Oktanten verharrendes Verhalten die Basis für eine Fehlanpassung sei. Abbildung 4.2. zeigt dieses Modell mit beispielhaften interpersonalen Verhaltensweisen.

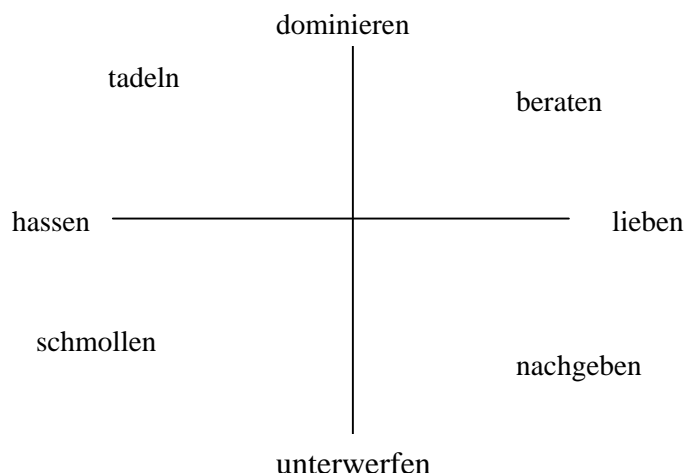


Abbildung 4.2.: Zweidimensionaler semantischer Raum interpersonalen Verhaltensweisen (Horowitz & Vitkus, 1986)

Die Kurzversion des Instruments enthält 64 Items, welche auf die acht Skalen verteilt werden und auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „es fällt mir nicht schwer“ bis „es fällt mir sehr schwer“ anzugeben sind. Der Fragebogen ist in zwei grosse Bereiche geteilt, in „Aspekte, die im Umgang mit anderen schwierig sein können“ (Item 1-39) und in „Aspekte, die man im Übermaß tun kann“ (Item 40-64). In dem Manual sind zwei unterschiedliche Arten von Testauswertungen vorgesehen. Es kann entweder der Gesamtrohwert berechnet werden, oder die sogenannten „ipsativen“ Werte. Der Gesamtrohwert meint das arithmetische Mittel der 64 Items. Die ipsativen Skalenwerte können als „individuelle Standardscores“ verstan-

den werden. Die „Standardisierung“ nimmt Bezug zu dem Durchschnittswert der Person im Gesamtfragebogen. Rechnerisch erhält man diesen Wert, indem man von den einzelnen Skalenwerten (z.B. Skala PA) den Gesamtrohwert subtrahiert (z.B. $IPS_{PA} = PA - IIP_{Ges}$). Ipsative Werte werden berechnet, um eine gegebene individuelle generelle Tendenz, Stress auszudrücken, also hoch anzukreuzen, herauszurechnen.

Die Güte des Instruments ist durch Horowitz, Rosenberg, Bauer, Ureno & Villasenor (1988) mit einer Retest-Reliabilität (10 Wochen) von .98 und einer internen Konsistenz von .98 sicher gestellt.

4.1.3.3. *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß*

Das dem deutschen Sprachraum entwickelte Emotionalitätsinventar (EMI-B; Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977) enthält 70 bipolar angeordnete Items, welche nach dem Wohlbefinden des Patienten in der letzten Woche fragen (z.B. angespannt versus entspannt). Aus dem EMI-B lassen sich eine Gesamtskala und 7 Subskalen berechnen, deren psychometrische Eigenschaften als gut bezeichnet werden können. Die Gesamtskala hat eine interne Konsistenz von .98 und korreliert zu $r=.69$ mit dem GSI aus der Symptom-Checkliste (SCL-90-R). Die Retest-Reliabilität (Abstand 2 Wochen) der einzelnen Skalen variiert zwischen .63 und .89. Entsprechend der Aggregation der BSI-Items aus der SCL-90-Checkliste werden auch beim EMI die entsprechenden Items der Kurzversion (EMI-K) aus der längeren Version (EMI-B) gefiltert. Der EMI-K umfasst 24 Items, die interne Konsistenz beträgt .97 (Lutz, Tholen et al., 2005).

4.1.3.4. *Beck Depressions Inventar*

Das Beck Depressions Inventar (BDI; Beck, Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995) ist ein etabliertes und allgemein anerkanntes Messinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Ursprünglich als Interviewleitfaden gedacht, entwickelte es sich zu einem verbreiteten Selbstbeurteilungsfragebogen. Dieses Inventar ist nicht als Sondierungsmethode für verborgene Einstellungen konzipiert, sondern es erfasst Kognitionen, deren sich die Klienten voll bewusst sind, die Fragen sind sehr direkt. Für die 21 Items müssen Vorhandensein sowie Intensität von depressiven Symptomen (z.B. Traurigkeit, Weinen) in der letzten Woche aufgetreten sind. Die Skalierung reicht von 0 bis 3, für die Berechnungen sind Mittelwerte gebildet worden. Die innere Konsistenz erreicht über alle Probanden einen sehr zufriedenstellenden Koeffizienten von .88. Getrennt für die Teilstichproben lie-

gen die Werte zwischen .74 (gesunde Kontrollpersonen) und .92 (bis 30 Jahre alte depressive Patienten). Die Retest-Reliabilität (<1 Monat) beträgt .60 (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

4.1.4. Quantitative statistische Analysen

Eine Feinexploration der Psychotherapieverläufe wird vorgenommen vor dem theoretischen Konzept der „Sudden Gain“-Forschung (Tang & DeRubeis, 1999b). Untersucht werden soll, ob, wie häufig und in welchem Abschnitt des individuellen Therapieverlaufes Veränderungssprünge in positiver oder negativer Richtung auftauchen, inwiefern sie im Zusammenhang zur Symptomatik des Patienten sowie dem Therapieergebnis stehen. Die Bedeutung dieser sprunghaften Veränderungen für den Therapieerfolg, aber auch mögliche Prädiktoren dafür stehen hier also im Mittelpunkt (Kap. 3.1. bis 3.4.).

Der Patientenstatus zu Beginn und zum Ende der Therapie wird mit Hilfe diverser Inventare (z.B. BSI, IIP, EMI) erhoben, die in Kapitel 5.2.3. detailliert illustriert wurden. Der Stundenbogen zur Erfassung der Veränderungen im Therapieverlauf ist bereits in Kapitel 5.2.2. dargestellt. Im Folgenden werden die für diese Arbeit angewendeten Kriterien aus der bestehenden Forschung beschrieben und der Transfer zu dieser aktuelle Arbeit explizit vorgenommen.

4.1.4.1. Identifikation und Deskription der Sudden Gains und Sudden Losses

Um die Kriterien zur Bestimmung von Verlaufssprüngen festzulegen, ist die bereits bestehende Literatur zu diesem Thema herangezogen und repliziert worden (Stiles et al., 2003; Tang & DeRubeis, 1999b; Thompson, Thompson, & Ghalagher-Thompson, 1995). Diese Sprungberechnungen ermöglichen die Identifikation stark variierender Angaben auf den Stundenbogen von Sitzung zu Sitzung, wobei die Kriterien in der Literatur unterschiedlich streng sind. Im Folgenden sollen einige Konzepte und statistischen Grundlagen von Sudden Gains und diskontinuierlichen Verläufen genauer ausgeführt werden. In einer früheren Arbeit von Thompson et al. (1995) werden nichtlineare Veränderungen untersucht, indem die Standardabweichung der Residuen um eine Regression, nämlich den Therapieverlauf, herum berechnet wird. Je höher dieser Root-Mean Square Error (RMSE), desto stärker die Schwankungen über die Sitzungen hinweg. Parallel dazu haben Haas et al. (2002) Diskontinuitäten nachgewiesen, indem sie die jeweiligen gemittelten Abweichungen zwischen den erwarteten und beobachteten Verlaufsdaten in den ersten drei Sitzungen berechnet haben.

Sie haben dann den Einfluss jener auf das Therapieergebnis mit Hierarchischen Linearen Modellen untersucht. In einer maßgebenden Studie haben Tang und DeRubeis (1999b) dann ein strengeres Kriterium definiert, welches drei Bedingungen enthält: der Differenzwert des eingesetzten BDI-Wert zwischen zwei Sitzungen muss a) mindestens 7 Punkte betragen, b) 25% der vorangehenden Sitzung ausmachen und c) zwischen den drei Sitzungen vor und nach dem jeweiligen Sprung sollte ein signifikanter Unterschied sein (Tab. 5.2.). Stiles et al. (2003) haben diese Kriterien dann für andere Inventare, die auf Sitzungsebene ausgeteilt werden, verallgemeinert. Sie konstatieren, dass nicht 7 Punkte, sondern eine reliable Veränderung zwischen zwei Sitzungen maßgebend sein sollten. Geplant ist, die dargestellten in der Literatur vorhandenen Kriterien zu replizieren und auf den aktuellen Datensatz anzuwenden.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt der Analysen ist die Betrachtung der Verläufe von Psychotherapien unter dem Aspekt negativer Entwicklungen und dem potentiellen Scheitern der psychotherapeutischen Behandlung. Vor dem Hintergrund der bisherigen Forschungsreihe über Misserfolge in der Psychotherapie (Lutz, Kosfelder, & Joormann, 2004), sind im Folgenden detailliertere Untersuchungen dieser speziellen Verläufe geplant.

Um ein besseres Verständnis für die Terminologie von Tang und DeRubeis (1999) sowie für die Abfolge eines solchen individuellen Therapieprozesses zu erhalten, wird in Abbildung 4.3. eine Illustration dargestellt. Zwischen den beiden Sitzungen N und N+1 findet hier der Sudden Gain statt, das heisst eine überdimensional grosse Symptomverringerng. Die Sitzung vor einem solchen Sprung wird dabei immer „pregain session“ genannt, während die Sitzung nach jenem als „after-gain session“ bezeichnet wird (Tang & DeRubeis, 1999b, S. 895).

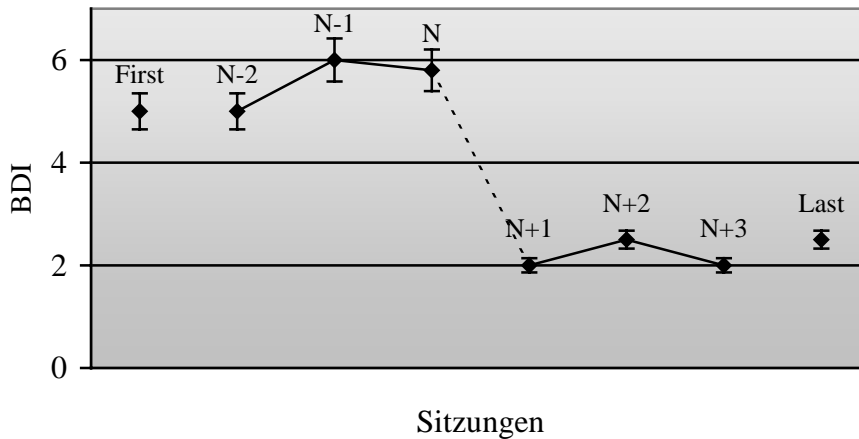


Abbildung 4.3.: Darstellung eines Sudden Gains nach Tang und DeRubeis (1999b)

Eine Übersicht über die jeweiligen Bezeichnungen für die Sitzungsabfolge im Sudden Gain-Prozess findet sich in Abbildung 4.4.

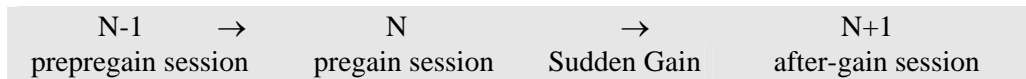


Abbildung 4.4.: Die Terminologie des Sudden Gain Prozesses nach Tang und DeRubeis (1999b)

Die Definitionen für die Festlegung eines solchen Sudden Gains sind bei den Autoren auf den Einsatz des Beck Depressions Inventars auf Sitzungsebene ausgelegt. Der Sudden Gain muss gross genug sein a) in absoluten Werten, b) relativ zum Depressionsschweregrad in der pregain Sitzung und c) relativ zu der Symptomfluktuation in den vorangegangenen und dem Gain folgenden Sitzungen. Die entsprechenden mathematischen Kriterien sind in Tabelle 4.2. veranschaulicht.

$BDI_N - BDI_{N+1} \geq 7$	Mind. 7 BDI Punkte Unterschied
$BDI_N - BDI_{N+1} \geq 0.25 \times BDI_N$	Gain repräsentiert mindestens 25% des BDI-Wertes der vorhergehenden Sitzung
$M(N-2, N-1, N) - M(N+1, N+2, N+3)$	gemittelte BDI-Wert der drei Sitzungen vor einem Gain ist signifikant höher als jener der drei Sitzungen nach einem Gain unter Verwendung eines zweiseitigen t-Tests mit dem Signifikanzniveau .05

Tabelle 4.2.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung nach Tang und DeRubeis (1999b)

Die statistischen Kriterien sind absolut an das verwendete Messinstrument, nämlich den BDI angepasst. Die Autoren argumentieren zudem, dass der Cut-off von 7 in Anlehnung an

die Häufigkeitsverteilungen von BDI-Verlaufsdaten (Elkin et al., 1989; Hollon et al., 1992) gewählt wurde, welche den zweithöchsten Scheitelpunkt bei 7 BDI-Punkten ergaben. Das dritte Kriterium wird von den Autoren insofern erweitert als nicht nur Patienten mit drei, sondern auch mit nur zwei Sitzungen vor und nach dem Gain in den *t*-Test einfließen.

In einer aufbauenden Arbeit von Stiles et al. (2003) sind modifizierte Kriterien in dieses Forschungsfeld integriert worden. Aufgrund der Tatsache, dass in dieser Arbeit nicht der BDI, sondern der CORE als Prozessmaß diente, haben die Autoren für die Berechnung des ersten Kriteriums den *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991)²⁴ vorgeschlagen. Sie argumentieren mit dem Ergebnis der Arbeitsgruppe um Barkham (Barkham et al., 1996), die als *reliable Veränderung* 6.18 im BDI errechnet hatte, welches dem vorgegebenen Wert 7 bei Tang und DeRubeis (1999b) nahe kommt. Zusätzlich werden bei Stiles et al. (2003) die Sprünge nur in dem Zeitintervall der ersten 16 Sitzungen untersucht, in der Annahme, dass jene eine andere Konnotation für den Psychotherapieverlauf haben als die später auftretenden.

$CORE_N - CORE_{N+1} \geq RCI$	Mind. RCI
$CORE_N - CORE_{N+1} \geq 0.25 \times CORE_N$	Mind. 25% Unterschied zur vorherigen Sitzung
$M(N-1, N) - M(N+1, N+2)$	Signifikanter Unterschied zwischen den drei Sitzungen vor und nach dem Sudden Gain (t-Test)

Tabelle 4.3.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung nach Stiles et al. (2003)

Unter Berücksichtigung, dass die Dokumentation der Sitzungsausgänge und daher die Berechnungen in dieser Arbeit nicht mit dem BDI, sondern mit einem Stundenbogen vorgenommen werden, wird in dieser Arbeit ebenfalls der RCI-Wert kalkuliert.

Das erste Kriterium wird daher berechnet, indem jeweils die Differenz zwischen zwei aufeinander folgenden Sitzungen gebildet wird. Anders als bei Stiles et al (2003), die mit dem CORE gearbeitet haben, wird in diesem Fall die Differenz zwischen den beiden Stundenbögen (STDB) berechnet ($STDB_{N+1} - STDB_N$), wobei bei den Stundenbögen eine hohe Ausprägung ein positives Sitzungsergebnis darstellt. Entsprechend der Analysen von Stiles et al. (2003) wird nun angenommen, dass diese Differenz grösser sein muss als der *Reliable Change Index* (RCI) der Stundenbogen. Dieser RCI zur Erfassung einer klinisch relevanten

²⁴ Dieser RCI zur Erfassung einer klinisch relevanten Veränderung wird berechnet, indem die Differenz zwischen der Prä- und Postwerte eines Inventars durch den Standardfehler der Differenz dividiert wird (Jacobson & Truax, 1991). Die Berechnung des RC-Index entspricht der Bestimmung einer statistisch bedeutsamen Testpunktdifferenz in der Klassischen Testtheorie und wird wesentlich von der Reliabilität des eingesetzten Messinstrumentes bestimmt (Lienert & Raatz, 1998).

Veränderung wird berechnet, indem die Differenz zwischen der Prä- und Postwerte eines Inventars durch den Standardfehler der Differenz dividiert wird (Jacobson & Truax, 1991). Dieses Maß (RCI-Formel, siehe Abbildung 4.5.) soll hier an die vorliegenden Instrumente angepasst vorgestellt werden. Der Index dient hier der Erfassung des Ausmaßes an klinischer Veränderung zwischen der Eingangsmessung zu Anfang und der Ausgangserhebung am Ende der Therapie. Um den Standardfehler der Differenzen zwischen den Testscores (S_{diff}) zu ermitteln wird an dieser Stelle die interne Konsistenz genutzt. Die Verwendung dieses Reliabilitätsmaßes statt der Retest-Reliabilität wird in der Literatur vorgeschlagen (Martinovich, Saunders, & Howard, 1996; Mestel, Dilcher, Sprenger, Vogler, & Klingelhofer, 2001).

$$\frac{\bar{X}_{\text{post}} - \bar{X}_{\text{prä}}}{S_{\text{diff}}} \geq 1.96$$

Abbildung 4.5.: Die Berechnung des RC-Index für die Stundenbogen

Der Veränderungssprung soll nun, wie bei Tang und DeRubeis (1999b), in absoluten Werten erfasst werden, relativ zum Stundenbogenindex der Sitzung vor dem Sprung und relativ zur Fluktuation der Sitzungseinschätzung vor und nach dem Sprung.

Die Kriterien zur Definition eines Veränderungssprunges sind (siehe auch Tab. 4.4.):

- a) Zwischen zwei aufeinanderfolgenden Sitzungswerten beträgt die Differenz mindestens 1.04 ($STDB_{N+1} - STDB_N \geq 1.04^{25}$), um einen Gain zu identifizieren.
- b) Der Stundenbogen-Score in der Sitzung nach dem Veränderungssprung beträgt mindestens 25% von dem Wert vor dem Veränderungssprung.
- c) Um eine gewisse Stabilität des Veränderungssprunges voraussetzen zu können, wird untersucht, inwiefern sich der gemittelte Stundenbogen-Score der drei Sitzungen vor dem Veränderungssprung (N-2, N-1, N) signifikant von dem nach dem Sprung (N+1, N+2, N+3) unterscheidet. Um zusätzlich potenzielle Sprünge kurz vor Therapieende einschliessen zu können, werden auch Berechnungen vorgenommen, wenn nur zwei Sitzungswerte vor/ nach dem Sprung vorhanden sind. Falls nötig können folglich fakultativ auch nur zwei Werte in den *t*-Test einfließen. Berechnet wird diese Differenz zwischen diesen Prä- und Postwerten mit Hilfe eines *t*-Test, wobei das Signifikanzniveau für die Voranalysen abgestuft variiert

²⁵ Die Standardabweichung als zusätzlicher Kennwert zur Berechnung des RCI (Jacobson & Truax, 1991) beträgt hier 1.00.

wird. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Signifikanzniveaus gesetzt werden, z.B. $p=.05$ oder $p=.025$, und somit die Anzahl der eingeschlossenen Fälle variiert. Eine Übersicht der sich ergebenden Substichprobengrößen in Abhängigkeit der einbezogenen Sitzungsanzahl sowie der gewählten t -Grenze liefert Tabelle 5.1.

$STDB_{N+1} - STDB_N \geq RCI$	Mind. $> RCI$
$STDB_{N+1} - STDB_N \geq 0.25 \times STDB_N$	Mind. 25% Unterschied zur vorherigen Sitzung
$M(N-1, N) - M(N+1, N+2)$	Signifikanter Unterschied zwischen den zwei/drei Sitzungen vor und nach dem Sudden Gain/Loss (t -Test)

Tabelle 4.4.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung in dieser Arbeit

Eine besondere Erweiterung dieser Arbeit ist die Berücksichtigung negativer Entwicklungen und dem potenziellen Scheitern therapeutischer Behandlungen. Somit wird für diese Arbeit der Transfer von positiven Veränderungssprüngen zu negativen vorgenommen. Konkret bedeutet dies, dass analog zu den Sudden Gain-Berechnungen auch Loss-Berechnungen erfolgt sind. Ein Sudden Loss wird definiert als substantielle negative Veränderung zwischen zwei aufeinander folgenden Sitzungen. Grundsätzlich entsprechen die Kriterien denjenigen für die Sudden Gain Berechnungen (Tabelle 4.4), allerdings ist bezüglich des ersten Kriteriums folgende Unterscheidung zu berücksichtigen:

Bei der Differenzbildung zwischen $STDB_{N+1} - STDB_N$, ist für die Sudden Gain Berechnung ein positives, während für die Sudden Loss Berechnung ein negatives Ergebnis zu erwarten. Um einen Loss zu berechnen, werden also diejenigen Sitzungsdifferenzen in die Analyse einbezogen, für die sich ein negativer Differenzbetrag ergibt. Im Anschluss werden dann die üblichen Kriterien (Tabelle 4.4.) auf genau diese Fälle angewendet, indem dann jedoch der positive Differenzbetrag in die Berechnung einfließt.

Analog zu diesen drei Kriterien lässt sich für die Sudden Losses das erste Kriterium (a) variieren:

- a) Zwischen zwei aufeinanderfolgenden Sitzungswerten beträgt die Differenz mindestens -1.04 ($STDB_{N+1} - STDB_N \leq -1.04$), um einen Verlust zu identifizieren.

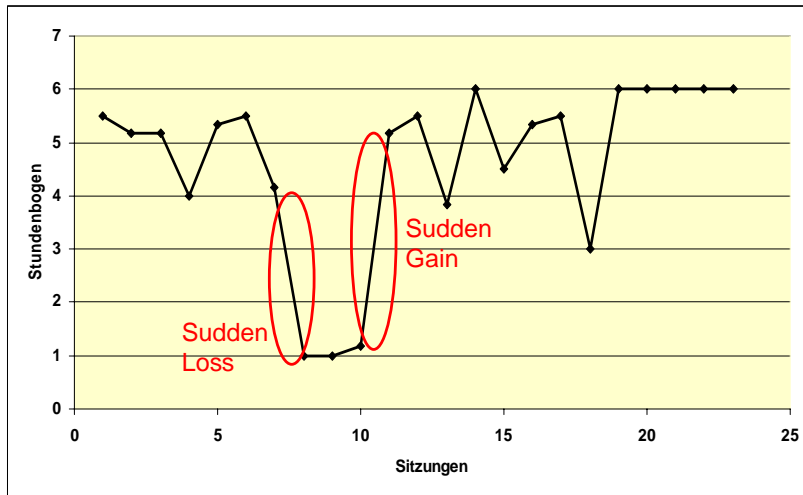


Abbildung 4.6.: Der Verlauf einer Fallvignette des Datensatzes. Grafisch veranschaulicht wird ein/e Patient/in, welche/r zunächst einen Sudden Loss und zwei Sitzungen später einen Sudden Gain erlebt.

4.1.4.2. Zusammenhang zwischen Sudden Gains/Losses und Therapieergebnis

Der Patientenzustand ist mit Hilfe der Inventare BSI, IIP, EMI und BDI erhoben, welche in Kapitel 4.1.3. ausführlich dargestellt sind. Für diese vier Fragebogen liegen Daten für unterschiedliche Patientenuntergruppen vor, da für den EMI und den BDI keine vollständigen Stichproben zur Verfügung standen. Tabelle 4.5. liefert eine Übersicht über die Stichprobengrößen. Für alle einbezogenen Patienten werden die Daten der ersten und der letzten Messung zur Analyse verwendet.

BSI	N = 434
IIP	N = 434
EMI	N = 347
BDI	N = 295

Tabelle 4.5.: Anzahl einbezogener Patienten, wobei die beiden Subgruppen des EMI und des BDI der grossen Stichprobe von BSI und IIP entstammen

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, ergeben sich in Abhängigkeit von der Anzahl einbezogener Sitzungswerte in den t -Test und den gewählten t -Werten unterschiedlich grosse Patientengruppe mit Gains oder Losses. Die Zusammenhangsberechnungen zwischen dem Erleben von Gains und/oder Losses und den Ergebnismaßen ist in Anlehnung an

die bisherigen Originalstudien (Tang & DeRubeis, 1999, Stiles et al., 2003) mit der Patientengruppe erfolgt, für die sich Gains/Losses unter der Signifikanzgrenze $t > 2.78$ ergeben²⁶.

4.2. Empirischer Teil II: Veränderungsmuster und ursächliche Sequenzen für erlebte Diskontinuitäten in der Psychotherapie

4.2.1. Untersuchungsrahmenmodell

Ein Sudden Gain ist ein grosser Wertesprung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen. Der Stundenbogen, der das Kriterium für diese Berechnungen bildet, wird nach jeder Therapiestunde an den Patienten ausgegeben. Wenn zwischen der Sitzung N und der Sitzung N+1 ein grosser Ausprägungsunterschied bezüglich des angegebenen Therapiefortschrittes besteht, so ist davon auszugehen, dass zwischen diesen beiden Sitzungen etwas Maßgebliches geschehen sein muss, also in der Sitzung N+1. Folglich ergibt sich als Analysematerial jeweils die Sitzung N+1. Zudem ist es auch möglich, dass das entscheidende Geschehen zwischen den beiden Sitzungen N und N+1 stattgefunden hat. Die Analyse der Sitzung N+1 schliesst daher diese Zwischenzeit ein, indem auch Angaben der Patienten über die vergangene Woche kodiert werden. In dem Design (siehe Tabelle 4.6.) ist zusätzlich eine neutrale Sitzung zur Analyse für jede einzelne Bedingung vorgesehen, das heisst eine Sitzung, der kein Veränderungssprung vorangeht.

²⁶ Wie Tabelle 6.1. zu entnehmen ist, ergeben sich mit diesem Signifikanzkriterium ($t > 2.78$) nur 156 Patienten mit Sudden Gains oder Losses. Da die zweite Studie dieser Dissertation (Kapitel 5.3.) einen großen Datenwegfall aufgrund des schwierig zu beschaffenden Videomaterials erleidet, wird für diese zweite Studie ein $t > 2.13$ gewählt.

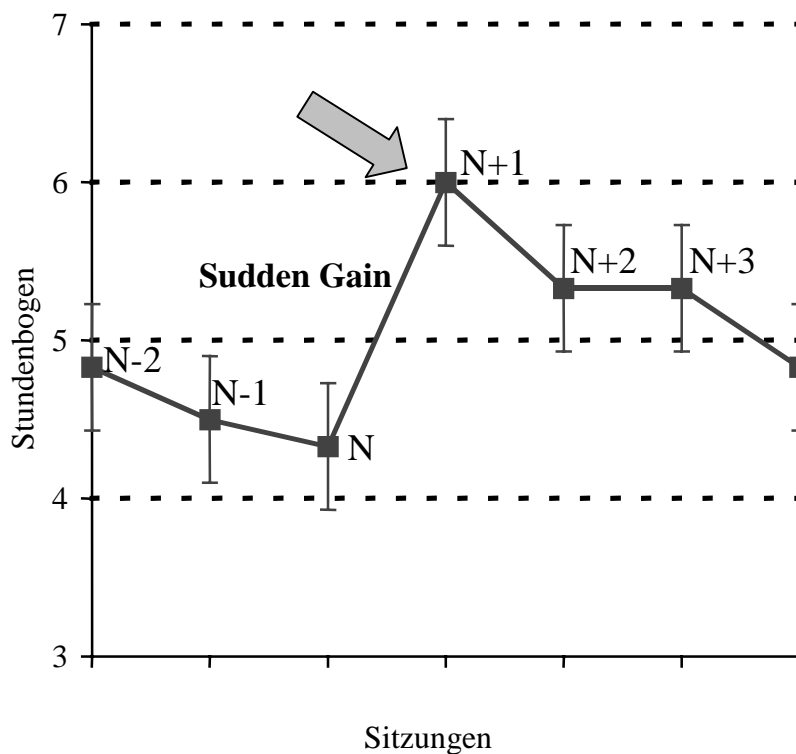


Abbildung 4.7.: Darstellung eines Sudden Gains. Die zu analysierenden Gain-Videos sind die N+1-Sitzungen.

Aufgrund der im Theorieteil dargestellten offenen Forschungsfragen und der in dieser Arbeit teils explorativen, aber auch empirischen Hypothesen ergibt sich ein 4 x 3-Rahmenmodell mit 12 Zellen (Tabelle 4.6.). Die vier zu untersuchenden Gruppen sind einerseits die Patienten, die einen Gain erlebt haben, andererseits diejenigen, die mindestens einen Loss hatten und die dritte Gruppe sind die Patienten, die beides mindestens einmal in ihrem Therapieverlauf erlebten. Eine vierte Gruppe stellt jene dar, für die sich in den Voranalysen ergeben hat, dass sie keine grossen Sprünge erlebten, die sogenannte *Neutral*-Gruppe (siehe Kapitel 5.2.4.1.). Von jeder Gruppe werden nun jeweils Videositzungen ausgewählt²⁷, die direkt nach einem Sprung folgen, also sogenannte *Gain*- oder *Loss*-Sitzungen (die sogenannten *N+1*-Sitzungen) sowie eine neutrale Sitzung, d.h. eine Sitzung, die kein Gain oder Loss konsekutiv hat.

²⁷ Das Kriterium ($t=.95$) ist in dieser zweiten Studie für die Analyse der Ursachen der Gains und Losses etwas weniger strikt gewählt worden ($t=0.975$), um den Datenverlust durch die Beschaffungsproblematik des Videomaterials ausgleichen zu können.

		Was passierte in Sitzung?			
			Gain	Loss	Neutral
Gruppen	Gain	31	19		12*
	Loss	27		15	12*
	Gain & Loss	47	15	21	11*
	Ohne Sprung	23			23
	Summe	128	34	36	58

Tabelle 4.6.: Rahmenmodell mit den Faktorstufen *Gain*, *Loss* und *Neutral*. * Neutrale Sitzungen im Verlauf eines Gain-/Loss-Patienten.

Innerhalb der Zellen liegt eine Gleichverteilung vor bezüglich der Variablen Alter ($F(7, 104)=9.15$, n.s.), Geschlecht ($\chi^2(7, N=122)=3.19$, n.s.), Therapielänge ($\chi^2(14, N=128)=20.68$, n.s.) und Diagnosezugehörigkeit ($\chi^2(21, N=128)=27.73$, n.s.), wobei die Diagnosegruppen in die drei Einheiten Angst-, Depressionsstörungen oder Angst- und Depressionsstörungen kategorisiert sind. Die Dauer der Therapien wurde eingeteilt in drei Zeitabschnitte, und zwar diejenigen, die kürzer sind als 25 Sitzungen, diejenigen die zwischen 25 und 50 andauern und in die dritte Kategorie fallen jene, die länger als 50 Stunden in Behandlung waren. Die zeitliche Lage der Gains oder Losses ist ebenfalls ausgeglichen verteilt ($F(7, 120)=1.21$, n.s.), wenn auch die Wahl der Sitzungsvideos diesbezüglich teilweise aufgrund logistischer Probleme terminiert war.

		Anzahl der Patienten (n)
Gruppen	Gain	26
	Loss	18
	Gain & Loss	23
	Neither	22
	Summe	89

Tabelle 4.7.: Darstellung der zu untersuchenden Patientenzahl pro Gruppe.

Wie Kapitel 4.1.1. zu entnehmen ist, stehen aufgrund der Voranalysen 434 Patientenverläufe zur Verfügung. Je nachdem welcher Patientengruppe sie angehören, werden die entsprechenden Fälle aus diesem Datenpool gewählt und als Analysematerial genutzt. Von den schlussendlich 128 kodierten Sitzungen wurden insgesamt 89 verschiedene Patienten für die Videoanalysen herangezogen, und zwar 26 in der Gain-Gruppe, 18 in der Loss-Gruppe, 23 in der Gain-Loss-Gruppe und 22 in der Neither-Gruppe (siehe Tabelle 4.7.). Da allerdings für jeden Patienten mindestens zwei Videositzungen untersucht werden, ergibt sich eine unterschiedliche Anzahl von zu analysierenden Sitzungen pro Patient, insbesondere in der Gain-Loss-Gruppe.

4.2.2. Beschreibung der Stichprobe

Die 89 Patienten sind zu 59.3% weiblich, durchschnittlich 38.01 Jahre (SD=11.40, Range: 21-68) und von 56 Therapeuten (Bern: n=37 (66.07%); Bochum: n=19 (33.93%)) behandelt. Die Patienten leiden zu 25.8% (n=23) unter einer Angststörung, zu 21.3% (n=19) unter einer Affektstörung, zu 48.3% (n=43) unter einer Angst-/Affektstörung und zu 4.5% (n=4) unter einer sonstigen Störung. 32.6% der Patienten haben eine Therapielänge von weniger als 25 Sitzungen, 49.4% der Patienten zwischen 25 und 50 Sitzungen und 18.0% der Patienten länger als 50 Sitzungen. Die durchschnittliche Therapiedauer beträgt 38.44 Sitzungen (SD=23.13, Range: 7-150).

Auch bezüglich der Patientenebene (n=89) wurde eine Gleichverteilung über die Variablen Alter, Diagnose, Geschlecht, Therapielänge und Lage des Veränderungssprunges auf Patientenebene angestrebt. Zu diesem Zweck wurden die Zusammenhänge kalkuliert zwischen den vier Patientengruppen (mit Gains, Losses, Gains und Losses oder keinem Veränderungssprung) und den oben genannten Variablen. Die vier Patientengruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres Alters ($F(3,78)=0.26$, n.s.), Geschlechts ($\chi^2(3, N=86)=2.13$, n.s.) oder ihrer Therapielänge ($\chi^2(6, N=89)=6.00$, n.s.). Lediglich hinsichtlich der Diagnosegruppierung ist eine Gleichverteilung nicht ganz möglich gewesen ($\chi^2(9, N=89)=18.49$, $p=.03$). Die nachfolgenden Einzelvergleiche mittels Konfigurationsfrequenzanalyse (Kap. 5.1.2.) erweisen sich jedoch als nicht signifikant.

4.2.3. Ratinginventar

Das Ratinginventar besteht aus 38 Items, die theoriegeleitet zusammen gestellt wurden. Die Herkunft dieser Items ist in den meisten Fällen also jeweils aus unterschiedlichen, bestehenden Inventaren und Ratingmanualen ableitbar. Dieses Vorgehen ist gewählt worden, um die Nützlichkeit und Validität der einzelnen Items schon zu Beginn der Studie gewährleistet zu haben. Zudem konnten Hill, Nutt & Jackson (Hill, Nutt, & Jackson, 1994) in ihrer Überblicksarbeit zeigen, dass 38% und 49% der Prozessmaße in den Zeitschriften *JCP*²⁸ und *JCCP*²⁹ zwischen 1978 und 1992 neue, nur für diese eine Studien entwickelte, Maße waren. Die daraus resultierende Problematik der mangelnden Lerneffekte sowie ausstehende Replikationsarbeiten andererseits sind ein zusätzliches Argument für die Aufnahme bestehender Items. Tabelle 4.8. gibt eine Übersicht über bestehende Ratingmanuale, die zur Einsicht für

²⁸ Journal of Counseling Psychology

²⁹ Journal of Consulting and Clinical Psychology

diese Studie herangezogen wurden. Es sind nicht alle Items dieser Instrumente im Endeffekt in diese Studie eingegangen, da sie nicht alle für die vorliegende Fragestellung relevant erscheinen. Das entstandene Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen (MEPI; Tschitsaz & Lutz, 2007) wird im Anschluss ausführlich vorgestellt.

Zudem ist auch kein schon bestehendes komplettes Inventar für diese Studie eingesetzt worden, weil jene nicht geeignet erschienen, um die präsenten Fragestellungen und Hypothesen hinreichend beantworten zu können. Die Items, welche schlussendlich in das Ratingmanual eingehen, sind in Tabelle C.1.b aufgeführt, wobei jeweils die Quellenzugehörigkeit angegeben ist. Inwiefern leichte Modifikation von den Originalitems erfolgt sind, ist der Tabelle C.1. (Anhang C) zu ersehen.

Das Ratinginventar ist nach inhaltlichen Dimensionen in zehn Themenblöcke gegliedert, wobei für jeden Themenbereich unterschiedlich viele Items vorliegen. Zu untersuchen sind die allgemeine Wirkung von Patient und Therapeut auf den Beobachter, das emotionale Erleben, Einsatz und Wirkung kognitiver und behavioraler Verfahren, die interpersonale Ebene zwischen Therapeut und Patient, Motivation, Therapiererwartung und Stärken des Patienten, das Erleben von Inkongruenz und Lebensereignissen. Der Itemschlüssel für die Themenblöcke befindet sich in Tabelle C.2. Im folgenden Kapitel sollen nun die einzelnen Themenblöcke des MEPI mit ihren jeweiligen Items, ihrer Quelle und den Ankerbeispielen detailliert vorgestellt werden, das Originalmanual ist dem Anhang C (Abb. C.1.) zu entnehmen.

Instrument	Autoren	Bereiche / Skalen	Antwortskalierung	Analyseeinheit
BIS – Bedürfnisorientierte Interaktionsskalen	Stucki, 2004	Therapeutische Beziehung	0-3 (stimmt überhaupt nicht – stimmt genau)	2 Durchgänge: Rating von 5 Segmenten/Sitzung (nachdem zuvor gesamte Sitzung gesehen wurde)
CHANGE-Change and Growth Experiences Scale	Hayes, Feldman & Goldfried, 2004	Inhalt: a) view of self, b) sense of hope, c) emotion, d) behaviour, e) somatic functioning, f) relationship quality, g) historical antecedents, current problems Prozessvariablen: a) protection/avoidance, b) cognitive/emotional processing, c) unproductive processing	0-3 (nicht vorhanden-hoch)	Gesamte Sitzung
CSPRS-6 – Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale – Form 6	Hollon et al., 1988 (f. NIMH)	I) Modality specific, II) Tangential modality, III) Non-modality specific (facilitative conditions, expl. directiveness)	Siebenstufige Likertskala, von denen 4 Stufen verbal verankert sind	Gesamte Sitzung
CTS- Cognitive Therapy Scale	Young & Beck, 1980	1. Skala: Basisfertigkeiten des Therapeuten 2. Skala: Spezifische Fertigkeiten in Kognitiver Therapie	Items sind je 4-stufig vorgegeben, und müssen auf einer 7-Likert-Skala beantwortet werden (0-6)	k.A.
HaPPS - Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala - Beobachter	Watzke, 2002	Therapeutische Beziehungsgestaltung, Direktivität, Strukturiertheit, Emotion, Kognitive Intervention, Exploration, Konfrontation, Behaviorale Interventionen, Selbstwirksamkeit, Interpretation, Beziehungen, Gruppe, Vergangenheit, Übertragung, Edukation	1-5 (stimmt nicht – stimmt sehr)	Gesamte Sitzung
ITSR - Integrative Therapy Session Report	Pinsof et al., 2002	1. Systemic Focus, 2. Strategies & Techniques (Behavior, Biology/Health, Cognition/Attitude/Belief, Emotion, Insight, Therapist-Client-Relationship)	0-3 (gar nicht - viel)	Gesamte Sitzung
KMP – Konsistenztheoretische Mikroprozessanalyse	Gassmann & Grawe, 2002	4 Perspektiven: 1. Inhalt der Problembearbeitung, 2. Prozessuale Problemaktivierung, 3. Prozessuale Ressourcenaktivierung, 4. Unmittelbarer Ergebnisstand der Problembearbeitung	Unterschiedlich, je nach Perspektive und Fokus (Th & Pat)	Minutenebene

PCCS- Patient Cognitive Change Scale	Tang, 1999	a) bringing a belief into awareness, b) identifying an error in cogn. process or belief, c) arriving on a new belief on a specific issue, d) bringing a schema into awareness, e) identifying a error in a schema, f) arriving at a new schema, g) accepting a new cogn. belief	1-5 (gar nicht - ausserordentlich)	Gesamte Sitzung,
PQS – Psychotherapy Process Q-Sort	Jones, 1985	1) Einstellungen, Verhalten, Erfahrungen: Patient, 2) Handlungen, Einstellungen: Therapeut, 3) Interaktionsverhalten	9-stufig (extrem un-/charakteristisch)	Gesamte Sitzung
Therapy process items	Künzler & Beutler, 2003	a) therapist directiveness scale, b) treatment focus on behaviour vs. Insight, c) emotional arousal scale: induction vs. reduction	1-5 (nie-sehr oft)	20-Min.-Segmente
VPPS- Vanderbilt Psychotherapie Prozess Skala	Strauss, 1991b	1. Patient (Verhalten & Einstellung), 2. Therapeut (dito), 3. Globalrating	1-5 (nicht - sehr)	10-15 Minuten
VNIS- Vanderbilt Negative Indicators Scale	Strauss, 1991a	Patient: Beteiligung, Feindseligkeit, Exploration, psych. Leiden, Abhängigkeit Therapeut: Neg. Einstellungen, Wärme & Freundlichkeit, Exploration,	1-5 (nicht - sehr)	10-15 Minuten

Tabelle 4.8.: Ratingmanuale, die in der Forschung bereits eingesetzt und in dieser Dissertation verwendet wurden (nach alphabetischer Ordnung).

4.2.4. Operationalisierung

Basierend auf der ausführlichen Darstellung der theoretischen Hintergründe (siehe Kapitel 2.6.) werden an dieser Stelle nun die Dimensionen und Skalen erläutert. Für jeden einzelnen Themenbereich werden dann die Items einzeln vorgestellt, zunächst die aus der Theorie abgeleiteten, dann die selbst entwickelten. Dieses Kapitel hat zum Ziel, den Einsatz der spezifischen Items aufzuzeigen. Es klärt die Frage, warum gerade dieses Item in das Codiersystem gelangt ist.

4.2.4.1. Beschreibung der Dimensionen und Skalen des Manuals zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen (MEPI)

Zunächst sind die Einschätzungen nach einem erstmaligen Ansehen der Therapiesitzung in Form eines Globalurteils über die ganze Stunde abzugeben. Dieses molare Vorgehen impliziert die Annahme, dass so die nachfolgenden detaillierten Einzeleinschätzungen in einem gesamten Kontext leichter und sinnvoller einzuebnen und zu werten sind. Die allgemeine Einschätzung einer Sitzung erlaubt andererseits einen abgerundeten Gesamteindruck in die Wirkung von Therapeut und Patient. Zudem gibt die Forschung Hinweise, dass bei der Einschätzung auf Stundenebene andere Denkprozesse aktiviert sind als auf Minutenebene. Um eine Einschätzung über einen längeren Zeitraum abgeben zu können werden Heuristiken gebildet, welche Entscheidungen in komplexen Situationen vereinfachen (Kahneman & Tversky, 1973). Dieser Verarbeitungsprozess ist in der kognitionspsychologischen Forschung vielfach untersucht und bestätigt worden (Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982). Zudem ist auch der Lerntheorie eine wesentliche und problematische Folge zu entnehmen: der Recency-Effekt, welcher besagt, dass Items, die am Ende einer dargebotenen Liste stehen besser behalten werden als die zu Anfang genannten (Glanzer & Cunitz, 1966). Bjork & Whitten (1974) sowie Baddeley & Hitch (1977) haben dann gezeigt, dass diese serialen Positionseffekten langfristig anhalten. Obwohl in dem Training explizit auf diese Beobachter-Effekte (sowie die in Kapitel 2.7 beschriebenen) eingegangen wird, ist davon auszugehen, dass jene dennoch wirksam werden. Insbesondere emotionale und interpersonale Aspekte haben sich in der Mikroprozessforschung bisher als gut messbar erwiesen (Hill & Lambert, 2004; siehe auch Befunde in Kapitel 2.6.).

Die beiden Items des Globalurteils beziehen sich auf den Therapeuten und den Patienten, beide sollen in ihrer Wirkung eingeschätzt werden, so dass beiden Perspektiven Rechnung

getragen wird. Das Item zum allgemeinen Zustand des Patienten entstammt der Vanderbilt Skala (VPPS; Strauß, 1991b) und die Wirkung des Therapeuten wird erhoben mit Hilfe der Bedürfnisorientierten Interaktionsskalen (BIS; Stucki, 2004).

Ist das Globalurteil abgegeben, wird im Folgenden die Analyseebene die Minute sein. Die therapeutische Interaktion von Moment zu Moment zu beurteilen erfordert andere kognitive Leistungen. Jede Minute wird hier detailliert angesehen, es wird auf einzelne Sätze geachtet, so dass kleinere Bemerkungen oder Bewegungen viel eher wahrgenommen und somit genauer erfasst werden. Die Behaltensleistung bezieht sich hier weniger auf die Menge an zu behaltender Informationen, sondern eher auf die Einzelfinheiten. Auf die unterschiedliche kognitive Verarbeitung auf molarer und molekularer Analyseebene wird bei Lambert & Hill (Lambert & Hill, 1994) eingegangen. Insgesamt werden zehn Dimensionen erfasst, welche nach pragmatischen Gesichtspunkten in drei Blöcke gegliedert sind und wobei jeweils zwei Rater einen Block gemeinsam raten. Die Abbildung 4.8. veranschaulicht diese Aufgliederung grafisch.

Skalen des MEPI		
BLOCK I	Experience, Emotionen Interpersonal Inkongruenz	Rater1 Rater2
BLOCK II	Kognitive Techniken, Einsicht Motivation Therapieerwartungen	Rater3 Rater4
BLOCK III	Verhalten Direktivität Life Events/ Hassles Strength	Rater5 Rater6

Abbildung 4.8.: Illustration der Skalen, Blöcke und Rater dieser Studie

4.2.4.2. Generierung der Items auf Basis vorliegender Prozessinstrumente

Generell sollten für die Items ganz bestimmte Kriterien zutreffen, nur dann sind Items potenziell sinnvoll einzusetzen. Die folgenden Kriterien müssen zutreffen:

- a) Erfassen von relevanten therapeutischen Interventionen, Haltungen oder Inhalten im Hinblick auf die Fragestellung der Ursache von irregulären Therapieverläufen
- b) Erfassen von therapeutischen Prozessvariablen (u.a. common factors) sowie externalen Elementen, welche für Veränderungssprünge relevant sein könnten
- c) Hohe Verständlichkeit der Items bzw. deren deutscher Übersetzung
- d) Geringer Abstraktionsgrad und gute Beobachtbarkeit

e) Angemessene, nicht zu hohe *Spezifität* (Item soll also keine Aspekte erfragen, die sehr selten oder in ihrer Intensität sehr gering ausfallen)

Insbesondere die Kriterien a) und b) sind für die Auswahl der Items sehr maßgebend gewesen, wobei hier subjektiv vorgegangen, die Items also nach subjektivem Ermessen ausgewählt wurden. Es sollte im Endeffekt ein möglichst breites Spektrum an Variablen und dahinterliegenden Konstrukten erfasst sein.

Die empirische Differenzierungsfähigkeit von Items bei komparativen Prozessstudien ist bei der Wahl der Items nicht berücksichtigt worden, zumal diese Informationen einerseits teilweise nicht vorliegen und andererseits bei der Untersuchung der Fragestellung die Unterschiedlichkeit zwischen den Verfahren nicht durch eine entsprechende Itemauswahl künstlich erhöht werden sollte.

Die Items d) und e) dienten vorrangig dem Zweck, ein reliables und valides Instrument zu konstruieren.

In die Literatur der Psychotherapieforschung sind viele Kodierverfahren eingegangen, die vorrangig vor einem psychodynamischen Hintergrund entstanden sind. Auch die meisten Verfahren, die als pantheoretisch eingeführt werden, basieren eher auf psychoanalytischen Therapiekonzepten, wie anhand der Itemauswahl und -formulierungen deutlich wird, z.B. bei der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale, (VPPS; Strauß, 1991) oder teilweise bei dem Psychotherapy Process Q-Sort (PQS; Jones, 1985). Kognitiv-behaviorale Inhalte werden vor allem von jüngeren Instrumenten explizit einbezogen, wie z.B. bei der Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale – Form 6 (CSPRS-6; Hollon et al., 1988). Vom Variablenspektrum her breiter angelegte Instrumente, die in Vergleichsstudien zwischen psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Therapien eingesetzt worden sind, liegt erwartungsgemäß eine eher geringe Anzahl vor. Hierbei handelt es sich die CSPRS-6, das PQS, aber auch Verfahren wie das Coding System of Therapeutic Focus (CSTF; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd, & Shapiro, 1997) oder die Minnesota Therapy Rating Scale (MTRS; DeRubeis, Hollon, Evans, & Bemis, 1982). In der vorliegenden Studie ist eine theorieübergreifende Zusammenstellung der Items angestrebt; die Instrumente sowie deren ursprüngliches Einsatzgebiet werden im Folgenden vorgestellt (in Anlehnung an Tabelle 4.8.).

Bedürfnisorientierte Interaktionsskalen

Die Bedürfnisorientierten Interaktionsskalen (BIS; Stucki, 2004) erfassen anhand 41 Items das Basisverhalten der Therapeuten (Kompetenz, Empathie, positive Wertschätzung, Echtheit) sowie das therapeutische Beziehungsverhalten, welches die Befriedigung spezifischer Ziele und Wünsche des Patienten anstrebt. Anhand intuitiver Ratings soll die Wirkung des Therapeuten verbal, aber insbesondere auch nonverbal eingeschätzt werden. Die Interraterreliabilitäten, auf Sitzungsebene erhoben, liegen zwischen .72 und .96 (Pearson). Die internen Konsistenzen der theoriegeleiteten Subskalen sind mit einer Variabilität von .53 bis .95 als breit gestreut, jedoch befriedigend anzusehen (die Ausnahme bildet die Skala *Hilflosigkeit* mit $r = .23$).

Change and Growth Experiences Scale

Die Change and Growth Experiences Scale (CHANGE; Hayes, Feldman, & Goldfried, 2007) erfragt die Variablen Selbstbild, (mal)adaptive Handlungen, Hoffnung, Emotionen, somatisches Funktionieren, lifetime und aktuelle Probleme, Beziehungsqualität zu anderen, Vermeidung, Einsicht und Grübeln. An einer dreistufigen Skala werden die Kategorien jeweils in ihrer positiven und negativen Ausprägung eingeschätzt. Die Interraterübereinstimmung wird von Hayes et al. (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005) mit .73 bis .84 (ICC) als gut bis exzellent beschrieben.

Cognitive Therapy Scale

Die CTS (CTS; Young & Beck, 1980), welche mittels 11 Items zwei Subskalen bildet, soll die Qualität kognitiver Therapien erfassen. Die erste Subskala misst mit 6 Items Basisvariablen und allgemeine Fähigkeiten des Therapeuten wie Strukturiertheit, Feedback, Zusammenarbeit, Verständnis und effiziente Nutzung der Sitzung. Die zweite Skala bezieht sich auf die „spezifischen Fertigkeiten in kognitiver Therapie“ und die Items bewerten die Fokussierung auf Hauptkognitionen und Verhalten, die Entwicklung von Strategien zur Veränderung, die Anwendung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken und die Qualität der Arbeit mit Hausaufgaben. Beurteilt werden die Items auf eine siebenstufigen Likert-Skala. Die berichtete Interraterübereinstimmung reicht von .59 (Vallis, Shaw, & Dobson, 1986) bis .96 (Dobson, Shaw, & Vallis, 1985).

Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale – Form 6

Die Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS; Hollon et al., 1988), im Rahmen der NIMH-Studie (Elkin et al., 1989) entwickelt, umfasst 96 Items, welche sich in die drei große Bereiche gliedern; Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie der interper-

sonalen Therapie sowie des klinischen Managements werden erfragt. Zudem bestehen noch zwei weitere Skalen, die unspezifische Variablen des Therapeutenverhaltens („facilitative conditions“, FC; „explicit directiveness“, ED) erfassen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. Die Interraterreliabilität lag bei den spezifischen Skalen zwischen .82 und .92, bei der FC-Skala bei .58 und bei der ED-Skala bei .73.

Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala

Die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala (HaPPS-B; Watzke, 2002) erfragt inwiefern der Therapeut in folgenden Bereichen interveniert: behaviorale Interventionen, therapeutische Beziehungsgestaltung, Direktivität, Psychoedukation, Exploration, Gruppentherapeutische Dynamiken, Interpretation, kognitive Intervention, Konfrontation, Selbstwirksamkeit, Strukturierung sowie Übertragung, Emotionen, Vergangenheit oder Beziehungen des Patienten.

Das Antwortformat entspricht einer 5-stufigen Likert-Skala. Die Übereinstimmung der Beobachtungen ist mit Koeffizienten zwischen .65 und .93 (Finn) zufriedenstellend hoch.

Integrative Therapy Session Report

Das Instrument stellt ein Routineinstrument zur Erfassung von Therapiesitzungsinhalten dar (ITSR; Pinsof, Mann, Knobloch-Fedders, Lebow, & Friedman, 2002). Erfragt werden mittels fünfstufiger Likert-Skala die therapeutischen Strategien und Techniken (aus systemischer Perspektive) bezüglich der Bereiche Verhalten, Gesundheit, Kognitionen und Einstellungen, Emotionen, Einsicht und die Beziehungen von Patient und Therapeut. Kennwerte sind zu diesem Instrument von der Arbeitsgruppe bisher leider noch nicht veröffentlicht.

Konsistenztheoretische Mikroprozessanalyse

Die Konsistenztheoretische Mikroprozessanalyse (KMP; Gassmann, 2002) fragt nach vier Perspektiven, welche unabhängig eingeschätzt werden: der Inhalte der therapeutischen Interaktion, das Ausmaß von Problem- und Ressourcenaktivierung sowie der unmittelbare Ausgang der Interaktion von Patient und Therapeut. Berücksichtigt wird jeweils die Therapeuten- und Patientenperspektive. Die Interraterreliabilitäten (Cohen's Kappa) beträgt für die Problemaktivierung .50 und für die Ressourcenaktivierung .76 (wenn der Fokus auf den Patienten gelegt wird).³⁰

³⁰ Da in der vorliegenden Studie lediglich ein Item der Konsistenztheoretische Mikroprozessanalyse entnommen wurde, welches auf die Patientenperspektive fokussiert, wird von weiteren Reliabilitätsangaben zugunsten der Übersichtlichkeit Abstand genommen.

Patient Cognitive Change Scale

Die Patient Cognitive Change Scale (PCCS; Tang & DeRubeis, 1999b) ist speziell für die Sudden Gain-Forschung der Arbeitsgruppe um Tang entwickelt worden, um kognitive Veränderungen beim Patienten in einer Therapiesitzung zu identifizieren. Vorgeschlagen sind sieben Kategorien, um kognitive Veränderungen zu erfassen (Abbildung C.2.). Die Rater markieren, während sie die Therapiesitzung per Audiotape hören, wenn eine der Kategorien zutrifft, indem sie deren Ausmaß auf einer 4-stufigen Skala angeben. Das Ausmaß der kognitiven Veränderung pro Sitzung wird anschliessend berechnet, indem die Summe aller vorkommenden Ereignisse gebildet wird. Die gemittelte Interrater-Reliabilität beträgt .50 (Tang & DeRubeis, 1999b) und konnte in einer Erweiterungsstudie auf .75 erhöht werden (Tang, Bebermann, DeRubeis, & Pham, 2005).

Psychotherapy Process Q-Sort

Das Psychotherapy Process Q-Sort (PQS; Jones, 1985) ist ein Fremdrating Q-Sort-Verfahren³¹, dessen 100 Items sich auf die Einstellungen, Verhaltensweisen und Erfahrungen des Patienten, den Handlungen und Einstellungen des Therapeuten sowie das Interaktionsverhalten zwischen beiden beziehen. Die Vorteile des Instrumentes liegen einerseits in den zufriedenstellenden Gütekriterien ($r=.68$ bis $r=.92$) und andererseits in der pantheoretischen Perspektive des Instrumentes³². Die Interrater Reliabilität, welche berechnet wurde, indem Korrelationen der Q-Sorts mehrerer Rater über alle 100 Items vorgenommen wurden, sind durchgängig zufriedenstellend mit einer internen Konsistenz von .83 bis .89 für zwei Rater. Die auf individueller Ebene kalkulierten Reliabilitäten sind auch zufriedenstellend mit Werten zwischen .50 und .95 über unterschiedliche Stichproben. Zudem liefern diverse Untersuchungen Hinweise zu Inhalts- und klinischen Validität: Der PQS wurde eingesetzt zur Analyse von Einzelfällen sowie Gruppenvergleichen zwischen verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapien (Ablon & Jones, 1999). Die prädiktive Validität konnte im Zusammenhang zur California Psychotherapy Alliance Scale überprüft werden (Jones & Price, 1998).

Therapy Process Items

³¹ Beim Q-Sort-Verfahren werden die Häufigkeiten, mit denen die (in diesem Fall: neun) Antwortkategorien gewählt werden, in der Form vorgegeben, dass sich über alle (in diesem Fall: 100) Items eine Normalverteilung ergibt. Vorteilhaft ist, dass die Items aneinander relativiert und somit Halo-Effekte vermieden werden (Jones & Pulos, 1993).

³² Das Instrument soll in klinisch relevanten Begriffen eine einheitliche Sprache zur Beschreibung therapeutischer Prozesse bereitstellen, so dass eine systematisch und über verschiedene Therapieformen hinweg vergleichbare Einschätzung therapeutischer Interaktion möglich ist.

Die Therapy Process Items (Kuenzler & Beutler, 2003) erfassen die Qualität der therapeutischen Behandlung, indem die Beobachter das Ausmaß von Direktivität und emotionaler Involviertheit einschätzen sollen sowie den Fokus der Intervention (behavioral versus ein-sichtsfokussiert). Die 40 Items werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet. Die Interraterreliabilitäten (ICC) für die drei Behandlungsdimensionen wurden mit .96 und zwei mit .97 als hoch dokumentiert.

Vanderbilt Psychotherapie Prozess Skala

Die Vanderbilt Psychotherapie Prozess Skala (VPPS; Strauß, 1991b) basiert auf dem Therapy Session Report (Orlinsky & Howard, 1966) und besteht aus 80 Items, die sich auf den Gesamteindruck der Sitzung beziehen als auch auf spezifische Verhaltensweisen und Einstellungen der Patienten und der Therapeuten, wie z.B. die Beteiligung, Feindseligkeit oder Abhängigkeit des Patienten aber auch Wärme oder negative Einstellungen des Therapeuten. Auf einer 5-Punkte-Skala werden die Items in 10-Minuten-Sequenzen geratet. Die Beobachterübereinstimmung liegt zwischen .53 und 1.0 (Finn-Koeffizienten).

Vanderbilt Negative Indicators Scale

Die Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS; Strauß, 1991a) strebt die Erfassung potentieller negativer Einflüsse auf den therapeutischen Prozess an. Die 42 negativen Indikatoren berühren vier erfolgsrelevante Dimensionen von Psychotherapie: persönliche Qualitäten und Einstellungen der Patienten sowie der Therapeuten, therapietechnische Fehler und Probleme in der therapeutischen Beziehung. Die Interraterreliabilität liegt zwischen .89 und .96 (Strauß, Strupp, Burmeier-Lohse, Wille, & Storm, 1992).

4.2.4.3. Generierung der selbst entwickelten Items

Insgesamt sind vier selbst entwickelte Items in das Instrument eingegangen, welche wesentliche ergänzende Fragestellungen zur Hypothesenuntersuchung darstellen.

In der Literatur sind zu den beiden Themenbereichen keine Items auffindbar, allerdings sind insbesondere die Bereiche *externale Lebensereignisse* sowie *erlebte Inkonsistenz* zur Analyse von Veränderungssprüngen von elementarem Interesse. Folglich sind drei Items für die Kategorie externale Lebensereignisse so entwickelt worden, dass einerseits alltägliche kleinere Belastungen (*Daily Hassles*) und andererseits schwerere Lebensereignisse (Life Events) sowie deren Einfluss auf die Stimmung des Patienten erfasst werden. Des Weiteren ist ein Item für die Kategorie erlebte Inkonsistenz konstruiert; theoretisch lehnt sich jenes an die

grundlegende Theorie von Grawe (2004) an. Inkonsistenz ist differenzierbar in Inkongruenz und Diskordanz (siehe Kapitel 2.6.9.), wobei *Inkongruenz* eine Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhaltes und den persönlichen Zielen der Person meint. Die Formulierungen der Fragestellungen wird schlicht und direkt vorgenommen.

4.2.5. Dateneingabe

Die Dateneingabe erfolgt mit Hilfe des Datenbankprogramms *File Maker*. Die einzelnen Items des Ratinginstrumentes sind in Form einer Computermaske dargestellt, welche von der Autorin programmiert wurde (siehe Abbildung 4.9.). Die Beobachter geben in diesem Programm jeweils ihre Antworten durch Ankreuzen der Items an, wobei hinter dieser Maske eine Datenoberfläche steht. Die resultierenden Datensätze sind dann im Anschluss mit dem Statistikpaket SPSS14 eingelesen und aufbereitet worden.

Patientenmerkmale:

Patientennummer	1007
Rater	03
Sitzungsnummer	8
Minute	0
Datum	21.02.2006

Übersicht
Suchen
Neuer Datensatz

Globaleindruck

Wie erscheint der Patient zurecht zu kommen?
 gar nicht weniger gut mittelmässig gut ziemlich gut sehr gut

Wirkung des Therapeuten

	trifft gar nicht zu	trifft aber nicht zu	weder noch	trifft aber zu	trifft sehr zu
wirkt dominant	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Initiative	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
fordernd	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
echt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
kritisierend	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
mitbestimmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ungeduldig	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
beeindruckt	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
distanziert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
einfühlsam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
unaufmerksam	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Abbildung 4.9.: Screenshot einer beispielhaften FileMaker-Oberfläche.

4.2.6. Rater

An der Studie teilgenommen haben 12 RaterInnen, welche sich in ihrem Hauptstudium Psychologie befinden. Zehn dieser 12 haben die Beobachtungen sowie deren Auswertungen im Rahmen ihrer Abschlussarbeit ihres Studiums (Lizentiatsarbeit) absolviert. Die anderen beiden Raterinnen haben als Teil ihres Forschungspraktikums an den Ratings teilgenommen. Die Rater weisen alle keine therapeutischen Erfahrungen im Sinne einer Therapieweiterbildung auf, haben aber im Rahmen des Studiums klinische Kenntnisse und Interventionsformen erworben.

Die BeobachterInnen sind gegenüber der Bedingungen im Design blind gewesen, kannten also die Zugehörigkeit zu der von ihnen gerateten Patienten nicht. Jeder der 12 Beobachter schätzte jeweils einen Block des Ratinginventars für ca. 55 Sitzungen ein. Da das Ratingmanual in drei grosse Themenblöcke gegliedert ist, haben je zwei BeobachterInnen den gleichen Block unabhängig voneinander eingeschätzt, wobei sich fünf Sitzungen überschneiden haben, um eine Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität) zu berechnen, die Daten sind anschliessend gemittelt in die Auswertungen eingeflossen.

4.2.7. Ratingtraining

Vor der Datenerhebung ist ein intensives Training durchgeführt worden, welches von der Autorin dieser Arbeit geplant und geleitet wurde.

Inhalt dieses Trainings waren einerseits die Vermittlung des Ratingmanuals und andererseits die Einführung in das Computerprogramm, welches die Eingaben der Beobachter erfasst (Kapitel 4.2.5.). Die Items des Ratingmanuals sind intensiv besprochen und Fragen geklärt worden; es wurde jeweils diskutiert, *was* genau mit jedem Item erfasst werden soll. Zusätzlich wurden die unter Kapitel 2.7. disputierten Beobachtereffekte mit den Ratern besprochen, so dass jene für die Beobachter präsent waren und somit zu verringern bzw. auszuschliessen. Im Anschluss an diese Einheiten sind dann konkrete Beispiele anhand von Videosequenzen geübt worden, um einen Konsens zwischen den Beobachtern zu ermitteln. Die Beispiele sollten als Anker dienen, wobei gleichzeitig aber auch eine breite Variabilität an Antwortmöglichkeiten durchdacht wurde. Die Videosequenzen sind sogenannten *Probevideositzen* entnommen, dies sind Therapiesitzungen, welche nicht dem Design bzw. der Stichprobe angehören.

Das Training hat an aufeinanderfolgenden Terminen stattgefunden und insgesamt ca. 15 Stunden gedauert. Auch während der tatsächlichen Datenerhebung sind die Einschätzungen

kontinuierlich überprüft worden, so dass im Falle einer absoluten Abweichung eingeschritten werden konnte. Jene Divergenzen sind dann im Forschungsteam ausführlich diskutiert worden.

4.2.8. Datenerhebung (Ablauf)

Nachdem die Ratertrainings abgeschlossen waren, haben die Beobachter die eigentlichen Videoanalysen vorgenommen. Zunächst haben sie die Therapiesitzung einmal im Ganzen angesehen, um dann ein Globalurteil über ihren ersten Eindruck abzugeben. Im Folgenden sind die Ratings dann auf Minuteneben geschehen, dies bedeutet, dass jede Einschätzung der Items nach jeder einzelnen Minute abgegeben wird. Durchschnittlich dauert die Bearbeitung eines Therapievideos etwa zweieinhalb bis drei Stunden, je nachdem wie lange eine Sitzung dauert. Die Reihenfolge der einzuschätzenden Therapiesitzungen erfolgt randomisiert. Generell hat die Datenerhebung ungefähr 4 Monate gedauert, wobei die BeobachterInnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Trainings und Ratings absolvierten. Die Einschätzungen der Beobachter wurden zwischen Dezember 2005 und März 2007 vorgenommen.

4.2.9. Interrater-Reliabilität

Vorüberlegungen

Beobachtungsstudien, welche anhand mehrerer Rater durchgeführt werden, müssen bezüglich der Übereinstimmung der Raterurteile getestet werden. Diese Übereinstimmungsgenauigkeit mißt, inwiefern die einschätzenden Personen (Rater) einen Sachverhalt nach gleichen Merkmalen erfassen. Somit dient ein hoher Grad an Übereinstimmung den zumindest teilweise zulässigen Schluss auf die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der beobachtenden Person (Objektivität). In diesem Zusammenhang postulieren Wirtz und Caspar (2002), dass die eigentliche Reliabilität keine Eigenschaft von Ratingskalen per se ist, sondern viel eher wichtige Anhaltspunkte über deren Anwendung gibt und im Normalfall als *stichprobentypisches, deskriptives Maß* verwendet und interpretiert werden sollte, welches nur für die Population der berichteten Untersuchung Gültigkeit hat.

Klassischerweise werden in der Literatur Reliabilitätsmaße wie die prozentuale Übereinstimmung (PÜ), Cohen's Kappa κ , Gamma γ , die Pearson- oder die Spearman Rangkorrelationen oder der Intraklassenkoeffizient (ICC) in Abhängigkeit vom auszugehenden Skalenniveau vorgeschlagen. Da in Abhängigkeit des vorausgesetzten

Skalenniveaus sowie der angegebenen Kategorien die adäquaten Übereinstimmungskennzahlen berechnet werden, sind die für die vorliegende Studie in Frage kommenden Gütemaße im Folgenden kurz vorgestellt (ausführlich siehe Wirtz & Casper, 2002). Zur Überprüfung der Reliabilität wurden dem recht umfangreichen Sitzungsmaterial 5 Sitzungen randomisiert entnommen und von den Beobachtern getrennt eingeschätzt. In Abhängigkeit des Skalenniveaus des entsprechenden Items sind die Übereinstimmungskoeffizienten dann in den Tabellen E.1. bis E.12. dargestellt.

In der älteren Literatur wurde vornehmlich die *Pearsonkorrelation* als Übereinstimmungsmaß genutzt bis die *Intraklassenkorrelation* als geeigneter diskutiert wurde (Ebel, 1951). Die Korrelation ist ein justiertes Reliabilitätsmaß, da sie jeden Wert in Relation zum individuellen Ratermittelwert setzt und somit die Varianz der Rater automatisch vom Fehler getrennt wird. Gegenüber dem üblichen Korrelationskoeffizienten als Zusammenhangsmaß werden beim *Intraklassenkoeffizient* (ICC) die Korrelationskoeffizienten nicht nur bezüglich ihrer Richtung gemessen, sondern auch hinsichtlich des mittleren Niveaus der beiden Variablen. Die Berechnung des ICC ist also nur sinnvoll, wenn beide Variablen die gleiche Maßeinheit haben. Zudem wird schon vor der Berechnung des ICC entschieden, ob ein justiertes oder unjustiertes Maß verwendet wird. Die Korrelation ist identisch mit dem ICC_{just} , wenn 2 Rater untersucht werden und ihre Varianzen identisch sind. Da die Korrelation für Varianzunterschiede nicht sensibel ist, werden im Fall einer verletzten Varianzhomogenität die Korrelations- und Intraklassenkoeffizienten nicht gleich sein. Das *unjustierte* Vorgehen dagegen, verlangt eine Ähnlichkeit der absolut vergebenen Werte (Mittelwerte der Rater sind ähnlich, Varianzhomogenität erfüllt, hohe Korrelation der vergebenen Werte vorhanden), während für das *justierte* Vorgehen eine ähnliche Abweichung der Ratingswerte von der raterspezifischen Mittelwerte gefordert ist, ohne dass die absoluten Werte ähnlich sind. Die Wahl eines unjustierten oder justierten Vorgehens hängt daher ausschliesslich davon ab, ob die Ratervarianz explizit oder implizit in der Berechnungsformel enthalten ist.

Die Datenbasis dieser Studie ist nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Test), so dass die Interpretation von Reliabilitätskennwerte, die ein Intervallniveau voraussetzen, nicht zulässig ist. Zudem können zwar einzelne Skalen der therapeutischen Interventionsformen nach Bortz (2002) als approximativ intervallskaliert bezeichnet werden, da lediglich deren Endpunkte als Extreme eines Kontinuums bezeichnet sind, was auf gleiche Abstände der Skalenpunkte schließen lässt. Um jedoch das Risiko von falschen Schlussfolgerungen zu vermindern, wird die zusätzliche Angabe von *Intraklassenkoeffizienten* (als Maß für mindestens intervallskalierte Daten) nicht vorgenommen. Analog wird in dieser Studie

daher die *Korrelation nach Spearman* vorgenommen. Bei diesem justierten Korrelationsmaß wird berechnet, inwiefern „von den Rangwerten der Objekte in der individuellen Rangreihe eines Raters auf den Rangwert desselben Objektes bei einem anderen Rater geschlossen werden“ kann (Wirtz & Casper, 2002; S. 133 ff.).

Die *Prozentuale Übereinstimmung (PÜ)* gibt den prozentualen Anteil der Fälle an, in denen die Rater kongruent urteilen. Das Maß der PÜ wird der Diagonalen in der Kontingenztafel entnommen. Dieses recht konservative Maß wertet einerseits nur absolut identische Urteile und gleichzeitig ist ihr nicht zu entnehmen, in welchem Maß der gemessene Wert größer ist als bei rein zufälligem Beurteilungsverhalten, die Zusammenhangsberechnung ist ergo nicht gegen den Zufall abgesichert. Stimmen also zwei Rater überein, dass Kategorie 1 sehr viel häufiger auftritt als die anderen, besteht die Gefahr, dass die PÜ sehr hoch ist. In Ergänzung kann daher laut Wirtz und Caspar (2002) die erwartete Übereinstimmung gemäss Zufallserwartung berechnet werden, welche mittels Chi-Quadrat (χ^2)-Test die Signifikanz des beobachteten Zusammenhangs testet. Problematisch ist allerdings auch, dass eine systematische, überzufällig häufige Nichtgleichwahrscheinlichkeit ebenfalls das Übereinstimmungsmaß beeinflusst respektiv es wird trotzdem ein signifikanter Zusammenhang gemessen.

Die Güte der Übereinstimmung lässt sich anhand *Cohen's Kappa* (Cohen, 1960) besser erfassen. Basierend auf der PÜ berücksichtigt dieses Maß das Verhältnis zwischen der beobachteten und der bei Zufall erwarteten Übereinstimmung. Von großem Nachteil ist, dass Kappa nur berechnet werden kann, wenn beide Beurteiler die gleiche Anzahl an Kategorien pro Merkmal angeben. Sobald z.B. der Beurteiler i eine 3 angibt, der Beurteiler j dagegen nicht, sind in den beiden Beurteilungen unterschiedliche Werte, so dass Kappa nicht kalkuliert werden kann. So erklären sich die fehlenden Angaben in den Tabellen E.1. bis E.12. Nachteilig ist zudem, dass durch die Effekte „unterschiedlicher Grundwahrscheinlichkeiten“ (die Rater wählen gewisse Kategorien mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit) und „mangelnder Konsistenz“ (die Rater verwenden unterschiedliche implizite Definitionen der Kategorien) systematisch verringert wird (Viera & Garrett, 2005; Wirtz & Casper, 2002). Aus diesem Grund wird die Berechnung gewichteter Kappas vorgeschlagen, welche zwischen weniger bzw. sehr diskordanten Urteilen unterscheiden und die Höhe des Koeffizienten verschieden stark adaptieren. Diese Adjustierung wird auch mittels Gamma (Goodman & Kruskal, 1954) möglich, welches gleichzeitig ein Maß für ordinalskalierte Daten zur Verfügung stellt. Die Güte von γ wird von Fleiss & Cohen (Fleiss & Cohen, 1973) zwischen $0.75 < \gamma < 1.00$ als sehr gut, jenes zwischen $0.60 < \gamma < 0.75$ als gut, jenes zwischen $0.40 < \gamma < 0.60$ als mäßig gut und jenes zwischen $0.20 < \gamma < 0.40$ als geringfügig gut bewertet.

0.75 als gut und jenes zwischen $0.40 < \gamma < 0.60$ als akzeptabel bezeichnet. Wirtz und Caspar (2002) betonen dagegen, dass der Richtwert auch von den gemessenen Merkmalen und deren bisherigen Befunden abhängt. Bezüglich „schwer zu erfassende[n] Merkmale[n], die eine sehr komplexe Informationsintegration erfordern“ würde man das erforderliche Gütemaß entsprechend senken (Wirtz & Casper, 2002).

Das von Goodman und Kruskal (1954) vorgeschlagene Gamma stellt ein Gütemaß für Daten auf Ordinalniveau dar. Es berechnet die Anzahl der konkordanten und diskordanten Paare³³. Gamma ist ein Wert zwischen -1 und 1, wobei letzteres einen starken Zusammenhang zwischen zwei Merkmalausprägungen indiziert. Gamma ist somit ein sehr tolerantes Maß zur Kalkulation der Übereinstimmung, da es gegenüber Kappa auch berechenbar ist, wenn unterschiedlich viele Kategorien angegeben werden und zudem unabhängig von den Schwellenwerten der Rater ist, und somit den beschriebenen Effekt unterschiedlicher Grundwahrscheinlichkeiten korrigiert. Dies ist möglich, weil der Gamma-Kennwert sogenannte „Ties“³⁴ nicht berücksichtigt (Benninghaus, 1998).

Befunde

Dargestellt in den Tabellen E.1. bis E.12. sind die Reliabilitätskennwerte für die Globalitems für drei Raterpaare³⁵ (Tabellen E.1. bis E.3. und Tabellen E.7. bis E.9.) sowie der auf Minutenebene einzuschätzenden Items (Tabellen E.4. bis E.6. und Tabellen E.10. bis E.12.). Alle Items sind jeweils in der Originalskalierung (5-stufig) angegeben (Tabellen E.7. bis E.12.) als auch 3-stufig gebündelt (Tabellen E.1. bis E.6.).

Die Reliabilitäten für die 22 Globalitems sind sehr zufriedenstellend mit einer PÜ von meistens über 80% (Tabellen E.1. bis E.3.). Kappa und Gamma liessen sich in vielen Fällen nicht berechnen, da die Merkmalsausprägungen der beiden Beobachter in einigen Fällen nicht absolut identisch sind (100%-Angabe bei PÜ). Insbesondere schwierig ist zudem, dass für die Globalitems wenige Kategorien vorliegen (nur fünf Sitzungen), so dass die

³³ Ein Paar wird als *konkordant* bezeichnet, wenn die selbe Rangordnung zwischen den Merkmalen vorliegt, während eine unterschiedliche Rangordnung *diskordant* genannt wird. Gamma berechnet das Verhältnis konkordanter zu diskordanter Paare, d.h. ein hoher Wert sagt aus, dass Paare mit derselben Rangordnung häufiger vorkommen als Paare unterschiedlicher Rangordnung.

³⁴ *Ties* (Verknüpfungen) liegen vor, wenn zwei Untersuchungseinheiten bzgl. einer oder beider Variablen denselben Wert haben. Werden also Untersuchungseinheiten hinsichtlich einer bestimmten Variable rangmäßig geordnet, treten viele *Ties* auf.

³⁵ Die dargestellten drei Raterpaare sind diejenigen der zweiten Datenerhebungsphase, welche die drei Themenbereiche analysierten. Die Kennwerte der ersten Datenerhebungsphase sind den jeweiligen Lizentiatsarbeiten zu entnehmen (Haeberli, 2007; Hiltbrand, 2007; Lüdin, 2007; Wettstein, 2006).

Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Beurteiler unterschiedliche Werte schätzen und so Kappa nicht kalkuliert werden kann.

Insgesamt hohe Konkordanzen bestehen dagegen für die Items, welche auf Minutenebene eingeschätzt wurden. Insbesondere aufgrund der Reichhaltigkeit der Daten treten oben genannte Probleme hier nicht auf. Die PÜ als Reliabilitätswerte sind als insgesamt sehr zufriedenstellend zu bezeichnen (Tabellen E.4. bis E.6. und Tabellen E.10. bis E.12.). Dagegen sind die zufallsbereinigten Kappa-Werte eher heterogen mit teilweise hohen und auch recht schwachen Übereinstimmungen. Da Gamma dann gleichzeitig als hoch zu interpretieren ist, spricht dies für den Hinweis, dass die Beobachtungsunterschiede systematisch sind, d.h. dass einer der Beobachter stets höher eingeschätzt hat als der andere. Die zusätzlich kalkulierten ICC-Werte sprechen für die konstant hohe Übereinstimmung. Dieses Muster zeigt sich für die gebündelten als auch für die 5-stufige Skalierung. Diskrepanzen zwischen einer hohen PÜ und einem niedrigen κ können so begründet werden, dass gewisse Ereignisse selten auftreten und in diesem Fall rateten die Beobachter mit 0 („trifft nicht zu“). Diese Übereinstimmung lässt die PÜ stark ansteigen, wenngleich eine Ausprägung nicht vorliegt und somit κ schwach ist. Diese ungleichen Schwellenwerte der Beobachter wirken sich folglich auf die PÜ viel weniger aus als auf κ , welcher in der hier verwendeten ungewichteten Form als sehr konservatives Maß gilt. Des Weiteren sind natürlich einerseits die Aussage der Items und andererseits die Fertigkeiten der Beobachter in Betracht als erklärende Variable zu ziehen. Die psychologisch ausgebildeten RaterInnen sind zum Zeitpunkt der Beobachtungsstudie noch nicht psychotherapeutisch weitergebildet und haben daher noch nicht ausreichende Kenntnisse über Einsatz und Erarbeiten spezifischer Techniken (z.B. kognitive Veränderungen). Trotz der umfangreichen Ratingschulungen, in welchen den StudentInnen genau erklärt wurde, woran die therapeutischen Techniken zu erkennen sind, ist es nicht realisierbar *alle möglichen* Situationen abzudecken. Schwer zu erfassende Merkmale beherbergen somit eher das Risiko, dass sie nicht ganz korrekt verstanden und eingeschätzt wurden und daher auch die oben beschriebenen Gütekriterien enorm schwächen. Trotz dieser Komplikationen wird die Darstellung der Befunde dieser Studie zeigen, dass die Resultate zum großen Teil verwertbar und nachhaltige Informationen über den Charakter spezifischer Therapiesitzungen aussagen. Die Aussagekraft der einzelnen Items wird dann anschließend bzgl. ihrer Reliabilitäten als auch der Befunde in der Diskussion aufgegriffen (Kapitel 6.5.3) und hinsichtlich ihrer Eignung für spätere Studien disputiert.

4.2.10. Auswertungsstrategien in der Ratingstudie

Die Befunde der Videokodierungen sind zunächst im Zusammenhang zu den Veränderungsmaßen im Therapieverlauf dargestellt³⁶. Zu diesem Zweck wurden die Daten der Beobachterstudie auf der Minutenebene zunächst dichotomisiert, wobei der Median des Items über alle Minuten hinweg als individuelle Cut-off-Grenze³⁷ für jedes einzelne Item diente und anschliessend zu einem *Indexwert* aggregiert (Mittelwertbildung), so dass eine generelle Aussage über das Ausmaß des eingeschätzten Merkmals in der jeweiligen Therapiesitzung bestimmt werden konnte³⁸. Dieser für jede eingeschätzte Sitzung resultierende *Indexwert* stellt daher ein Maß für *eine* Sitzung dar, und ist vor allem wichtig, weil aufgrund des Designs teilweise pro Patient mehrere beobachtete Sitzungen vorliegen (so sind für einen Patienten mit Gains und Losses teilweise drei Sitzungen geratet worden, eine Gain-, eine Loss-Sitzung, und eine neutrale Sitzung im Verlauf eines einzelnen Patienten). Diese Abhängigkeit muss aufgrund der Forschungsfragestellung und der Hypothesen dieser Arbeit in Kauf genommen werden, da einerseits die Forschungsfragestellungen dieser Arbeit diese Sitzungswiederholung vorsieht und andererseits aufgrund der angewandten Sudden-Gain Kriterien, trotz der Erweiterung des Signifikanzniveaus auf 95%, nicht genügend Therapiestunden extrahiert wurden, um ein ausreichend grosses Rahmenmodell für die Videoanalyse aufzustellen. Die Auswertungen dieser Studie vergleichen jedoch die voneinander unabhängigen Sitzungen miteinander und nicht die abhängigen.

Die Analyse mittels eines Indexwertes bedeutet zudem, dass die Information über den Verlauf des Merkmals in einzelnen Phasen der Sitzung verloren geht. Da die vorliegende Arbeit jedoch nicht die Analyse von Verlaufsmustern der Prozessvariablen vorsieht, ist durch die Aggregation der Sitzungsminuten auf Stundenebene der Konfundierung der abhängigen Variablen *Sitzungsausgang* (Gain oder Loss) mit mehrheitlich

³⁶ Alle statistischen Analysen sind mit dem Statistikpaket SPSS 14.0 gerechnet, der Nemenyi-Test (5.2.1.) sowie die Konfigurationsfrequenzanalyse (5.1.2.) sind im Excel programmiert.

³⁷ Den Median als Cut-Off-Grenze zu wählen hat den Vorteil, dass insbesondere weniger starke Ausprägungen der Items in positive oder negative Richtung, mehr Gewichtung erhalten. Nachteilig ist allerdings, dass Items mit starker Ausprägung auch immer mit 1 kodiert werden und somit diese Ausreißer, die sonst zu signifikanten Resultaten geführt hätten, ihr Gewicht verlieren.

³⁸ Alternativ sind von der Autorin weitere Varianten der Indexbildung vorgenommen, welche sich aber als nicht geeignet erwiesen. Die Summenbildung inklusive der Beibehaltung der Länge der Sitzung als Kovariable führte zu den gleichen Befunden wie die Mittelwertbildung. Zusätzlich wurden *Trendgrößen* kalkuliert, wie der Pearsonkorrelationskoeffizient oder der Steigungskoeffizient einer linearen Regression, um jene als Indexgrößen anzuwenden. Da jene Parameter jedoch nicht berechenbar sind, wenn die UV konstant ist (hier z.B. immer 0, wenn das Merkmal nicht vorkam), sind die schlussendlichen Stichproben so gering, dass die Berechnung weiterer Kalkulationen (u.a. logistische Regression) nicht mehr möglich ist.

personengebundenen Merkmalen von wiederholt im Design vertretenen Patienten bzw. Therapeuten begegnet (Bortz & Döring, 2002). Zudem konnte eine sinnvolle und von der Minutendynamik unabhängige Konstruktausprägung zwischen Gain- und Loss-Sitzungen desselben Zielbereichs kalkuliert werden.

Zunächst sind die vier Patientengruppen (mit Gains, mit Losses, mit Gains und Losses und jene ohne Veränderungssprung) hinsichtlich der erhobenen Konstrukte verglichen worden, indem die gebildeten Indexwerte der jeweiligen Sitzungen als unabhängige Variablen in Rangvarianzanalysen (Kruskal-Wallis-Tests) eingingen.

Der H-Test nach Kruskal und Wallis (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000) ist ein nichtparametrisches Verfahren zum Vergleich der Mittelwerte mehrerer Stichproben und stellt eine Verallgemeinerung von Wilcoxon's Rangsummentest auf mehr als zwei Stichproben dar. Es handelt sich somit um eine Alternative zum F-Test (der Varianzanalyse), die vor allem dann angewendet werden sollte, wenn dessen Anwendungsvoraussetzungen verletzt sind, d.h. wenn die Messwerte nicht normalverteilt sind (berechnet hier mit Kolmogorov-Smirnov-Test, Sachs, 1997) oder die Varianzen der Gruppen stark unterschiedlich sind oder beides gegeben ist. Voraussetzungen für den H-Test sind unabhängige Stichproben, eine stetige Verteilung und mindestens ordinalskalierte Daten.

Der H-Test vergleicht statt der Original-Messwerte die Rangwerte der Daten. Die ursprüngliche Prüfgröße des F-Tests wird für die Ränge der Beobachtungen berechnet:

$$H := \frac{\frac{12}{n^2 + n} \cdot \sum_{i=1}^k \frac{(R_i)^2}{n_i} - 3(n+1)}{1 - \frac{\left[\sum_i (T_i)^3 - T_i \right]}{n^3 - n}}$$

k: Anzahl Stichproben
 n: Anzahl aller Einzelwerte in allen Stichproben
 n_i: Grösse der i-ten Stichprobe
 r_i: Rangsumme der i-ten Stichprobe
 T_i: Anzahl *Ties* in der i-ten Stichprobe

Es wird geprüft, ob die Zahl der Beobachtungen, die kleiner (oder größer) als der gemeinsame Median beider Variablen sind, in den Gruppen verschieden ist.

Zur Berechnung des H-Tests werden die Originaldaten durch die entsprechenden Rangplätze ersetzt, die sich bei der Ordnung der Datenwerte der Größe nach über die Gruppen hinweg ergeben.

Um aufbauend die beiden Sitzungstypen (z.B. Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains versus Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses) miteinander zu vergleichen, wurden anschliessend Rangsummenvergleiche (Mann-Whitney-U-Tests) zwischen den kritischen Sitzungen vorgenommen. Analog zum Kruskal-Wallis-Test werden auch beim U-Test die Messungen der beiden Gruppen rangtransformiert, indem allen Untersuchungseinheiten der beiden zusammengefassten Stichproben Ränge von 1 (für den kleinsten Wert) bis $N_1 + N_2 = N$ (für den grössten Wert) entsprechend ihrer Messwertausprägung zugeteilt werden. Die Prüfgrösse U wird bestimmt, indem ausgezählt wird, wie häufig ein Rangplatz in der einen Gruppe grösser ist als die Rangplätze in der anderen Gruppe. Die Addition der aus den $N_1 * N_2$ Vergleichen resultierenden Werte ergibt den U-Wert, und zwar für jede der beiden Stichproben gesondert aufsummiert. Ausgehend von der Anzahl der *Rangplatzunterschreitungen* ergibt sich dann U'. Das Verhältnis von U zu U' beträgt: $U = N_1 * N_2 - U'$. Die Teststatistik lautet

$$U_{m,n,\alpha} := \frac{mn}{2} - z_{\alpha} \cdot \sqrt{\frac{mn(m+n+1)}{12}} \quad \begin{array}{l} m,n: \text{Stichprobengrössen} \\ z: \text{Quantil der Standardnormalverteilung} \end{array}$$

Das Problem der *Alpha-Inflation* tritt dann auf, wenn sich die inhaltlichen Fragestellungen einer Studie auf mehrere Variablen beziehen. Werden also mehrere univariate Tests mit einem Signifikanzniveau von jeweils $\alpha = .05$ durchgeführt, so wäre die Wahrscheinlichkeit für jeden dieser Tests die Nullhypothese korrekterweise beizubehalten $1 - \alpha = 1 - .05 = .95$. Die Wahrscheinlichkeit, dass in allen Tests die Nullhypothese korrekterweise beibehalten wird, ergäbe sich im Fall von völlig voneinander unabhängigen Variablen und damit unabhängigen Tests $(1 - \alpha)^x = (1 - .05)^x = (.95)^x$. Die Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese bei allen Tests korrekterweise beizubehalten wird also mit zunehmender Anzahl von Tests geringer. Als Methode zur Sicherung des Signifikanzniveaus für die Beantwortung der inhaltlichen Fragen der Studie wird in der Literatur häufig die *Bonferoni-Korrektur* vorgeschlagen (Rudolf & Müller, 2004). Aufgrund des deskriptiven Charakters der durchgeführten Tests in dieser Studie wurde eine Alpha-Korrektur (*Bonferoni-Holm*) durchgeführt, allerdings nur für die jeweiligen Gruppen, die in den Overall-Test eingingen. Ziel dieser Arbeit ist eine explorative Analyse möglicher Ursachen und Zusammenhänge für plötzliche Veränderungen im Therapieverlauf, d.h. zu diesem Zweck werden in einem differentiell ausbalancierten Rahmenmodell sehr viele Faktoren erhoben. Um mögliche Unterschiedlichkeiten und Hinweise für einflussnehmende Faktoren auf Veränderungssprünge zu entdecken, werden daher Posthoc-Vergleiche gezielt vorgenommen. In der Interpretation der Befunde wird diese Schwierigkeit der Alpha-

Inflation berücksichtigt und die Gruppenunterschiede als *tendenziell* verschiedenartig oder different expliziert.

Die insbesondere aufgrund der zahlreichen erhobenen Variablen naheliegende Anwendung multivariater Verfahren ist aufgrund der Zellverteilungen des Rahmenmodells in dieser Studie leider nicht sinnvoll gewesen.

Da die Hypothesen den Vergleich der Gain-Sitzungen und der Loss-Sitzungen untereinander vorsehen sowie zwischen Gain- und Loss-Sitzungen, wäre u.a. die Anwendung von *logistischen Regressionen* indiziert. Die logistische Regression ermöglicht die Zuordnung von intervall- oder nominalskalierten Prädiktoren zu vorgegebenen Gruppen, wobei ein verallgemeinertes lineares Modell zum Einsatz kommt, durch welches die Regressionsgerade in einen nicht linearen (logistischen) Verlauf transformiert wird (Hosmer & Lemeshow, 2000). Im Fall der binären logistischen Regression beinhaltet die abhängige Variable entsprechend der vorliegenden Datenbasis eine dichotome Ausprägung. Wright (1995, S. 221) betont jedoch, eine minimale Stichprobengröße von 50 Beobachtungen (25 pro untersuchter Gruppe) nicht zu unterschreiten.

Für das strukturprüfende Verfahren *Diskriminanzanalyse* gelten ähnliche Maßstäbe, da auch hier die Fallzahlen nicht zu klein sein dürfen (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2003, S.156 ff.). Zudem ist, wie oben bereits genannt, die für dieses Verfahren erforderliche Datenverteilung (Voraussetzung der Normalverteilung) nicht gegeben.

In Ergänzung sind die grafischen Abbildungen der erhobenen Konstrukte in den Therapiesitzungen dargestellt. Mit Hilfe von *Verlaufskurven* ist also die Prozessdynamik der einzelnen Items veranschaulicht. Da die Therapiesitzungen sehr unterschiedlich lang ausfielen sind die Sitzungen jeweils prozentual aufgeteilt dargestellt. Diese *prozentuale Standardisierung* ermöglicht eine unverzerrte Verteilungsform für jeden individuellen Verlauf (Abb. 5.14.).

Der Zusammenhang der Konstruktausprägungen der Prozessvariablen untereinander ist anschliessend korrelativ berechnet, wobei die Signifikanz der Korrelationszusammenhänge anhand der Fischer-Z-Transformation³⁹ geprüft wird. Dieses von Dunn und Clark eingeführte Verfahren vergleicht die Korrelationskoeffizienten zweier oder mehrerer Korrelationsberechnungen und hat sich als effektiv erwiesen (Meng, Rosenthal, & Rubin, 1992). Mit Hilfe dieses Verfahrens konnten die therapeutischen Zusammenhänge zwischen

³⁹ Kalkuliert mit dem MSDOS-Programm „cor.exe“ (Version 1.1.).

den einzelnen Konstrukten in jeweils zwei Patientengruppen verglichen werden. Dargestellt sind diese Befunde in den Kapitel 5.2.2.2. und 5.2.2.3.

4.3. Bezugsanalyse

Die vielfältigen Variablen und einflussnehmenden Faktoren dieser Studie sind illustrativ in der Abbildung 4.10. veranschaulicht. Einerseits liegen Informationen zur Soziodemographie der Patientenstichprobe vor, andererseits zu ihrer symptomatischen Eingangs- und Ausgangslage (BSI, etc.). Resultierend der Analysen zu diskontinuierlichen Therapieverläufen ergeben sich die vier Patientengruppen, d.h. solche, die nur mindestens einen Gain in ihrem Therapieverlauf erleben, solche mit mindestens einem Loss und denejnigen mit Gains und Losses im Verlauf. Die vierte Gruppe sind die Patienten, bei welchen die Kriterien zur Identifikation von Gains/Losses nicht erfüllt sind. In der zweiten Studie der Arbeit sind dann per Videoanalyse mögliche Ursachen für die Veränderungssprünge im Verlauf extrahiert worden; die untersuchten Bereiche sind im dritten Block (rechts) dargestellt.

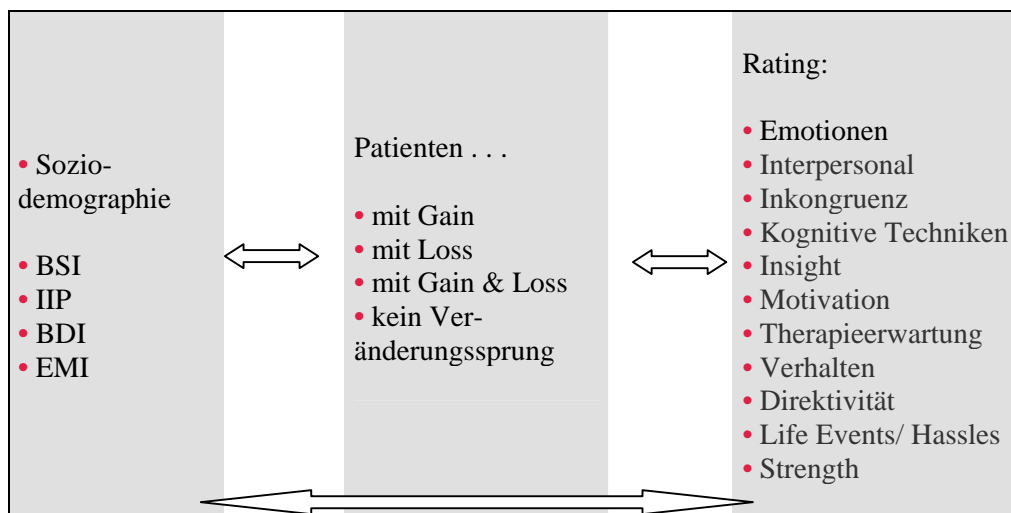


Abbildung 4.10.: Veranschaulichung der gegebenen Datenbereiche in dieser Studie

Die Zusammenhänge, Fragestellungen und Hypothesen wurden infrenzstatistisch analysiert, wobei auch explorative Vorgehensweisen gewählt wurden, die, wenn nicht alle im Ergebnisteil der Arbeit, in den beiden Anhang-Teilen D und F ausführlich vorgestellt werden.

Die unter Kapitel 3 erarbeiteten Fragestellungen und Hypothesen dieser Studie sind systematisch in gleicher Logik hypothesengeleitet wie auch explorativ untersucht und im Folgenden vorgestellt und in Kapitel 6 diskutiert.

ERGEBNISSE

Das Unzulängliche,
Hier wird's Ereignis.
Goethe, Faust II

5. ERGEBNISSE

5.1. Empirischer Teil I: Definieren von Veränderungssprüngen im Therapieverlauf

Der bisherigen Literatur zu „Sudden Gains“ folgend sollten drei Bedingungen zur Identifikation erfüllt sein. Die Veränderungssprünge müssen ausreichend groß sein und zwar (a) in absoluten Werten sowie (b) relativ zur Symptomausprägung vor dem Gain und (c) relativ zur Symptomfluktuation, welche vor und nach dem Gain besteht (vgl. Tang & DeRubeis, 1999b; Stiles et al., 2003).

Diese drei Kriterien sind allerdings modifizierbar, so dass sich in Abhängigkeit der gewählten Kriterien unterschiedlich viele Patienten ergeben, welche plötzliche Gains und Losses erleben. So besteht u.a. die Möglichkeit der Vergrößerung der Patientengruppe mit Gains in der Variation der Signifikanzgrenzen. Analog zu der Studie von Hardy et al. (2005), in der $t \geq 2.5$ statt wie bei Tang und DeRubeis (1999) $t \geq 2.78$ für das dritte Kriterium gefordert wird, sind in dieser Arbeit folglich die Signifikanzgrenzen für jenes Kriterium variiert worden.

Dargestellt in Tabelle 5.1. sind folglich die verschiedenen Variationen an Auftretenshäufigkeiten von Patienten mit Sudden Gains, Sudden Losses oder Gains und Losses, und dies jeweils in Abhängigkeit davon, ob zwei oder drei Prä- und Postwerte in den t -Test eingehen sowie der gewählten Signifikanzgrenze. So stellt z.B. die erste grau schattierte Zeile dar, dass wenn drei oder (wenn nur vorhanden) zwei Prä- oder Postwerte eingehen und $\alpha=0.25$ gewählt wird, sich für $df=4$ die Grenze von 2.78 ergibt. In dieser Substichprobe befinden sich folglich nur Patienten, deren Stundendifferenzen zwischen zwei aufeinander folgenden Sitzungen $t > 2.78$ ergibt, dies sind in diesem Fall 156 Sprünge bei 114 Patienten (da manche Patienten mehr als einen Sprung erleben). Von den 156 Sprüngen ergeben sich 111 Gains, also positive Veränderungssprünge, und 45 Losses, d.h. negative Veränderungssprünge. Unter den 114 Patienten befinden sich 73 (G), welche nur Sprünge in positive Richtung erfahren, 16 mit nur negativen (L) und 25 erleben Gains und Losses (GL) in ihrem Therapieverlauf. Die 25 Patienten mit Gains und Losses weisen 58 Veränderungssprünge auf, und zwar 29 Gains und 29 Losses.

Anzahl einbezogener Prä-/Post-Werte	t-Wert	Sprünge absolut			Patientenebene			
		Sprünge gesamt (N)	Gains (N,%)	Losses (N,%)	Sprünge (N,%)	G (N,%)	L (N,%)	GL (N,%)
3 oder fakultativ 2	$t_{(4; 97.5\%)} > 2.78$	156	111 (71.2)	45 (28.8)	114 (26.3)	73 (16.8)	16 (3.7)	25 (5.8)
	$t_{(4; 95\%)} > 2.13$	248	174 (70.2)	74 (29.8)	162 (37.3)	100 (23)	25 (5.8)	37 (8.5)
	$t_{(4)} > 2.5$, $t_{(3)} > 3^1$	184	132 (71.7)	52 (28.3)	127 (29)	81 (18.7)	17 (3.9)	29 (6.7)
	$t_{(4; 90\%)} > 1.53$	3283	2247 (68.4)	1359 (41.4)	426 (98.2)	63 (14.5)	5 (1.2)	358 (82.5)
3	$t_{(4; 97.5\%)} > 2.78$	128	88	40	98	61	17	20
	$t_{(4)} > 2.5^{40}$	184	130	54	137	88	20	29
	$t_{(4)} > 2.0$	231	155	76	149	86	24	39
2	$t_{(2; 95\%)} > 2.92$	240	156	84	138	77	16	45
3/2	$t_{(3)} > 3.0^1$	150	88	62	107	52	32	23
2/3	$t_{(3)} > 3.0^1$	173	133	40	127	94	11	22

Tabelle 5.1.: Häufigkeit von Sprüngen (Gains und Losses) in Abhängigkeit von der Anzahl einbezogener Sitzungswerte in den t-Test und den gewählten t-Werten. Grau schattiert ist die Definitionsform, für welche in diesem Kapitel eine detaillierte Beschreibung vorgenommen wird. G= Patienten mit Gain, L = Patienten mit Loss, GL = Patienten mit Gain und Loss.

Anhand dieser Aufstellung wird deutlich, dass eine Reihe der Resultatsunterschiede, welche sich in der Literatur zum Thema finden, auf unterschiedliche Operationalisierungen und Definitionen der plötzlichen Veränderungen zurückzuführen sind. Die im Folgenden berichteten Befunde stützen sich auf das strengste Kriterium (siehe grau schraffierter Bereich in Tabelle 5.1.), welches auch von Tang und DeRubeis (1999b) eingeführt wurde. Wir erhalten mit diesem Kriterium in der vorliegenden Studie mit den Stundenbogen leicht niedrigere Raten als in den Originalstudien berichtet (22,6% versus 39% bei Tang & DeRubeis, 1999b, und 17-50% in weiteren Sudden Gain-Studien, s. Hardy et al., 2005).

⁴⁰ In der Studie von Hardy et al. (2005) wird exemplarisch dargestellt inwiefern sich die Sprunghäufigkeiten verändern, wenn unterschiedlich viele Sitzungswerte (2 oder 3) in die Berechnungen eingehen sowie divergierende t -Werte (z.B. $t_{(4)} \geq 2.50$) einbezogen werden.

In Abbildung 5.1. wird ein gemittelter Sudden Gain sowie ein gemittelter Sudden Loss grafisch dargestellt, und zwar für die Substichprobe welche sich mit dem 97.5%-Kriterium ergibt. Dies bedeutet, dass der Fortschrittsbogen der Prä- und Postwerte von den 111 Gains und 45 Losses gemittelt wurde, so dass nicht nur der Gain/Loss an sich, sondern auch die drei vorhergehenden und nachfolgenden Sitzungen veranschaulicht werden. Zusätzlich sind der erste und der letzte Wert des Therapieverlaufs für beide Gruppen abgebildet, um eine Einordnung des Gains/ Losses in den Verlauf zu ermöglichen. Die Grafik ist in Anlehnung an die Originalstudie von Tang und DeRubeis (1999b) entstanden, sie zeigt den Durchschnitt aller im Datensatz vorkommenden Gains und Losses, den Durchschnitt der jeweiligen 3 vorangehenden und folgenden Sitzungen sowie der ersten und letzten Sitzung.

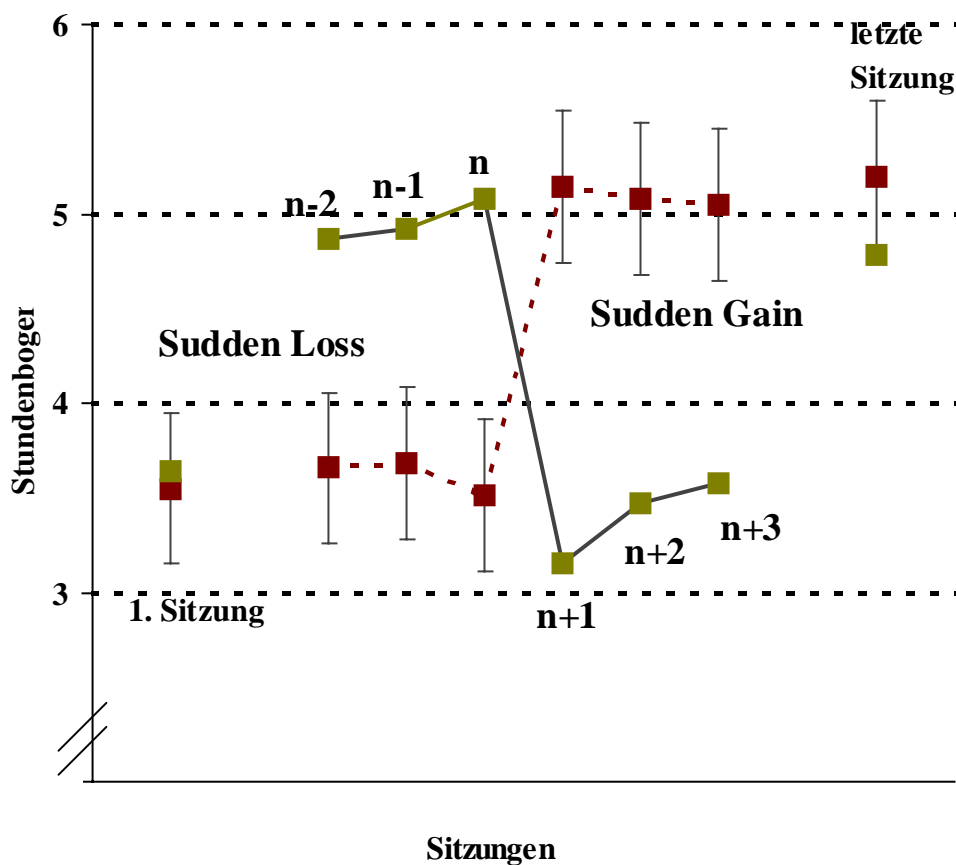


Abbildung 5.1.: Darstellung eines gemittelten Sudden Gains und Sudden Losses der vorliegenden Stichprobe. Die Werte des Stundenbeurteilungsbogen für die Sitzungen N-2, N-1, N, N+1, N+2 und N+3 sind die Mittelwerte (\bar{x} /SD) der zugehörigen Sitzungen der 111 Gains und 45 Losses in unserer Stichprobe, wobei die Sitzung N die preGain Sitzung ist. Um einen Bezug zum Kontext herzustellen, zeigt die Grafik zusätzlich die gemittelten Werte (\bar{x} /SD) der ersten und letzten Sitzung aller Patienten, die einen Gain/Loss erlebt haben.

5.1.1. Sudden Gains und Sudden Losses im Therapieverlauf

Mögliche Einflussparameter auf das Erleben eines Gains/Losses

Weder das Alter der Patienten noch das Geschlecht sind mögliche Prädiktoren für das Auftreten eines Gains oder Losses (Tabellen D.1. und D.2.).

Der Vergleich der beiden Patientengruppen (Ambulanzen in Bern und Bochum) weist gleichwertige Befunde auf (Tabelle D.3.): in beiden Substichproben treten Gains gleich häufig ein (Bern: 24.1%; Bochum: 21.1%; $\chi^2(1, N=434)=5.49, p=.459$). Bezüglich der Effektstärken unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander im BSI und BDI, allerdings bestehen leichte Differenzen in IIP (BE: $d=.70$; BO: $d=1.03$; $t(432,434)=3.81$; $p < .001$) und EMI (BE: $d=1.23$; BO: $d=0.92$; $t(360,362)=-2.42$; $p=.016$), wobei festzuhalten ist, dass die Symptombelastung zu Therapiebeginn in der Bochumer Stichprobe jeweils höher ist.

Die beiden Interventionsgruppen sind zudem in ihrem Zusammenhang zu den vier Diagnosegruppen gestellt worden. Die Diagnosenverteilung in den beiden Gruppen variiert leicht hinsichtlich der Patienten mit Angststörungen und sonstiger Störungen. Während in der Bochumer Gruppe die Angststörungen signifikant überrepräsentiert sind (Bern: 18.5%; Bochum: 34.4%; $\chi^2(1, N=434)=14.06, p < .001$), treten die sonstigen Störungen überzufällig häufig in Bern auf (Bern: 17.1%; Bochum: 0.9%; $\chi^2(1, N=434)=34.87, p < .001$). Da sich ergibt, dass einerseits die reinen Angststörungen in Bochum und andererseits die sonstigen Störungen in Bern überrepräsentiert sind, wurden zusätzlich die Risiken berechnet, welche das Chancenverhältnis angeben mit der die Erkrankungen in den beiden Interventionsgruppen vorhanden sind. Betrachtet man z.B. die Odds Ratio und die dazugehörigen Konfidenzintervalle, so findet sich für Patienten aus Bochum ein signifikant höherer Trend zur Angststörungsgruppe zu gehören gegenüber der Patienten aus Bern, und zwar um das 2.32-fache (Tabelle D.4.).

Therapiedauer

Zunächst wurden die Auftretenswahrscheinlichkeiten für einen Gain oder Loss in einer Sitzung bestimmt, welche angeben wie wahrscheinlich dieser Gain oder Loss in einer Sitzung auftritt. Berechnet wurden diese Kennzahlen, indem der Quotient gebildet wird aus der Summe der erlebten Gains/Losses pro Patient geteilt durch die Anzahl der Therapiesitzungen dieses Patienten minus 3. Wie zu erwarten sind die sich ergebenden Proportionsmaße sehr klein und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Wahrscheinlichkeit für einen Gain= .056, Loss=.06, Gain und Loss=.04; $F(2)=1.60, p=.21$). Anschließend wurden die Zusammenhänge zwischen dieser

Auftretenswahrscheinlichkeit und der absoluten Therapielänge der Patienten ermittelt. Der Abbildung 5.2. ist zu entnehmen, dass Patienten, die eine Therapie erhielten, welche weniger als 15 Sitzungen dauert eine signifikant höhere Auftretenswahrscheinlichkeit haben einen Gain, einen Loss, oder sogar beides zu erleben. Die 61 Patienten, welche länger als 25 Sitzungen ihre Therapie besuchen, haben eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit einen substantiellen Gain oder Loss oder beides zu erleben.

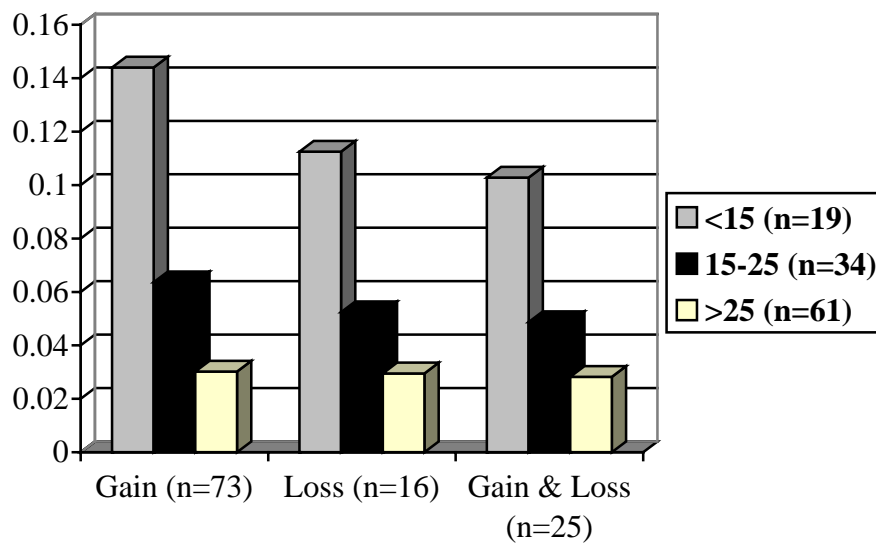


Abbildung 5.2.: Auftretenswahrscheinlichkeit eines Gain/Loss in Abhängigkeit davon ob eine kurze, mittellange oder lange Therapie durchgeführt wurde. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (Tukey; $p < .001$) bestehen jeweils zwischen den drei Gruppen Kurz-, Mittellange- und Langzeittherapie.

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen dem Erleben eines Gain/ Losses und der absoluten Länge der Therapie, so zeigt sich dass hinsichtlich der Therapiedauer ein signifikanter Haupteffekt zwischen den Gruppen ($F(3, 430)=9.66, p \leq .001$) besteht (siehe Tab. 5.2). Patienten, welche Gains und Losses ($M=44.32, SD=31.12$) im Therapierverlauf erleben, weisen signifikant längere Therapien auf als diejenigen mit nur Losses ($M=26.19, SD=12.7; p=.009$) oder die gar keinen Sprung ($M=26.85, SD=15.02; p < .001$) erleben. Interessanterweise ergeben sich für Patienten mit Gains ebenfalls längere Therapien ($M=33.89, SD=23.32$) als für die anderen Gruppen, signifikant wird der Unterschied allerdings nur gegenüber den Patienten ohne Sprünge ($p=.013$).

Zusätzlich liegen Informationen zu dem Abschlussmodus der Therapien vor. Als Abbruch wird dabei ein Therapieabschluss definiert, den der Therapeut nicht für angebracht hält. Von den 434 Patienten erlebten 88.9% ($n=386$) ein reguläres Therapieende, 2.3% ($n=10$)

brachen ihre Therapien ab, 0.2% (n=1) wurden weiter verwiesen und in einem Fall (0.2%) fand eine Therapiewiederaufnahme statt (über 32 Patienten lagen keine Angaben vor). Wie der Tabelle D.5. zu entnehmen ist, sind die Fallzahlen (insbesondere in der Gruppe der Abbrecher) sehr gering, so dass weitere quantitative Berechnungen keine Signifikanzen ergeben würden. Allerdings zeigt die Übersicht, dass Abbrüche nicht, wie erwartet, nur bei den Patienten mit Losses erfolgen.

Zusammenhang zwischen den Sudden Gains/Losses und der Therapieausgangslage

Das Ausmaß der symptomatischen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn liegt bei den Patienten mit Gains höher als bei jenen ohne Sprung im BSI (Gewinn: $M = 1.67$, $SD = .73$ vs. kein Sprung: $M = 1.36$, $SD = .80$; $F(3, 434) = 3.72$, $p = .012$), bezüglich IIP, EMI und BDI bestehen keine Unterschiede (vgl. Tabelle 5.2.).

Bezüglich des Therapieergebnisses unterscheiden sich die Gruppen signifikant in den drei zentralen Inventaren BSI, IIP, BDI.

Unter Kontrolle der Eingangsbelastung weisen die Patienten mit Gains und Losses signifikant höhere Werte auf als Patienten ohne Veränderungssprung oder mit Gewinn, die Resultate zeigen sich tendenziell auch beim EMI, werden aber nicht signifikant (Tabelle 5.2.). Auffällig ist, dass die Patienten mit Gains und Losses durchweg auf allen Messinstrumenten die höchsten Ausprägungen besitzen. Im Gegensatz dazu ergeben sich für die Patienten ohne Gains/Losses die geringsten Werte.

Ergebnisvariable		Therapieverlauf	M	SD	df	F
Prä-Werte	BSI	Gain	1.67*	.73	3	3.72*
		Loss	1.51	.80		
		Gain & Loss	1.63	.92		
		Kein Sprung	1.36*	.80		
	IIP	Gain	1.62	.47	3	1.03
		Loss	1.68	.53		
		Gain & Loss	1.73	.38		
		Kein Sprung	1.58	.50		
	EMI	Gain	3.98	.89	3	2.46
		Loss	3.93	.74		
		Gain & Loss	3.84	.93		
		Kein Sprung	3.69	.80		
	BDI	Gain	.95	.44	3	2.23
		Loss	.93	.48		
		Gain & Loss	1.08	.33		
		Kein Sprung	.83	.43		

Ergebnisvariable	Therapieverlauf	M	SD	df	F	
Post-Werte (Kovarianzanalyse)	BSI	Gain	.65**	.07	3	3.38*
		Loss	.85	.15		
		Gain & Loss	1.02**	.12		
		Kein Sprung	.66**	.03		
	IIP	Gain	1.20*	.05	3	3.40*
		Loss	1.12*	.11		
		Gain & Loss	1.44*	.09		
		Kein Sprung	1.15**	.02		
	EMI	Gain	2.83	.10	3	1.99
		Loss	3.07	.21		
		Gain & Loss	3.29	.18		
		Kein Sprung	2.86	.05		
	BDI	Gain	.38**	.05	3	5.54**
		Loss	.60*	.10		
		Gain & Loss	.71**	.09		
		Kein Sprung	.38**	.02		

Tabelle 5.2.: Therapieergebnis bei Personen mit und ohne Sudden Gains/Losses. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (Tukey; $p < .05$) sind gekennzeichnet durch *.

Da sich die unterschiedlichen Gruppen (keine Sprünge, Gain/Losses oder beides) hinsichtlich ihrer Ausgangslage in den Messinstrumenten unterscheiden, muss ein Vergleich der unterschiedlichen Effektivität bzw. Effektstärken eine Kontrolle der Ausgangsvariablen enthalten. Entsprechend wurde eine Kovarianzanalyse unter Kontrolle der Ausgangslage durchgeführt, um eine „adjusted“⁴¹ Effektstärke zu erhalten. Die Abbildung 5.3. veranschaulicht die Ergebnisse der vier Kovarianzanalysen im Überblick.

Für jedes in dieser Studie verwendete Inventar werden die Patientengruppen, welche einen Gain, einen Loss oder beides erlebt haben, in Form von Kreisen unterschiedlicher Farbtönung dargestellt. Die mit einem Stern gekennzeichneten Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander.

Wie man der Grafik entnehmen kann sind die Effektstärken für BSI, EMI und BDI tendenziell vergleichbar. Die Patienten, welche Gains erlebten (BSI $d = .98$), sowie diejenigen ohne Veränderungssprünge zeigen im BSI die höchsten Effektstärken (BSI $d = .95$), sie unterscheiden sich signifikant von den niedrigen Effektmaßen der Patienten mit

⁴¹ Die Effektstärke wird hier anhand des Prä-Post Differenzwertes der z-transformierten Werte unter Kontrolle der Ausgangswerte berechnet; dieses Maß wird auch *adjusted d* genannt (Kline, 2004).

Gains und Losses (BSI $d = 0.51$; $F(3,434)=3.38$; $p<.018$). Patienten mit Losses weisen geringer ausgeprägte Effektstärken (BSI $d = 0.73$) auf, aber nicht signifikant.

Ein sehr ähnliches Muster ergibt sich für den BDI, da sich auch hier die Patienten mit Gains (BDI $d = 1.11$) und jene ohne Sprünge (BDI $d = 1.11$) signifikant von denen mit Sprüngen unterscheiden (BDI $d = .35$; $F(3,304)=5.54$; $p<.001$). Die Patienten mit Verlusten liegen mit einer Effektstärke von $d = .62$ erneut im mittleren Bereich.

Auch im EMI zeigen sich niedrige Effektstärken in der Gruppe Patienten, welche Gains und Losses erlebt (EMI $d = .57$), während die anderen Patientengruppen mit Gains ($d = 1.11$) und ohne Sprünge ($d = 1.08$) höhere Werte aufweisen. Die Patienten mit Losses zeigen wiederum mittelhohe Effektstärken ($d = .82$).

Im IIP ergeben sich die höchsten Effektstärken für die Patienten mit Losses (IIP $d = .98$), welche allerdings nicht signifikant von Patienten mit Gains (IIP $d = .82$) und solchen ohne Sprünge verschieden sind (IIP $d = .91$), alle drei Gruppen weisen allerdings signifikant höhere Effektstärken auf als die Patienten mit Gains und Losses (IIP $d = .33$; $F(3,434)=3.4$, $p<.018$).

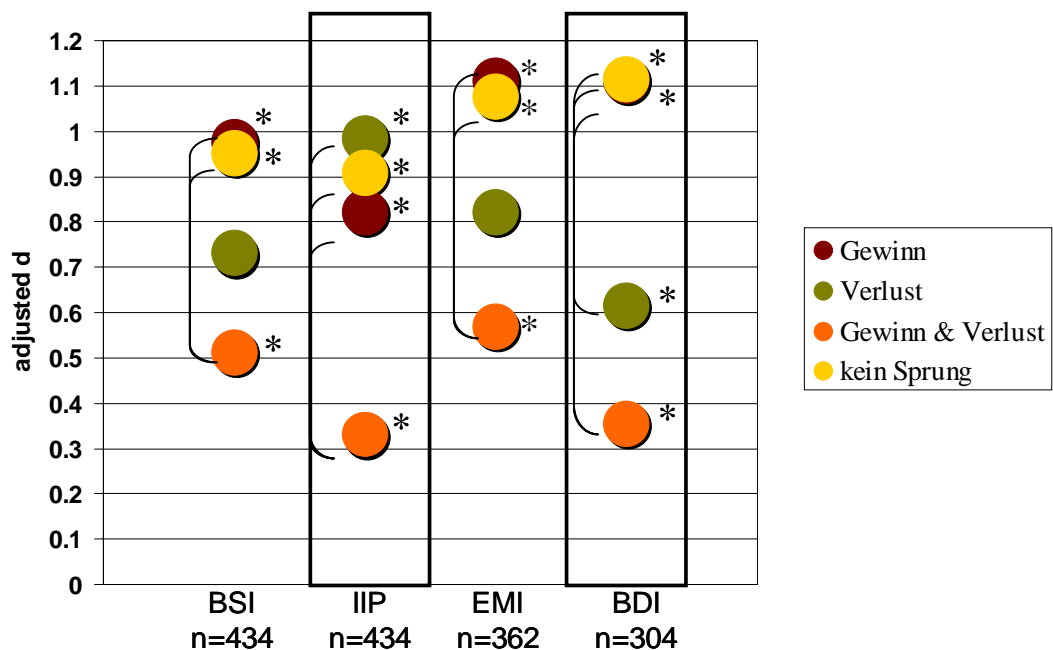


Abbildung 5.3.: Das Erleben von Gains/Losses in Beziehung zum Therapieergebnis. Abgebildet sind die vier Ergebnismaße BSI, IIP, EMI und BDI. Die Kreise stellen je nach Farbe die Patientengruppen dar, welche einen Gain, einen Loss oder beides erlebt haben. Je höher diese Kreise in der Grafik abgebildet sind, desto höher sind die Effektstärken jener Patientengruppe. Die Sternchen implizieren inwiefern sich die Patientengruppen voneinander signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (LSD; $p<.05$) sind gekennzeichnet durch *.

5.1.2. Diagnose und Sudden Gains/Losses

Betrachtet man die Tabelle D.6. so wird deutlich, dass unter den Patienten mit oder ohne Veränderungssprünge die vier kategorisierten Diagnosegruppen ähnlich verteilt sind. Um die Gesamtkontingenz in ihre additiven Teilkomponenten zu zerlegen wird eine Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA; Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000) vorgenommen, welche mittels der Diskrepanzen zwischen den beobachteten und erwarteten Häufigkeiten einem vorgegebenen Signifikanzmaß (hier $\chi^2_{0.05}=3.84$ für 1 Fg) über- oder unterfrequentierte Konfigurationen aufdeckt. Tatsächlich findet sich nur eine signifikant unterfrequentierte Konfiguration: die Angststörungspatienten erleben signifikant weniger Gains in ihrem Verlauf als erwartet ($\chi^2(1)=5.50; p<.05$)⁴².

Auffällig ist auch, dass Patienten mit Angst-/Depressions- und Komorbidstörung tendenziell die meisten Veränderungssprünge aufweisen. Jene Patienten haben signifikant mehr Gains (n=44) oder Gains und Losses (n=15) als die Angstpatienten (Gains: n=9; Gains und Losses: n= 4; $\chi^2(3, N=340)=10.25, p=.017$). Offenbar finden sich bei stärker beeinträchtigten Patienten auch eher Fluktuationen im Verlauf. Zusätzlich ist die durchschnittliche Therapiedauer dieser Patientengruppe recht lang ($M=30.18, SD=16.84$), wengleich auch nicht signifikant länger als die anderen Diagnosegruppen. Lediglich die Gruppe der Depressionspatienten weisen signifikant längere Therapien auf ($M=36.58, SD=26.72$) als die anderen (reine Angststörungen: $M=25.08, SD=17.1$; sonstige Störungen: $M=23.26, SD=10.33; F(3, 430)=6.714, p<.001$).

5.1.3. Lage der Sudden Gains und Losses im Therapieverlauf

Zeitliches Auftreten der Sudden Gains und Losses

Die Analyse des Auftretens der Gains und Losses im Therapieverlauf (siehe Abbildung 5.4.) zeigt, dass die Gains eher früh im Therapieverlauf vorkommen, d.h. vor der 20. Sitzung, und später in ihrer Häufigkeit stetig abnehmen (Median=8, Modus=3). Im Gegensatz zu dieser abnehmenden Tendenz der Gains, kommt es erst ab der 6. Sitzung vermehrt zu Losses (Median=17, Modus=10), und diese ansteigende Tendenz bleibt erhalten. Während der ersten fünf Sitzungen treten signifikant häufiger Gains (34.23%) auf als Losses (4.44%; $\chi^2(1, N=156)=14.90, p<.001$). Zwischen der sechsten und 20. Sitzung steigt die Anzahl der Losses (55.56%) erheblich an, während die Auftretenshäufigkeit der

⁴² Zur Berechnung des Chi-Quadrat-Werts wurde die Formel $\chi^2_{ij} = (f-e)^2/e$ herangezogen; f repräsentiert die beobachteten Häufigkeiten, e die erwarteten (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000).

Gains (43.24%; $\chi^2(1, N=156)=1.95$, n.s.) nur leicht ansteigt. Ab der 20. Sitzung nimmt die Anzahl der Gains dann rapide ab (22.52%), während die der Losses zwar auch abnimmt, allerdings weiterhin noch relativ hoch ist (40%), der Unterschied ist für den Vergleich der beiden Gruppen signifikant, $\chi^2(1, N=156)=5.00$, $p=.023$.

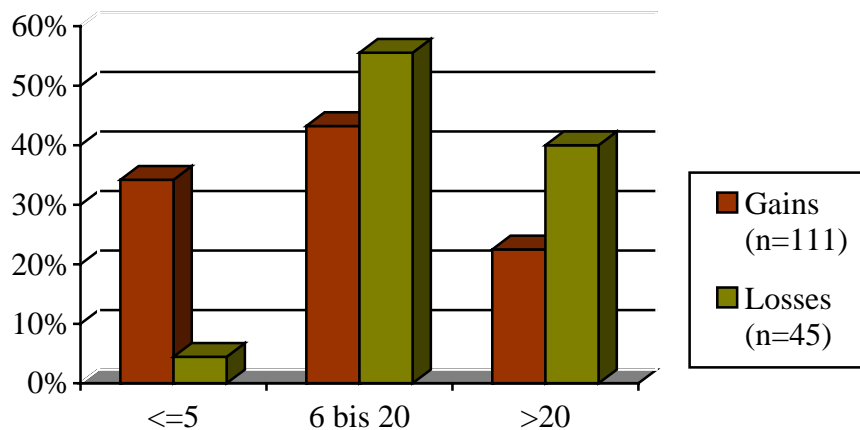


Abbildung 5.4.: Zeitliche Anordnung von Gains und Losses im Therapieverlauf.

Einfluss der zeitlichen Lage der Sudden Gains/Losses auf das Therapieergebnis

Der Therapieverlauf jeder einzelnen Therapie wird in Phasen eingeteilt, um den Zusammenhang zum Symptomausmaß zu Beginn sowie zum Ende der Therapie zu untersuchen. Insgesamt erleben lediglich 37 Patienten Gains und 2 Patienten Losses innerhalb der ersten fünf Sitzungen. Da sich die Patienten mit diesen frühen Gains bzgl. ihrer Ausgangssymptomatik im BSI von jenen mit später eintretenden Gains oder Losses⁴³ unterscheiden (frühe Gains: $M = 1.43$, $SD = .77$; späte Gains/Losses: $M = 1.74$, $SD = .77$; $t(112)=2.06$, $p=.041$, Angaben siehe Tabelle D.7.), werden unter Einbezug der Therapieausgangswerte als Kovariaten die Unterschiede in den Ergebnismaßen berechnet. Es ergeben sich für den BDI (frühe Gains: $M = 0.36$, $SD = .08$; späte Gains/Losses: $M = .60$, $SD = .06$; $F(1,73)=5.41$, $p=.023$) und den EMI (frühe Gains: $M = 2.74$, $SD = .16$; späte Gains/Losses: $M = 3.14$, $SD = .11$; $F(1,96)=4.16$, $p=.044$) in der Gruppe der frühen Gainer signifikant niedrigere Endwerte (Tabelle D.7.).

Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass Patienten mit späten Gains, d.h. Verläufen, in denen der Gain nach der 15.Sitzung vorkommt, signifikant niedrigere Endwerte im BSI aufweisen

⁴³ Die Differenzierung zwischen Patienten mit frühen versus späten Gains oder Losses ist nur insofern möglich als die Patienten mit frühen Gains gegen alle anderen Patientengruppen getestet wird, weil in vielen Fällen ein Patient in unterschiedlichen Therapiephasen Gains oder Losses erlebt hat. So ist es z.B. nicht möglich Patienten mit späten Gains mit jenen mit späten Losses bzgl. ihres Therapieresultats zu vergleichen, da sich in beiden Gruppen die gleichen Patienten befinden.

(unter Konstanthaltung der Eingangswerte) als die anderen Patienten (späte Gains: $M = .48$, $SD = .14$; frühe oder mittlere Gains/Losses: $M = .85$, $SD = .09$; $F(1,111)=4.71$, $p=.032$).

Der Einfluss des Erlebens früher Losses wird nicht untersucht, da in der Gruppe nur zwei Patientenfälle enthalten sind. Patienten, die ihre Losses dagegen relativ spät im Verlauf erleben, also nach der 15. Sitzung, weisen am Ende der Therapie, unter Konstanthaltung der Eingangssymptomatik, niedrigere Symptomwerte auf im BSI ($M = .41$, $SD = .18$) als Patienten mit früheren Losses oder jene mit Gains ($M = 0.82$, $SD = .09$; $F(1,111)=4.43$, $p=.038$).

Zusätzlich sind die Therapien in unterschiedliche Abschnitte eingeteilt worden, um zu prüfen inwiefern das Therapieresultat abhängig ist von der Lage der Veränderungssprünge. In der Tat variiert das Therapieergebnis je nach Lage der Veränderungssprünge, d.h. ob die Veränderungssprünge innerhalb der ersten fünf Sitzungen vorkommen, zwischen der sechsten und 15. Sitzung, nach der 15. Sitzung oder gleichzeitig in mehreren Phasen (Abb. 5.5.): die Effektstärken sind in allen vier Instrumenten für die Patienten mit frühen Sprüngen am höchsten.

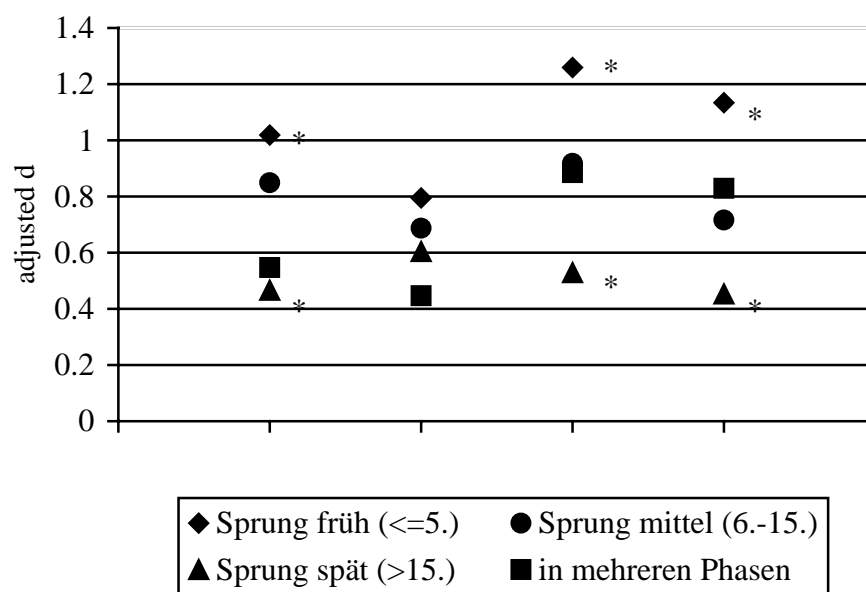


Abbildung 5.5.: Die zeitliche Lage der erlebten Gains/Losses in Beziehung zum Therapieergebnis. Abgebildet sind die vier Ergebnismaße BSI, IIP, EMI und BDI. Die geometrischen Zeichen (Kreise, Rauten, etc.) stellen je nach Form die Patientengruppen dar, welche ihren Sprung früh im Therapieverlauf erleben, im mittleren Bereich oder spät. Je höher diese Formen in der Grafik abgebildet sind, desto höher sind die Effektstärken jener Patientengruppe. Die Sternchen implizieren inwiefern sich die Patientengruppen voneinander signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (LSD; $p < .05$) sind gekennzeichnet durch *.

Betrachtet man nun den Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Veränderungssprungs (unabhängig, ob in positive oder negative Richtung) und dem Therapieerfolg, indem die Therapiedauer in Drittel geteilt wird, erleben 57 Patienten ihre/n Veränderungssprung/-sprünge im ersten Drittel, 49 im zweiten Drittel und 32 im letzten Drittel ihrer Therapie. Die Effektstärken sind signifikant niedriger in BSI, wenn der Sprung im letzten Drittel erfolgt (Sprung im 1. oder 2. Drittel: $M=0.95$, $SD=.94$; Sprung im 3. Drittel: $M=0.59$, $SD=.92$; $t(402)=2.05$, $p=.041$); ansonsten bestehen unter dieser Gruppeneinteilung keine Unterschiede.

5.1.4. Therapeutische Beziehung und Sudden Gains/Losses

Für die Substichprobe der Patienten der ambulanten Praxisstelle in Bern (N=216) lag zusätzlich die Subskala *Therapeutische Beziehung* im Sitzungsverlauf vor (vgl. Grosse Holtforth, Grawe, & Castonguay, 2006). Daher konnten für diese Substichprobe auch die Zusammenhänge zwischen dem Erleben von sprunghaften Veränderungen im Therapieverlauf und der therapeutischen Beziehung analysiert werden⁴⁴. Bei einem Vergleich der beiden Patientengruppen mit Gain und mit Loss zeigt sich tatsächlich, dass bei den Sitzungen mit Gain (N+1) in der gleichen Sitzung auch hohe Werte auf der therapeutischen Beziehungsebene ($M=6.0$, $SD=0.91$) auftreten. Im Gegensatz dazu zeichnen sich die Sitzungen mit Loss voranging durch einen signifikant niedrigeren Wert auf der Beziehungsebene ($M=5.58$, $SD=0.97$; $t(123)=2.21$, $p=.029$) aus.

Zusätzlich ist dieser Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen mit Gain oder Loss bezüglich der Therapiebeziehung auch anhand der Sitzung vor dem Gain/Loss (N) sowie in jener nach dem Gain/Loss (N+2) untersucht worden. Der Trend, dass die Gainer signifikant höhere Einschätzungen in der Therapiebeziehung aufweisen ($M=6.11$, $SD=0.73$) als die Patienten mit Losses ($M=5.66$, $SD=.84$; $t(123)=2.16$, $p=.033$), zeigt sich auch in der dem Gain folgenden Sitzung. Demgegenüber wird in der dem Gain vorangehenden Sitzung (N) ein konträres Muster deutlich: die Patienten schätzen ihre Beziehung zum Therapeuten hier niedriger ein ($M=5.74$, $SD=0.90$) als vor einer Loss-Sitzung ($M=6.12$, $SD=.68$; $t(123)=2.16$, $p=.033$).

⁴⁴ Das Kriterium ($t=0,975$) ist in diesem Abschnitt zur Berechnung des Zusammenhangs zur Therapiebeziehung etwas weniger strikt gewählt worden ($t=.95$), um den Datenverlust durch die geringere Stichprobengröße hinsichtlich der Teststärke ausgleichen zu können.

Betrachtet man die therapeutische Beziehung in der Gain-/Loss-Sitzung anhand der vier Gruppen (Gain, Loss, jene mit Gain und Loss und jene ohne Sprung) so ergeben sich im Mittelwertvergleich zwischen den Gruppen tendenziell gleichwertige Resultate: Die Gain-Gruppe ($M = 6.0$, $SD = 1.0$) weisen sich durch signifikant höhere Beziehungswerte in den relevanten Sitzungen aus als die Patientengruppe mit Losses ($M = 5.17$, $SD = 1.06$, $F(2, 122) = 3.132$, $p = .047$), Patienten, die dagegen beides erleben ($M = 5.89$, $SD = .81$) zeigen zwar immer noch höhere Beziehungswerte als die Patienten mit Losses, unterscheiden sich jedoch nicht signifikant.

Identifikation von Sudden Gains oder Losses auf der Beziehungsebene

Die Anwendung der oben beschriebenen Kriterien (Kapitel 4.1.4.1.) auf die Subskala *Therapeutische Beziehung* zeigt, in welchem starkem Ausmaß das Identifizieren von Gains und Losses von dem erhobenen Messmittel abhängt. Von den 216 Patienten der Praxisstelle in Bern erleben nur 10.6% (23 Patienten) einen Veränderungssprung in ihrer therapeutischen Beziehung. Demgegenüber haben sich nur für diese Patientengruppe ($n = 216$) zu 35.2% ($n = 76$) Veränderungssprünge im Fortschrittsbogen ergeben. Offensichtlich sind die durch den Stundenbogen erfassten Aspekte zum Therapiefortschritt veränderungssensitiver als die therapeutische Beziehung. Ein direkter Vergleich der Patienten mit Gains oder Losses auf den beiden unterschiedlichen Skalen ist nicht möglich, da in nur 13 Fällen ein Gain parallel auf beiden Skalen zum gleichen Zeitpunkt zu identifizieren ist, während Losses oder Gains *und* Losses nur in 5 Fällen gleichzeitig auftreten.

5.2. Empirischer Teil II: Veränderungsmuster und ursächliche Sequenzen für erlebte Diskontinuitäten in der Psychotherapie

Die Patientengruppe (n=89), welche in das Design dieser Studie eingingen (Kapitel 4.2.1.) sind der Grundgesamtheit von 434 Patienten entnommen. Dabei liegen keine Unterschiede vor zwischen diesen 89 Patienten und der Grundstichprobe hinsichtlich Symptomausprägung und Diagnosezugehörigkeit (Tabelle 5.3.). Somit ist die Repräsentativität der Subgruppe für die Gesamtgruppe gewährleistet.

	Grundgesamtheit (N=434)		Geratete Patienten (n=89)		df	p
	n	M (SD)	n	M (SD)		
BSI prä	434	1.43 (.81)	89	1.36 (.65)	521	n.s.
IIP prä	434	1.60 (.49)	89	1.62 (.42)	521	n.s.
BDI prä	315	.86 (.43)	58	.90 (.45)	371	n.s.
EMI prä	365	3.75 (.83)	81	3.80 (.86)	444	n.s.
ES (BSI)	434	.92 (.95)	89	.88 (.94)	521	n.s.
ES (IIP)	434	.86 (.93)	89	.86 (.90)	521	n.s.
ES (BDI)	295	1.04 (1.03)	53	1.09 (1.11)	346	n.s.
ES (EMI)	362	1.04 (1.21)	80	1.04 (1.20)	440	n.s.
Alter (Jahren)	392	38.65 (10.9)	82	38.01 (11.4)	472	n.s.

	n	n (%)	n	n (%)	df	p
Geschlecht (f. %)	422	257 (60.9)	86	51 (59.3)	1	n.s.
Diagnosen (n, %)						
Depression		55 (12.7)		19 (21.3)		
Angst		115 (26.5)		23 (25.8)		
Depression/ Angst & Kom.	434	225 (51.8)	89	43 (48.3)	3	n.s.
andere		39 (9)		4 (4.5)		

Tabelle 5.3.: Vergleich der soziodemographischen Variablen und der Diagnosezugehörigkeit zwischen der Gesamtstichprobe (N=434) und der Subgruppe (n=89), dessen Therapiesitzungen geratet wurden. Die Vergleiche mittels *t*-Test und χ^2 -Test ergeben sich alle als nicht signifikant (n.s.). M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Prä= Eingangswerte, ES=Effektstärke.

Diese beiden Patientengruppen sind zudem auch hinsichtlich ihrer Häufigkeit von erlebten Sudden Gains und Losses verglichen worden. Da für diese Studie möglichst viele Sitzungen heran gezogen wurden, um ein methodisch sinnvolles Rahmenmodell zu gestalten (zumindest so viele wie die externalen Bedingungen zuließen, s.a. Kapitel 6.5.1.) und sich

dies insbesondere für das Beschaffen von Loss-Sitzungen als schwierig erwies, besteht keine Gleichverteilung der erhobenen Sitzungen mit der Grundgesamtheit (Tabelle 5.4.). Die Angaben entsprechen jenen der Tabellen 4.7. und 5.1., und sind folglich in dieser Übersichtstabelle lediglich zusammengeführt dargestellt und auf ihre Unterschiede getestet. Insbesondere sind für diese Beobachtungsstudie weniger Patienten mit Gains sowie ohne Veränderungssprung herangezogen worden als ursprünglich im Datensatz (unter dem 95%-Kriterium) gefunden. Der hohe Anteil an neutralen Sitzungen und der niedrige an Losses in der Grundgesamtheit wurde bewusst für die Beobachtungsstichprobe variiert, um eine ähnliche Verteilung in den Zellen zu erzielen.

	Grundgesamtheit (N=434)		Geratete Patienten (n=89)		df	p
	n	(%)	n	(%)		
Sudden Gain	100	(23)	26	(29.2)	3	<.001
Sudden Loss	25	(5.8)	18	(20.2)		
Gain & Loss	37	(8.5)	23	(25.8)		
Kein Sprung	272	(62.7)	22	(24.7)		

Tabelle 5.4.: Vergleich der Gruppenzugehörigkeit zwischen der Gesamtstichprobe (N=434) und der Subgruppe (n=89), dessen Therapiesitzungen geratet wurden.

Die beobachteten Daten wurden zu Beginn in systematischer Weise aufbereitet, um anschliessende sinnvolle Berechnungen zu gewährleisten (vgl. Kapitel 4.3.10.). Zunächst ist die Ausprägung der Skala von 1 bis 5 in 0 bis 4 umkodiert. Um die Einflüsse der Beobachter zu minimieren, wurden die Daten anschliessend z-standardisiert, d.h. jeweils für jeden Rater am eigenen Mittelwert standardisiert. Um die Ausprägung des Merkmals für eine Sitzung zu erhalten, wurden die Daten zuerst dichotomisiert und anschliessend die an der Anzahl der Minuten der jeweiligen Sitzung standardisierte Summe gebildet (und zwar an der Anzahl der Minuten, für die auch ein Wert vorliegt). Die nachfolgenden Berechnungen sind mittels nonparametrischer Verfahren vorgenommen worden, da nicht in allen Fällen das Intervallniveau, die Normalverteilung und Varianzhomogenität der Daten gegeben sind. Zudem sind die Zellen des Rahmenmodells ungleich verteilt und somit auch teilweise die Varianzen (Tab.4.6.), so dass verteilungsfreie Testverfahren robuster und zuverlässiger gegen Verletzungen dieser Art sind (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000; Kap.4).

5.2.1. Zusammenhang zwischen Prozessvariablen und Patientengruppen

In Anlehnung an die Befunde in Kapitel 5.1.1. ist die Gruppeneinteilung auf Patientenebene in jene mit Gains, mit Losses, mit beiden oder ohne Sprung beibehalten, um zu prüfen inwiefern sich jene vier Gruppen hinsichtlich der erhobenen Prozessvariablen voneinander unterscheiden.

Für die Gruppenvergleiche sind die auf Minutenebene erhobenen Konstrukte gemittelt als abhängige Variable in den Kruskal-Wallis-Test eingegangen.⁴⁵

Kognitive Techniken

Für alle in dieser Studie verwendeten Items werden die Patientengruppen in Form von Kreisen unterschiedlicher Farbtönung dargestellt. Die mit einem Stern gekennzeichneten Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander, wobei die Signifikanzwerte anhand des Verfahrens nach Bonferoni-Holm korrigiert wurden⁴⁶. Da nur wenige der paarweisen Vergleiche stark genug waren, um unter der Bonferoni-Holm-Korrektur zu einer Aussage zu kommen, sind deskriptiv und explorativ tendenzielle Unterschiede ebenfalls dargestellt, um dem Leser die Trends und mögliche Richtungen zu verdeutlichen.

Wie der Abbildung 5.6. zu entnehmen ist, unterscheiden sich die mittleren Rangplätze für den Einsatz *Kognitiver Techniken* durch die Therapeuten nicht wesentlich voneinander. Die Therapeuten der Patienten ohne Sprung sowie jene mit Losses haben ein tendenziell höheres Ausmaß an kognitiven Techniken angewandt (d.h. einen höheren Rangwert), allerdings in allen vier Items nicht signifikant (*Arbeit an Gedanken*: $\chi^2(3)=3.73$; $p>.05$; *Bedeutung Gedanken*: $\chi^2(3)=5.43$; $p>.05$; *frühe Erinnerungen*: $\chi^2(3)=5.73$; $p>.05$; *Einsicht emot. Erfahrungen*: $\chi^2(3)=6.55$; $p>.05$). Hinsichtlich der kognitiven Veränderungen, die auf Seiten der Patienten stattfinden, zeigt sich ein anderes Muster: Während sich die vier

⁴⁵ Um die Lesbarkeit des Textes zu vereinfachen und die vielen unterschiedlichen Befunde anschaulich zu beschreiben, sind nicht alle Kennwerte in den Text integriert worden, sondern zur vertiefenden Lektüre in dem Anhang F unter den Tabellen F.1.a bis F.1.h dargestellt.

⁴⁶ Als A posteriori-Test wird in der Literatur oft der Nemenyi-Test diskutiert (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000; Sachs, 1997). Natürlich kann man gleichermaßen den Posthoc-Test nach Dunn (Dunn, 1964) anwenden, welcher aber ähnlich konservativ testet wie der Nemenyi, da beide Tests eine Alpha-Korrektur integrieren. Alternativ wird in der Literatur vorgeschlagen, Mann-Whitney-Tests vorzunehmen und die p -Werte dieser Einzelvergleiche unter der Bonferoni-Korrektur zu interpretieren. Die Bonferoni-Korrektur entspricht der Formel $\alpha^* = \alpha/k$, wobei k die Anzahl der Vergleiche darstellt (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2000). Eine andere, weniger konservative Adjustierung wird von Bortz et al. (2000) vorgeschlagen: $\alpha^* = 1 - (1 - \alpha)^{1/k}$. Alternativ wird in der Literatur die Bonferoni-Holm-Korrektur diskutiert, welche weniger konservativ ist als die Bonferoni-Korrektur (Ulm et al., 1989). In dieser Arbeit wurden diese fünf Verfahren berechnet und miteinander verglichen mit dem Ziel ein weniger strenges Verfahren anzuwenden. Die fünf Verfahren erwiesen sich als ähnlich streng, wobei die Bonferoni-Holm-Korrektur weniger konservativ ausfiel als die anderen Korrekturverfahren.

Patientengruppen nicht bzgl. ihrer *Überzeugungen hinter deren negativen Gefühlen* unterscheiden ($\chi^2(3)=1.41$; $p>.05$), bestehen Unterschiede hinsichtlich der *Akzeptanz neuer Denkprozesse* zwischen den Gruppen ($\chi^2(3)=26.19$; $p<.001$). Im Einzelvergleich hat sich ergeben, dass die Akzeptanz neuer Denkprozesse bei Patienten der Gruppe ohne Veränderungssprung (89.00) signifikant höher eingeschätzt wurde als bei jenen mit Gains und Losses (48.04). Der signifikante Unterschied konnte unter der Bonferoni-Holm-Korrektur gehalten werden (siehe Sternchen). Patienten mit Gain (67.85) oder mit Losses (68.43) dagegen befinden sich im mittleren Bereich und unterscheiden sich ebenfalls signifikant von jenen ohne Sprung sowie von jenen mit Gains und Losses. Die *Einsicht der Patienten* ist ebenfalls in allen vier Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt ($\chi^2(3)=12.09$; $p<.01$). Patienten ohne Veränderungssprung erlebten signifikant mehr *Einsicht* (78.00) als jene mit Gains (60.66) oder mit Gains und Losses (56.84).

⁴⁷ Auf der Ordinate sind die mittleren Ränge abgetragen, d.h. die durchschnittliche Rangsumme pro Gruppe. Bei Rangvarianzanalysen werden, wie bereits in Kapitel 4.2.10. dargestellt, die einzelnen Messwerte über alle vier Gruppen hinweg in eine Rangreihe gebracht, jene Rangwerte werden anschließend pro Patientengruppe aufsummiert und durch ihre Stichprobenumfänge dividiert. Die hohen Werte erklären sich so, dass in die Berechnungen für z.B. die Abbildung 5.6. 128 Werte eingehen, die in eine Rangreihe gebracht werden. Die Summe dieser Ränge ergibt daher auch sehr hohe Werte. Die Gruppenvergleiche dieser Ratingbefunde werden ausschließlich anhand mittlerer Ränge dargestellt, um die Befundlage konsistent entsprechend des angenommenen Ordinalniveaus der Daten zu behandeln.

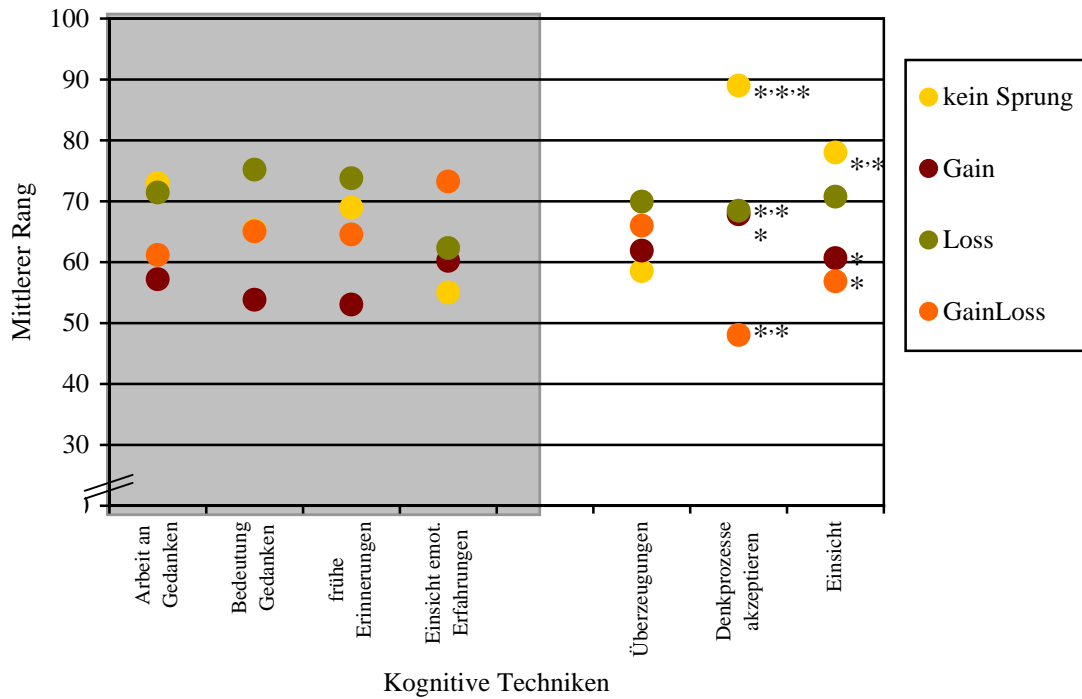


Abbildung 5.6.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Kognitive Techniken*⁴⁷. Die Items mit grau hinterlegten Feldern beziehen sich auf das Ausmaß der kognitiven Interventionen vonseiten des Therapeuten, während die weiss hinterlegten das Ausmaß der kognitiven Veränderungen beim Patienten zeigt. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Behaviorale Techniken

Inwiefern *verhaltenstherapeutische Techniken* in den vier Patientengruppen unterschiedlich eingeschätzt werden, soll die Abbildung 5.7. zeigen. *Übungen* ($\chi^2(3)=4.37; p>.05$) und die Einschätzung derer *Qualität* ($\chi^2(3)=8.79; p>.05$) sind in den vier Gruppen gleich häufig geschätzt worden.

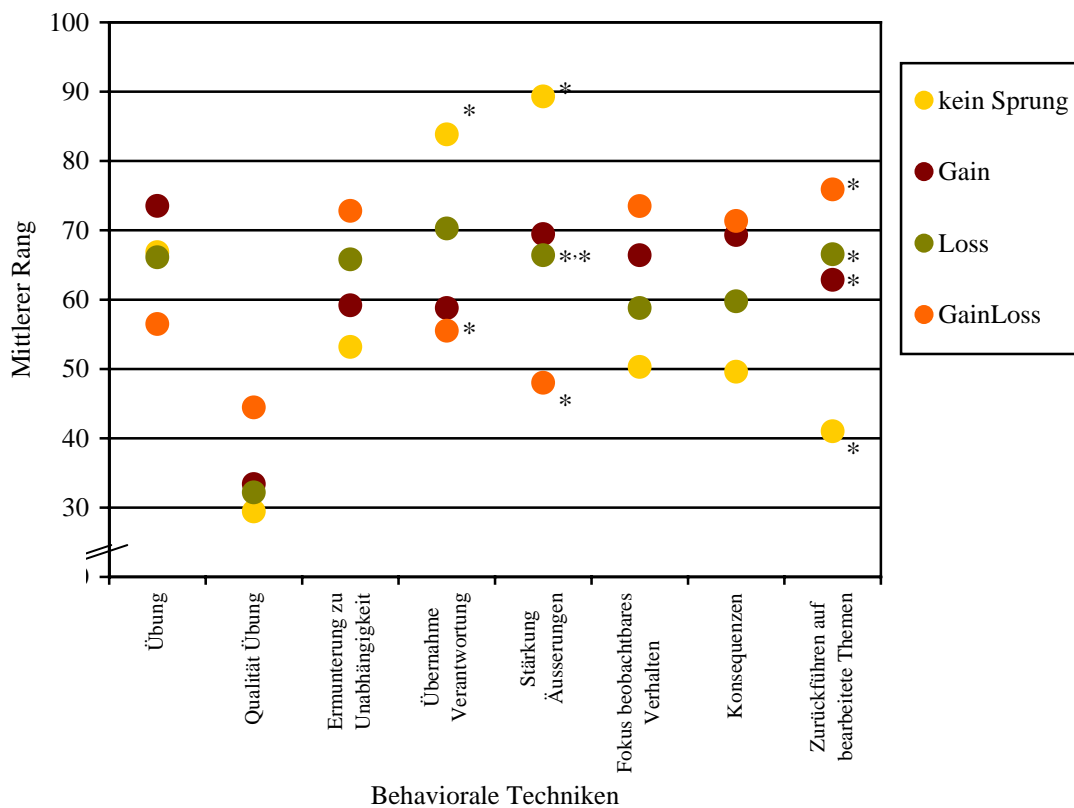


Abbildung 5.7.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Behaviorale Techniken*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Ein vergleichbarer Trend zeigt sich bezüglich der *Ermunterung zu Unabhängigkeit*, dem *Fokus auf beobachtbares Verhalten* und dem *Besprechen erwarteter Konsequenzen* vonseiten des Therapeuten. Tendenziell sind die mittleren Ränge der Patienten ohne Sprung geringer ausgeprägt, während jene mit Gains und Losses hier höhere Werte aufweisen, die Differenzen sind jedoch nicht signifikant.

Die *Übernahme von Verantwortung* dagegen wird insbesondere in der Gruppe ohne Veränderungssprünge (83.83) durch den Therapeuten gestärkt, während dies in der Gruppe mit Gains und Losses (55.50) signifikant weniger vorkommt ($\chi^2(3)=10.92$; $p<.05$).

In ähnlicher Weise liegen in der Gruppe ohne Veränderungssprung (89.30) sowie auch in jener mit Gains (69.45) höhere Rangwerte vor hinsichtlich der *Stärkung der Äusserungen des Patienten* durch den Therapeuten ($\chi^2(3)=20.50$; $p<.001$).

Diesem Trend entgegengesetzt zeigen sich hinsichtlich dem Zurückführen auf bearbeitete Themen hohe Rangwerte für die Patienten mit Gains und Losses (75.90), während jene ohne Sprung (41.02), mit Gains (62.85) oder mit Losses (66.54) deutlich höhere Werte aufweisen ($\chi^2(3)=14.62$; $p<.01$).

Direktivität

Das Ausmaß an Direktivität, welches der Therapeut vorgibt, ist mit Hilfe zweier Items erfasst und drückt sich in unterschiedlicher Weise aus (Abbildung 5.8.). Wenn es darum geht, dass der Therapeut versucht, *am Thema zu bleiben*, finden sich deutliche Differenzen zwischen den Patientengruppen. Diese Form der Direktivität scheint dem Therapeuten in der Gruppe ohne Sprung (90.00) am besten zu gelingen, während er dieses am Thema bleiben bei Patienten mit Gain (66.76), Losses (66.26) und insbesondere mit Gains und Losses (49.52) weniger ausüben kann ($\chi^2(3)=23.94; p<.01$).

Ein vergleichbarer Trend der Patientengruppen lässt sich zeigen hinsichtlich der *aktiven Kontrolle*, die der Therapeut ausübt, allerdings werden diese Tendenzen nicht signifikant.

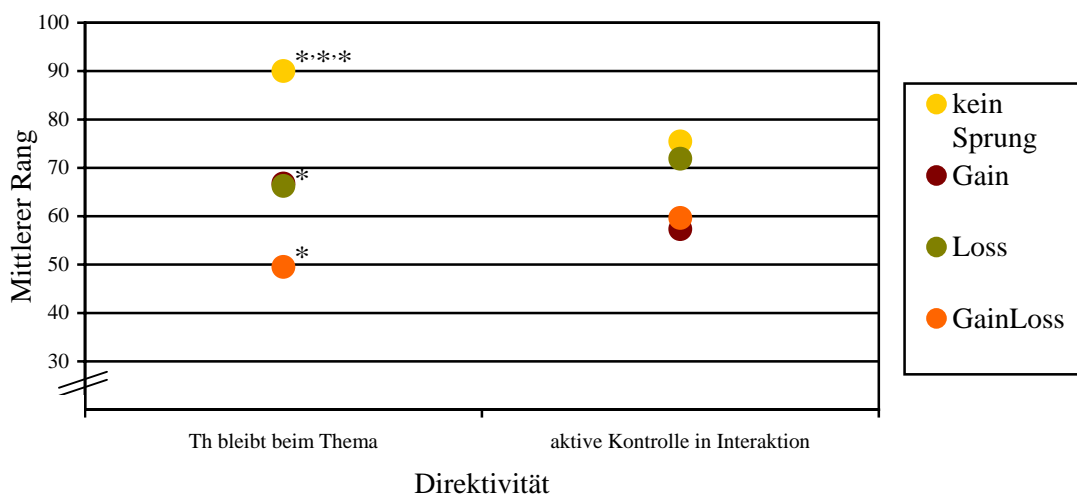


Abbildung 5.8.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Direktivität*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Emotionen

Abbildung 5.9. veranschaulicht einerseits die Ausprägung von Interventionsformen zur Förderung emotionaler Einsicht durch den Therapeuten in den vier Patientengruppen und andererseits differenziertere Vorkommen von emotionalen Zuständen bei den Patienten.

Die erhobene Intervention zur *Wahrnehmung von Gefühlen* von Seiten des Therapeuten ist in den Patientengruppen ähnlich stark ausgeprägt ($\chi^2(3)=4.55; p>.05$). Entgegen dessen findet die Intervention des Auseinandersetzens mit *inakzeptablen Gefühlen* in der Gruppe

ohne Sprung (102.50) deutlich häufiger statt als in den anderen drei Patientengruppen ($\chi^2(3)=32.28; p<.001$).

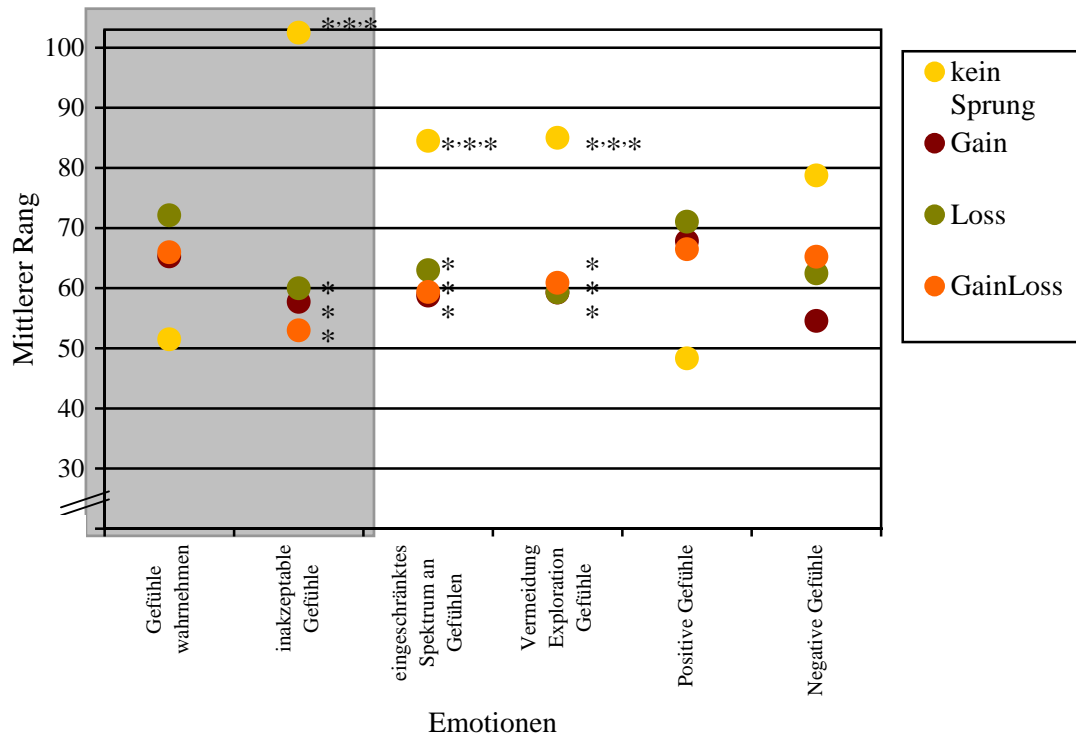


Abbildung 5.9.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Emotionen*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Die beiden Items *eingeschränktes Spektrum an Gefühlen* und *Vermeidung der Exploration von Gefühlen* auf Patientenseite weisen deutliche Unterschiede auf zwischen Patienten ohne Veränderungssprung (*eingeschränktes Spektrum an Gefühlen*: 84.50; *Vermeidung der Exploration von Gefühlen*: 85.00) und jenen mit Sudden Gains (*eingeschränktes Spektrum an Gefühlen*: 58.76; *Vermeidung der Exploration von Gefühlen*: 59.27), Sudden Losses (*eingeschränktes Spektrum an Gefühlen*: 63.00; *Vermeidung der Exploration von Gefühlen*: 59.30) oder mit beiden (*eingeschränktes Spektrum an Gefühlen*: 59.36; *Vermeidung der Exploration von Gefühlen*: 60.90; $\chi^2(3)=12.79$; $\chi^2(3)=12.68$; $p<.01$).

Hinsichtlich des Ausmaßes an gezeigten *positiven* oder auch *negativen* Gefühlen werden die Patienten ähnlich beurteilt.

Beziehungen des Patienten und Inkongruenzerleben

Generell sind *Beziehungen häufig Hauptthema* der Therapiesitzung (Abbildung 5.10.), insbesondere unter den Patienten mit Gains und Losses (74.81), jenen mit Gains (69.69) und

jenen mit Losses (67.74). Die Gruppe ohne Veränderungssprung weist dagegen deutlich weniger Beziehungen als inhaltliches Thema auf (32.63; $\chi^2(3)=21.87$; $p<.001$).

Wiederkehrende Beziehungsmuster als einsichtsfördernde Intervention dagegen wird gleich häufig eingesetzt in den verschiedenen Patientengruppen ($\chi^2(3)=7.55$; $p>.05$).

Das *Inkongruenzerleben*, d.h. die Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhalts und den persönlichen Zielen, wird unabhängig von der Patientengruppe ähnlich hoch geschätzt ($\chi^2(3)=3.70$; $p>.05$).

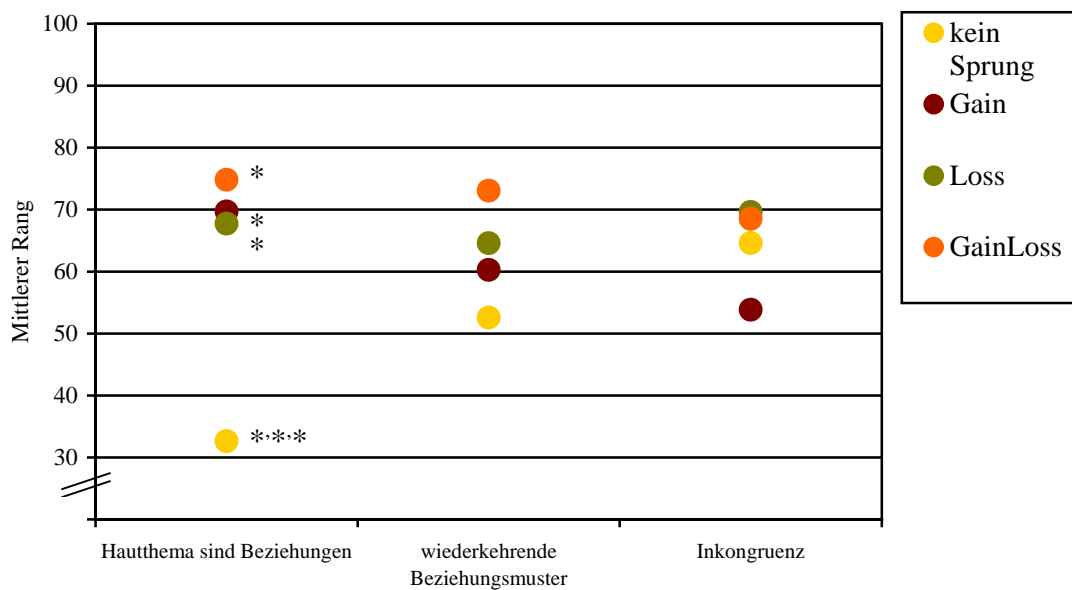


Abbildung 5.10.: Der mittlere Rang der Items der Kategorien *Beziehungen des Patienten* und *Inkongruenzerleben*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Strengths

Die vom Therapeuten geförderten Strengths (*Th ermutigt zur Ressourcennutzung*) sowie die vom Patienten erlebte Unterstützung kommen ähnlich häufig und intensiv vor in den vier Gruppen (Abbildung 5.11.).

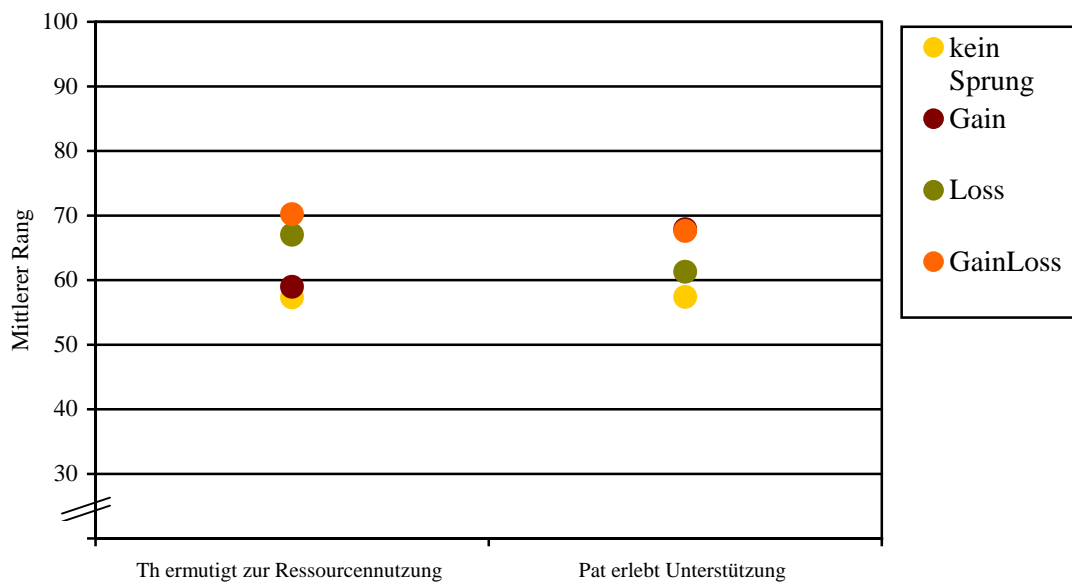


Abbildung 5.11.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Strength*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Life Events und Daily Hassles

Alltagskonflikte und schwerwiegende Lebensereignisse sind in allen vier Gruppen vorkommend, und zwar unterschiedlich intensiv (Abbildung 5.12.). *Daily Hassles* und *Life Events* wurden vorrangig häufig geschätzt bei Patienten ohne Veränderungssprünge.

Daily Hassles werden häufiger berichtet von Patienten ohne Veränderungssprung (90.00) als von den anderen Patientengruppen ($\chi^2(3)=23.26; p<.001$).

Auch *Life Events* werden deutlich mehr dokumentiert in der Gruppe ohne Veränderungssprung (90.00) als unter den Patienten mit Gains (71.39), mit Losses (64.98), mit Gains und Losses (47.20; $\chi^2(3)=28.67; p<.001$), wobei sich jene mit Gains gleichermassen deutlich, d.h. signifikant, von jenen mit Gains und Losses unterscheiden. Demgegenüber beeinflussen diese aussertherapeutischen Elemente die Stimmung dieser vier Patientengruppe in vergleichbarem Ausmaß ($\chi^2(3)=2.45; p>.05$).

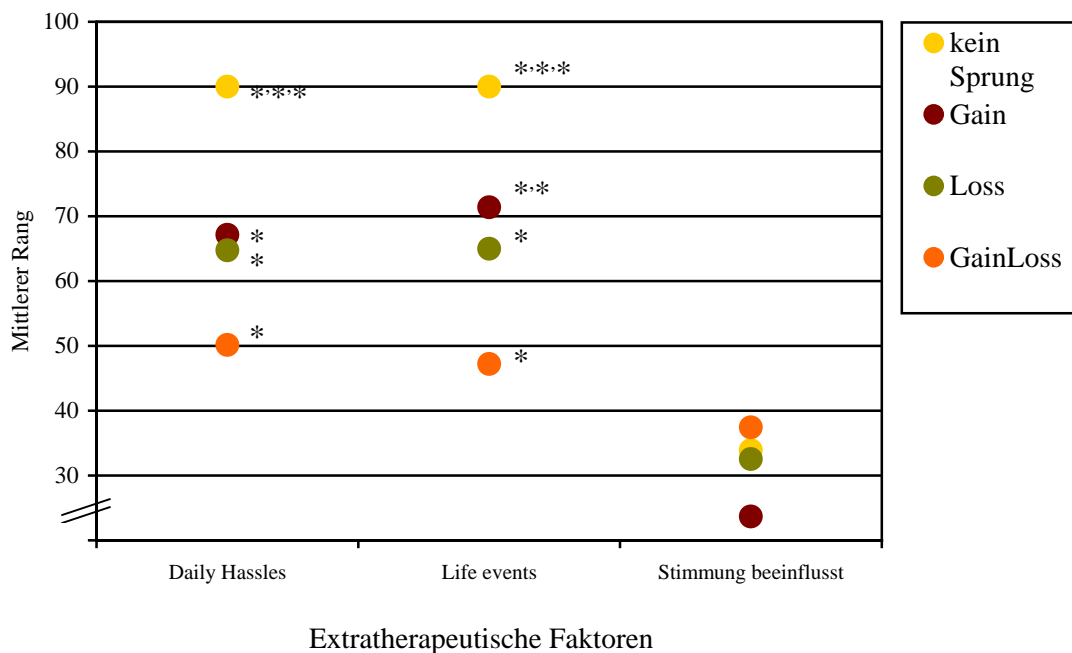


Abbildung 5.12.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Extratherapeutische Faktoren*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Unspezifische Faktoren wie Therapieerwartungen, Motivation und therapeutische Beziehung

Die *Therapieerwartungen* sind in der Gruppe mit Gains und Losses am positivsten und realistisch (73.09), aber auch in jener mit Gains tendenziell stark ausgeprägt (69.48). Patienten, die keine Sprünge erlebten, berichten dagegen deutlich niedrigere und eher unrealistische Therapieerwartungen (47.04; $\chi^2(3)=12.93$; $p<.01$).

Die *Motivation* auf Seiten der Patienten wird ebenfalls unterschiedlich ausgeprägt dokumentiert. Unter Motivation wird die Intensität des Mitarbeitens und Engagement, aber auch eine positive Einstellung zur Therapie verstanden. Patienten ohne Veränderungssprung scheinen stärker motiviert (88.74), während insbesondere jene mit Gains (63.58), mit Losses (69.39) oder mit Gains und Losses (50.44) deutlich weniger motiviert sind ($\chi^2(3)=20.66$; $p<.01$).

Die grau hinterlegten Felder beziehen sich auf die Items, welche die therapeutische Beziehung in ihren unterschiedlichen Facetten befragen sollen. *Negative Reaktionen gegenüber dem Therapeuten* werden von Patienten ohne Veränderungssprünge (85.00) deutlich häufiger und stärker gezeigt als in den anderen drei Patientengruppen ($\chi^2(3)=13.58$; $p<.01$).

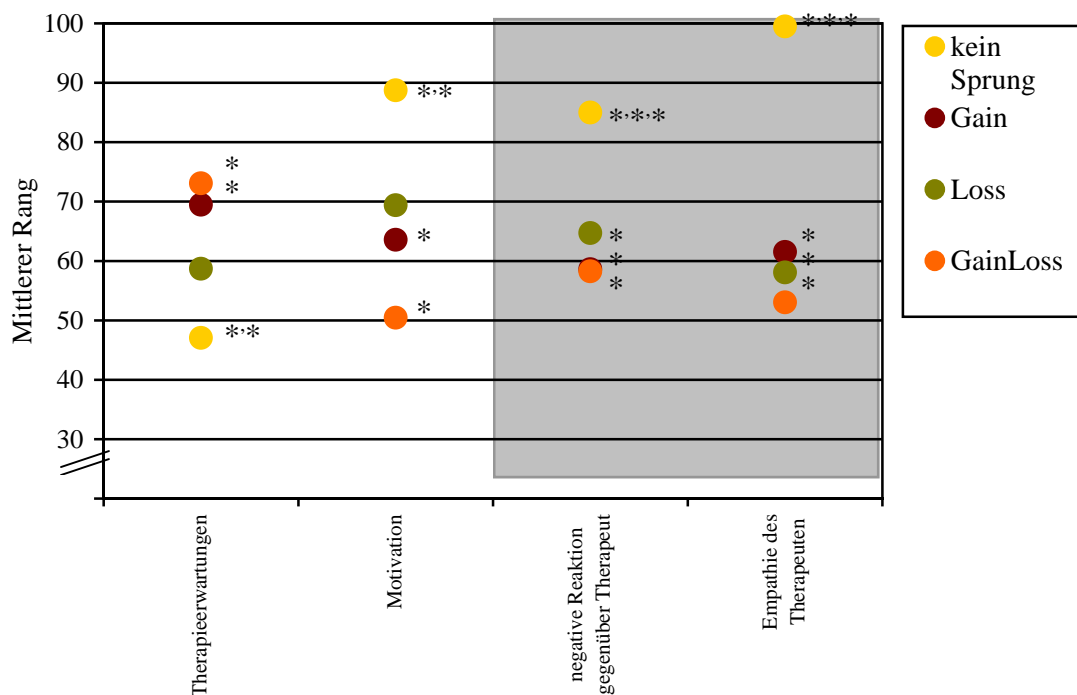


Abbildung 5.13.: Der mittlere Rang der Items der Kategorien *Therapieerwartungen*, *Motivation* und *therapeutische Beziehung*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

5.2.2. Einfluss der Prozessvariablen auf den Sitzungsabschluss

5.2.2.1. Vergleich der neutralen Sitzungen im Therapieverlauf

		Was passierte in Sitzung?		
		Gain	Loss	Neutral
Gruppen	Gain	31	19	12*
	Loss	27	15	12*
	Gain & Loss	37	15	11*
	Neither	23		23
	Summe	128	34	36

Wie dem Rahmenmodell (Tabelle 4.6.) zu entnehmen ist, existieren Kontrollgruppen in vier unterschiedlichen Formen: die neutralen Sitzungen der Gain-Patienten, der Loss-Patienten, der GainLosser und der Patienten ohne Veränderungssprung. Im ersten Schritt wurde dementsprechend mittels Kruskal-Wallis-Test geprüft, inwiefern sich diese vier Gruppen voneinander unterscheiden. Mit Ausnahme einiger Items des Affektbereiches unterscheiden sich die vier Gruppen in den restlichen Items nicht voneinander (Tabelle F.2.). Offensichtlich sind sie sich auf den anderen befragten Ebenen so ähnlich, dass sie als

vergleichbar interpretiert werden können. Die Gruppenvergleiche unter Bonferoni-Holm-Korrektur zeigen, dass die Neutralsitzungen sich hinsichtlich der Items *inakzeptable Gefühle* und *eingeschränktes Spektrum an Affekten* und *Empathie des Therapeuten, negative Reaktionen der Patienten* und *Hauptthema Beziehungen* unterscheiden. Die Merkmale sind hier jeweils in den neutralen Sitzungen der neutralen Patienten (N) stärker ausgeprägt als in den anderen neutralen. Eine Ausnahme bildet das Ausmaß, in dem Beziehungen Hauptthema der Sitzung sind, jene werden in diesen neutralen Sitzungen (N) am seltensten geschätzt. Werden die gleichen Einzelvergleiche mittels *Nemenyi-Test* (Sachs, 1997; Kap. 752) vorgenommen, unterscheiden sich die Gruppen nicht mehr voneinander⁴⁸.

5.2.2.2. Unterschiede zwischen den Sudden Gain-Sitzungen

		Was passierte in Sitzung?		
		Gain	Loss	Neutral
Gruppen	Gain	31	19	12*
	Loss	27	15	12*
	Gain & Loss	37	15	11*
	Neither	23		23
	Summe	128	34	58

Wie dem Rahmenmodell (Tabelle 4.6.) zu entnehmen ist, liegen zwei unterschiedliche Gruppen von Gain-Sitzungen vor, diejenigen Gain-Sitzungen der Patienten, welche nur Gains erleben und diejenigen der Patienten, welche Gains und Losses in ihrem Therapieverlauf haben. Vergleicht man die gemittelten Patientenverläufe dieser beiden Gruppen miteinander, so ist anhand der Grafik unten (Abbildung 5.14.) erkennbar, dass jene für die Patienten mit Gains in zwei der drei Items höher als für diejenigen mit Gains und Losses ist. Offensichtlich unterscheiden sich diese beiden Gruppen demnach voneinander.

⁴⁸ Die Korrektur nach Bonferoni-Holm ermöglicht weniger strenge Einzelvergleiche als der A posteriori-Test *Nemenyi*, unter dessen die Einzelvergleiche in der Tabelle F.2. nicht mehr signifikant geworden wären. *Der Nemenyi-Test* ist ein nonparametrischer a posteriori-Test, welcher analog zum Tukey genutzt werden kann, wenn statt Mittelwerte Rangsummen vorliegen (Sachs, 1997). Er wird für ungleiche Stichprobenumfänge mit folgender Formel berechnet:

$$\left| \frac{1}{n_i} \cdot \sum_{j=1}^{n_i} r_{ij} - \frac{1}{n_k} \cdot \sum_{j=1}^{n_k} r_{kj} \right| \sqrt{H_{r-1;\alpha} \cdot \frac{N(N+1)}{12} \left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_k} \right)}$$

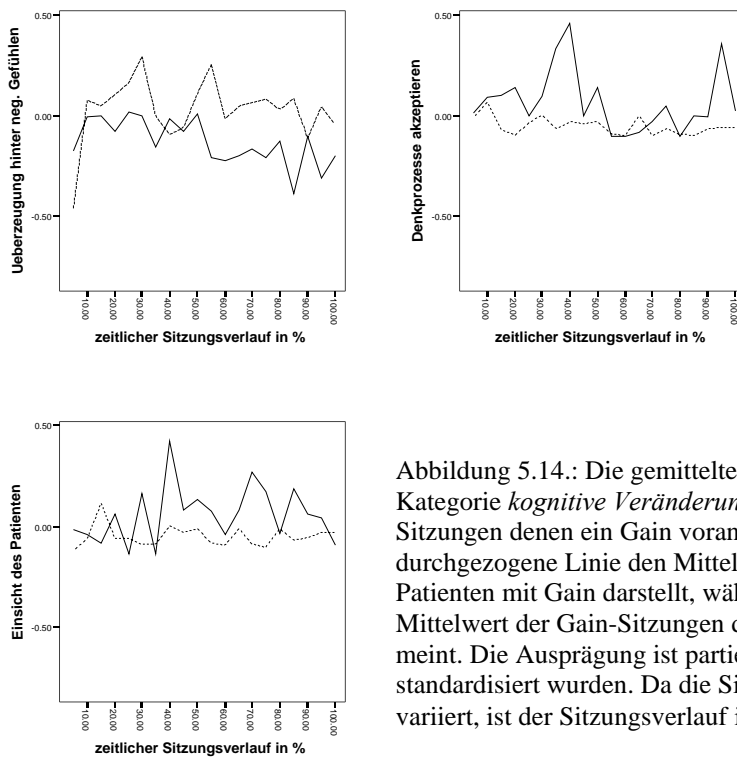


Abbildung 5.14.: Die gemittelte Ausprägung der Items der Kategorie *kognitive Veränderung beim Patienten* für alle Sitzungen denen ein Gain voran ging, wobei die durchgezogene Linie den Mittelwert der Gain-Sitzungen der Patienten mit Gain darstellt, während die gestrichelte Linie den Mittelwert der Gain-Sitzungen der Patienten mit Gain und Loss meint. Die Ausprägung ist partiell negativ, da die Daten z-standardisiert wurden. Da die Sitzungslänge der Patienten variiert, ist der Sitzungsverlauf in Prozent dargestellt.

Betrachtet man die Ausprägung der einzelnen Items über den Verlauf genauer, so wird zum einen deutlich, dass von diesen drei Prädiktoren der *kognitiven Veränderungen* beim Patienten das Ausmaß der *Akzeptanz der Denkprozesse* sowie die *Einsicht* beim Patienten in derjenigen Gruppe höher ist, die Sudden Gains erleben. Zusätzlich findet sich bei beiden Items ein Peak nach ca. 40% der Sitzung. Eine ähnliche Kongruenz lässt sich in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses finden, wo sich zwei Peaks nach 30% und nach ca. 55% der Sitzung finden bei den Items *Patient wird sich bewusst über bestimmte Überzeugungen* und der *therapeutischen Arbeit an den Gedanken und Überzeugungen des Patienten*.⁴⁹

Um diese Unterschiede zwischen den Patientengruppen aufzudecken, werden anhand *Mann-Whitney-U-Tests* die Ausprägungen (mittlere Ränge) der Items in diesen beiden Gain-Gruppen verglichen.²⁷

Im Folgenden werden die Resultate der Rangvergleiche für die Variablen der Kategorien *Kognitive Intervention*, *Behaviorale Techniken*, etc. vorgestellt. Die

⁴⁹ Die weiteren Grafiken der erhobenen Items über den Verlauf sind im Anhang F (Abbildungen F.1.a bis F.1.g) einzusehen.

Variablen unterliegen in diesem Verfahren ebenfalls einer Mittelwertbildung (wie das angewendete Verfahren in Kapitel 5.2.1.). Dargestellt sind jeweils die Differenzwerte der beiden Gruppen.

Die Einzelvergleiche wurden ebenfalls, um eine α -Fehler-Adjustierung zu garantieren, nach dem Bonferoni-Holm-Verfahren korrigiert. Da nur wenige Gruppenvergleiche die Signifikanzgrenzen erreichen konnten, werden die Befunde dennoch vollständig vorgestellt, um die Tendenzen anschliessend diskutieren zu können.

Kognitive Intervention

Der Vergleich der mittleren Ränge der Kategorie *Kognitive Techniken* konnte zeigen, dass die beiden Patientengruppen sich nicht signifikant unterscheiden⁵⁰. Kognitive Interventionen wurden durch den Therapeuten tendenziell eher in der Gruppe mit Gains und Losses vorgenommen. Demgegenüber zeigt sich ein gegensätzliches Bild hinsichtlich der Items, die die kognitiven Veränderungen aus Seiten des Patienten erfragen. Insbesondere das *Akzeptieren von Denkprozessen* ist tendenziell stärker vorkommend in der Gruppe mit nur Gains ($U=111$; $p>.05$).

Behaviorale Techniken

Die der Oberkategorie Verhaltenstherapeutische Techniken angehörigen Interventionsformen sind nicht eindeutig einer der beiden Patientengruppen zuzuordnen, die Ausprägungen sind als heterogen zu bezeichnen (Abbildung 5.15.).

Während das *Zurückführen auf bereits bearbeitete Themen* ($U=139$; $p>.05$), das *Aufführen erwarteter Konsequenzen eines Verhaltens* ($U=123$; $p>.05$) und die *Ermunterung zu Unabhängigkeit* ($U=133$; $p>.05$) in den Sitzungen mit Gains der Patienten mit Gains und Losses tendenziell häufiger vorkommt, werden der *Fokus auf beobachtbares Verhalten* ($U=118$; $p>.05$), die Aufforderung zur *Übernahme von Verantwortung* ($U=104.50$; $p>.05$) und insbesondere deutlich die *Stärkung der Patientenäußerungen* ($U=76$; $p<.05$) in der Gruppe mit nur Gains häufiger eingesetzt. Während *verhaltenstherapeutische Übungen* frequenter in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains ($U=124.50$; $p>.05$) vorkommen, wird die *Qualität* jener in der anderen Patientengruppe höher eingeschätzt ($U=64.50$; $p>.05$).

⁵⁰ Die Zahlenangaben sind der Tabelle F.3. (Anhang F) zu entnehmen.

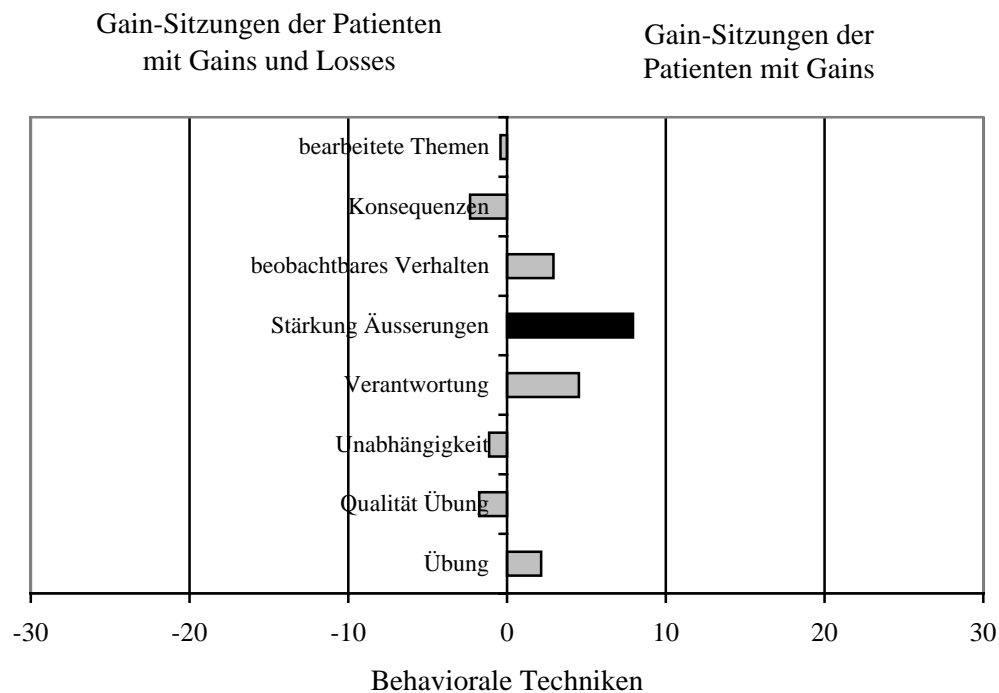


Abbildung 5.15.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Behaviorale Techniken* für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.

Direktivität

Tendenziell üben die Therapeuten in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains mehr *Kontrolle* aus ($U=120$; $p>.05$) und *bleiben eher beim Thema*, wenn der Patient ausweichen möchte ($U=119$; $p>.05$). Es besteht daher der Hinweis, dass die Therapeuten dieser Patientengruppe direkter gearbeitet haben.

Extratherapeutische Einflüsse

Der Einfluss aussertherapeutischer Erlebnisse ist offensichtlich in der Gruppe mit Gains stärker, in den Gain-Sitzungen jener Patienten werden häufiger Daily Hassles ($U=126.50$; $p>.05$) und Life Events ($U=84$; $p<.05$) berichtet (Abb. 5.16.). Demgegenüber wird der Einfluss jener Erlebnisse auf die Stimmung tendenziell höher eingeschätzt bei den Patienten mit Gains und Losses ($U=25$; $p>.05$).

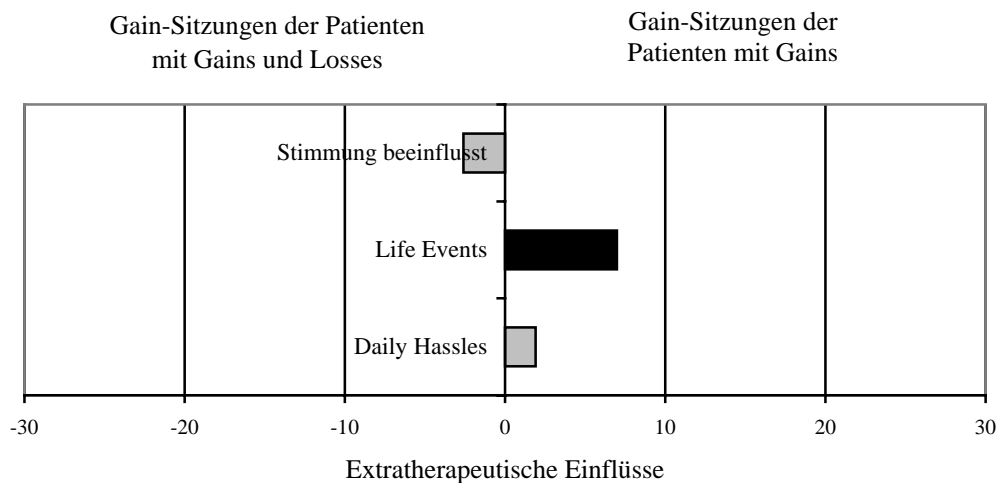


Abbildung 5.16.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Extratherapeutische Einflüsse* für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.

Strengths

Während der Therapeut in beiden Patientengruppen ähnlich intensiv zur *Ressourcennutzung* ermutigt ($U=141$; $p>.05$), wird die *erlebte Unterstützung* durch die Patienten selber in der Gruppe mit Gains und Losses tendenziell höher geschätzt ($U=116$; $p>.05$).

Therapeutische Beziehung, Beziehungen des Patienten, Therapieerwartung, Motivation und Inkongruenz

Die Therapieerwartungen, das Ausmass an gezeigter *Empathie* durch den Therapeuten sowie der *negativen Reaktionen* vonseiten des Patienten auf den Therapeuten sind in den beiden Patientengruppen ähnlich ausgeprägt. Die *interpersonalen Beziehungen* der Patienten sind ebenfalls in beiden Gruppen ähnlich häufig und intensiv Thema. Eine geringfügig deutlichere Tendenz zeigt sich dagegen bezüglich der *Therapiemotivation* der Patienten ($U=126.50$; $p>.05$), aber auch der erlebten *Diskrepanz zwischen der persönlichen Wahrnehmung und den Zielen des Patienten* ($U=115$; $p>.05$), wobei die Gruppe mit Gains und Losses hier in beiden Maßen höher geschätzt wird.

Emotionen

Interventionen, welche das *Wahrnehmen der eigenen Gefühle* fördern, werden höher geschätzt in der Gruppe mit Gains ($U=123$; $p>.05$) und gleichzeitig werden in dieser Gruppe auch mehr *positive Gefühle* geäußert von den Patienten ($U=129$; $p>.05$). Im Gegensatz dazu fokussieren die Therapeuten in der Gruppe mit Gains und Losses in den

Gain-Sitzungen eher auf die *inakzeptablen Gefühle* der Patienten ($U=120$; $p>.05$). Diese Patientengruppe scheint zudem eher ein *eingeschränktes Spektrum an Emotionen* zu zeigen ($U=137$; $p>.05$), die *Exploration von Emotionen* zu meiden ($U=114$; $p>.05$) und gleichzeitig eher *negative Gefühle* aufzuweisen ($U=96$; $p>.05$).

Vergleich der Zusammenhänge der Interventionen untereinander

Zur Stützung der Hypothese, dass therapeutische Interventionen, *common factors* sowie eine Kongruenz zwischen Therapeuten- und Patientenverhalten eher in der Gruppe von Patienten vorkommen, die Sudden Gains erlebten, sind nun im Anschluss die statistischen Zusammenhänge der Interventionen in den beiden Gruppen miteinander verglichen worden, um zu prüfen ob diese Zusammenhänge sich voneinander unterscheiden (oder gemäss der H_0 beide Stichproben aus derselben Grundgesamtheit stammen). Zu diesem Zweck wurden die Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) nach Fisher z-transformiert (Formel siehe Sachs, 1995, S.544 oder Bortz, 1993, S.203; diskutiert auch bei Meng, Rosenthal & Rubin, 1992) und die sich ergebenden Z-Werte mit dem Wertebereich der Nullhypothese verglichen. Die Korrelationstabellen der Items untereinander sind dem Anhang F (Tabellen F.15.a bis F.15.e) zu entnehmen. Um die Fülle an Befundmaterial sinnvoll und anschaulich dar zustellen, werden im Folgenden nur diejenigen Zusammenhänge vorgestellt, welche bedeutsam zwischen den beiden Patientengruppen diskriminieren.

Den grauen Feldern in der Tabelle 5.5. sind die Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Items zueinander in den Gain-Sitzungen zu entnehmen, und zwar sind je oben die Koeffizienten der Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains dargestellt und je unten diejenigen der Patienten mit Gains und Losses. Die Interpretation der Befunde wird folgendermassen vorgenommen:

Es besteht ein signifikanter, hoher Zusammenhang zwischen der kognitiven Arbeit (*Bedeutung eines Gedanken erklären*) und der ausgeübten *Kontrolle* vonseiten der Therapeuten in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains ($r=.60^{**}$), während gleichzeitig ein negativer Zusammenhang vorliegt zwischen jenen beiden Faktoren in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses ($r=-.11$). Der Vergleich dieser geschätzten Korrelationskoeffizienten der beiden Gain-Gruppen hat sich als signifikant erwiesen ($p<.05$). Die Behauptung, kognitive Arbeit und Direktivität korrelieren in beiden Gruppen gleich, wird daher aufgrund der Daten abgelehnt.

Nach diesem Interpretationsleitfaden sind auch die weiteren Resultate in der Tabelle 5.5. zu betrachten.

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Trends dieser Übersichtstabelle 5.5. diskutiert werden, welche auffällig und für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit relevant sind.

Die Zusammenhänge zwischen *kognitiver Arbeit* und *Direktivität* weisen durchweg die gleiche Tendenz auf. Während die Korrelationen in der Gruppe mit Gains positiv und signifikant sind ($r=.60^{**}$, $.51^*$, $.69^{**}$, $.53^*$), sind jene der Patienten mit Gains und Losses negativ bzw. kaum bestehend ($r=-.11$, $-.11$, $-.18$, $-.09$).

Vergleicht man das Erleben *kognitiver Veränderungen* bei den Patienten und den berichteten *Daily Hassles*, so wird deutlich, dass bei der Gruppe mit nur Gains hohe positive Zusammenhänge vorliegen ($r=.82^{**}$, $.70^{**}$) und in der Gruppe mit Gains und Losses kaum Zusammenhänge vorliegen ($r=.45$, $.02$).

Eher negative Zusammenhänge bestehen zwischen der *kognitiven Arbeit* der Therapeuten und der *erlebten Unterstützung* auf Patientenseite in der Gruppe mit Gains ($r= -.35$, $-.15$), während dieser Zusammenhang in der Gruppe mit Gains und Losses eher positiv ausfällt ($r=.36$, $.47$).

Direktivität wiederum scheint in der Gruppe mit nur Gains in höherem Zusammenhang zu stehen mit der Erarbeitung von wiederkehrenden *Beziehungsmustern* ($r=.70^{**}$) und der *Ermunterung zu Unabhängigkeit* ($r=.74^{**}$), zudem sind es die Therapeuten, die gleichzeitig ihre Klienten zur *Ressourcennutzung ermutigen* ($r=.72^*$). Demgegenüber zeigen sich negative Zusammenhänge zwischen der *Direktivität* in dieser Gruppe und der *Arbeit an inakzeptablen Gefühlen* ($-.42$) und dem Äussern von *Empathie* ($r=-.53^*$).

Bezüglich der berichteten *Daily Hassles* unterscheiden sich die beiden Gruppen vor allem in ihrem Zusammenhang zur *beeinflussten Stimmung* durch diese Hassles (Gain-Patienten: $r=.80^*$; Gain-Loss-Patienten: $r=.19$). Der Zusammenhang zwischen den berichteten *Life Events* und der *Stimmung* ist bei den Gain-Patienten dagegen negativ ($r=-.48$) und unterscheidet sich signifikant von den Patienten mit Gains und Losses ($r=.13$). Von ihren *Life Events* berichtende Patienten scheinen gleichzeitig höher *motiviert* in der Gain-Gruppe ($r=.87^{**}$) als in der Gain-Loss-Gruppe und Losses ($r=.30$). Zusätzlich liegt ein deutlich positiverer Zusammenhang vor zwischen dem Berichten der *Life Events* und dem gleichzeitigen *Meiden der Exploration von Gefühlen* bei den Patienten mit Gains ($r=.47^*$). Des weiteren sind die Zusammenhänge zwischen *Life Events* und der *Diskrepanz zwischen der persönlichen Wahrnehmung und den eigenen Zielen* (Inkongruenz) bei den Gain-

Patienten deutlich negativ ($r=-.15$) und bei den Gain-Loss-Patienten positiv ($r=.49$). *Positive Gefühle* werden bei dem gleichzeitigen Berichten von *Life Events* viel weniger geschätzt bei den Patienten mit Gains ($r=-.27$) als bei jenen mit Gains und Losses ($r=.59^*$). Die *Arbeit an inakzeptablen Gefühlen* ist bei den Gain-Patienten höher ausgeprägt, wenn jene die *Exploration von Gefühlen meiden* ($r=.79^*$), der Zusammenhang erweist sich als deutlich niedriger in der Gruppe mit Gains und Losses ($r=.29$). Gleichzeitig bestehen in dieser Gruppe mit Gains signifikant höhere Zusammenhänge zwischen diesen beiden Faktoren (*Arbeit an inakzeptablen Gefühlen*, *Exploration von Gefühlen meiden*) und dem eher verhaltenstherapeutischen *Besprechen von erwarteten Konsequenzen eines Verhaltens* ($r=.86^{**}$, $.82^{**}$). Allerdings zeigen Gain-Patienten auch deutlich weniger *positive Gefühle*, je mehr die Therapeuten an deren *inakzeptablen Gefühlen* arbeiten ($r=-.55^*$) als die Patienten mit Gains und Losses ($r=.22$). Dem kongruent erscheint auch der Befund, dass die Arbeit an der *Wahrnehmung der Gefühle* in der Gruppe mit Gains und Losses signifikant stärker mit *positiven Gefühlen* zusammen hängt ($r=.78^{**}$) als in der Gruppe mit Gains ($r=.26$).

⁵¹ Die Sternchen in der Grafik wurden beibehalten, da bei wenigen Items die Anzahl der eingehenden Werte geringer ist. Z.B. bezieht sich das Item „beeinflusste Stimmung durch Daily Hassles“ nur auf die Fälle, in denen zuvor überhaupt ein Daily Hassle berichtet wurde. Die Wahrscheinlichkeit, die Signifikanzgrenzen zu erreichen, liegen bei diesen wenigen Items niedriger.

5.2.2.3. Unterschiede zwischen den Sudden Loss-Sitzungen

		Was passierte in Sitzung?		
		Gain	Loss	Neutral
Grup- pen	Gain	31	19	12*
	Loss	27	15	12*
	Gain & Loss	37	21	11*
	Neither	23		23
	Summe	128	34	58

Analog zu dem in Kapitel 5.2.2.2. dargestellten Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen mit Gains oder mit Gains und Losses werden im Folgenden diejenigen Loss-Sitzungen der Patienten mit nur Losses und jene mit Gains und Losses verglichen (siehe Rahmenmodell Tab. 5.6.). Da sich auch hier nur vereinzelt signifikante Befunde ergeben haben, werden auch die tendenziell interessanten (jedoch nicht signifikanten) Ergebnisse vorgestellt. (Zur Ergänzung sind die Zahlenangaben in Tabelle F.4. nachzulesen.)

Kognitive Intervention

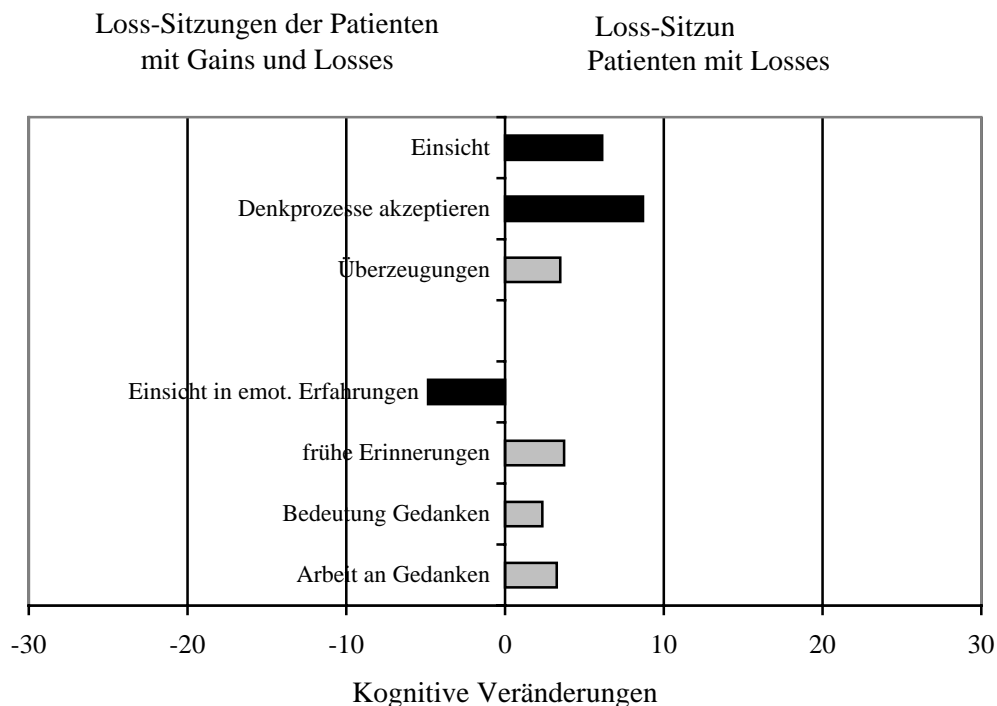


Abbildung 5.17.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Kognitive Techniken* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.

Die therapeutischen Interventionen zur Aufdeckung und Umstrukturierung kognitiver Inhalte werden vorrangig in der Gruppe mit Losses durch die Therapeuten vorgenommen mit der Ausnahme, dass die Förderung der *Einsicht in die emotionalen Erfahrungen* der Patienten in der Gruppe mit Gains und Losses intensiver erfolgt ($U=115$; $p<.05$). Demgegenüber ist die Ausprägung der *kognitiven Veränderungen beim Patienten* in der Gruppe mit Losses deutlich höher: die Bewusstwerdung über die *Überzeugungen hinter den negativen Gefühlen* ($U=127$; $p>.05$), das *Akzeptieren neuer Denkprozesse* ($U=81.50$; $p<.05$) sowie die *Einsicht der Patienten* ($U=104$; $p<.05$) ist in dieser Gruppe stärker ausgeprägt.

Behaviorale Techniken

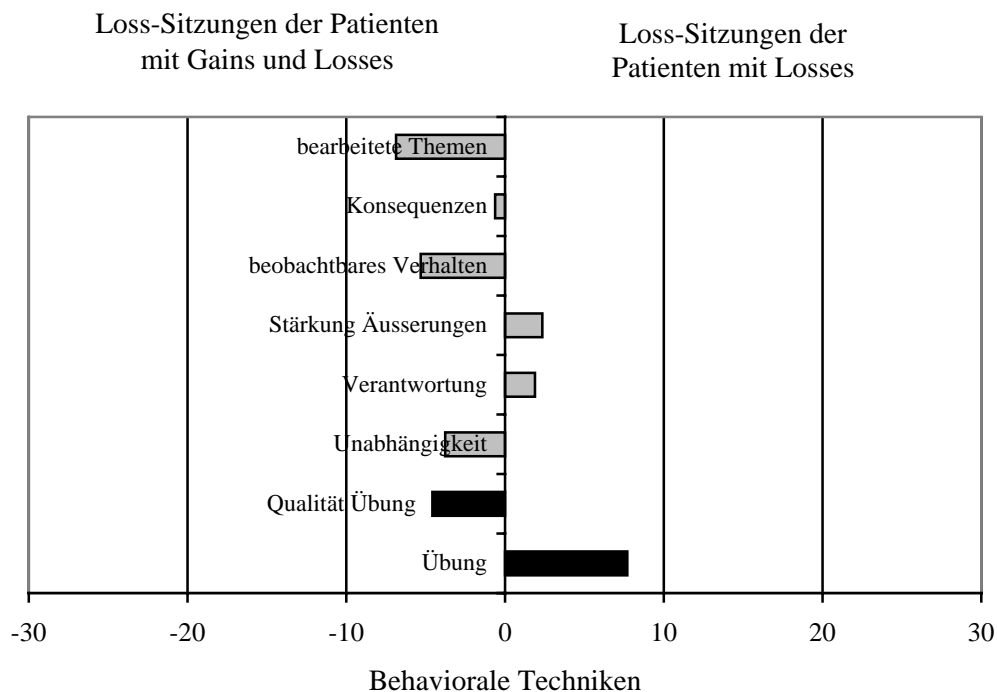


Abbildung 5.18.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Behaviorale Techniken* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.

In den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses führen die Therapeuten tendenziell eher auf bereits *bearbeitete Themen* zurück ($U=97.50$; $p>.05$), besprechen die *erwarteten Konsequenzen* mit ihren Patienten ($U=152$; $p>.05$), fokussieren auf das *beobachtbare Verhalten* ($U=111$; $p>.05$) und ermuntern mehr zu *Unabhängigkeit* ($U=124.50$; $p>.05$). Dahingegen stärken die Therapeuten die *Äußerungen* ihrer Patienten in der Gruppe mit Losses eher ($U=137$; $p>.05$) und fordern auch zur

Verantwortungsübernahme auf ($U=141$; $p>.05$). Zudem werden in dieser Gruppe signifikant häufiger *verhaltenstherapeutische Übungen* ($U=89.50$; $p<.05$) praktiziert. Gleichwohl wird die *Qualität dieser Übungen* in der Gruppe mit Gains und Losses deutlich höher beurteilt ($U=35$; $p<.05$).

Direktivität

Die gezeigte *aktive Kontrolle* durch den Therapeuten ($U=137$; $p>.05$) sowie das Beibehalten des *thematischen Inhalts* durch den Therapeuten ($U=128$; $p>.05$) wird in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses tendenziell höher geschätzt. Diese Therapeuten scheinen also eher direktiv zu arbeiten als jene in der anderen Patientengruppe.

Extratherapeutische Einflüsse

Die Patienten mit Losses berichten in den Loss-Sitzungen tendenziell häufiger *Daily Hassles* oder *Life Events* als die Patienten mit Gains und Losses. Zugleich wird der Einfluss dieser aussertherapeutischen Erlebnisse auf die *Stimmung* der Patienten in der Gruppe mit Gains und Losses höher geschätzt ($U=26.50$; $p>.05$).

Strengths

Während die Therapeuten die Patienten mit Gains und Losses in den Loss-Sitzungen mehr zur Ressourcennutzung ermuntern ($U=125$; $p>.05$), erleben die Patienten der Gruppe mit Losses mehr Unterstützung ($U=140$; $p>.05$).

Therapeutische Beziehung, Beziehungen des Patienten, Therapieerwartung, Motivation und Inkongruenz

Die *Therapieerwartungen* sind in der Gruppe mit Gains und Losses tendenziell realistischer ($U=132.50$; $p>.05$), bei diesen Patienten sind deren *Beziehungen* eher das *Hauptthema der Sitzung* ($U=151$; $p>.05$) und die *wiederkehrenden Beziehungsmuster und -konflikte* werden signifikant häufiger und intensiver behandelt ($U=112$; $p<.05$). In den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses dagegen wird die *Inkongruenz* der Patienten höher geschätzt ($U=151$; $p>.05$) und diese Patienten zeigen mehr/intensivere *negative Reaktionen* gegenüber ihrem Therapeuten ($U=133$; $p>.05$), gleichwohl wird deren Motivation signifikant höher beurteilt ($U=90.50$; $p<.05$). Der Therapeut zeigt in dieser Gruppe ein eher hohes Maß an *Empathie* ($U=126.50$; $p>.05$).

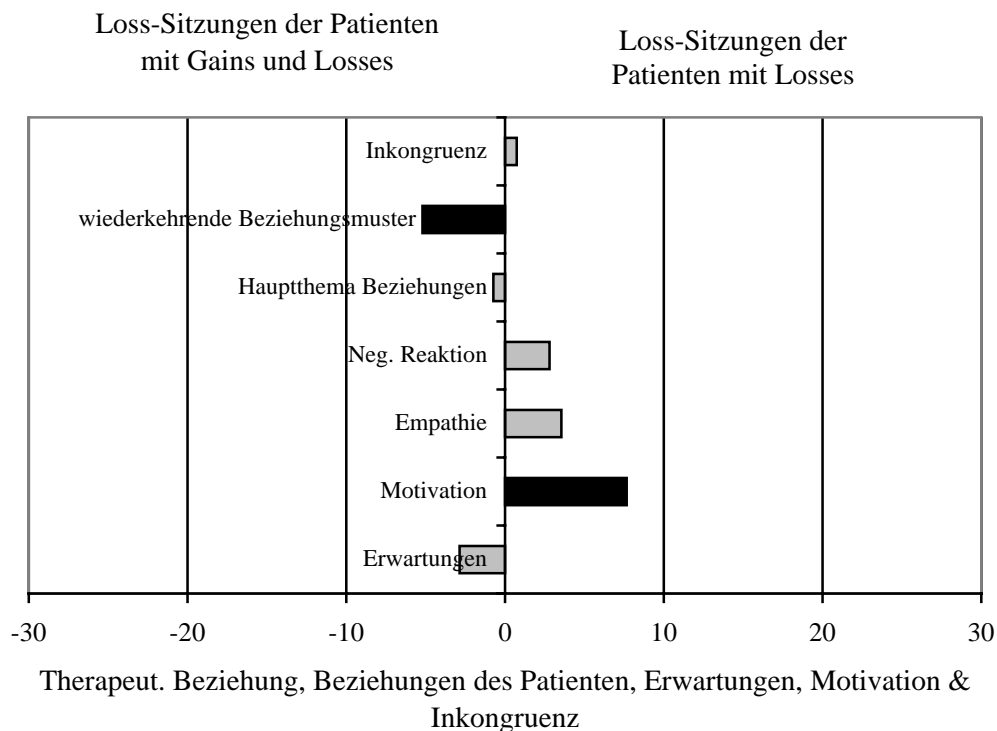


Abbildung 5.19.: Differenzprofil der Variablen der Kategorien *Therapeutische Beziehung, Beziehungen des Patienten, Erwartungen, Motivation* und *Inkongruenz* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.

Emotionen

Die Arbeit an den Emotionen der Patienten findet verstärkt in den Loss-Sitzungen der Gruppe mit Losses statt und auch die gezeigten affektiven Zustände auf Seiten der Patienten ist in dieser Gruppe tendenziell häufiger/intensiver beurteilt worden. Eine Ausnahme bildet das Maß an *negativen Gefühlen* ($U=124$; $p<.05$), welches in der Gruppe mit Gains und Losses häufiger vorkommt als in jener mit nur Losses.

Vergleich der Zusammenhänge der Interventionen untereinander

Zur Stützung der Hypothese, dass therapeutische Interventionen sowie *common factors* seltener und aussertherapeutische Erlebnisse häufiger in der Gruppe von Patienten vorkommen, die Sudden Losses erlebten, sind nun im Anschluss die statistischen Zusammenhänge der Interventionen in den beiden Gruppen miteinander verglichen worden, um zu prüfen ob diese Zusammenhänge sich voneinander unterscheiden (oder gemäss der H_0 beide Stichproben aus derselben Grundgesamtheit stammen). Analog zu dem in Kapitel

5.2.2. angewendeten Verfahren wurden die Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) nach Fisher z-transformiert (Formel siehe Sachs, 1995, S.544 oder Bortz, 1993, S.203; diskutiert auch bei Meng, Rosenthal & Rubin, 1992) und die sich ergebenden Z-Werte mit dem Wertebereich der Nullhypothese verglichen. Die Korrelationstabellen der Items untereinander sind dem Anhang F (Tabellen F.15.a bis F.15.e) zu entnehmen. Um die Fülle an Befundmaterial sinnvoll und anschaulich darzustellen, werden im Folgenden nur diejenigen Zusammenhänge vorgestellt, welche bedeutsam zwischen den beiden Patientengruppen diskriminieren.

Den grauen Feldern in der Tabelle 5.6. sind die Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Items zueinander in den Loss-Sitzungen zu entnehmen, und zwar sind je oben die Koeffizienten der Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses dargestellt und je unten diejenigen der Patienten mit Gains und Losses. Die Interpretation der Befunde wird analog zu dem dargestellten Interpretationsleitfaden in Kapitel 5.2.2.2. für die Tabelle 5.5. vorgenommen (siehe grauer Kasten).

Der erste Eindruck illustriert direkt, dass sich die Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses sehr viel häufiger signifikant ($p < .05$) von jenen der Patienten mit Gains und Losses unterscheiden als die zwei Patientengruppen (Patienten mit Gains versus jene mit Gains und Losses) hinsichtlich der Gain-Sitzungen.

Zunächst wird deutlich, dass die *Arbeit an kognitiven Inhalten* vonseiten der Therapeuten in der Gruppe mit Gains und Losses stärker mit den *kognitiven Veränderungen* auf der Patientenseite zusammen hängt ($r = .87^{**}, .01, .80^{**}, .84^{**}, .21, .88^{**}, .85^{**}$) als in der Gruppe mit Losses ($r = .34, -.81^*, .24, -.06, -.47, .14, .32$). Demgegenüber gelingt es den Therapeuten der Loss-Gruppe gleichzeitig *kognitiv* zu arbeiten und die wiederkehrenden *Beziehungsmuster* zu besprechen ($r = .88^{**}, .71^{**}$). Es liegt jedoch ein deutlich negativerer Zusammenhang vor zwischen *kognitiver Arbeit* und der gezeigten *Empathie* dieser Therapeuten ($r = -.74^{**}, -.79^{**}$).

Generell zeigen sich hinsichtlich der verhaltenstherapeutischen Interventionen (*Therapeut übt mit Patient* bis *Zurückführen auf bearbeitete Themen*) zwar signifikante Unterschiede, aber in die gleiche Richtung, d.h. eher konkordante Trends in den beiden Patientengruppen. Je mehr aussertherapeutischen Faktoren (Daily Hassles, Life Events) berichtet wurden, desto stärker wurde in beiden Gruppen *direktiv* gearbeitet ($r = .95^{**}, .98^{**}, .53^*, .63^{**}$). Zusätzlich zeigt sich, dass je mehr Hassles oder Events genannt wurden, desto weniger konnten die Therapeuten in der Gruppe mit Losses *kognitiv arbeiten* ($r = -.90^{**}, -.89^{**}, -.57^*$). Andererseits scheinen diese Patienten (mit Losses) mit der Anzahl an Daily Hassles auch *motivierter* zu sein ($r = .88^{**}$) als jenen mit Gains und Losses ($r = .37$). Zudem besteht

ein negativer Zusammenhang zwischen den *Hassles/Life Events* und der eingeschätzten *Qualität der therapeutischen Übungen* in der Gruppe mit Losses ($r=-1.00^{**}$, $-.97^{**}$). Ein negativer Zusammenhang zwischen der eingeschätzten *Qualität der therapeutischen Übungen* und der *Direktivität* der Therapeuten zeigt sich in dieser Gruppe ebenfalls ($r=-.88^{**}$).

Je mehr die *Stimmung* der Patienten durch die erlebten Daily Hassles beeinflusst wurde, desto stärker erleben die Patienten mit Losses *Einsicht* ($r=.45$; Patienten mit Gains und Losses: $r=-.25$) und desto häufiger respektiv intensiver gelingt den Therapeuten der *Fokus auf das beobachtbare Verhalten* der Patienten ($r=.26$; Patienten mit Gains und Losses: $r=-.39$). Zudem fördern die Therapeuten der Patienten mit Losses, die eine starke Stimmungsbeeinflussung erlebten intensiver die *Wahrnehmung der eigenen Gefühle* bei ihren Patienten ($r=.84^*$) als Patienten mit Gains und Losses ($r=.51$). Kongruenterweise zeigen die Patienten mit beeinflusster Stimmung in der Loss-Gruppe auch ein eingeschränktes Spektrum an Affekten ($r=.89^{**}$), und zwar signifikant stärker als jene mit Gains und Losses ($r=.30$). Gleichzeitig wurden aber auch häufiger *negative Reaktionen* gegenüber den Therapeuten bei den Patienten mit Losses geschätzt, wenn deren Stimmung beeinflusst ist ($r=.84^*$; Patienten mit Gains und Losses: $r=.38$). Andererseits wurden weniger *negative Gefühle* geratet, je stärker die Stimmung der Patienten beeinflusst war (Patienten mit Losses: $r=-.94^{**}$; Patienten mit Gains und Losses: $r=-.28$).

Während die Zusammenhänge zwischen der *Ermunterung zur Ressourcennutzung* vonseiten der Therapeuten und den *kognitiven* und *behavioralen* Faktoren in den beiden Patientengruppen eher kongruent erscheinen, meiden die Patienten mit Losses die *Exploration von Gefühlen* deutlich weniger ($r=-.29$) als jene mit Gains und Losses ($r=.33$). Im Gegensatz dazu scheint den Therapeuten der Patienten mit Losses ein gleichzeitig *empathisches* Verhalten nicht zu gelingen ($r=-.79^{**}$).

Patienten mit Losses erleben weniger *Unterstützung*, wenn mit ihnen *kognitiv* gearbeitet wird ($r=-.22$) und mehr, wenn eine Übung gut verlaufen ist ($r=.73^*$). Diese Patienten (mit Losses) erleben zudem mehr *Unterstützung*, wenn der Therapeut sich *empathisch* verhält ($r=.20$), während Patienten mit Gains und Losses sich dann weniger unterstützt fühlen ($-.54^*$).

In der Gruppe mit Losses zeigt sich, dass je mehr die Therapeuten *Übungen* einbringen, desto weniger zeigen die Patienten *positive Gefühle* ($r=-.21$) während jene mit Gains und Losses dann mehr *positive Gefühle* äussern ($r=.48^*$). Zudem steht auch die *Direktivität* der Therapeuten im negativen Zusammenhang zu den geschätzten *positiven Gefühlen* in der Gruppe mit Losses ($r=-.29$) und nicht in der Gruppe mit Gains und Losses ($r=.33$). Zusätzlich liegen in beiden Patientengruppen positive Zusammenhänge vor zwischen den

therapeutischen Interventionen, um *Gefühle wahrzunehmen* und dem gezeigten *positiven Affekt* auf Patientenseite, wobei die Patienten mit Gains und Losses signifikant einen höheren Zusammenhang vorweisen ($r=.88^{**}$). Es zeigt sich ausserdem, dass insbesondere in der Gruppe mit Gains und Losses gleichzeitig (neben den positiven Gefühlen) auch ein *eingeschränktes Spektrum an Affekten* ($r=.87^{**}$) vorliegt sowie *negative Reaktionen* gegenüber dem Therapeuten ($r=.88^{**}$) und *Inkongruenzen* ($r=.96^{**}$) hoch sind.

Je mehr die Therapeuten der Patienten mit Gains und Losses an *inakzeptablen Gefühlen arbeiten*, desto höher ist das gezeigte Mass an *negativen Gefühlen* ($r=.55^{**}$) bei ihren Patienten, nicht jedoch bei denen mit Losses ($r=-.19$). Des weiteren verringern sich die *negativen Gefühle*, wenn das *Hauptthema* die *Beziehungen* der Patienten sind ($r=-.23$, $-.88^{**}$). Gleichzeitig zeigt sich, dass je mehr die Patienten die *Exploration ihrer Gefühle meiden*, desto mehr zeigen sie auch *negative Affekte*, wobei dies für jene mit Gains und Losses stärker ausgeprägt ist ($r=.93^{**}$) als für jene mit Losses ($r=.22$). Zudem verhalten sich Therapeuten *empathischer* je *negativer* die gezeigten Gefühle der Patienten in der Gruppe mit Gains und Losses ($r=.31$), in jener mit Losses verhalten sie sich verhältnismässig weniger *empathisch* ($r=-.41$). Entgegen der Erwartung besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem gezeigten Maß an *negativen Gefühlen* und der *Inkongruenz* der Patienten (Losses: $r=-.42$; Gains und Losses: $r=-.88^{**}$).

	Daily Hassles	Life Events	Therapeut ermutigt zur Ressourcennutzung	Patient erlebt Unterstützung	Einschätzen Qualität Übung	Stimmung beeinflusst	Gefühle wahrnehmen	inakzeptable Gefühle	eingeschränktes Spektrum an Affekten	Vermeidung Exploration v. Gefühlen, kodiert	Empathie	Neg. Reaktionen	Hauptthema Beziehungen	pos. Gefühle	neg. Gefühle	
Life Events	.98**															
Einschätzen Qualität Übung	.47															
Stimmung beeinflusst	-	-	.73*													
Gefühle wahrnehmen	1.00**	.97**	.27	.63												
inakzeptable Gefühle	.01	-.28		-.14	.84*											
eingeschränktes Spektrum an Affekten					-.22	.53										
Vermeidung Exploration v. Gefühlen, kodiert							.89**									
Empathie																
Neg. Reaktionen																
Hauptthema Beziehungen																
pos. Gefühle																
neg. Gefühle																

Tabelle 5.6.(Tei 2): Vergleich zwischen den Loss-Sitzungen der beiden Gruppen, indem die Korrelationskoeffizienten (Rho) der Itemausprägung in den Loss-Sitzungen der beiden Gruppen der Patienten mit Losses (je oben im grauen Feld, $Rho > .52$ wird signifikant, $n=15$) mit jenen mit Gains und Losses (je unten, , $Rho > .44$ wird signifikant, $n=21$) verglichen werden.⁵¹ Die zwei Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Gruppen sind zunächst z-transformiert (Fisher) und anschließend deren Differenz auf Signifikanz getestet. Dargestellt sind nur die signifikanten Koeffizientenvergleiche ($p < .05$, einseitig für unabhängige Stichproben).

5.2.2.4. Unterschiede zwischen den Sudden Gain- und Loss-Sitzungen

		Was passierte in Sitzung?		
		Gain	Loss	Neutral
Grup- pen	Gain	31	19	12*
	Loss	27		12*
	Gain & Loss	37	15	21
	Neither	23		23
	Summe	128	34	36

Um den qualitativen Unterschied zwischen den Gain- und den Loss-Sitzungen zu untersuchen, sind mittels Paarvergleichen (Mann-Whitney-U-Tests) die Gain-Sitzungen aller Patienten verglichen worden mit den Loss-Sitzungen aller Patienten, dies bedeutet, dass keine Unterscheidung vorgenommen wurde, ob diese Gain-Sitzungen den Patienten angehörten die nur Gains erlebten versus derjenigen die Gains und Losses in ihrem Therapieverlauf hatten. (Die Zahlenangaben sind bei Bedarf in der Tabelle F.5. einzulesen.)

Bei dem Vergleich zwischen den Gain- und den Loss-Sitzungen aller Patienten (Gain: $n=34$, Loss $n=36$) zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der kognitiven Strategien der Therapeuten. Jene arbeiten intensiver an der *Bedeutung der Gedanken ihrer Patienten* ($U=443$; $p<.05$) und diskutieren mehr über die *frühen Erinnerungen* der Patienten ($U=405$; $p<.05$) in den Loss-Sitzungen als in den Gain-Sitzungen. Demgegenüber unterscheiden sich die kognitiven Veränderungen aufseiten der Patienten nicht signifikant voneinander. Die beiden Sitzungstypen unterscheiden sich zudem in Bezug auf den Einsatz *verhaltenstherapeutischer Techniken*, die Therapeuten führen in den Loss-Sitzungen deutlich intensiver auf bereits *bearbeitete Themen* zurück ($U=422.50$; $p<.05$). Tendenziell ermuntern sie auch eher zu *Unabhängigkeit* ($U=512$; $p>.05$), zur *Übernahme von Verantwortung* ($U=491$; $p>.05$) und fokussieren stärker auf das *beobachtbare Verhalten* der Patienten ($U=513.50$; $p>.05$). In den Gain-Sitzungen hingegen werden tendenziell mehr *Übungen* vorgenommen ($U=494$; $p>.05$) und die *Äußerungen* der Patienten gestärkt ($U=530$; $p>.05$). Die *Qualität der Übungen* wird dann hingegen in beiden Sitzungstypen ähnlich eingeschätzt ($U=262.50$; $p>.05$).

Während die Therapeuten in beiden Sitzungstypen gleich stark an angesprochenen Themen festhalten ($U=602$; $p>.05$), üben die Therapeuten in den Loss-Sitzungen intensiver eine *aktive Kontrolle* in der Interaktion aus ($U=399.50$; $p<.05$).

Außertherapeutische Erlebnisse werden in den Gain-Sitzungen tendenziell häufiger berichtet (Daily Hassles: $U=562$; $p>.05$; Life Events: $U=508$; $p>.05$), die *Stimmung* beeinflussen jene allerdings eher in den Loss-Sitzungen ($U=132$; $p>.05$).

Die Therapeuten *ermuntern zur Ressourcennutzung* in den Loss-Sitzungen stärker ($U=514$; $p>.05$), während die Patienten der Gain-Sitzungen sich eher *unterstützt fühlen* ($U=584.50$; $p>.05$).

Die *Erwartungen* der Patienten sind in den Gain-Sitzungen tendenziell realistischer geschätzt ($U=525$; $p>.05$), *motiviert* sind die Patienten in den beiden Sitzungstypen ungefähr gleich ($U=599$; $p>.05$). Die beurteilte *Inkongruenz* ist bei Patienten in Loss-Sitzungen eher höher ($U=457$; $p>.05$) und auch die Häufigkeit/Intensität an *negativen Reaktionen* gegenüber dem Therapeuten ($U=497$; $p>.05$). Demgegenüber zeigen die Therapeuten in den Gain-Sitzungen tendenziell mehr *Empathie* ($U=549.50$; $p>.05$). Die *Beziehungen* des Patienten sind eher das Hauptthema in den Loss-Sitzungen ($U=539$; $p>.05$) und dem kongruent werden auch die *wiederkehrenden Beziehungsmuster* der Patienten in diesen Loss-Sitzungen stärker besprochen ($U=532$; $p>.05$).

Die therapeutische Intervention, um die eigenen *Emotionen mehr wahrzunehmen*, wird tendenziell in den Loss-Sitzungen eher angewendet ($U=502.50$; $p>.05$). Diese Patienten weisen auch eher ein eingeschränktes Spektrum an Affekten ($U=526$; $p>.05$) auf und gleichzeitig zeigen sie mehr *positive* ($U=516.50$; $p>.05$) wie auch *negative Gefühle* ($U=592$; $p>.05$). Dahingegen kommt das Erarbeiten *inakzeptabler Gefühle* eher in den Gain-Sitzungen vor ($U=572$; $p>.05$), in welchen die Patienten auch eher die *Exploration von Gefühlen meiden* ($U=552$; $p>.05$).⁵²

5.2.3. Globale Einschätzungen der Therapiesitzung

Die Beobachter haben, nachdem sie die Therapiesitzung einmal angesehen hatten, ein globales Urteil abgegeben hinsichtlich des Funktionsniveaus des Patienten sowie der Wirkung des Therapeuten auf den Beobachter. Wichtig ist, dass dieses Urteil intuitiv und somit subjektiv gefällt wurde, den Beurteilern wurde die Möglichkeit gegeben, ihren persönlichen Eindruck über Patient und Therapeut abzugeben. Folglich liegt eine gering vordefinierte Information vor.

Wie für die anderen Berechnung bereits beschrieben (Kap. 4.2.10., 5.2.), wurden die Daten zunächst für jeden Rater z-standardisiert und anschliessend der Median als Cut-off-Grenze gewählt. Da aus jedem Themenblock jeweils ein Rater die gleichen Sitzungen beurteilen

⁵² In einem zweiten Schritt sind dann zusätzlich Vergleiche vorgenommen worden zwischen den Gain- und den Loss-Sitzungen der Patienten, die lediglich Gains ($n=19$) respektiv Losses ($n=15$) erlebten. Die Befunde sind ergänzend dem Anhang F, Tabelle F.6. zu entnehmen.

musste, bestehen hinsichtlich der Globalitems für jede Sitzung etwa drei Urteile⁵³. Diese drei Urteile wurden dann zu einem Urteil aggregiert, indem der Median dieser Werte als Schätzung der durchschnittlichen Übereinstimmung zwischen allen Ratern gebildet wurde (vorgeschlagen von Roth, 1984). Da die Therapiesitzungen unterschiedlich lang andauerten, sind für die folgenden Berechnungen zusätzlich die Therapielängen in den vier Patientengruppen verglichen worden; es zeigt sich, dass jene sich nicht unterscheiden ($\chi^2(3)=0.18$; $p>.05$). Die folgenden Beschreibungen der Resultate sind eher explorativ zu verstehen, daher sind neben den wenigen Signifikanzen auch die Trends beschrieben, welche die Patientengruppen aufweisen.⁵⁴

Funktionsniveau des Patienten und Wirkung des Therapeuten

Das Funktionsniveau des Patienten wird in allen vier Patientengruppen ähnlich hoch eingeschätzt (Abbildung 5.20.). Tendenziell weisen die Patienten mit Gains (70.48) oder ohne Veränderungssprung (68.46) ein höheres Funktionsniveau auf als jene mit Losses (58.28) oder mit Gains und Losses (62.19 ; $\chi^2(3)=2.66$; $p>.05$).

Der Eindruck, den die Therapeuten bei den Beurteilern hinterlassen, wurde mittels eines abschliessenden Globaleindrucks erhoben. Diese subjektiven Ratings der Beobachter geben Auskunft über ihren persönlichen Eindruck zu den Therapeuten.

Generell lassen sich keine signifikanten Unterschiede finden in den vier Patientengruppen, markante Unterschiede zwischen den Therapeuten scheinen demnach nicht zu existieren. Es fällt jedoch der Trend auf, dass die Therapeuten der Patienten ohne Veränderungssprung und auch jene mit Gains eher stärker *beeindruckt*, *einfühlsam*, *unterstützend* und *verständlich* geschätzt wurden. Demgegenüber wurden die Therapeuten der Patienten mit Losses sowie mit Gains und Losses als tendenziell *echter*, *kompetenter* und *direktiver* beurteilt.

⁵³ Nicht in jedem Fall liegen drei Urteile vor, wenn die jeweilige Sitzung z.B. als Interratersitzung diene, so liegen sechs Urteile vor. Wurden dagegen Sitzungen beschädigt, liegen teilweise nur vier oder fünf dieser Urteile vor. Die genaue Anzahl der Urteile pro Sitzung ist der Tabelle F.9. zu entnehmen.

⁵⁴ Um die Fülle an Datenangaben leserlich darstellen zu können, werden an einigen Stellen auf Zahlenangaben verzichtet, die der Leser in den Tabellen F.10.a. bis F.10.d. einlesen kann.

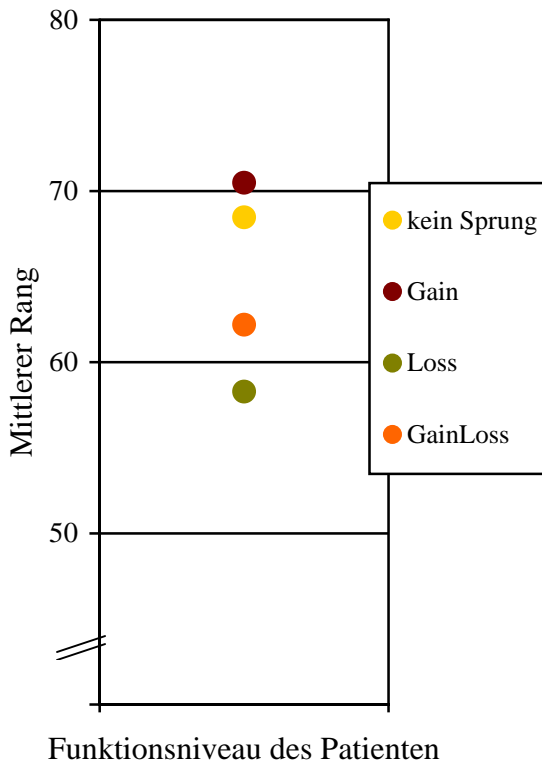


Abbildung 5.20.: Der mittlere Rang des Globalitems *Funktionsweise des Patienten*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

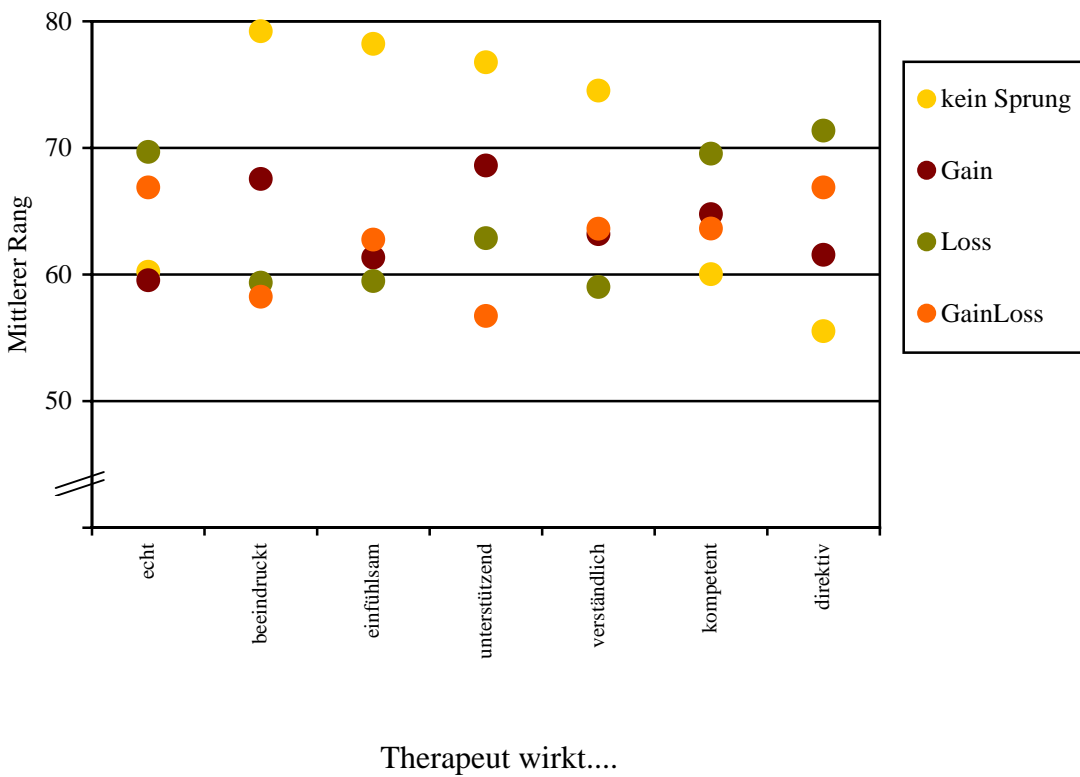


Abbildung 5.21.: Der mittlere Rang der Globalitems *Wirkung des Therapeuten*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Betrachtet man die Handlungen der Therapeuten, so zeigt sich, dass die Therapeuten insbesondere den Patienten mit Gains und Losses die *Initiative in der Therapie* überlassen (69.11; $\chi^2(3)=7.66$; $p>.05$) und sie *mitbestimmen* dürfen (74.19 ; $\chi^2(3)=6.84$; $p>.05$). Auch die Patienten mit Gains scheinen eher die *Initiative* überlassen zu bekommen (71.89), hier nehmen sich die Therapeuten auch mehr *Zeit für Erklärungen* (69.45) und *akzeptieren* (71.44) den Patienten. Viel scheinen die Therapeuten in allen Patientengruppen zu *verlangen*, lediglich diejenigen ohne Sprung werden hier marginal höher geschätzt (69.46; $\chi^2(3)=7.33$; $p>.05$).

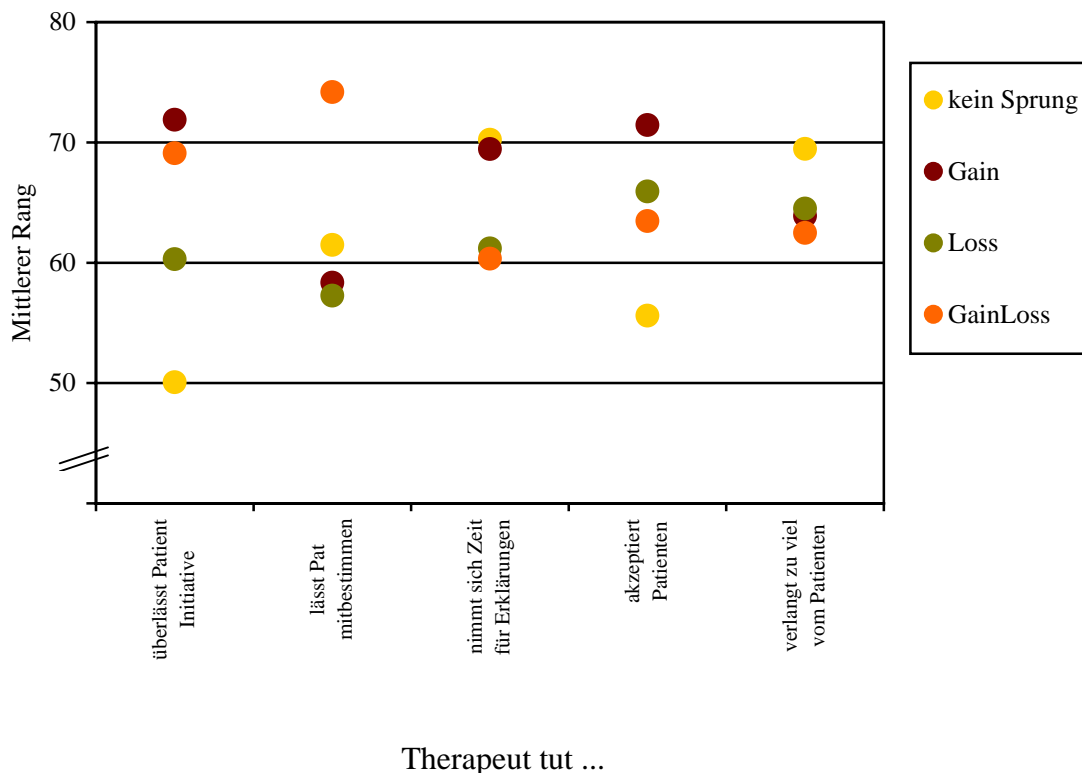
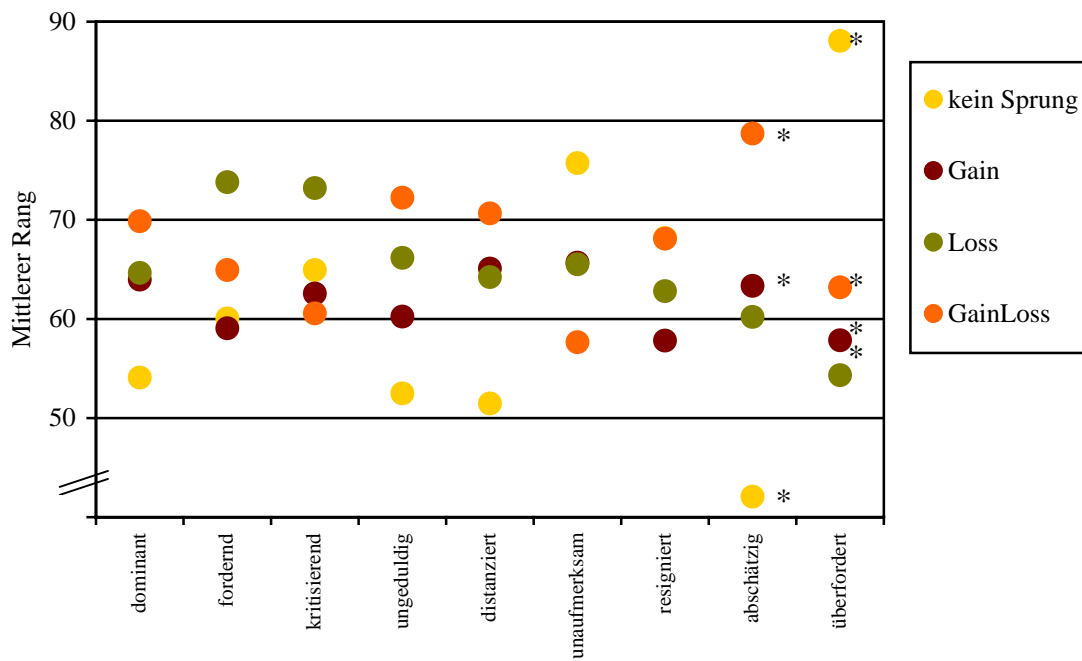


Abbildung 5.22.: Der mittlere Rang der Globalitems *Verhalten des Therapeuten*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Hinsichtlich der weiteren Items, die die Wirkung der Therapeuten erfragen, liegen erneut nur wenige Signifikanzen vor. *Abschätzig* wirken die Therapeuten in der Gruppe ohne Veränderungssprung am wenigsten (42.07), während die Therapeuten diesbezüglich in den Gruppen mit Gains (63.34) oder mit Gains und Losses (78.71; $\chi^2(3)=21.27$; $p<.001$) signifikant höher geschätzt wurden. Demgegenüber wirken die Therapeuten der Gruppe ohne Sprung deutlich *überfordert* (88.07), und zwar signifikant mehr als in den anderen Gruppen ($\chi^2(3)=16.12$; $p<.001$).

Auffallend ist zudem, dass in fast allen Items die Gruppe der Patienten mit Losses recht hoch scoren. In dieser Gruppe wirken die Therapeuten fordernder, kritisierender, eher *dominant*, *ungeduldig*, *distanziert* und *unaufmerksam*. Dieser Trend zeigt sich auch teilweise bei den Patienten mit Gains und Losses, wird aber auch hier nicht signifikant.



Therapeut wirkt....

Abbildung 5.23.: Der mittlere Rang der Globalitems *Wirkung des Therapeuten*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.

Vergleich der Gain-Sitzungen

Der anschließende Paarvergleich zwischen den Gain-Sitzungen der beiden Patientengruppen mit Gains und jenen mit Gains und Losses soll dazu dienen, die gerade dargestellten Gruppenunterschiede zu erklären. Dies bedeutet, der Gruppenvergleich findet nun nicht mehr auf der Patientenebene, sondern auf der Sitzungsebene statt.

Wie Abbildung 5.24. zeigt, unterscheiden sich die beiden Sitzungstypen nur in zwei Fällen signifikant voneinander, ansonsten sind sich die Therapeutenbeurteilungen sehr ähnlich.

Während in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains die Therapeuten ihren Patienten mehr *Initiative* überlassen (20.39; $U=87.50$; $p<.05$), lassen Therapeuten der Patienten mit Gains und Losses ihre Patienten mehr *mitbestimmen* (22.27; $U=71$; $p<.01$). Diese Differenz erklärt die unterschiedliche Ausprägung der Patientengruppe mit Gains und mit Gains und

Losses in den beiden Items in Abbildung 5.22. Da die Differenzierung dieser beiden Items nicht besonders trennscharf sein dürfte, sind mögliche Interpretationen wohl sehr schwierig. Es besteht folglich der Hinweis, dass eher spontane Ideen vor allem unter den Patienten mit Gains von deren Therapeuten gefördert werden, während geplante mitbestimmende Äusserungen eher von Patienten der Gruppe mit Gains und Losses durch den Therapeuten wohlgeheissen werden.

Tendenziell zeigt die Abbildung zudem, dass vor allem negative Reaktionen der Therapeuten vermehrt in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses vorkommen und dass es dem Patienten selber in den Gain-Sitzungen derjenigen mit Gains besser zu gehen scheint.

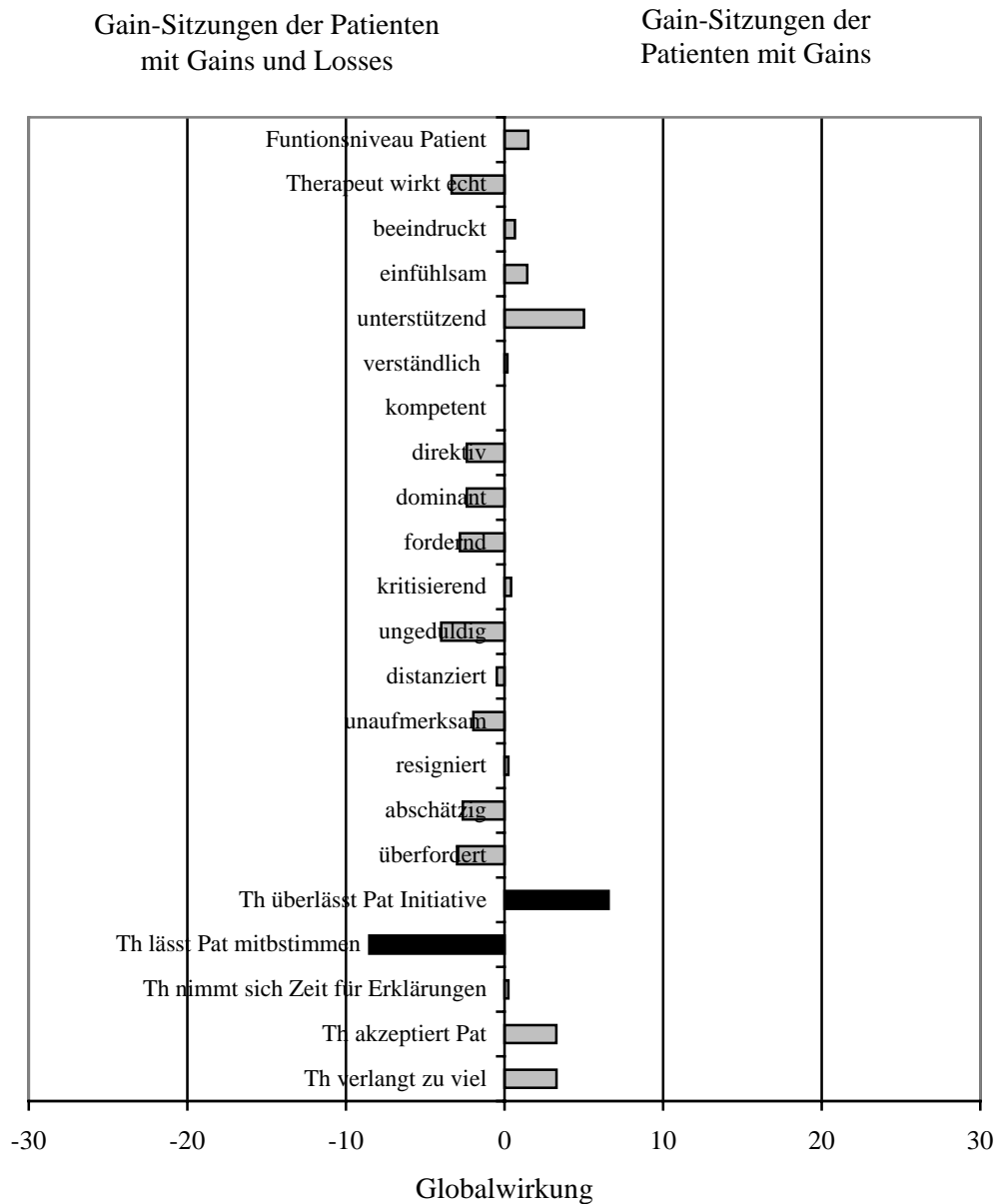


Abbildung 5.24.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Globalwirkung* für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. (Zahlenangaben in Tabelle F.11.)

Vergleich der Loss-Sitzungen

Der Vergleich der Loss-Sitzungen in den zwei Patientengruppen zeigt (Abbildung 5.25.), dass die Therapeuten insbesondere in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses *abschätzig* wirken (20.93; $U=106.50$; $p<.05$) und zu viel verlangen von ihren Patienten (21.10; $U=103$; $p<.05$). Generell fällt auf, dass die eher positiven Merkmale für die Therapeuten der Gruppe mit Losses zufallen, allerdings bestehen hier nur Trends.

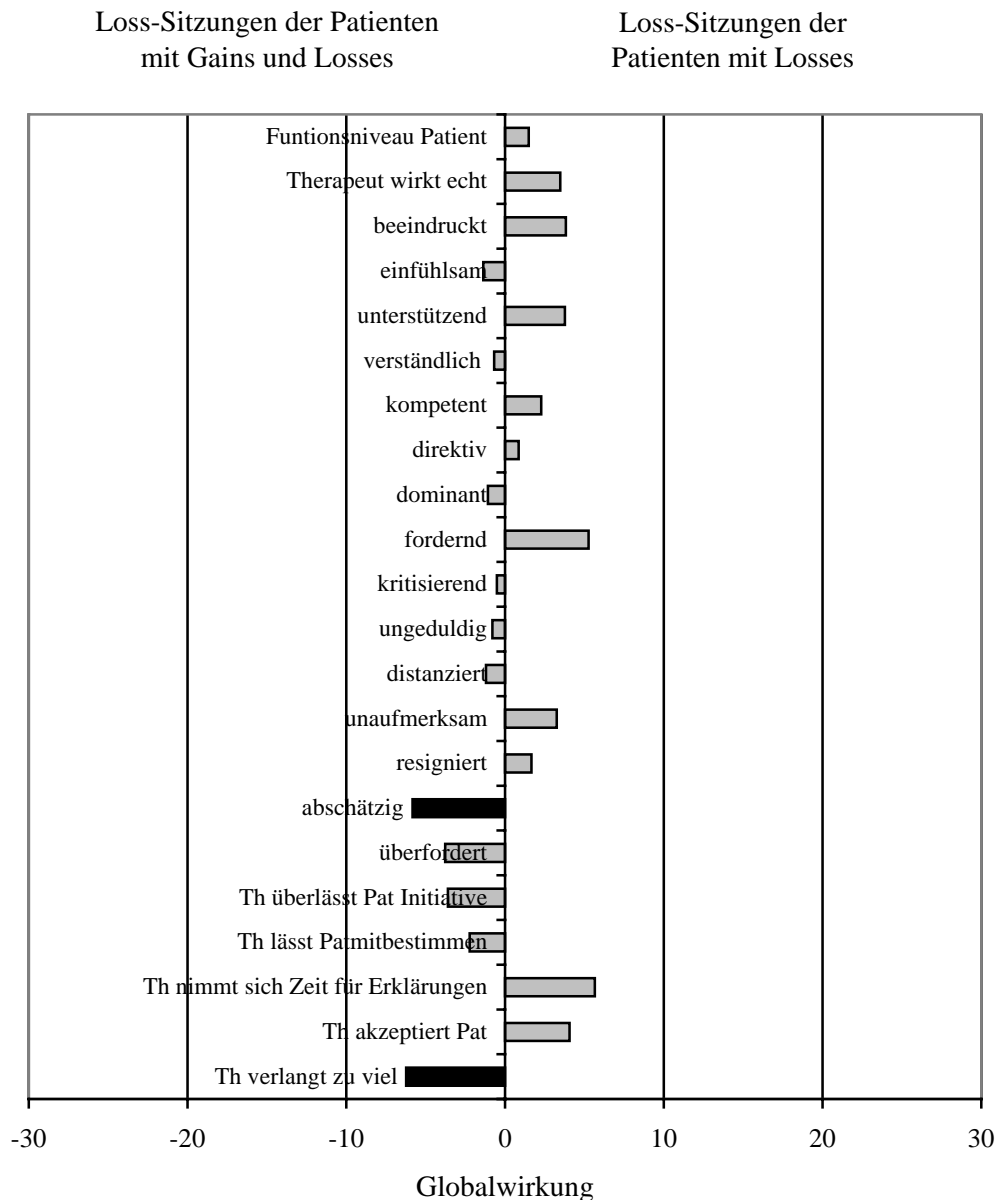


Abbildung 5.25.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Globalwirkung* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. (Zahlenangaben in Tabelle F.12.)

Vergleich der Gain-Sitzungen mit den Loss-Sitzungen und den Neutralen

Die globalen Einschätzungen von Patient und Therapeut sollen im Folgenden nun nochmals verglichen werden zwischen den Gain-, den Loss- und den neutralen Sitzungen, d.h. analog zu der oben dargestellten Gruppeneinteilung (Abb. 5.20. bis 5.23.) wird nun erneut ein Vergleich auf Sitzungsebene vorgenommen und nicht auf Patientenebene.

Das Funktionsniveau der Patienten scheint sich nicht zu unterscheiden in den 3 Sitzungstypen ($\chi^2(2)=2.27$; $p>.05$).⁵⁵ Auf der Therapeutenseite lässt sich erkennen, dass die Therapeuten ihren Patienten in den Gain-Sitzungen deutlich mehr die *Initiative* überlassen (35.47) als in den neutralen (24.13; $\chi^2(2)=6.32$; $p<.05$). *Echt* wirken die Therapeuten allerdings eher in den Loss-Sitzungen (36.33) als in den Gain-Sitzungen (24.79; $\chi^2(2)=6.13$; $p<.05$). Die Therapeuten wirken zudem in den Loss-Sitzungen deutlich *fordernder* ihren Patienten gegenüber (36.73) als in den Gain-Sitzungen (25.18; $\chi^2(2)=5.97$; $p<.05$), gleichzeitig wirken sie in den Loss-Sitzungen selber auch nicht *überfordert* (21.73) während jene in den neutralen dies tun (38.57; $\chi^2(2)=16.88$; $p<.001$). *Abschätzig* wirken die Therapeuten eher in den Gain-Sitzungen (35.00) und weniger in den neutralen (20.98; $\chi^2(2)=12.97$; $p<.01$).

Stellt man diesen Analysen diejenigen gegenüber, welche alle Patienten einbeziehen (d.h. auch jene mit Gains *und* Losses), so ergibt sich ein leicht abweichendes Muster, was wohl wiederum für die Unterschiedlichkeit der Gain-Sitzungen (respektiv Loss-Sitzungen) sprechen dürfte. Die auffälligsten Abweichungen sollen daher kurz vorgestellt werden. *Abschätzig* wirken hier die Therapeuten in den Loss-Sitzungen (55.58; $\chi^2(2)= 25.09$; $p<.001$), gleichzeitig wirken jene auch deutlich *ungeduldiger* (54.82; $\chi^2(2)= 9.14$; $p<.01$) und *distanzierter* (51.17; $\chi^2(2)= 6.62$; $p<.05$) als in den anderen Sitzungstypen. Die Therapeuten *verlangen* in den neutralen Sitzungen eher *zu viel* (52.48; $\chi^2(2)= 6.44$; $p<.05$), wirken in jenen aber auch besonders beeindruckt (58.04, $\chi^2(2)= 8.04$; $p<.05$). Gleichzeitig wirken die Therapeuten in den neutralen selber *überfordert* (63.70; $\chi^2(2)= 15.12$; $p<.001$).

5.2.4. Darstellung der außertherapeutischen Lebensereignisse

Die von den Patienten geäußerten aussertherapeutischen Lebensereignisse sind rein deskriptiv in den Tabellen F.16. und F.18. aufgezählt. Eine Kategorisierung der genannten Daily Hassles und Life Events ist im Anschluss erfolgt, um die zahlreichen Erlebnisse zu clustern. Die Tabellen F.17. und F.19. stellen jene Bereiche dar, welche von den Patienten in den gerateten Videositzungen angegeben wurden. Als Life Events wurden mit 40.4% vorrangig wichtige Ereignisse im Bereich *Partnerschaft* genannt, aber auch die Gebiete *Familie* (28.2%) oder *Arbeit* (15.2%). Als Daily Hassles wurden sehr häufig die

⁵⁵ Alle Zahlenangaben dieses Abschnitts befinden sich in den Tabellen F.13. und F.14.

Partnerschaft (17.8%) und *störungsbedingte Hassles* (17.0%) genannt, aber auch die *Familie* (16.4), die *Arbeit* (16.2%) oder *somatische Problematiken* (14.2%). Diese unterschiedlichen Verteilungen der Life Events und Daily Hassles weisen bereits darauf hin, dass die Differenzierung zwischen jenen beiden Kategorien sinnvoll ist.

Die Trennung der beiden Kategorien ist jedoch auch bei der Auswertung nicht immer ganz einfach, da bestimmte Ereignisse sich auf der Schnittstelle befinden zwischen einem Events und einem Hassles, die Zuordnung ist in diesen Fällen schwierig. Die Frage, an welchem Punkt ein Daily Hassle zu einem Life Event wird, ist daher an manchen Punkten diskutierbar.

Die kategoriale Zuordnung war zudem auch nicht immer einfach und klar vorzunehmen, da viele berichtete Erlebnisse unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden könnten. Wenn z.B. der Tinnitus des Ehemanns die Patientin nervt, kann dies einerseits auf ein Beziehungsproblem hinweisen, gleichzeitig aber auch für ein störungsspezifisches Charakteristikum sprechen. In zukünftigen Arbeiten wäre dieser Problematik entgegen zu treten, indem man die Beobachter eine zusätzlich Variable beantworten lässt, welche erfragt, welchen Lebensbereichen sie jene Hassles/ Events zuordnen würden und die Rater jene Frage mehrmals beantworten können. Somit ist die Eingliederung in den Kontext erfolgt, welche im Nachhinein schwer nachzuvollziehen ist.

Teilweise ist eine Kategorisierung auch schwer möglich gewesen, weil die durch die Beobachter angegebenen Aussagen ohne ein Verständnis des Kontextes nicht möglich war. Aus diesen Gründen sind die Befunde dieses Kapitels sehr vorsichtig zu interpretieren.

5.2.5. Vergleich der Gain-Sitzungen mit den Loss-Sitzungen und den neutralen

		Was passierte in Sitzung?		
		Gain	Loss	Neutral
Grup- pen	Gain	31	19	12*
	Loss	27	15	12*
	Gain & Loss	37	15	11*
	Neither	23		23
	Summe	128	34	36

Auf kognitiver Ebene zeigt sich, dass die Therapeuten in der neutralen Patientengruppe deutlich mehr über dessen *frühe Erinnerungen diskutieren* (30.09) als die Therapeuten in

der Gruppe mit Gains (21.82; $\chi^2(2)=7.72$; $p<.05$).⁵⁶ Auf der Patientenseite unterscheiden sich die drei Patientengruppen ebenfalls, und zwar in allen drei erhobenen Items: während die *Bewusstwerdung über Überzeugungen hinter negativen Gefühlen* in den Loss-Sitzungen deutlich höher ist (39.47) als in den neutralen (24.48; $\chi^2(2)=8.24$; $p<.05$), erweisen sich das *Akzeptieren von neuen Denkprozessen* (38.00) und die *Einsicht* (34.00) signifikant höher in den neutralen Sitzungen als in den Gain-Sitzungen ($\chi^2(2)=17.18$; $p<.001$; $\chi^2(2)=18.16$; $p<.001$).

Bezüglich der verhaltenstherapeutischen Techniken unterscheiden sich die Sitzungen ebenfalls deutlich. So findet die *Aufforderung zur Übernahme von Verantwortung* sowie die *Stärkung der Äusserungen* stärker in den neutralen Sitzungen (35.67; 38.37) statt als in den Gain-Sitzungen (22.5, $\chi^2(2)=7.22$; $p<.05$; 23.13, $\chi^2(2)=12.47$; $p<.01$). Den *Fokus auf beobachtbares Verhalten* wird allerdings eher in den Gain-Sitzungen gehalten (35.18) als in den neutralen (22.15; $\chi^2(2)=6.94$; $p<.05$), und das *Zurückführen auf bearbeitete Themen* vorrangig in den Loss-Sitzungen (35.80) als in den Neutralen (21.65; $\chi^2(2)=8.82$; $p<.05$).

Die Therapeuten zeigen sich eher direkter in den neutralen Sitzungen, sie bleiben signifikant stärker *am Thema* (38.50; $\chi^2(2)=17.99$; $p<.001$) und üben tendenziell eher *Kontrolle* (32.15; $\chi^2(2)=3.54$; $p>.05$) aus, während in den Gain-Sitzungen die Direktivität viel niedriger liegt (22.21; 23.16).

Extratherapeutische Ereignisse werden in den neutralen Sitzungen signifikant häufiger berichtet von den Patienten, sie erzählen öfter von *Daily Hassles* (38.50) und *Life Events* (38.50) als die Patienten in den Gain-Sitzungen (22.42; 23.32) oder in den Loss-Sitzungen (22.77, $\chi^2(2)=18.14$; $p<.05$; 21.63, $\chi^2(2)=18.12$; $p<.001$).

Bezüglich der *Ressourcenunterstützung* auf Therapeutenseite und der *Nutzung* auf Patientenseite bestehen nur insofern tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen als diese Faktoren in den neutralen Sitzungen (26.09; 26.39) am wenigsten geschätzt wurden und in den Loss-Sitzungen am höchsten (31.83, $\chi^2(2)=1.68$; $p>.05$; 32.23, $\chi^2(2)=1.32$; $p>.05$).

Das Besprechen *inakzeptabler Gefühle* durch die Therapeuten findet deutlich mehr in den neutralen Sitzungen statt (41.50) als in den den Gain-Sitzungen (19.97) oder in den Loss-Sitzungen (21.27; $\chi^2(2)=26.63$; $p<.001$). Auch auf der Patientenseite weisen jene der neutralen Sitzungen eher ein *eingeschränktes Spektrum an Affekten* auf (35.50; $\chi^2(2)=13.51$; $p<.001$) und *meiden die Exploration von Gefühlen* stärker (37.00; $\chi^2(2)=14.46$; $p<.001$). Diese Patienten weisen auch ein deutlich höheres Maß an *negativen Gefühlen* (35.93) auf als die Patienten in den Gain- (23.08) oder Loss-Sitzungen (25.87; $\chi^2(2)=7.80$; $p<.05$).

⁵⁶ Zahlenangaben sind in den Tabellen F.7. und F.8.

Kongruenterweise zeigen die Patienten in den neutralen Sitzungen das niedrigste Ausmaß an *positiven Gefühlen* (21.33) und die Patienten in den Loss-Sitzungen das höchste (37.03; $\chi^2(2)=9.23$; $p<.01$).

Negative Reaktionen gegenüber ihren Therapeuten zeigen die Patienten in den Gain-Sitzungen am wenigsten (21.53) und jene in den neutralen am meisten (35.50; $\chi^2(2)=13.87$; $p<.001$). Zugleich weisen die Therapeuten ihren Patienten gegenüber am meisten *Empathie* auf in den neutralen Sitzungen (39.43) und am wenigsten in den Gain-Sitzungen (21.37; $\chi^2(2)=16.90$; $p<.001$).

Generell sind die *Beziehungen* der Patienten in den neutralen Sitzungen signifikant weniger das Hauptthema der Sitzung (17.96) als in den beiden anderen Sitzungstypen ($\chi^2(2)=17.24$; $p<.001$).⁵⁷

5.2.6. Zusammenfassung der Resultate des empirischen Teils II

Die Menge an Befunden zu den zahlreichen Variablen dieser Studie soll nun in einer Art „Konspekt“ rekapituliert werden mit dem Bestreben ein kohärentes Format herzustellen. Dieser Konspekt beansprucht also das Ziel, den

Inhalt der Ratingergebnisse zentral zusammen zu fassen, um globalere Zusammenhänge einzusehen und eine diskutabile Argumentationslinie zu extrahieren.

Zu diesem Zweck werden die Befunde der Studie in einer Übersichtsgrafik veranschaulicht (Tabelle 5.7.): In den Spalten sind die jeweiligen Gruppenvergleiche abgebildet (inklusive der Kapitel, in jenen sie vorgestellt wurden) und in den Zeilen sind die kodierten Variablen abgetragen. Grau schattiert sind diejenigen Gruppenvergleiche, die sich als signifikant ergeben haben, wobei die Gruppen mit den höchsten Ausprägungen dunkel grau und jene mit niedrigen Ausprägungen hell grau sind.

⁵⁷ Die Resultate der Gruppenvergleiche der neutralen Sitzungen mit den Gain- und Loss-Sitzungen aller Patienten (Patienten mit Gains, Losses und mit Gains und Losses) sind den dargestellten in diesem Kapitel sehr ähnlich und weichen nur geringfügig ab. Aus diesem Grund werden sie an dieser Stelle nicht nochmals ausführlich vorgestellt, sondern sind der Tabelle F.8. im Anhang zu entnehmen. Zudem werden sie in dem Überblickskapitel 5.2.6. integriert.

Sitzungsebene		Patientenebene					
	G _G -G _{GL}	L _L -L _{GL}	G _{G/GL} -L _{L/GL}	G _G -L _L	G _G -L _L -N	G _{G/GL} -L _{L/GL} -N	G-L-GL-N
n	19 - 15	15 - 21	34 - 36	19 - 15	19 - 15 - 23	34 - 36 - 23	31- 27- 47- 23
Kapitel	6.2.3.	6.2.3.	-	-	6.2.3.	6.2.3.	6.2.3.
Globalurteile							
Th überlässt Pat die Initiative							
Th lässt Pat mitbestimmen							
Th wirkt echt							
Th wirkt beeindruckt							
Th wirkt abschätzig							
Th verlangt zuviel vom Pat							
Therapeut wirkt fordernd							
Th wirkt kritisierend							
Th wirkt überfordert							
Th wirkt ungeduldig							
Th wirkt distanziert							
Kapitel	6.2.2.2.	6.2.2.3.	6.2.2.4.	6.2.2.4.	6.2.5.	6.2.5.	6.2.1.
Kognitive Techniken							
Bedeutung Gedanken erklären							
Einsicht in emotionale Erfahrungen							
Diskussion über frühe Erinnerungen							
Überzeugung hinter negativen Gefühlen							
Denkprozesse akzeptieren							
Einsicht des Patienten							
Behaviorale Techniken							
Stärkung der Äußerungen							
Ermunterung Unabhängigkeit							
Übernahme Verantwortung							
Fokus beobachtbares Verhalten							
Besprechen erwarteter Konsequenzen							
Zurückführen auf bearbeitete Themen							
Th übt mit Pat							
Qualität der Übung							
Direktivität							
Aktive Kontrolle in Interaktion							
Th bleibt beim Thema							
Emotionen							
Inakzeptable Gefühle							

Eingeschränktes Spektrum					■	■	■	■
Vermeidung Exploration					■	■	■	■
Positive Gefühle					■	■	■	■
Negative Gefühle					■	■	■	■
Beziehung								
Beziehungsmuster		■	■					
Beziehungen Thema					■	■	■	■
Inkongruenz					■	■	■	■
Außertherapeutische Faktoren								
Life Events	■	■			■	■	■	■
Daily Hassles					■	■	■	■
Strengths								
Th ermutigt						■	■	■
Ressourcennutzung						■	■	■
Pat erscheint motiviert		■	■		■	■	■	■
Therapieerwartungen					■	■	■	■
Neg. Reaktionen					■	■	■	■
Empathie					■	■	■	■

Tabelle 5.7.: Übersichtstabelle der signifikanten Befunde der Gruppenvergleiche dieser Studie. Grau schattiert sind diejenigen Gruppenvergleiche, die sich als signifikant ergeben haben, wobei die Gruppen mit den höchsten Ausprägungen dunkel grau und jene mit niedrigen Ausprägungen hell grau sind.

Globalurteile

Die globale Einschätzung der Patienten und Therapeuten ist deshalb so wichtig, weil den Beurteilern hier die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre persönliche Meinung über eher interpersonelle Qualitäten der Therapeuten abzugeben.

Die Gain-Sitzungen sind geprägt dadurch, dass die Therapeuten ihren Patienten die Initiative in der Sitzung überlassen und wenig fordernd und überfordernd wirken.

Bezüglich der neutralen Sitzungen fällt besonders auf, dass die Therapeuten hier deutlich überfordert wirken, gleichzeitig allerdings auch viel weniger negative Attribute (abschätzig, ungeduldig, distanziert) erhalten.

Die Loss-Sitzungen sollten getrennt betrachtet werden, in den Loss-Sitzungen der Losser (L_L) wirken die Therapeuten sehr echt, aber auch fordernd. In den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses (L_{GL}) dagegen wirken die Therapeuten deutlich abschätziger und verlangen zu viel vom Patienten. Beide Loss-Sitzungstypen ($L_{L/GL}$) sind erheblich geprägt durch einen kritisierenden, ungedulden und distanzierten Stil der Therapeuten.

Kognitive Veränderungen

Die kognitiven Techniken lassen sich einteilen in einerseits die von den Therapeuten angewendeten Interventionen und andererseits die kognitiven Veränderungen aufseiten der Patienten. Ganz eindeutig lassen sich die auf Therapeutenseite initiierten kognitiven Interventionen vorrangig in den Loss-Sitzungen finden.

Demgegenüber weisen die Patienten in den neutralen und in den Loss-Sitzungen (L_L) die meisten kognitiven Veränderungen auf.

Behaviorale Techniken

Hinsichtlich der verhaltenstherapeutischen Techniken zeigt sich ein sehr differentielles Muster, da die zu diesem Themenbereich erhobenen Techniken in den verschiedenen Sitzungstypen unterschiedlich stark ausfallen. Tendenziell werden die Äusserungen der Patienten eher gestärkt in den neutralen Sitzungen, aber auch in den Gain-Sitzungen. Auch zur Übernahme von Verantwortung werden Patienten in den neutralen Sitzungen eher aufgefordert.

Die Gain-Sitzungen sind zudem durch den Fokus auf das beobachtbare Verhalten charakterisiert sowie das Besprechen erwarteter Konsequenzen.

In den Loss-Sitzungen werden die Patienten durch ihre Therapeuten eher zur *Unabhängigkeit* aufgefordert und auf bereits bearbeitete Themen zurück geführt.

Direktivität

Aktive Kontrolle üben insbesondere Therapeuten in den neutralen und den Loss-Sitzungen aus, während das Festhalten am Thema vorrangig nur in den neutralen Sitzungen vorkommt.

Emotionen

Die Emotionsaktivierung lässt sich gleichermaßen in eine Therapeuten- und Patientenseite kategorisieren. Das Fördern inakzeptabler Gefühle durch die Therapeuten, aber auch ein eingeschränktes Spektrum oder das Meiden der Exploration von Gefühlen sowie das Ausdrücken negativer Gefühle zeigen sich vorrangig in den neutralen Sitzungen. Das Ausdrücken positiver Gefühle findet dagegen stärker in den Loss-Sitzungen statt in den neutralen.

Beziehung

Wiederkehrende Beziehungsmuster scheinen vorrangig in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses (L_{GL}) thematisiert zu werden. Dem ähnlich sind die Beziehungen der Patienten bei den Patienten mit Gains und Losses das Hauptthema. Dies lässt sich wiederum erklären durch die starke Präsenz jenes Themas in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses (L_{GL}).

Aussertherapeutische Faktoren

Life Events und Daily Hassles werden vorrangig genannt in den neutralen Sitzungen. Offen ist hier die Frage, ob jene extratherapeutischen Geschehnisse bei diesen Patienten häufiger vorkommen oder jene lediglich offener über diese Ereignisse sprechen.

Strengths

Generell scheinen keine sehr großen Differenzen hinsichtlich der Ressourcennutzung vorzuliegen. Offenbar ermutigen die Therapeuten ihre Patienten in den Loss-Sitzungen eher zur Ressourcennutzung, auf der Patientenseite liegen dagegen keine Unterschiede vor.

Motivation, Therapieerwartung, therapeutische Beziehung

Die Patienten nehmen deutlich mehr Teil in den neutralen Sitzungen, erscheinen motiviert, glauben an ihre Therapie. Da in den Loss-Sitzungen die Loss-Patienten erheblich motivierter sind als die Patienten mit Gains und Losses, wirkt sich der Gruppenvergleich zugunsten der Loss-Sitzungen aus, wenn nur die reinen Gain- oder Loss-Sitzungen mit den neutralen verglichen werden. Sobald die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses

(L_{GL}) einbezogen werden, werden die Patienten der Gain-Sitzungen als motivierter geschätzt.

Gleichzeitig sind die Therapieerwartungen in diesen neutralen Sitzungen eher negativ, während sie in den Gain-Sitzungen signifikant positiver sind. Die hohen positiven Erwartungen in der Gruppe mit Gains und Losses ist erklärbar aufgrund der hohen Werte der Gain- und neutralen Sitzungen dieser Patientengruppe (GL).

Die gezeigte Empathie durch die Therapeuten, aber auch die negativen Reaktionen vonseiten der Patienten gegenüber ihren Therapeuten sind gleichermaßen hoch ausgeprägt in den neutralen Sitzungen. Das Zusammenwirken dieser beiden Faktoren scheint hier eine besondere Bedeutung zu erhalten, da die neutralen Sitzungen (respektiv die neutralen Patienten) diejenigen sind, die in ihren Ergebnismaßen positive Effekte erzielten (Kapitel 5.1.).

Vergleich der Zusammenhänge der Interventionen in den Gain-Sitzungen

Der Vergleich zwischen den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und jenen mit Gains und Losses zeigt, dass es durchaus Unterschiede zwischen diesen beiden Sitzungstypen hinsichtlich der therapeutischen Zusammenhänge gibt, vor allem für die Patienten mit Gains.

Die folgenden Zusammenhänge sind signifikant höher in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains:

Der Zusammenhang zwischen der *kognitiven Arbeit* der Therapeuten und der *Direktivität* ist höher.

Direktivität wiederum steht in höherem Zusammenhang mit der Erarbeitung von widerkehrenden *Beziehungsmustern*, der *Ermunterung zu Unabhängigkeit* und zur Ermutigung von *Ressourcennutzung*.

Kognitive Veränderungen bei den Patienten hängen zusammen mit den berichteten *Daily Hassles*. Und jene wiederum stehen in hohem Zusammenhang zur *beeinflussten Stimmung*.

Von ihren *Life Events* berichtende Patienten scheinen gleichzeitig höher *motiviert*. Zusätzlich liegt ein deutlich positiverer Zusammenhang vor zwischen dem Berichten der *Life Events* und dem gleichzeitigen *Meiden der Exploration von Gefühlen*.

Dieses Meiden der *Exploration von Gefühlen* wiederum korreliert positiv mit der *Arbeit an inakzeptablen Gefühlen* und dem *Besprechen erwarteter Konsequenzen eines Verhaltens*. Dieses *Besprechen erwarteter Konsequenzen* korreliert signifikant mit der *Arbeit an inakzeptablen Gefühlen*.

Die folgenden Zusammenhänge sind signifikant höher in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses:

Die Zusammenhänge zwischen der *kognitiven Arbeit* der Therapeuten und der *erlebten Unterstützung* auf Patientenseite fällt positiver aus.

Demgegenüber zeigen sich auch höhere Zusammenhänge zwischen der *Direktivität* in der Gain-Loss-Gruppe und dem Äussern von *Empathie* sowie der *Arbeit an inakzeptablen Gefühlen*.

Der Zusammenhang zwischen den berichteten *Life Events* und der *Stimmung* ist bei den Gain-Loss-Patienten positiv. Des weiteren sind die Zusammenhänge zwischen *Life Events* und der *Diskrepanz zwischen der persönlichen Wahrnehmung und den eigenen Zielen* (Inkongruenz) höher. *Positive Gefühle* werden bei dem gleichzeitigen Berichten von *Life Events* mehr gezeigt bei den Patienten mit Gains und Losses.

Je mehr die Therapeuten an den *inakzeptablen Gefühlen* der Patienten arbeiten und je mehr sie die *Wahrnehmung der Gefühle fördern*, desto mehr zeigen Gain-Loss-Patienten auch *positive Gefühle*.

Vergleich der Zusammenhänge der Interventionen in den Loss-Sitzungen

Vergleicht man die Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses und jener mit Gains und Losses miteinander, so ergibt sich ein sehr facettenreiches Muster an Zusammenhängen; die beiden Loss-Sitzungstypen unterscheiden sich in sehr vielfältiger Weise voneinander.

Generell zeigen sich hinsichtlich der verhaltenstherapeutischen Interventionen (*Therapeut übt mit Patient bis Zurückführen auf bearbeitete Themen*) zwar signifikante Unterschiede, aber in die gleiche Richtung, d.h. eher kongruente Trends in den beiden Patientengruppen. Analog verhalten sich auch die positiven Zusammenhänge zwischen den aussertherapeutischen Faktoren (Daily Hassles, Life Events) und der *Direktivität*. Auch die Zusammenhänge zwischen der *Ermunterung zur Ressourcennutzung* vonseiten der Therapeuten und den *kognitiven* und *behavioralen* Faktoren in den beiden Patientengruppen erscheinen kongruent.

Die folgenden Zusammenhänge sind signifikant höher in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses:

Den Therapeuten gelingt es, gleichzeitig *kognitiv* zu arbeiten und die wiederkehrenden *Beziehungsmuster* zu besprechen. Demgegenüber liegt jedoch ein deutlich negativerer

Zusammenhang vor zwischen *kognitiver Arbeit* und der gezeigten *Empathie* dieser Therapeuten.

Die Patienten (mit Losses) scheinen mit der Anzahl an Daily Hassles auch *motivierter* zu sein als jene mit Gains und Losses.

Je mehr die *Stimmung* der Patienten durch die erlebten Daily Hassles beeinflusst wurde, desto stärker erleben die Patienten mit Losses *Einsicht* und desto intensiver gelingt den Therapeuten der *Fokus auf das beobachtbare Verhalten* der Patienten. Zudem fördern die Therapeuten der Patienten mit Losses, die eine starke Stimmungsbeeinflussung erlebten intensiver die *Wahrnehmung der eigenen Gefühle* bei ihren Patienten. Kongruenterweise zeigen die Patienten mit beeinflusster Stimmung auch ein eingeschränkteres Spektrum an Affekten. Gleichzeitig wurden aber auch häufiger *negative Reaktionen* gegenüber den Therapeuten bei den Patienten mit Losses geschätzt, wenn deren Stimmung beeinflusst ist. Patienten mit Losses erleben mehr *Unterstützung*, wenn eine Übung gut verlaufen ist. Sie erleben zudem mehr *Unterstützung*, wenn der Therapeut sich *empathisch* verhält.

Die folgenden Zusammenhänge sind signifikant höher in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses:

Zunächst wird deutlich, dass die *Arbeit an kognitiven Inhalten* vonseiten der Therapeuten in der Gruppe mit Gains und Losses stärker mit den kognitiven Veränderungen auf der Patientenseite zusammen hängt.

Zusätzlich zeigt sich, dass wenn Hassles oder Events häufig genannt wurden, die Therapeuten zwar wenig, aber dennoch etwas *kognitiv arbeiten* konnten.

Zudem besteht ein positiverer Zusammenhang zwischen den *Hassles/Life Events* und der eingeschätzten *Qualität der therapeutischen Übungen*. Ein positiverer Zusammenhang zwischen der eingeschätzten *Qualität der therapeutischen Übungen* und der *Direktivität* der Therapeuten zeigt sich in dieser Gruppe ebenfalls. Andererseits wurden mehr *negative Gefühle* geratet, je stärker die Stimmung der Patienten beeinflusst war.

Werden die Patienten zur *Ressourcennutzung* ermuntert, meiden sie die *Exploration von Gefühlen*.

Die Patienten erleben mehr *Unterstützung*, wenn mit ihnen *kognitiv* gearbeitet wird.

Je mehr die Therapeuten *Übungen* einbringen, desto mehr zeigen die Patienten *positive Gefühle*. Zudem steht auch die *Direktivität* der Therapeuten im positiven Zusammenhang zu den geschätzten *positiven Gefühlen*.

Zusätzlich liegen in beiden Patientengruppen positive Zusammenhänge vor zwischen den therapeutischen Interventionen, um *Gefühle wahrzunehmen* und dem gezeigten *positiven Affekt* auf Patientenseite, wobei die Patienten mit Gains und Losses signifikant einen

höheren Zusammenhang vorweisen. Es zeigt sich ausserdem, dass in dieser Patientengruppe gleichzeitig (neben den positiven Gefühlen) auch ein *eingeschränktes Spektrum an Affekten* vorliegt sowie *negative Reaktionen* gegenüber dem Therapeuten und *Inkongruenzen* hoch sind.

Je mehr die Therapeuten an *inakzeptablen Gefühlen arbeiten*, desto höher ist das gezeigte Mass an negativen Gefühlen bei ihren Patienten. Des weiteren verringern sich die *negativen Gefühle*, wenn das *Hauptthema* die *Beziehungen* der Patienten sind. Gleichzeitig zeigt sich, dass je mehr die Patienten die *Exploration ihrer Gefühle meiden*, desto mehr zeigen sie auch *negative Affekte*. Zudem verhalten sich Therapeuten *empathischer*, je *negativer die gezeigten Gefühle* der Patienten in der Gruppe mit Gains und Losses. Entgegen der Erwartung besteht ein hoher negativer Zusammenhang zwischen dem gezeigten Maß an *negativen Gefühlen* und der *Inkongruenz* der Patienten.

DISKUSSION

Das Ideal der Harmonie auf der Basis nonverbaler
Kommunikation erweist sich in unseren Untersuchungen
Eher als ein grosses – nonverbales - Missverständnis.
Jürgens, Bevölkerungswissenschaftler,
briefliche Mitteilung

6. DISKUSSION

Das Ziel der Studie war die Exploration von Sudden Gain und Losses in den Verläufen von Psychotherapien. Für die Identifikation dieser Veränderungssprünge im Verlauf wurden statistische Kriterien angewendet, deren erhobene Symptomverbesserung zwischen zwei aufeinander folgenden Sitzungen als *Sudden Gain* in die Forschungsliteratur einging (Tang und DeRubeis, 1999b). Untersucht wurde die Auftretenshäufigkeit der Sprünge, welche in Abhängigkeit von der Strenge des gewählten Kriteriums zur Identifikation der Sudden Gains stehen sowie deren zeitliche Lage im Therapieverlauf und deren Einfluss auf die Therapiedauer und das Behandlungsergebnis.

Ein weiteres Ziel dieser Dissertation war die Analyse von Sudden Losses im Therapieverlauf, d.h. Sprünge in negative Richtung zwischen zwei aufeinander folgenden Therapiesitzungen. Im Gegensatz zur bisherigen Forschung wurde in dieser Studie kein symptomfassendes Verlaufsinstrument eingesetzt (Tang und DeRubeis, 1999b, Stiles et al., 2003), sondern ein Messmittel, welches den subjektiv empfundenen Fortschritt in der vergangenen Therapiesitzung erfragt. Im Folgenden werden dieses spezifische Vorgehen zur Analyse von Therapieverläufen, die Ergebnisse sowie die Implikationen für die Identifikation fluktuierender oder negativer Behandlungsverläufe aufgezeigt und diskutiert (Kapitel 6.1.).

In einem zweiten Analyseschritt wurden dann die kritischen Therapiesitzungen anhand eines strukturierten Beobachtungsverfahrens hinsichtlich therapeutischer Techniken, aussertherapeutischer Einflussgrößen und sogenannter *common factors* untersucht. Ziel dieses Ratings war die Exploration möglicher Einflussgrößen auf das Auftreten eines Sudden Gains oder Losses sowie deren Zusammenhänge zum Therapieerfolg. Die Befunde werden vor dem Hintergrund der wenigen bisher vorliegenden empirischen Resultate zur Erklärung von Sudden Gains in Kapitel 6.2. diskutiert. Natürlich unterliegen die Befunde einem gewissen interpretativen Spielraum, da aufgrund der explorativen Vorgehensweise der Datenanalyse weder Störfaktoren eliminiert noch die Bedingungen variiert wurden und das therapeutische Geschehen zudem so komplex ist, dass eindimensionale Schlussfolgerungen unmöglich erscheinen. So können auch kontraintuitive Ergebnisse eine gewisse Relativierung erfahren. Dennoch haben sich wegweisende Befunde herausgestellt, welche als Ansatzpunkt für die Erklärung von Diskontinuitäten dienen können.

6.1. Über das Definieren von Veränderungssprüngen sowie deren Vorkommen im Therapieverlauf (Ergebnisdiskussion zu Teil I)

Vorkommen von Sudden Gains

22.6% der Patientstichprobe erlebte einen Sudden Gain und 26.27% der Patienten einen Veränderungssprung, d.h. einen Gain oder Loss. Dies bedeutet, dass mit dem verwendeten Messinstrument zu den Originalstudien (Gaynor et al., 2003, Hardy et al., 2005, Hofmann et al., 2006, Stiles et al., 2003, Tang & DeRubeis, 1999b, Vittengl et al., 2005) vergleichbare Identifikationsraten von Sudden Gains (zwischen 17-50%) gefunden werden konnten. Offensichtlich ist der in dieser Studie verwendete Fortschrittsbogen durchaus geeignet, um Sudden Gains oder Losses abzubilden. Die Variation der Auftretenshäufigkeiten von Gains und Losses ist allerdings sehr hoch, d.h. in Abhängigkeit des angewandten Kriteriums ergeben sich sehr differentielle Häufigkeiten. Je nachdem wie viele Sitzungen und welche Signifikanzgrenzen gewählt wurden, ergeben sich unterschiedliche Raten an Veränderungssprüngen. Diese Divergenz könnte eine Erklärung für die heterogene Befundlage in der Literatur darstellen.

Die zeitliche Anordnung des Auftretens der Gains und Losses bestätigt die bisherigen Ergebnisse des Forschungsfeldes, nämlich dass Gains eher zu Beginn der Therapieverläufe auftreten, wenn auch nicht ganz so früh wie bei Tang und DeRubeis (1999). Dies könnte auf die unterschiedlichen Behandlungsrahmen deutscher und amerikanischer Therapieangebote zurück zu führen sein. Der in den Originalstudien berichtete positive Einfluss früher Gains auf das Therapieergebnis konnte bestätigt werden (Kelly et al., 2003, Stiles et al., 2003, Tang & DeRubeis, 1999b), die Patienten der vorliegenden Studie mit frühen Gains weisen bessere Therapieergebnisse bezüglich Wohlbefinden und Depressivität auf. Ergänzend konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit frühen Veränderungssprüngen (d.h. Gains und/oder Losses) generell positivere Ergebnismaße aufweisen als jene mit späten Veränderungssprüngen. Offenbar wirken sich frühe Veränderungssprünge also positiv auf das Therapieergebnis aus, unabhängig davon ob es sich um Gains oder Losses handelt.

Die vorliegende Dissertation hat zudem gezeigt, dass kurze Therapien (bis 15 Sitzungen) im Verhältnis gehäuft positive und negative Therapiesprünge aufweisen. Da diese Studie eine Erweiterung auf negative Veränderungssprünge bietet, konnte zum ersten Mal gezeigt werden, dass diese Verluste gerade nicht zu Anfang, sondern erst im mittleren und späteren Therapieverlauf eintreten.

Einfluss von Sudden Gains und Losses auf das Therapieergebnis

Entgegen der Erwartungen sind die Effektstärken der Patienten mit Losses nicht in allen Ergebnismaßen niedrig. Dies gilt insbesondere für den Bereich der interpersonalen Probleme (IIP). Dies weist darauf hin, dass sich ein Teil dieser Patienten anscheinend wieder von ihrem Verlust erholen (definiert hier über Therapiefortschritte) bzw. sich stetig in kleinen Schritten wieder verbessern, zumindest, wenn man es in Relation zu den interpersonalen Schwierigkeiten betrachtet. Für die Bereiche Symptomatik und allgemeine psychische Belastung zeigt sich allerdings bei den Patienten mit Losses durchaus eine geringere Effektstärke, allerdings nicht so deutlich ausgeprägt, wie bei Patienten mit Gains und Losses.

Die Annahme, dass höhere Eingangsbelastungen von Patienten mit diskontinuierlicheren Therapieverläufe, mit den längsten Therapien und der höchsten Symptomausprägung am Ende der Therapie einher gehen, konnte nicht ausreichend belegt werden. Zwar haben die Analysen ergeben, dass Patienten mit komorbider Störung (Angst-/ Depressions- und einer weiteren Störung) deutlich mehr Gains oder Gains und Losses erleben. Es liegt daher der Verdacht nahe, dass stärker beeinträchtigte Patienten fluktuierendere Verläufe erleben. Eingeschränkt wird diese Aussage allerdings dadurch, dass Patienten mit Gains ähnlich hohe Eingangswerte (BDI, IIP, EMI) aufweisen wie Patienten mit Gains und Losses und dennoch klar höhere Effektstärken. Eine starke Fluktuation im Therapieverlauf scheint damit zumindest nach den vorliegenden Befunden die Therapieeffektivität zu schwächen, während große positive Sprünge im Verlauf die anfänglichen Beeinträchtigungen kompensieren können. Es handelt sich demnach ganz eindeutig um unterschiedliche Verlaufstypen.

Das Ergebnis, dass die Patienten mit Veränderungssprüngen sich nicht bzgl. ihrer Eingangssymptomatik von Patienten ohne Veränderungssprünge unterscheiden, geht teilweise einher mit bisherigen Befunden (Stiles et al., 2003, Tang & DeRubeis, 1999b) und widerspricht anderen Studien (Hofmann et al., 2006, Vittengl et al., 2005). Der in dieser Studie gefundene Zusammenhang zwischen der Eingangsbelastung und dem Erleben von Gains wurde auch von Hardy et al. (2005) beschrieben, da dysfunktionale Einstellungen in der Gruppe mit Gains zu Beginn höher waren und im Prozess kompensiert wurden, so dass sie zu Therapieende die höheren Effektstärken vorwiesen. Da auch die Therapiedauer bisher in den meisten Studien kontrolliert wurde, ist ein Vergleich hierzu nicht möglich. Zudem unterscheidet die vorliegende Arbeit nicht nur zwischen Patienten mit oder ohne Gains, sondern unterteilt diese Gain-Patienten auch noch in jene, die nur Gains erlebten und jene,

die Gains und Losses erlebten. Offen ist daher die Frage, ob die Resultate bisheriger Studien sich ändern würden (z.B. die Therapieeingangssymptomatik nur in der Patientengruppe mit Gains und Losses niedriger läge), wenn die Differenzierung in zwei Gain-Sitzungstypen vorgenommen worden wäre.

Die Befunde der niedrigen durchschnittlichen Effektstärken der Patienten mit Gains und Losses in der vorliegenden Arbeit widersprechen aktuellen Befunden, in welchen mittels latenter Wachstumsanalysen Patientengruppen mit unterschiedlichen Therapieverläufen bestimmt wurden (Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007). Zwei dieser Patientengruppen mit ähnlichen mittleren Wachstumskurven unterschieden sich vorrangig bezüglich ihrer Diskontinuität voneinander, wobei die Diskontinuität über die Thompson-Kriterien (Thompson et al., 1995) definiert wurde. Die Effektstärken von Patienten mit diskontinuierlichen Therapieverläufen unterschieden sich nicht von anderen Patienten, aber die Wahrscheinlichkeit für eine reliable Verbesserung oder auch für eine reliable Verschlechterung in dieser Patientengruppe war signifikant höher.

Die wenigen weiteren Studien, die den Zusammenhang von Diskontinuitäten in positive und negative Richtung zum Therapieergebnis analysierten, konnten ebenfalls keine schlechteren Therapieresultate (direkt nach Therapiebeendigung) in dieser Gruppe finden (Lutz, Bachmann, Tschitsaz, Smart & Lambert, 2007, Thompson et al., 1995).

In den dargestellten Studien werden Verlaufsmessmittel eingesetzt, welche das Symptomniveau oder auch Wohlbefinden der Patienten abfragen, und nicht wie in der vorliegenden Studie den empfundenen Therapiefortschritt. Es wäre also möglich, dass sich Schwankungen hinsichtlich der Symptomatik weniger negativ auf das Therapieergebnis auswirken als Fluktuationen im Therapiefortschritt. Andererseits ist auch nicht geklärt, wie das Verhältnis zwischen positiven und negativen Veränderungssprüngen in den Patientengruppen mit Diskontinuitäten ist. Es könnte z.B. sein, dass die Häufigkeit von negativen überproportional zu positiven ist und dies wiederum einen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Der Zusammenhang zwischen Diskontinuität und Therapieergebnis erfolgt offenbar nicht eindimensional, sondern weitere Faktoren wie z.B. das Messmittel oder das Verhältnis zwischen Gains und Losses beeinflussen diesen zusätzlich.

Sudden Gains und Losses und die therapeutische Beziehung

Während Hardy et al. (2005) keine Zusammenhänge zwischen Sudden Gains und der therapeutischen Beziehung finden konnten, haben Tang und DeRubeis (1999) in ihren Studien zeigen können, dass in der Sitzung nach dem Gain signifikant höhere Beziehungswerte bestehen. Ähnlich zu diesen Befunden konnte in der vorliegenden Arbeit

gezeigt werden, dass sowohl während eines Gains als auch in der Sitzung danach die Therapiebeziehung signifikant höher eingeschätzt wird als während und nach einem Loss. Zusätzlich konnte die Studie zeigen, dass in den Sitzungen vor den Gains die therapeutische Beziehung signifikant schlechter eingeschätzt wurde als vor den Losses. Dies unterstreicht die These, dass Veränderungssprünge nicht nur mit einer Schemaveränderung und deren Einfluss auf die Patienten zu erklären sind, sondern dass zusätzliche Faktoren sich verändern bzw. interferieren. Die von Comninos und Grenyer (2007) resultierende Interpretation der therapeutischen Beziehung als Mediator zwischen der anfänglichen Symptomreduktion (dem Gain) und dem therapeutischen Erfolg wäre daher in weiteren Studien zu prüfen.

Sudden Gain-Kriterium

Die Kriterien zur Definition von Sudden Gains (Kapitel 4.1.4.1.) sind in der Literatur bereits stark modifiziert. Auch in dieser Arbeit sind das erste und dritte Kriterium der Stichprobe und den Messinstrumenten angepasst worden. Die Möglichkeiten der Variation sind recht gross: statt der vorgeschlagenen 7 Punkte Veränderung wird der RCI als Maßstab eingeführt, wobei dieser veränderlich ist (Wise, 2003, 2004), und bezüglich des dritten Kriteriums können einerseits unterschiedlich viele Werte in den *t*-Test einfließen und andererseits unterschiedlich hohe Signifikanzgrenzen gesetzt werden (Tabelle 4.4.). Diese erforderliche Variabilität erlaubt einerseits, die drei Kriterien an jegliche Instrumente anpassen zu können. Andererseits spricht diese Variabilität auch für eine gewisse Generalität der Kriterien. Wie Tabelle 5.1. demonstriert, resultieren in Abhängigkeit der angewandten Definition der Sudden Gain-Kriterien unterschiedlich viele Sudden Gains. Offenbar können auf die Art und Weise auch weniger veränderungssensitive Prozessmessmittel zum Einsatz kommen und bezüglich des Auftretens von Gains untersucht werden. Dadurch, dass die Kriterien auf jeglichen auf Sitzungsebene erfassten Datensatz anwendbar sind, werden sich immer Sudden Gains finden lassen, unabhängig von dem dahinter stehenden Konstrukt. Wie in Kapitel 5.1.4. veranschaulicht, variieren die Identifikationshäufigkeiten jedoch beträchtlich in Abhängigkeit des Konstrukts: die therapeutische Beziehung scheint deutlich weniger veränderungssensitiv, nur 10.6% der Stichprobe erlebt einen Veränderungssprung in der therapeutischen Beziehung (gegenüber den 35.2% Veränderungssprünge auf der Fortschrittsskala).

Betrachtet man, unabhängig von den Sudden Gain-Kriterien, die statistischen Maße, um Diskontinuitäten im Therapieverlauf zu identifizieren, so wird deutlich, dass grosse Veränderungssprünge sowie ihr Zusammenhang zum Therapieerfolg stark von den

angewendeten Kriterien abhängen. So haben erste Studien gezeigt, dass Patienten, die zusätzlich zu einem Sudden Gain einen „Spike“ erlebten, einen signifikant schlechteren Therapieerfolg hatten als jene ohne „Spike“ (Losardo et al., 2005, siehe auch Kap. 2.4.3.). Auch Lutz, Bachmann, Tschitsaz, Smart und Lambert et al. (2007) konnten zeigen, dass Sudden Gains eingebettet sind in viele kleinere Diskontinuitäten (erfasst mittels des Kriteriums nach Thompson et al., 1995), und dass der Therapieerfolg hier tendenziell gleich ausfiel, d.h. den höchsten Therapieerfolg hatten die Patienten mit Sudden Gains oder mit positiven Sprüngen (nach Thompson).

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war der Nachweis, dass kognitive Veränderungen zu einem Sudden Gain im Therapieverlauf führen. Da das verwendete Messinstrument den empfundenen Therapiefortschritt in der vergangenen Sitzung erhebt, wäre zu erwarten, dass kognitive Veränderungen in den kritischen Sitzungen vorkamen, welche die Patienten veranlasste bei Items wie „ich kann meine Probleme jetzt besser verstehen“ höher einzuschätzen. Dieser Frage soll im folgenden Kapitel nachgegangen werden, wobei die Diskontinuitäten zusätzlich aber nicht nur über die Wirkung kognitiver Verfahren zu erklären sind. Erforderlich ist also eine breitere Perspektive, welche die Variation an möglichen Einflussfaktoren in einem diskontinuierlichen Verlauf berücksichtigt.

6.2. Können Diskontinuitäten in der Psychotherapie hinreichend erklärt werden? (Ergebnisdiskussion zu Teil II)

Die Interpretation einflussnehmender Wirkfaktoren auf Sudden Gains oder Losses erfordert eine begriffliche Klärung, der ich direkt zu Beginn der Diskussion nachgehen möchte. Die Schwierigkeiten der Differenzierung in spezifische und unspezifische Wirkfaktoren oder common factors sind in Kapitel 2.2.2. dieser Arbeit dargestellt. Dennoch wurde diese Unterscheidung aus strukturell-pragmatischen und inhaltlichen Gründen in der vorliegenden Arbeit vorgenommen. Die Einordnung der in dieser Arbeit analysierten Prozessmerkmale fällt leichter mittels der Differenzierung in spezifische Wirkfaktoren und *common factors*, und die anschließende Diskussion und Interpretation der Befunde auf dieser Basis sind dann sinnhaltiger vorzunehmen. Insbesondere die bisherige Diskussion um die Ursachen von Sudden Gains im Therapieverlauf konstituiert, wie in Kapitel 2.4.3. ausführlich vorgestellt, die Differenzierung in spezifische und unspezifische Faktoren, d.h. die Frage ob eher therapeutische Techniken wie kognitive Interventionen (Tang & DeRubeis, 1999b) oder andere Mechanismen wie die therapeutische Beziehung oder Hoffnung (Ilardi &

Craighead, 1999, Vittengl et al., 2005) das Auftreten eines Sudden Gains bewirken. Eine wesentliche Fragestellung dieser Arbeit war, ob sich über die bisher diskutierten Wirkmechanismen (kognitive Veränderungen, therapeutische Beziehung) hinaus noch weitere relevanten Faktoren im Zusammenhang mit Sudden Gains finden lassen. Um an diesem Diskussionspunkt anzuknüpfen und die vorliegende Studie als Beitrag zu diesem Thema integrieren zu können erscheint die Differenzierung in spezifische Faktoren und common factors nötig.

Generell zeigen die Befunde, dass eindimensionale Schlussfolgerungen (z.B. dass spezifische Faktoren einen Sudden Gain bewirken) nicht möglich sind, da 1.) sich Gain-Sitzungen (und auch Loss-Sitzungen) untereinander bzgl. qualitativer Sitzungsmerkmale unterscheiden und da 2.) die Zusammenhänge der einzelnen therapeutischen Interventionen den Sitzungserfolg beeinflussen.⁵⁸

Erwartet wurden qualitative Unterschiede zwischen Gain- und Loss-Sitzungen, welche sich in den interpersonellen Bereichen und bezüglich der kognitiven Techniken und Veränderungen gezeigt haben (vgl. Zusammenfassung der Ergebnisse in Kap. 5.2.6.). Die Ergebnisse veranschaulichen, dass ein weniger direkter Stil (Patient darf mitbestimmen) sowie ein balanciertes Maß des Forderns die Wahrscheinlichkeit eines Gains erhöhen, während ein kritisierender oder distanzierter Arbeitsstil des Therapeuten die Wahrscheinlichkeit eines Sudden Losses erhöht. Entgegen der Erwartungen hängt das intensive Arbeiten an den Kognitionen der Patienten eher mit dem Auftreten eines Losses zusammen und kognitive Veränderungen auf Patientenseite mit Losses oder keinem nachfolgendem Sprung. Dieser Befund widerspricht einigen Ergebnissen der Forschungsliteratur (Tang & DeRubeis, 1999b) und geht konform mit anderen (Andrusyna et al., 2006, Hofmann et al., 2006). Allerdings wurden Sudden Losses in dieser Form bisher nicht analysiert, so dass eine abschliessende Aussage hier noch nicht möglich ist. Die geringe empirische Befundlage zu negativen Veränderungsmustern im Therapieverlauf konnte bisher aufzeigen, dass diese eine Destabilisierung darstellen und den Verlauf somit gefährden (Muran, 2002), andererseits aber auch einen neuen, stärkenden Impuls bieten (Hayes & Harris, 2000, Hayes et al., 2007, Stiles et al., 2004).

⁵⁸ Im Folgenden werden die auffälligsten Befunde vor dem Hintergrund der Literatur zugunsten der Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit diskutiert; die Menge an Resultaten, welche der Vollständigkeit halber sehr ausführlich im Ergebnisteil vorgestellt wurde, kann leider nicht erschöpfend in diesem Rahmen behandelt werden.

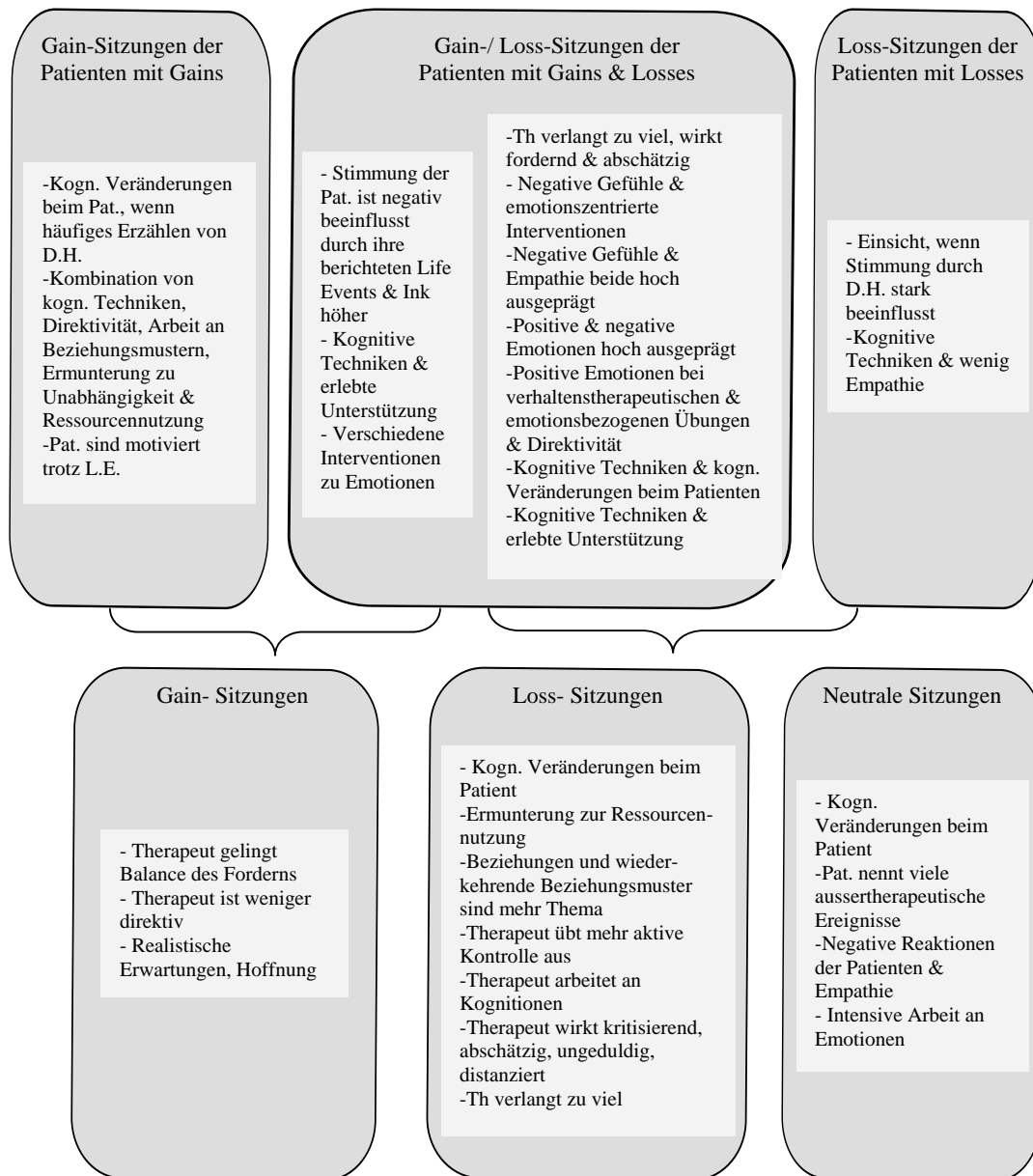


Abbildung 6.1.: Übersichtsdarstellung der Wirkfaktoren und deren Zusammenhänge, welche in den kritischen Gain- und Loss-Sitzungen auftraten. Die Grafik enthält nur die Befunde, welche in der nachfolgenden Diskussion aufgenommen werden. Kogn.=Kognitiv, Pat.=Patient, D.H.=Daily Hassles, L.E.=Life Events, Ink=Inkongruenz, Th=Therapeut.⁵⁷

Einfluss kognitiver Veränderungen auf das Erleben eines Gains oder Losses

Die Frage nach den Ursachen für das Erleben eines Sudden Gains ist noch längst nicht abgeschlossen. Die von Tang und DeRubeis (1999b) postulierten Wirkzusammenhänge, die kognitive Veränderungen auf Patientenseite als Auslöser für Sudden Gains hypothetisieren, konnten in dieser Studie nicht repliziert werden, da die meisten kognitiven Veränderungen in neutralen oder in Loss-Sitzungen auftreten. In dem ersten Teil der Studie konnte gezeigt werden, dass die neutralen Patienten (ohne Sprung) die höchsten Therapieerfolge aufwiesen

und auch Patienten mit Losses schnitten besser ab als erwartet. Offensichtlich kann die bisherige Annahme, dass kognitive Veränderungen mit einem positiven Therapieergebnis einher gehen bestätigt werden (Teasdale et al., 2001, 2002; Whisman, 1993), allerdings geschehen die kritischen Ereignisse laut vorliegender Studie nicht unbedingt in den Gain-Sitzungen. Dass kognitive Veränderungen nicht eindimensional anzusehen sind, sondern in ihrem therapeutischen Kontext, zeigen die Befunde zu den therapeutischen Zusammenhängen in den kritischen Sitzungen. So treten kognitive Veränderungen in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains z.B. deutlich häufiger und intensiver auf als bei jenen mit Gains und Losses, wenn sie gleichzeitig von ihren Daily Hassles erzählen. Zudem zeigte sich, dass je mehr die Stimmung der Patienten mit Losses durch ihre erlebten Daily Hassles in der Loss-Sitzung negativ beeinflusst war, desto stärker zeigten sie dann Einsicht. Diese Ergebnisse untermauern die Wichtigkeit der Diskussion der Forschungsliteratur zu therapiespezifischen Wirkelementen versus unspezifischen, respektiv *common factors* (Kap. 2.4.3.). Offensichtlich stehen kognitive Veränderungen auch im Zusammenhang zu aussertherapeutischen Faktoren, wie bereits von Hardy et al. (2005) sowie Pham und Tang (2006) vermutet und von Davies et al. (2006) bestätigt wurde. Erklären lassen sich die Befunde, wenn davon auszugehen ist, dass das Ausbleiben einer kognitiven Verarbeitung nach dem Erzählen von einem Daily Hassle zu negativen Gefühlen führt. Diese negativen bzw. unangenehmen Gefühle wirken sich dann eher ungünstig auf den Verlauf aus, es kann zum Loss kommen.

Naheliegender wäre der Schluss, dass die kognitiven Veränderungen der Patienten mittels entsprechender Techniken der Therapeuten hervor gerufen wurden. Dies liess sich in der vorliegenden Stichprobe allerdings nur in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses bestätigen. Bereits Tang und DeRubeis (1999b) haben keine Unterschiede zwischen den neutralen und den Gain-Sitzungen gefunden hinsichtlich des Einsatzes kognitiver Techniken durch die Therapeuten, aber bezüglich der Veränderungen auf Patientenseite. In der vorliegenden Studie gelang es den Therapeuten, in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains kognitive Interventionen mit vielen weiteren therapeutischen Faktoren zu kombinieren (Direktivität, Arbeit an wiederkehrenden Beziehungsmustern, Ermunterung zu Unabhängigkeit und Ressourcennutzung). In den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses dagegen hingen die kognitiven Interventionen mit mangelnder Empathie der Therapeuten zusammen.

Das alleinige Einsetzen kognitiver Techniken, so wie es in den Loss-Sitzungen geschehen ist, scheint also nicht auszureichen, sondern die Kombination mit zusätzlichen Techniken erscheint wirkungsvoll. Dies entspricht den in Kapitel 2.6.4. berichteten Ergebnissen, die

zeigen, dass kognitive Techniken verknüpft mit weiteren Therapieelementen besonders effektiv sind (Burns & Spangler, 2001, Castonguay et al., 1995, Clarke et al., 2004, Gaston et al., 1998, Hardy et al., 2001, Hayes et al., 1996).

Zudem zeigen die Befunde, wie wesentlich der Einfluss interpersoneller Fertigkeiten der Therapeuten auf die Wirksamkeit ihrer Techniken ist (Comminos & Grenyer, 2007, Renaud et al., 1998). Vanaerschot und Lietaer (2007) haben mittels mikroprozessanalytischer Kodierung gezeigt, dass Empathie ein notwendiges Element zur Erreichung tieferer Stufen von Exploration und Einsicht für die Patienten darstellt, was für die Relevanz empathischen Verhaltens spricht.

Die Diskussion um die Kombination von therapeutischen Techniken könnte auch als Erklärung dienen für die ausbleibenden Replikationsergebnisse von Andrusyna et al. (2006), welche statt der erwarteten kognitiven Veränderungen in den Gain-Sitzungen höhere Werte bezüglich der therapeutischen Beziehung erhielten. Andererseits würde dies auch bedeuten, dass die Interpretation ihrer Befunde durch die Autoren (nämlich, dass in der CBT kognitive Veränderung und in der dynamischen Therapie die therapeutische Beziehung sowie Interpretationen wirkvoll sind) fraglich ist, da sich in den kritischen CBT-Sitzungen weder in ihrer Studie noch in der vorliegenden Arbeit kognitive Veränderungen als alleiniger Wirkfaktor finden liessen.

Aussertherapeutische Faktoren

Die Schlussfolgerung der bisherigen Forschung, dass eher Daily Hassles zu psychischen oder physischen Beeinträchtigungen führen als Life Events (DeLongis et al., 1982, Harkness & Monroe, 2006) konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden, da Daily Hassles gleichermaßen häufig wie Life Events in den neutralen Sitzungen und selten in den Loss-Sitzungen genannt wurden. Entgegen der Erwartungen werden in den Loss-Sitzungen folglich nicht überzufällig häufig wichtige aussertherapeutische Ereignisse berichtet als in den Gain-Sitzungen, sondern vorrangig in den neutralen. Nicht geklärt ist jedoch, ob diese von den Patienten objektiv häufiger erlebt werden, subjektiv als wichtiger empfunden oder lediglich öfter genannt werden. Da die Patienten ohne Veränderungssprung durchschnittlich den höchsten Therapieerfolg aufweisen, wäre zu vermuten, dass das Nennen der aussertherapeutischen Ereignisse einen therapeutisch wirksamen Effekt mit sich bringt, wovon die Patienten profitieren.

Auffällig ist zudem, dass die Patienten mit Gains in den Gain-Sitzungen trotz des Berichtens von Life Events deutlich motivierter sind und wie oben bereits dargestellt, trotz Daily Hassles kognitive Veränderungen auftreten.

In den neutralen und in den Gain-Sitzungen liegt folglich die gleiche Kombination zwischen aussertherapeutischen Faktoren und kognitiven Veränderungen beim Patienten vor. Offenbar führt diese Kombination zu einer positiven Veränderung, entweder kurzfristig im Sinne eines Sudden Gains oder langfristig, d.h. zu einem erfolgreichen Therapieresultat (wie bei den neutralen Sitzungen). Auffällig ist zudem, dass die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains durch negativere Stimmungsreaktionen geprägt sind als jene der Patienten mit Gain und Losses. So ist die Stimmung in diesen Gain-Sitzungen viel negativer beeinflusst durch die Life Events und die Inkongruenz bei diesen Patienten höher. Wie bereits im vorherigen Kapitel angesprochen, bedeutet dies, dass Daily Hassles idealerweise kognitiv verarbeitet werden sollten, da es ansonsten zu einer Verarbeitung negativer Gefühle kommt und die resultierenden Emotionen unangenehmer sind, welche in der Folge wiederum einen Loss begünstigen.

Dies würde bedeuten, dass Hassles/Life Events nicht nur, wie erwartet eine stressinduzierende Wirkung haben und zu Losses führen (Wise, 2003), sondern der Umgang mit diesen in der Therapiesitzung ausschlaggebend ist.⁵⁹

Schlussfolgernd lässt sich also feststellen, dass nicht das blosse Erleben von Hassles/Life Events zu negativen Therapiesprüngen und Effektstärken führt, sondern offensichtlich die Verarbeitung jener sowie die nachfolgende Befindlichkeit der Patienten ausschlaggebend ist und zu langfristigen Therapieeinbußen führen kann.

Da die Loss-Sitzungen weder anhand der Befunde zu kognitiven Veränderungen noch zu aussertherapeutischen Faktoren hinreichend erklärt werden konnten, werden im Folgenden die interpersonalen und emotionalen Aspekte in diesen kritischen Sitzungen diskutiert.

Therapeutische Beziehung

Die Befunde dieser Arbeit zeigen, dass die Therapeuten, die die Loss-Sitzungen durchführten, als kritischer, ungeduldiger, distanzierter und teilweise sogar abschätziger wahrgenommen wurden (insbesondere bei Patienten mit Gains und Losses). Zudem scheinen sie mehr aktive Kontrolle in der Interaktion auszuüben. Negatives therapeutisches Beziehungsverhalten scheint folglich das Entstehen von Sudden Losses deutlich zu begünstigen. In den neutralen Sitzungen dagegen zeigt sich, dass es den Therapeuten trotz negativer Reaktionen der Patienten (sie zeigen Widerstand) gelingt, Empathie zu zeigen. Hier kommt es also nicht zu einem Loss. Offenbar kann der Therapeut mittels empathischer

⁵⁹ Das Argument, dass die aussertherapeutischen Erlebnisse positiver Natur sein könnten (Geburt, Geld gewonnen, etc.) ist hier nicht weiter verfolgt worden, da die Ergebnisse keinen Hinweis dazu bieten. Pham und Tang (2006) haben die positive Stimmung am Ende der Pre-Gain-Sitzung und am Anfang der Gain-Sitzung als Resultat eines positiven aussertherapeutischen Einflusses interpretiert.

Zuwendung eine arbeitsfähige Beziehung herstellen. Dies zeigt auch der Befund, dass genau diese Gruppe die höchsten Therapieerfolge aufweist. Die Effektivität empathischen Verhaltens der Therapeuten auf negative Patientenreaktionen oder Widerstand haben auch Safran und Muran (2000) zeigen können.

Weitere Analysen haben zudem gezeigt, dass insbesondere in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses positive und negative Emotionen vorkommen sowie ein hoher Zusammenhang zwischen den gezeigten negativen Gefühlen und der Empathie sowie auch zu weiteren emotionsbezogenen Interventionen auf Therapeutenseite. Offenbar bemühen sich diese Therapeuten, eine emotionale Stabilität mittels empathischen Verhaltens und entsprechenden Interventionen herzustellen. In den Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses sind folglich sehr viele Gefühle und gleichzeitig wirken die Therapeuten überfordert und abschätzig. D.h. eventuell ist die Problemaktivierung zu hoch, viele Gefühle kommen auf, der Therapeut merkt, dass er den Patienten überfordert hat und versucht es aufzufangen, indem er sich sehr empathisch verhält. Allerdings hilft dies nicht mehr, es kommt zum Loss.

Wie bereits in Kapitel 6.1. dargestellt (unter dem Abschnitt *Sudden Gains und Losses und die therapeutische Beziehung*), hat sich gezeigt, dass sich die therapeutische Beziehung während und nach einem Sudden Gain signifikant verbessert hat und während und nach einem Sudden Loss signifikant verschlechtert. Offensichtlich hat also die therapeutische Beziehung ebenfalls einen Aufschwung respektive einen Einbruch erlebt, was sich wiederum erklären ließe mit dem interaktionellen Stil der Therapeuten sowie deren Umgang mit negativen Reaktionen gegenüber ihnen vonseiten der Patienten oder den Emotionen der Patienten.

Zusätzlich hat sich gezeigt, dass wiederkehrende Beziehungsmuster in Loss-Sitzungen intensiver thematisiert werden und Beziehungen generell häufiger das Hauptthema in den Gesprächssequenzen sind. Das Arbeiten an diesen Themenbereichen erscheint also diffizil zu sein und das Vorankommen in der Therapie stark zu beeinflussen, wobei hier die Frage offen ist, ob der Loss insbesondere auf die niedrige Einschätzung der bewältigungsorientierten Skala zurück zu führen ist. In weiteren Analysen wäre dieser Frage unbedingt nachzugehen.

Weitere Wirkfaktoren und common factors

Ergänzend fällt auf, dass in den Loss-Sitzungen die Therapeuten versuchen, überdurchschnittlich stark Ressourcen zu aktivieren. Allerdings zeigt sich auch, dass die Patienten trotzdem nicht mehr Ressourcen erleben. Dies zeigt erstens, dass wenn eine Intervention vonseiten des Therapeuten nicht beim Patienten ankommt, diese Intervention wohl nicht als wirkungsvoll betrachtet werden darf. Zweitens könnte es sein, dass die Therapeuten merken, dass die Sitzung nicht sehr positiv verläuft; wie im vorherigen Abschnitt diskutiert, hat eine Problemaktivierung stattgefunden und eine Überforderung. Die Therapeuten reagieren auf diesem Umstand vermehrt mit Ressourcenaktivierung, um diesen zu kompensieren. Dieses Ergebnis entspricht jenen von Gassmann (Gassmann & Grawe, 2006) welcher in seiner Studie finden konnte, dass auf Patientenseite in nicht-erfolgreichen Therapiesitzungen kaum Ressourcen aktiviert sind, und vonseiten der Therapeuten am Anfang und in der Mitte der Sitzung ebenfalls nicht. Lediglich am Ende der Sitzung steigt die Ressourcenaktivierung erheblich an. Die Autoren interpretierten dieses therapeutische Vorgehen als letzten, aber leider nicht erfolgreichen Rettungsversuch.

Patienten mit Gains und Losses erleben in ihren Gain- und Loss-Sitzungen gleichzeitig zur kognitiven Arbeit mehr Unterstützung. Die Gain-Sitzungen und die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses scheinen sich diesbezüglich also sehr ähnlich und der Befund widerspricht den bisherigen, da eine subjektiv empfundene Unterstützung als genereller Wirkfaktor positive Konsequenzen erwarten lässt. Insbesondere Studien der Stressforschung (Lazarus & Folkman, 1987, Wethington & Kessler, 1986) aber auch neuere Therapieprozessstudien (Flückiger & Regli, 2006, Grawe, 2004, Kosfelder, 2000) können den positiven Einfluss auf Stressempfinden und Symptomausprägung nachweisen.

Zudem hat sich gezeigt, dass die Patienten in den Loss-Sitzungen deutlich intensiver positive Gefühle aufweisen, was zunächst ebenfalls paradox wirkt. Betrachtet man die Zusammenhangsberechnungen der therapeutischen Interventionen, so wird ersichtlich, dass (insbesondere bei den Patienten mit Gains und Losses) in den Loss-Sitzungen 1. viele Interventionen gleichzeitig mit sehr positiven Gefühlen bei den Patienten einher gehen (Direktivität, verhaltenstherapeutische und emotionsbezogene Übungen) und 2. negative Gefühle ebenfalls häufig und intensiv auftreten im Zusammenhang mit emotionsfördernden Interventionen. Die Literatur hat gezeigt (Kap. 2.6.1.), dass die Aktivierung von Gefühlen ein notwendiges Element der Therapie darstellt (Fitzpatrick et al., 1999, Goldman et al., 2005, Hayes et al., 2005), wesentlich allerdings eine darauf folgende Bewusstwerdung und Klärung dieser Gefühle durch den Therapeuten ist (Grawe, 1998, Greenberg et al., 2002,

Hayes et al., 2007, Orlinsky et al., 2004, Pos, 1999). Fraglich ist also, inwiefern die geforderte kognitive Integration bei den Patienten mit Gains und Losses eingetreten ist, da nur so die therapeutische Wirkung zu erwarten ist.

Allerdings sind diese Sitzungen auch gekennzeichnet durch ein Auf- und Ab von Affekten, welche ein unstetes und widersprüchliches Muster hinterlassen. Wie auch zu erwarten, finden sich diese emotionalen Schwankungen vorrangig bei den Patienten, die Gains und Losses erleben in ihren Therapieverläufen, wodurch diese Sitzungen somit insgesamt fragil erscheinen. Möglicherweise sind diese emotionalen Schwankungen ein Faktor, welcher die Instabilität dieser Patientengruppe kennzeichnet und somit das weniger positive Therapieergebnis erklären könnte. Grawe (2004) hat betont, dass die therapeutische Arbeit mit klarem Fokus passieren sollte sowie langandauernd und intensiv. Der Autor konnte mit seiner Arbeitsgruppe anhand mikroprozessanalytischer Analysen zeigen, dass wenn kein klarer Fokus besteht, der längerandauernd beibehalten wird, sondern ein „Springen“, dies zu einem ungünstigen Therapieergebnis führt.

Zu der Frage nach den Ursachen für das Erleben eines Gains schlägt Pham (2005), analog zu Vittengl et al. (2005), einen „common pathway to treatment response“ vor, d.h. dass die Mechanismen der Veränderung über die Behandlungsmodalitäten und Symptomcluster ähnlich sind. Nur so kann sich die Autorin die Sudden Gain -Effekte in Placebo-Stichproben (Vittengl, 2005) erklären. Schlussfolgend empfiehlt die Autorin unspezifische Faktoren, wie die Hoffnung des Patienten, in die Analysen einzubeziehen. Diese in der Sudden Gain-Literatur viel diskutierten Faktoren Hoffnung und Erwartung (Busch et al., 2006, Gaynor et al., 2003, Ilardi & Craighead, 1999), können in der vorliegenden Studie konform zur Forschungslage bestätigt werden: Hoffnung und Erwartungen sind besonders hoch und realistisch in den Gain-Sitzungen. Es bestehen daher deutliche Hinweise für einen positiven Einfluss von realistischen Erwartungen auf den empfundenen Therapiefortschritt in der Sitzung sowie langfristig auch auf das Ergebnis der Therapie. Dieses Ergebnis deckt sich mit jenen der Psychotherapieforschung (Kap. 2.6.7.), welche die Relevanz von Erwartungen für den Prozess und das Ergebnis der Therapie (Greenberg et al., 2006) sowie die enge Wechselwirkung mit weiteren therapeutischen Komponenten (Joyce et al., 2003, Kanfer et al., 2000, Mathier, 2005) bestätigen konnten.

6.3. Integration der Befunde in das Feld der Verlaufsforschung, der patientenorientierten Versorgungsforschung sowie der Therapieevaluation

Die Erhebung verlaufsrelevanter Faktoren für den therapeutischen Prozess anhand eines Kodiersystems, welches annähernd schulen- und theorienübergreifend Wirkfaktoren untersucht, scheint in dieser Studie gelungen. Das Manual zur Kodierung (MEPI) ist den Stichproben dieser Studie insofern zugeschnitten, als diese einer verhaltenstherapeutisch-interpersonalen Richtung entstammen. Allerdings sind die zugehörigen Items unterschiedlichen Manualen entnommen, welche auch in analytischem oder gesprächstherapeutischem Setting eingesetzt wurden. Ziel war es, einem möglichst breiten Spektrum an therapeutischen Ebenen und Ursachen nachzugehen. In der Tat haben sich, wie in Kapitel 6.2. diskutiert, mögliche verantwortliche Zusammenhänge zeigen können, was wiederum für die Praktikabilität des Kodierverfahrens spricht und zu zukünftigen Mikroprozessforschungen dieser Art ermutigt. Gleichwohl regt der (insbesondere seit 1999) viel diskutierte *allegiance*-Effekt⁶⁰ (Caspar & Jacobi, 2004) auch hier zum Nachdenken an. Fraglich ist, inwiefern die Suche nach Therapiefaktoren, die Verlaufssprünge auslösen in dieser Arbeit wie auch in anderen Sudden Gain-Studien von den Erwartungen der jeweiligen Forschungsgruppen abhängt. In der Tat sind die Erklärungsansätze für Sudden Gains sehr breit gefächert, und wie im theoretischen Abschnitt dieser Arbeit bereits ausführlich dargestellt, dominieren je nach Arbeitsgruppe kognitive Faktoren (Tang & DeRubeis, 1999b, Tang et al., 2005) oder *common factors* (Gaynor et al., 2003, Ilardi & Craighead, 1999, Kelly et al., 2004) als mögliche Ursache. Andere argumentieren sogar mit schulenspezifischen Wirkfaktoren (Andrusyna et al., 2006). Obwohl in der vorliegenden Arbeit eine schulen- und theorieübergreifende Formulierung der Items des Manuals angestrebt wurde, sind die Items orientiert an dem Therapierationale der Behandlungszentren. Es wurde also ein Fokus auf die Wirkfaktoren gelegt, die aufgrund der hiesigen Behandlung auch zu erwarten sind. Verzerrungen infolge eines vorgegebenen Fokus wären daher möglich, allerdings sind diese wohl natürlicherweise dem Forschungsprozess inhärent, wie bereits von Lambert (1999, S. 129) betont.

Ziel der Dokumentation und Analyse von Psychotherapieverläufen ist letztlich die Optimierung der Behandlungsqualität im Versorgungssystem, indem positive wie auch negative Verläufe evaluiert werden, um sie anschliessend den Therapeuten zeitnah

⁶⁰ *Bias* in Richtung eigener therapeutischer Präferenz: Übersichtsarbeiten finden, dass Therapieergebnisse mit bis zu .85 mit der Präferenz der Untersucher für „ihr“ Verfahren korrelieren (Luborsky et al., 1999). Wampold (2001) hat *allegiance*-Effekte von $d=.65$ gefunden. Die Debatte wurde 1999 in dem Journal *Clinical Psychology: Science and Practice* aufgenommen und seither in Anlehnung an die Diskussion um die Wirkung unspezifischer Wirkfaktoren vorrangig hinsichtlich der Befunde aus RCT-Studien geführt.

rückzumelden. Diese Verlaufsevaluation kann mit implementierten Feedbacksystemen genutzt werden, um durchführenden Psychotherapeuten Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen zu geben (Barkham et al., 2001; Beutler, 2001). Frühzeitige und spezifische Rückmeldungen über den bisherigen Therapieverlauf haben sich als effektiv erwiesen und fördern den Behandlungserfolg (Harmon et al., 2007; Lambert, 2007; Lutz, Tholen et al., 2005). So konnten Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen und Hawkins (2001) bei problematischen Patienten den Anteil reliabler Verschlechterungen während einer psychotherapeutischen Behandlung von 23% auf 6% reduzieren. Gleichzeitig stieg der Anteil an reliabel oder klinisch-signifikant verbesserten Patienten von 16% auf 26%. In Bezug auf die Frage nach den Wirkfaktoren des Feedbacks interpretierten Lambert et al. (2001, 2002) die Unterschiede zwischen den Feedback und Non-Feedback-Bedingungen in der Behandlungsdauer als Hinweis, dass die warnende Wirkung von Feedback bei schlecht laufenden Therapien den Therapeuten zu einer Verlängerung der Behandlung veranlasst, die dann im Sinne des Dosis-Effekt-Modells von Howard et al. (1986) zu einem besseren Ergebnis führt.

Die Realisierung dieser Rückmeldesysteme erfordert die regelmässige/wöchentliche Befragung der Patienten zu deren Wohlbefinden, Symptomausprägung oder den empfundenen Therapiefortschritt, wie in der vorliegenden Studie. Der Fortschrittsbogen konnte nicht nur als geeignet für die Dokumentation eines Patientenverlaufs ausgewiesen werden, sondern auch für die effektive Erfassung positiver und negativer Veränderungen im Verlauf. Die für die Entwicklung von Entscheidungsregeln im Rahmen von Feedback- und Qualitätssicherungsprojekten ausstehende Herausforderung, verschiedene Erhebungsinstrumente, welche unterschiedliche Erhebungsdimensionen beinhalten, differentiell zu integrieren sowie deren divergierende Veränderungssensitivität bzw. auch je nach Instrument die heterogenen Therapeuten- oder Patientensichtweisen zu repräsentieren, scheint hier gelungen.

Zudem gelingt es, mit dem verwendeten Sudden Gain-Kriterium Diskontinuitäten zu identifizieren. Diese sind somit als Veränderungsmaß für die Identifikation positiver oder negativer Verläufe nutzbar. Denkbar wäre daher eine Anwendung der Sudden Gain-Kriterien anstelle des bisher etablierten Konzepts der klinischen Signifikanz (Jacobson & Truax, 1991) zur Erfassung klinisch relevanter Veränderungen. Der Forderung nach gestuften Entscheidungsregeln, welche eine Empfehlung bezüglich der Weiterführung von Psychotherapie auch bezüglich definierter Stabilitätsaspekte unterstützen, kann mittels der Sudden Gain-Kriterien teilweise nachgegangen werden, da diese eine zeitliche Stabilität

implizieren. Nachteilig allerdings ist, dass die Differenz zweier aufeinander folgender Sitzungen gebildet wird anstatt zum anfänglichen Referenzwert, so wie es mit dem RCI möglich ist. Überdies konnte die Studie zeigen, dass positive wie auch negative Veränderungen multifaktoriell erklärbar sind, so dass es weiterer Studien bedarf, die einerseits die Befunde replizieren und andererseits günstige Umgangsformen mit schwierigen Situationen für die Therapeuten prüfen.

Die Exploration der Ursachen von Veränderungssprüngen würde eine Erweiterung der bestehenden Rückmeldungen an die Therapeuten ermöglichen, indem die Rückmeldungen sowie die (in Ergänzung zum klinischen Eindruck) empfohlenen Handlungsanweisungen spezifischer formuliert werden könnten, und zwar angepasst auf das Problem. Für die Formulierungen dieser Rückmeldungen haben sich bisher keine einheitlichen Standards manifestieren können. Es scheint von dem theoretischen Hintergrund der einflussnehmenden Parteien in einem Forschungsprojekt abzuhängen, ob die Rückmeldungen in einem eher verhaltensorientierten Jargon gehalten oder psychodynamische Formulierungen eingebracht werden. So herrschen z.B. in einem laufenden Projekt in Deutschland, welches ein entsprechendes Rückmeldesystem im Vergleich zu dem herkömmlichen Gutachtersystem prüft (Lutz et al., 2005), aufgrund schulpolitischer Meinungen Unstimmigkeiten bezüglich der Formulierungen der implementierten sprachlichen Rückmeldungen.

Diese Arbeit hat ausserdem zeigen können, dass negative Veränderungssprünge nicht zwangsläufig ein negatives Psychotherapieergebnis nach sich ziehen. Prozessstudien wie die Vorliegende dienen der Klärung der Ursachen dieser kontraintuitiven Befunde, indem Qualität und Zusammenhänge der Wirkfaktoren geprüft werden. So hat sich u.a. gezeigt, dass sich interpersonelle Aspekte, die Wirkung aussertherapeutischer Ereignisse auf die Stimmung der Patienten, aber auch die Thematisierung schwieriger Bereiche (wie wiederkehrenden interpersonelle Verhaltensmuster) weniger günstig auf den Sitzungsausgang auswirken können und eher im Zusammenhang mit einem Sudden Loss auftreten. Offenbar können diese Widrigkeiten im weiteren Verlauf der Therapie kompensiert werden; dies wäre allerdings in weiterführenden Prozessstudien zu prüfen, indem die dem Sudden Loss nachfolgenden Sitzungen zusätzlich in die Analyse aufgenommen werden.

6.4. Gewinn für die Therapieplanung und –durchführung

Die klinische Implikation der empirischen Befunde soll im Folgenden an einigen Punkten verdeutlicht werden, um der Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis entgegen zu treten. Die Konsequenzen für die therapeutische Arbeit ergeben sich direkt aus den in Kapitel 6.2. diskutierten Befunden dieser Arbeit.

Es wurden zusätzliche Informationen zu den zu erwartenden Therapieergebnissen sowie den positiven und negativen Entwicklungsschritten generiert, welche gegebenenfalls als Basis für Aufmerksamkeitssignale bei möglichen negativen Entwicklungen in der Therapie dienen könnten. Die zahlreichen potentiellen Ursachen schwieriger Situationen sollten umfassend berücksichtigt werden, um die Therapieentwicklung adäquat planen zu können oder diese in Supervision und Ausbildung zu implementieren. Wie oben dargestellt, hat die Forschung bereits gezeigt, dass Rückmeldungen über den Therapieverlauf an Therapeut und Patient das Therapieergebnis positiv beeinflussen (Harmon et al., 2007, Lambert, 2007). Die Umsetzung in die klinische Praxis ist an ambulanten universitären Einrichtungen (Lambert et al., 2002, Lambert et al., 2003) oder vonseiten großer Krankenkassenkonzerne (Barkham et al., 2001, Lutz, et al., 2005) realisiert, sie stellt aber noch längst nicht die Routinebehandlung im Gesundheitssystem dar.

Die Resultate der Studie legen nahe, dass die Vorhersage der Therapieeffektivität von a.) dem Ausmaß der Diskontinuität des erlebten Therapiefortschritts und b.) kognitiven, interpersonalen und aussertherapeutischen Elementen abhängt. Für die therapeutische Arbeit würde dies bedeuten, dass starke Schwankungen bezüglich des Empfindens von Therapiefortschritt einerseits qualitative Verluste der Therapiesitzung, andererseits aber auch interpersonale oder aussertherapeutische Problematiken widerspiegeln könnten und somit eine Minderung der Therapiequalität nach sich ziehen können, welche unter Umständen sogar den Therapieerfolg beeinträchtigen.

Konsequenterweise sollten klinische Indikationsentscheidungen nicht nur entsprechend unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten oder Patientengruppen, sondern auch patientenspezifisch implementiert werden, d.h. auf Basis empirischer Befunde aus vergleichbaren homogenen Patientenstichproben mit ähnlichen Charakteristika (Diagnose, Therapieziele, -erwartungen, etc.) und Behandlungsbedingungen (Setting, Erfahrungen der Therapeuten, Therapierationale, etc.).

Die Befunde sprechen für einen Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Sitzungserfolg (siehe Kapitel 6.2.). Offenbar hängt der empfundene Therapiefortschritt in den Sitzungen u.a. von dem interpersonalen Verhalten des Therapeuten sowie der wahrgenommenen Beziehung ab, was auch die Prozessanalyse zeigen konnten. Diese Ergebnisse gehen konform mit einer Reihe von Studien, welche den Einfluss der Beziehung auf das Therapiegeschehen betonen (Hardy et al., 2007, Martin et al., 2000, Orlinsky et al., 2004, Safran et al., 2002) sowie die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung als Prädiktor oder auch Moderator für Prozess und Ergebnis der Therapie (Joyce et al., 2003, Martin et al., 2000, Safran et al., 2002, Zuroff & Blatt, 2006). Aufgrund der Hinweise, dass ein negatives therapeutisches Beziehungsverhalten zu negativen Veränderungssprüngen führen könnte, sollte gefordert werden, dass in Supervision und Ausbildung der Umgang mit schwierigen Situationen und Beziehungsbrüchen besonders beachtet und trainiert werden muss (C. F. Newman, 2007; Safran & Muran, 2000). So haben Comminos und Grenyer (2007) nachgewiesen, dass interpersonale Defizite den Nährboden für eine schlechtere Allianz bilden können. Auch Stucki (2004) konnte zeigen, dass die eigenen Beziehungsmuster der Therapeuten das Erleben und die Reaktion auf das Patientenverhalten beeinflussen und somit das interpersonale Verhalten der Therapeuten die therapeutische Beziehung modelliert. Allerdings ist die Veränderung des eigenen Beziehungsverhaltens nicht einfach, da der Beziehungsstil recht stabil zu sein scheint.

Es hat sich erwiesen, dass der Sitzungserfolg offensichtlich nicht unbedingt von der Intensität an Ressourcenaktivierung vonseiten der Therapeuten abhängt, sondern eher von der empfundenen Unterstützung auf Patientenseite, und dass verstärkte therapeutische Interventionen in weniger vorteilhaft ablaufenden Sitzungen keine positiven Auswirkungen mehr haben. Wie bereits in Kapitel 6.2. dargestellt, gehen diese Befunde einher mit der bisherigen Forschungslage. So schlussfolgern Flückiger und Regli (2006): „Ressourcenaktivierung erscheint, auf diesen Resultaten basierend, eher ein fortdauernder als ein einmalig fokussierender Prozess zu sein, der bei ungünstigen Therapiebedingungen zur Verbesserung nachgeschoben werden kann“. Für die Therapie bedeutet dies, dass erstens eine kontinuierliche Ressourcenaktivierung durch den Therapeuten angebracht ist, welche langandauernd und fokussiert erfolgt (Grawe, 2004). Zweitens muss diese Ressourcenaktivierung auch beim Patienten *ankommen*. Die Forschung liefert ebenfalls Hinweise, daß die Wahrnehmung und die Bewertung des Therapiegeschehens durch die Klienten präzisere Vorhersagen zum Gelingen von Therapie oder Beratung erlauben als die Einschätzungen aus der Therapeutesicht. Hubble, Duncan und Miller (1999) beschreiben die Befunde ihres voluminösen Readers *The Heart and Soul of Change. What works in*

Therapy? folgendermaßen: "Worauf es, wie uns die Daten zeigen, ankommt, sind die KlientInnen: die Ressourcen der KlientInnen, ihre Teilnahme, ihre Einschätzung der Allianz, ihre Wahrnehmung des Problems und seiner Lösung. Unsere Techniken, so stellt sich heraus, sind nur dann hilfreich, wenn die KlientInnen sie als bedeutsam und glaubwürdig ansehen. Therapiemodelle sind ausschließlich potentiell hilfreiche "Linsen", die dann miteinander geteilt werden, wenn sie zu dem ‚Bedeutungsrahmen‘ der KlientInnen passen und zu ihrer eigenen ‚Verordnung‘" (Hubble et al., 1999, S.433, Übersetzung nach W. Loth).

Die vorliegende Studie hat weiterhin zeigen können, dass nicht die Quantität erlebter aussertherapeutischer Faktoren über einen Veränderungssprung entscheidet, sondern inwiefern diese kognitiv verarbeitet werden können durch die Patienten und somit Wohlbefinden und Stimmung durch Daily Hassles oder Life Events beeinflusst sind. Konkret würde das für die Therapie bedeuten, dass die Bewertung sowie die kognitive Umdeutung und Integration jener Erlebnisse, aber auch deren Bewältigung entscheidend für das Auftreten von Veränderungssprüngen sowie den Therapieerfolg sind.

6.5. Methodischer Diskurs

Datenlage

Die vorliegende Arbeit hat einerseits die Exploration von Diskontinuitäten im therapeutischen Verlauf sowie deren Zusammenhang zur therapeutischen Effektivität am Ende des Therapieprozesses zum Thema. Andererseits sollte ein angemessener methodischer Zugang zur Erschliessung therapeutischer Veränderungsprozesse sowie zur Erklärung vorhandener Diskontinuitäten entwickelt werden. Die anschliessende methodische Analyse erweist sich deshalb als anspruchsvoll, da die untersuchte Sitzungs-Stichprobe nicht auf experimentell-randomisierter Grundlage gezogen worden ist, sondern durch das reale therapeutische Setting an zwei Psychotherapeutischen Praxisstellen einer quasiexperimentellen bzw. post-hoc-Selektion unterlag. Grawe (1999) nennt diese Strategie die „Selektion aus natürlicher Variation“, d.h. hypothesengeleitet werden spezifische abhängige Variablen (AV) festgelegt, um den Einfluss der (ebenfalls) festgelegten unabhängigen Variablen (UV) zu prüfen. Da die AVs (Gain- oder Loss-Sitzung) nicht zufällig, sondern systematisch selektiert sind, müsste (methodisch streng genommen) für eine Verallgemeinerung der Befunde eine grössere Grundgesamtheit gegeben sein, in der die Sitzungen zufällig gewählt sind und nicht aufgrund ihrer Sitzungsausprägung (Kazdin,

1999). Die „Selektion aus natürlicher Variation“ birgt einerseits die Gefahr, bestimmte Effekte systematisch auszublenden und andererseits mögliche Störvariablen nicht zu kontrollieren. So könnte das wiederholte, und teilweise unsystematische Auftreten einzelner Patienten oder Therapeuten zur Folge haben, dass die Effekte nicht nur auf die Variation der UVs zurück zu führen sind.

Diese methodischen Einschränkungen sind als Argumentation anzusehen für die Wahl explorativer Fragestellungen in dieser Arbeit, aber auch für die Auswahl der anschliessenden statistischen Prozeduren. Weder die geforderte multivariate Normalverteilung aller Variablen ist gegeben⁶¹, noch sind die Daten in jedem Fall unabhängig voneinander. Dies hätte nur erreicht werden können, wenn das Design der Studie jeweils pro Sitzung nur einen Patienten vorsieht. Da das Design allerdings bereits die Wahl von zwei Sitzungen pro Patient vorgibt (bzgl. der Patienten mit Gains und Losses sogar drei Sitzungen), sind entsprechend robuste und annähernd verteilungsfreie Auswertungsmethoden gefragt gewesen, was die Wahl der Verfahren stark einschränkte. Die Forderung nach komplexen, realistischen und feldnahen Studien kostet somit den Preis der internen Validität sowie der Anwendbarkeit klassischer Auswertungsverfahren. Wie bereits in Kapitel 2.2.1. beschrieben, sind in naturalistischen Studien (entgegen der RCT-Studien) Schlüsse auf Kausalität nur sehr begrenzt möglich.

Interraterreliabilitäten

Der Vorteil einer Videokodierung liegt ganz klar in der nicht-invasiven Datenerhebung. Der Rater sitzt nicht *in* der Sitzung, sondern ist aussenstehender Beobachter, wodurch Störeffekte verhindert werden. Zudem besteht die Möglichkeit der unbeschränkten Wiederholung von Sequenzen.

Das vor der eigentlichen Datenerhebung durchgeführte Ratertraining trug dazu bei, dass bestimmte Beobachtereffekte reduziert werden konnten. Allerdings muss dazu gesagt werden, dass ein informelles Ratertraining vorgenommen wurde, was bedeutet, dass die Rater untereinander Absprachen darüber trafen, wie die einzelnen Items bewertet würden. Der Vorteil eines formellen Ratertrainings läge in dem Bestreben, herrschende Standards zu erzielen, wodurch die Wahrscheinlichkeit über verschiedene Rater und Situationen hinweg replizierbare Urteile zu treffen grösser wird (Mercer & Loesch, 1979).

⁶¹ Die Items der Beobachtungsstudie wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala für jede Minute von den Ratern eingeschätzt. Da zwangsläufig nicht in jeder Minute die erfragten Merkmale auftraten, sind jene Minuten immer mit „trifft nicht zu“ beantwortet wurden. Resultierend liegt eine ausgeprägte Schiefverteilung der Daten vor, welche in Kapitel 4.2.10. beschrieben wird.

Leider konnten trotz des Trainings nicht bei allen Items befriedigende Interraterreliabilitäten erreicht werden. Eine mögliche Erklärung dafür ist sicherlich, dass dies besonders bei den auf Sitzungsebene erhobenen Items daran liegen könnte, dass hier der Übungseffekt im Vergleich zu den in jeder Minute beurteilten Items wesentlich geringer ausfiel. Durch eine Zusammenfassung bestimmter Skalenpunkte konnte die Reliabilität bei einigen Items verbessert werden, beispielsweise beim Item „Bestärkung der Äusserungen“. Ein weiterer Grund, an betreffender Stelle (Kap. 4.2.9.) bereits diskutiert, für die teilweise unbefriedigenden Übereinstimmungsmaße ist darin zu sehen, dass bei den auf Sitzungsebene erhobenen Items nur fünf Fälle verglichen wurden. Dies kann sich so auswirken, dass wenn in fünf von sechs Fällen eine übereinstimmende Beurteilung gegeben ist, der Reliabilitätskoeffizient $\kappa = .286$ beträgt. Aus den aufgeführten Gründen muss die auf den ersten Blick teilweise schlechte Übereinstimmung einiger Items relativiert werden. Ein weiterer möglicher Grund für die teilweise niedrigen Übereinstimmungen könnte darin liegen, dass es sich für die Rater als relativ schwierig herausgestellt hat, während des Trainings über alle möglichen Auftretensformen der zu bewertenden Konstrukte Übereinstimmungen zu treffen. Das heisst, dass trotz der Absprachen darüber, welche Aspekte in welchen Situationen auf welche Weise bewertet werden, sich im Laufe der Videoanalyse immer wieder neue Aspekte, Facetten sowie Auftretenskontexte zeigten, welche zu Beginn des Ratings und bei der Absprache noch nicht in Betracht gezogen worden waren.

Die Wahl sinnvoller Items zur Untersuchung der Ursachen von Sudden Gains oder Losses sollte, wie in der Einleitung bereits beschrieben, einerseits die Hypothesen und Fragestellungen der Arbeit beantworten, ist andererseits aber auch aufgrund der Resultate dieser Studie abzuleiten. So können zum einen die Reliabilitätskennwerte der Items, und zum anderen auch die Resultate der Itemeinschätzungen auf die Eignung der einzelnen Items hinweisen. Niedrige Reliabilitätskoeffizienten und gleichzeitig ausbleibende oder gar widersprüchliche Effekte hinsichtlich der Ergebnismaße sind als deutlicher Hinweis auf eine ungenügende Itemqualität zu interpretieren.

7. AUSBLICK

Die vorliegende Dissertation ist auch als Startpunkt für zukünftige Projekte zu verstehen. Sie liefert einen wertvollen Beitrag für das Verstehen um Diskontinuitäten im Therapieverlauf und Veränderungsmechanismen psychotherapeutischer Behandlung. Da Irregularitäten dieser Art bisher in der Psychotherapierprozessforschung nicht analysiert wurden, kann diese Arbeit erste wichtige Hinweise liefern, welche Faktoren mit jenen in Zusammenhang stehen könnten. Diese explorativen Befunde wären aber zukünftig zu erweitern, um die methodischen Schwächen dieser Arbeit einerseits zu glätten und andererseits die gefundenen Zusammenhänge tiefergehend zu explorieren.

Zu diesem Zweck würde es sich natürlich anbieten, die Sudden Gains und Losses weniger als einzelne, saliente Ereignisse im Therapieverlauf anzusehen, sondern als Veränderungen, die im gesamten Prozess eingebettet sind und durch jene Ereignisse eventuell auch erklärbar. Lutz, Bachmann, Tschitsaz, Smart & Lambert (2007) konnten zeigen, dass Sudden Gains/Losses nicht allein in einem linearen Verlauf liegen, sondern dass sie begleitet sind von vielen kleineren Irregularitäten. Konsequenterweise wäre es interessant, den gesamten Therapieverlauf zu kodieren, um mögliche Einflussfaktoren zu extrahieren, die schon ein oder zwei Sitzungen vor der Gain-Sitzung passieren. Zudem ermöglicht die Analyse der Wirkfaktoren über den Verlauf, Erklärungen zu finden für z.B. die Kompensation von Losses. Wie bereits oben erwähnt, sollten einzelne Items zusätzlich ergänzt werden mit dem Ziel die Interpretation der Befunde zu erleichtern (z.B. die Daily Hassles und Life Events in positive und negative Ereignisse kategorisieren).

Hardy et al. (2005) haben in ihrer Studie zwei unterschiedliche Meßmittel genutzt, um den Therapieverlauf abzubilden. Einerseits setzten sie den BDI zur Erfassung der depressiven Symptomatik ein und andererseits den CORE, welcher das Funktionsniveau des Patienten abfragt. Die Autoren konnten nur eine niedrige (und somit nicht signifikante) Übereinstimmung zwischen diesen beiden Instrumenten finden, 20% der 39 Patienten erlebten Gains im CORE und im BDI, allerdings befanden sich die Sudden Gains an unterschiedlichen Orten des Verlaufs. Die Autoren schlussfolgerten, dass das angewandte Kriterium (Stiles et al., 2003) für den CORE strenger sei als jenes für den BDI. Unter Berücksichtigung des verwandten Messinstruments in dieser Dissertation, welches den subjektiven eingeschätzten Therapiefortschritt erhebt, wäre es für aufbauende Studien sehr interessant eine Übereinstimmung zwischen diesem Studienbogen und weiteren Prozessmeßmitteln zu untersuchen. In Anlehnung an das Phasenmodell (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993) könnten u.a. Fragebögen zur Symptomausprägung,

Wohlbefinden oder Funktionsniveau vergeben werden, um zu schauen, inwiefern die Veränderungssprünge zeitgleich auftreten. Der Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sudden Gains/Losses und der therapeutischen Beziehung ist in dieser Arbeit untersucht worden (Kap.5.1.4.). Interessanterweise ergaben sich allerdings nur geringe Überschneidungen zwischen den Gains im Stundenbogen und jenen in der Skala der therapeutische Beziehung. In nachfolgenden Studien würde es sich zudem anbieten, die beiden Subskalen Klärung- und Bewältigungsorientierung zu trennen und zu prüfen, ob sich die Sitzungen diesbezüglich nach einem Gain (oder Loss) qualitativ unterscheiden.

Als abschliessende Vision für die Forschung wäre denkbar, direkt nach jeder Sitzung die Sudden Gain-Kriterien anzuwenden, um dann nach einem Gain oder Loss die Therapeuten zu fragen, was sich in der Sitzung ereignet hat. So könnte man prüfen, ob ein Feedback-System mit Gain-Kriterien entwickelbar ist und inwiefern die Patienten mit Gains und Losses von diesem Rückmeldesystem profitieren könnten. In diesem Rahmen wäre es auch denkbar, zusätzlich zum Stundenbogen als Prozessmass die aussertherapeutischen Ereignisse der Patienten abzufragen sowie deren Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Stimmung.

8. REFERENZEN

APA-Richtlinien

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64-75.
- Abouguendia, M., Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2004). Alliance as a mediator of expectancies effects in short-term group psychotherapy. *Group-Dynamics, 8*(1), 3-12.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358-372.
- Andrusyna, T., Luborsky, L., Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in supportive-expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 526-535.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical wellbeing*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, D. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: University Press.
- Aspland, H., Llewelyn, S. P., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. B. (in revision). Alliance ruptures and rupture resolution in CBT: A task analysis. *British Journal of Clinical Psychology?*
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 89-195). New York: Academic Press.
- Backenstrass, M., Schwarz, T., Fiedler, P., Joest, K., Reck, C., Mundt, C., et al. (2006). Negative mood regulation expectancies, self-efficacy beliefs, and locus of control orientation: moderators or mediators of change in the treatment of depression? *Psychotherapy Research, 16*(2), 250-258.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin: Springer.
- Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (1977). Recency reexamined. In S. Dornic (Ed.), *Attention and Performance* (pp. 647-667). N.J.: Erlbaum.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 184-196.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D., Hardy, G., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 927-935.
- Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 667-677.
- Baskin, Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*, 973-979.
- Beck, A. T., Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck Depressions Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twentyfive years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2005). Unlinking Negative Cognition and Symptoms of Depression: Evidence of a Specific Treatment Effect for Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 68-77.
- Benninghaus, H. (1998). *Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse*. München: Oldenbourg.
- Berking, M., Hecker, A., Bruns, T., Jacobi, C., & Kröner-Herwig, B. (2004, September). *No fame no gain?* Paper presented at the 34th Annual Congress of the European Association of Cognitive Behavioral Therapy, Manchester, England.
- Berking, M., & Jacobi, C. (2001). Therapiemotivation und Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Therapieziele moderieren den Zusammenhang. *DRV-Schriften, 26*, 377-379.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 197-204.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorder. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. E., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Bjork, R. A., & Whitten, W. B. (1974). Recency-sensitive retrieval processes in long-term free recall. *Cognitive Psychology, 6*, 173-189.
- Blum, L. (1988). Motivation: Escape to freedom, the important ingredient in short-term psychotherapy. *Psychological Reports, 63*, 381-382.
- Bookheimer, S. Y., Zeffiro, T. A., Blaxton, T., Gaillard, W., & Theodore, W. (2004). Regional cerebral blood flow during object naming and word reading. *Human Brain Mapping, 3*(2), 93-106.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3rd ed. ed.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A., & Boehnke, K. (2000). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bower, G. h. (1967). A multicomponent theory of the memory trace. In K. W. S. a. J. T. Spence (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 1, pp. 299-325). New York: Academic Press.
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. London: Pergamon Press.
- Brunswick, E. (1956). *Perception and the representative design of psychological experiments*. Berkeley: University of California Press.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy, 32*, 337-369.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 37*, 61-68.
- Caspar, F., & Jacobi, C. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band 1: Grundlagen* (pp. 395-410). München: CIP Medien.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: University Press.

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497-504.
- Castonguay, L. G., & Grosse Holtforth, M. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more "nonspecific" and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science & Practice, 12*, 198-201.
- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Goldfried, M. R., & DeRubeis, R. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 19*(5), 485-503.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Chambless, D. L., Renneberg, B., Gracely, E. J., Goldstein, A. J., & Fydrich, T. (2000). Axis I and II comorbidity in agoraphobia: Prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research, 10*(279-295).
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 221-240.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 583-589.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 77*(1), 67-89.
- 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*. New York: John Wiley and Sons.
- Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 29-35.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37-46.
- Cominos, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 239-249.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in psychotherapy: A review of empirical literature. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 143-166). Washington DC: American Psychological Association.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 13*, 59-76.
- Cooper, C. L., Kirkcaldy, B. D., & Brown, J. (1994). A model of job stress and physical health: The role of individual differences. *Personality and Individual Differences, 16*, 653-655.
- Craik, F. I. M., & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 11*, 671-684.
- Craik, F. I. M., & Tulving, E. (1975). Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 104*, 268-294.
- Critchfield, K. L., Henry, W. P., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal Process and outcome in variants of cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 63*(1), 31-51.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Barber, J. P., Hu, B., Hearon, B., Worley, M., et al. (2007). Predictors of sustained abstinence during psychosocial treatments for cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 17*(2), 250 - 263.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., et al. (2001). Early Improvement During Manual-Guided Cognitive and Dynamic Psychotherapies

- Predicts 16-Week Remission Status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 145-154.
- Cudeck, R., & Klebe, K. J. (2002). Multiphase Mixed-Effects Models for Repeated Measures Data. *Psychological Methods*, 7(1), 41-63.
- Cummings, A. L., Hallberg, E. T., Slemon, A., & Martin, J. (1992). Participants' memories for therapeutic events and ratings of session effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 113-124.
- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E. T., & Slemon, A. G. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 306-312.
- Davies, L., Leach, C., Lucock, M., Stiles, W. B., Iveson, S., & Barkham, M. (2006). Therapists' recall of early sudden gains in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 79(1), 107-114.
- Day, A. L., Thierrien, D., & Carroll, S. A. (2005). Predicting psychological health: Assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, type A behavior, and daily hassles. *European Journal of Personality*, 19, 519-536.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The what and the why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkmann, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- DeLongis, A., Folkmann, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486-495.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- DeRubeis, R., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, 174-183.
- DeRubeis, R., Evans, C., Hollon, M. D., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 862-869.
- DeRubeis, R., Hollon, M. D., Evans, C., & Bemis, K. M. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 50, 744-756.
- Detert, N. B., Llewelyn, S. P., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16(4), 393-407.
- Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie*. Universität Bern, Bern.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn ...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31(2), 253-279.
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek: Rowohlt.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dobson, S. K., Shaw, B. F., & Vallis, T. M. (1985). Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 295-300.

- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M., & Shrouf, P. E. (1984). Symptoms, hassles, social supports and life events: The problem of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 222-230.
- Dunn, O. J. (1964). Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics, 6*(3), 241-252.
- Ebel, R. L. (1951). Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika, 16*(4), 407-424.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research, 16*(2), 144-160.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, F. J., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.
- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training, 20*, 47-55.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research, 1*(2), 92-103.
- Epstein, M. J., & Sharma, J. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment*. Austin: TX: Pro-Ed.
- Epstein, S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In J. D. Ozer, M. Healy & A. J. Stewart (Eds.), *Perspectives in personality* (Vol. 3A, pp. 63-98). London: Jessica Kingsley.
- 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*(5), 1020-1028.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 253-271.
- Ferdinand, R. F., de Nijs, P. F. A., von Lier, P., & Verhulst, F. C. (2005). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms in referred adolescents. *Journal of Affective Disorders, 88*, 299-306.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders - Patient Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research Department.
- Fitzpatrick, M., Peterelli, L., Staliskas, A., & Iwakabe, S. (1999). Client involvement and occurrence of in-session therapeutic phenomena. *Canadian Journal of Counselling 33*, 179-191.
- Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measure of reliability. *Educational and Psychological Measurement, 33*, 613-619.
- Flückiger, C., & Regli, D. (2006). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungsnetzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktoren-Muster. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38*(4), 777-778.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2. ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3 ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franz, M., Schiessl, N., Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H., & Tress, W. (1990). Psychotherapy motivation and psychotherapy acceptance. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40*, 369-374.
- Gallop, R., Dimidjian, S., & Atkins, D. C. (2007). *Quantifying Treatment Efficacy when flexibly modeling individual change*. Paper presented at the 38th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Madison, USA.

- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 273-280.
- Garfield, S. L. (1994). Reserach on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess*. Bern: Unveröffentlichte Dissertation.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(1), 1-11.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy. *Psychotherapy Research, 8*(2), 190 - 209.
- Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J., & Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 386-393.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & Witzleben, I. v. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica, 48*(1), 28-36.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.
- Glanzer, M., & Cunitz, A. R. (1966). Two storage mechanisms in free recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 5*, 351-360.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Shapiro, D. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy, 38*, 455-461.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., & Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 740-748.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2001). *Change in thematic depth of experience and outcome in experimental psychotherapy*. Unpublished manuscript.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research, 15*(3), 248-260.
- Goodman, L. A., & Kruskal, W. H. (1954). Measures of association for cross classifications. *Journal of the American Statistical Association, 49*, 732-764.
- Goodridge, D., & Hardy, G. (2002). *Assimilation changes in sudden gains*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, USA.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research, 13*, 43-58.
- Grawe, K. (1997). Research informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*(1), 1-19.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Bern: 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 klinischen Psychologie und Psychotherapie* (pp. 294-310). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23*, 242-267.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1467-1480.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S. (2005). Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 324-337.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439-446.
- Greenberg, L. S., Korman, L., & Paivio, S. (2002). Emotion in humanistic therapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington DC: APA Press.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Grenyer, B. F. S., & Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 411-416.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 241-258.
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L. A., Kakouros, A. A., & Borkovec, T. D. (2007). Insight in cognitive-behavioral therapy. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 57-80). Washington DC: American Psychological Association.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Castonguay, L. (2006). 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., & Tamcan, Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Gruen, R. J., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *Journal of Personality*, 56(4), 743-762.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157-1172.
- Haerberli, J. (2007). *Auslöser von Veränderungssprüngen - Ein Versuch spezifische Therapeuteninterventionen und aussertherapeutische Ereignisse als Prädiktorvariablen für Veränderungssprünge zu identifizieren*. Universität Bern: Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Hansen, A. N., Hoogduin, C. A., Schaab, C., & Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery service. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Hardy, G. E., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., & Macaskill, N. (2001). Client Interpersonal and Cognitive Styles as Predictors of Response to Time-Limited Cogni-

- tive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 841-845.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 59-67.
- Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2006). Severe melancholic depression is more vulnerable than non-melancholic depression to minor precipitating life events. *Journal of Affective Disorders*, 91, 257-263.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Slade, K., et al. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client feedback and Clinical Support Tools. *Psychotherapy Research*, 17(4), 379-392.
- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hayes, A. M., 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, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of Targeting the Vulnerability Factors of Depression in Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 623-627.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L., & Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive change in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 409-421.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., & Goldfried, M. R. (2007). The Change and Growth Experiences Scale: A measure of insight and emotional processing. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 231-253). Washington DC: American Psychological Association.
- Hayes, A. M., & Harris, M. S. (2000). The development of an integrative treatment for depression. In S. Johnson, Hayes, A. M., Field, T., Schneiderman, N., & McCabe, P. (Ed.), *Stress, coping, and depression* (pp. 291-306). New Jersey: Erlbaum.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G. C., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723.
- 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(6), 939-947.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Basic mechanisms and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Hill, C., Castonguay, L. G., Angus, L., Arnkoff, D. B., Barber, J. P., Bohart, A. C., et al. (2007). Insight in psychotherapy: Definitions, processes, consequences, and research directions. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 57-80). Washington DC: American Psychological Association.
- Hill, C., & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 84-135). New York: John Wiley & Sons.
- Hill, C., Nutt, E., & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 364-377.
- Hiltbrand, C. (2007). *Auf der Suche nach potentiellen Auslösern von sprunghaften Therapieerläufen*. Universität Bern: Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behavior Research and Therapy*, 40(6), 611-623.

- Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy, 31*, 499-515.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden Gains During Therapy of Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 687-697.
- Hohage, R., & Kubler, J. C. (1988). The emotional insight rating scale. In H. Dahl, H. Kachele & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 243-265). Heidelberg: Springer.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 447-492). New York: John Wiley & Sons.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry, 49*, 774-781.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A. H., DeRubeis, R., Elkin, I., Lowery, A., et al. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal therapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished Manuscript.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R. E. Ingram (Ed.), *Psychological aspects of depression*. New York: Plenum Press.
- Honermann, H., Mussen, P., Brinkmann, A., & Schiepek, G. (1999). *Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bauer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 56*, 885-892.
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-69). Oxford: University Press.
- Horvath, A. O., Marx, R. W., & Kamann, A. M. (1990). Thinking about thinking in therapy: An examination of clients' understanding of their therapists' intentions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(614-621).
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd ed. ed.). New York: Wiley.
- Howard, K. I., Kopta, M., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect response in psychotherapy. *American Psychologist, 41*, 159-164.
- Howard, K. I., Krause, M. S., & Vessey, J. T. (1994). Analysis of clinical trial data: The problem of outcome overlap. *Psychotherapy, 31*, 302-307.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). The evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51*, 1059-1064.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of change. What Works in Therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Iardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and practice, 1*, 138-156.

- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and non-specific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 6, 295-299.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., 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(2).
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy* 103-117.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jones, E. E. (1985). *Psychotherapy Process Q-Sort*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Jones, E. E., & Price, P. (1998). Interaction structure and change in psychoanalytic therapy. In R. Bornstein & J. Masling (Eds.), *Empirical studies of the therapeutic hour* (pp. 27-62). Washington: APA.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 672-679.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (3. Aufl. ed.). Heidelberg, Berlin, New York: Springer.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1980). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-37.
- Kaplan, R. M., Atkins, C. J., & Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3, 223-242.
- Kazdin, A. E. (1999). Overview of research design issues in clinical psychology. In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 3-30). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, 184-188.
- Kelly, M. A. R., Cyranowski, J. M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, im Druck.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2004). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 703-714.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Kivlighan, D. M., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79-84.
- Kivlighan, D. M., Multon, K. D., & Patton, M. J. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited psychoanalytic counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 50-58.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362-371.

- Kohls, S. (2005). *Konsistenztheorie & Psychische Störung. Eine strukturanalytische Überprüfung der theoretisch postulierten Zusammenhänge*. Bern: Unveröffentlichte Dissertation.
- Kolden, G. G., Chisholm-Stockard, S. M., Strauman, T. J., Tierney, S. C., Mullen, E. A., & Schneider, K. L. (2006). Universal session-level change processes in an early session of psychotherapy: Path models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 327-336.
- Kosfelder, J. (2000). *Handlungsorientierung durch Lösungsfokus*. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Kuenzler, A., & Beutler, L. E. (2003). Couple alcohol treatment benefits patients' partners. *Journal of Clinical Psychology, 59*(7), 791-806.
- Kupsch-Losereit, S. (1999). Kognitive Prozesse, übersetzerische Strategien und Entscheidungen. In A. Gil, J. Haller, E. Steiner & H. Gerzymisch-Arbogast (Eds.), *Modelle der Translation. Grundlagen für Methodik, Bewertung, Computermodellierung* (pp. 157-176). Frankfurt: Lang.
- Kurosawa, A. (Writer) (1950). *Rashomon*. Japan.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (1999). Are Differential Treatment Effects Inflated by Researcher Therapy Allegiance? Could Clever Hans Count? *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(1), 127-130.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 147-149.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy research*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 855-869.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1).
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training, 38*(4), 357-361.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 159-172.
- Lambert, M. J., & Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 4, pp. 72-113). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Bishop, M. J., Vermeersch, D. A., Gray, G. V., & Finch, A. E. (2002). Comparison of empirically-derived and rationally-derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 149-164.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 288-301.

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49-68.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-169.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lipkin, S. (1954). Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychological Monographs, 68*(372), 1-30.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48*, 1181-1209.
- Llewelyn, S. P. (2006). *Ruptures and repair in CBT*. Paper presented at the International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Edinburgh, Scotland.
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D., Hardy, G. E., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 105-114.
- Llewelyn, S. P., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(1), 1-21.
- Losardo, D., Gibbons, M. B., Schamberger, M., Gallop, R., Narducci, J., & Crits-Christoph, P. (2005, June). *Sudden gains in supportive-expressive treatment for generalized anxiety disorder*. Paper presented at the 36th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A „wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 95-132.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1976). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prizes?" In R. Spitzer & D. Klein (Eds.), *Evaluation of psychotherapies*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Lüdin, B. (2007). *Bewirken Aspekte der Ressourcenaktivierung und verhaltenstherapeutische Interventionen substantielle Veränderungen im Psychotherapieverlauf?* Universität Bern: Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 267-278.
- Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress with individualized models of predicted response. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150-158.
- Lueger, R. J., Lutz, W., & Howard, K. I. (2000). The predicted and observed course of psychotherapy for anxiety and mood disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(3), 127-134.
- Lutz, W. (1996). Exploration positiver Eigenschaften. Ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Eds.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement: Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag*. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirical based clinical practice. *Psychotherapy Research, 12*, 251-273.
- Lutz, W. (2003a). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: dgvtv-Verlag.

- Lutz, W. (2003b). Efficacy, effectiveness, and expected treatment progress in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 745-750.
- Lutz, W., Bachmann, F., Tschitsaz, A., Smart, D., & Lambert, M. J. (2007). Zeitliche und sequentielle Muster von nonlinearen Veränderungen im Therapieverlauf - Das Phänomen von plötzlichen Gewinnen und Verlusten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 261-269.
- Lutz, W., & Grawe, K. (2005). Psychotherapieforschung. In B. Srauss, F. Hohagen & F. Caspar (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W., Grawe, K., & Tholen, S. (2003). Empirische Unterstützung der differentiellen Indikation für unterschiedliche Behandlungsmodalitäten in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 51-70.
- Lutz, W., Kosfelder, J., & Joormann, J. (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Tschitsaz, A., Schürch, E., & Stulz, N. (2006). The probability of treatment success, failure and duration - what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(4), 223-232.
- Lutz, W., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Stiles, W. B., Evans, C., et al. (2005). Predicting change for individual psychotherapy clients on the basis of their nearest neighbors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 904-913.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (in press). Therapist effects and therapist differences in a large mental health provider network. *Journal of Counseling Psychology*.
- Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K. I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(2), 104-113.
- Lutz, W., Martinovich, Z., Howard, K. I., & Leon, S. C. (2002). Outcomes management, expected treatment response and severity adjusted provider profiling in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1291-1304.
- Lutz, W., Saunders, S. M., Scott C. Leon, Martinovich, Z., Kosfelder, J., Schulte, D., et al. (2006). Empirical and clinical useful decision making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychological Assessment*, 18(2).
- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D. W., & Lambert, M. J. (2007). Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(2), 93-104.
- Lutz, W., Tholen, S., Kosfelder, J., Tschitsaz, A., Schürch, E., & Stulz, E. (2005). Evaluation und störungsspezifische Rückmeldung des therapeutischen Fortschritts in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 15, 168-175.
- Lutz, W., & Tschitsaz, A. (2007). Plötzliche Gewinne und Verluste im Behandlungsverlauf von Angststörungen, depressiven und komorbiden Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 298-308.
- Mahrer, A. R., White, M. V., Howard, M. T., Gagnon, R., & MacPhee, D. C. (1992). How to bring about some very good moments in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 2(4), 252-265.
- Malik, M., Beutler, L. E., Gallagher-Thompson, D., Alimohamed, S., & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 150-158.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

- Martinovich, Z., Saunders, S., & Howard, K. I. (1996). Some comments on "Assessing clinical significance". *Psychotherapy Research, 6*(2), 124-132.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Mathier, F. (2005). *Therapievorbereitung für Einzelpsychotherapien*. Unpublished Dissertation, Bern.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Meng, X., Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1992). Comparing correlated correlation coefficients. *Psychological Bulletin, 111*(1), 172-175.
- Mercer, R. C., & Loesch, L. C. (1979). Audio tape ratings: Comments and guidelines. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 79-85.
- Mestel, R., Dilcher, K., Sprenger, B., Vogler, J., & Klingelhofer, J. (2001, März). *Calculations of clinical significant change for selfreport-outcome-instruments on the basis of 8000 patients*. Paper presented at the European Congress of the Society for Psychotherapy Research, Leiden, NL.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analysis from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1051-1055.
- Michalak, J., & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*(3), 213-219.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: Storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria, 120*(2), 182-238.
- Mintz, J., Auerbach, A. H., & Luborsky, L. (1973). Patient's, therapist's and observers' views of psychotherapy: A 'Rashomon' experience or a reasonable consensus? *British Journal of Medical Psychology, 46*, 83-89.
- Moras, K., & Hill, C. E. (1991). Rater selection for psychotherapy process research: An evaluation of the state of the art. *Psychotherapy Research, 1*(2), 113-123.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment and duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training, 37*, 117-123.
- Muran, J. C. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12*(2), 113-138.
- Nagy, J., Safran, J. D., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). *A comparative analysis of treatment process and therapeutic ruptures*. Paper presented at the International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Snowbird, UT.
- Nelson, D. L. (1979). Remembering pictures and words: Appearance, significance and name. In L. S. Cermak & F. I. M. Craik (Eds.), *Levels of processing in human memory* (pp. 45-76). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Newman, Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: University Press.
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge.
- Nishith, P., Resick, P. A., & Griffin, M. G. (2002). Patterns of change in prolonged exposure and cognitive processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 880-886.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that works*. Oxford: University Press.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren*. Frankfurt am Main: Verlag für akademische Schriften.

- O'Connor, L. E., Edelstein, S., Berry, J., & Weiss, J. (1994). Changes in the patient's level of insight in brief psychotherapy: Two pilot studies. *Psychotherapy, 31*, 533.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 437-451.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1966). *Therapy Session Report, Forms P(atient) & T(herapist)*. Chicago: Institute for Juvenile Research.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 307-390). New York: John Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Insight and awareness in experiential psychology. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 31-56). Washington DC: American Psychological Association.
- Patton, M. J., Kivlighan, D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Research Project: Relation of change in counseling process to client outcome. *Journal of Counseling Psychology, 44*(2), 189-208.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68*(2), 414-422.
- Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2006). *Chronic Depression: Interpersonal Sources, Therapeutic Solutions*. Washington: American Psychological Association.
- Pham, T. (2005). *The Specificity and Mechanism of Sudden Gains*. Unpublished thesis, Northwestern University, Chicago.
- Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). *Sudden gains - When do they occur?* Paper presented at the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), USA, Chicago.
- Pinsof, W. M., Mann, B., Knobloch-Fedders, L., Lebow, J., & Friedman, G. (2002). *Integrative therapy session report manual (ITSR)*. Northwestern University.
- Plutchnik, R., Conte, H., & Carasu, T. B. (1994). Critical incidents in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 48*(1), 75-84.
- Pos, A. E. (1999). *Depth of experiencing during emotion episodes and its relationship to core themes and outcome*. Unpublished master's thesis, York University, Toronto.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007-1016.
- Rachmann, S. (1999). Rapid and not-so rapid responses to cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 293-294.
- Randau, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential-analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 107-114.
- Regli, D., Flückiger, C., & Grawe, K. (2004). Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Gruppen- und Einzeltherapien. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 36*(1), 41-50.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(3), 311-316.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavioral Research Therapy, 24*(1), 1-8.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depressions: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1184-1191.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Rogers, C. (1942). The use of electronically recorded interviews in improving psychotherapeutic personality change. *American Journal of Orthopsychiatry, 12*, 429-434.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

- Ross, L., & Nisbett, R. E. (1991). *The person and the situation. Perspectives of social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Roth, E. (1984). *Sozialwissenschaftliche Methoden*. München: R. Oldenbourg.
- Rudolf, M., & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D., et al. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 117-127.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Weissenburger, J., & Hollon, S. D. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 139, 862-866.
- Russell, R. L. (1988). A new classification scheme for studies of verbal behavior in psychotherapy. *Psychotherapy*, 25, 51-58.
- Sachs, L. (1997). *Angewandte Statistik - Anwendung statistischer Methoden*. Berlin: Springer.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliances rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training*, 27, 154-165.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 56(2), 233-243.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 235-254). Oxford: University Press.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 373-385.
- Samstag, L. W., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2003). *Defining and identifying components of therapeutic alliance ruptures*. Unpublished manuscript.
- Saunders, S. (2000). Examining the relationship between the therapeutic bond and the phases of treatment outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 37(3), 206-218.
- Schindler, L. (1984). *Der Stundenbeurteilungsbogen*. Unpublished manuscript, München.
- Schneider, K. L., Basler, H. D., & Beisenherz, B. (1989). *FMP - Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effect of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 153-167.
- Schröder, T. A. (1997). Was lange währt, wird auch nicht leichter. Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit. In P. L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Eds.), *Psychotherapie als Beruf* (pp. 223-236). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schröder, T. A., & Davis, J. D. (2004). Therapists' experience of difficulty in practice. *Psychotherapy Research*, 14(3), 328-345.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- 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.
- Schwarz, M. (1996). *Einführung in die kognitive Linguistik*. Stuttgart: UTB.
- Seibel, C. A., & Dowd, E. T. (1999). Reactance and therapeutic noncompliance. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 373-379.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic happiness*. New York: Free press.

- Seligman, M. E. P. (2002b). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*, 581-604.
- Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 275-285.
- Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*(2), 112-123.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model: A paradigm shift in psychology. *The counseling psychologist*, *34*(1), 134-144.
- Smith, M. L., Glass, G. W. V., & Miller, T. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Micheal, S. T., Yamhure, L., & Sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, *24*, 747-762.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, *148*(8), 997-1008.
- Stiles, W. B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, *18*(2), 85-93.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, *36*(4), 555-566.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, *27*, 411-420.
- Stiles, W. B., & Glick Brinegar, M. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington DC: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., et al. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are the productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, *51*(1), 81-92.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., et al. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 14-21.
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans, Dimaggio, G. (Ed.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the Drug Metaphor: Psychotherapy Process–Outcome Correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(5), 942–948.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all therapies equivalent? . *American Psychologist*, *41*, 165-180.
- Strauß, B. (1991a). *Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)*. Unpublished manual, Universität Kiel.

- Strauß, B. (1991b). *Vanderbilt Psychotherapie-Prozess-Skala (VPPS)*. Unpublished Manual, Universität Kiel.
- Strauß, B. (2005). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Strupp, H. H., Burmeier-Lohse, M., Wille, H., & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt Psychotherapie-Skalen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 40, 411-430.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Stucki, C. (2004). *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten. Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie*. Bern: Unveröffentlichte Dissertation.
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Tang, T. Z., Bebermann, R., DeRubeis, R., & Pham, T. (2005). Cognitive Changes, Critical Sessions, and Sudden Gains in Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168-172.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 283-288.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 894-904.
- Tang, T. Z., Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 444-447.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347-357.
- Thompson, M., Thompson, L., & Ghallager-Thompson, D. (1995). Linear and nonlinear changes in mood between psychotherapy sessions: Implications for treatment outcome and relapse risk. *Psychotherapy Research*, 5(4), 327-336.
- Thorndike, L. E. (1920). A constant error on psychological rating. *Journal of Applied Psychology*, 4, 25-29.
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M., Joosten, S., & Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 346-366.
- Truant, G. S. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy II. Assessment based on basic process goals. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 17-32.
- Tschacher, W., Baur, N., & Grawe, K. (2000). Temporal interaction of process variables in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 296-309.
- Tschitsaz, A. (2004). *Schwierige Situationen in einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapiesitzung*. Ruhr-Universität Bochum, Bochum.
- Tschitsaz, A., & Lutz, W. (2007). *MEPI. Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen*. Bern: Selbstverlag.
- Tulving, E. (1962). Subjective organization in free recall of unrelated words. *Psychological Review*, 69, 344-354.
- Ullrich de Muynck, R., & Ullrich, R. (1977). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmass (EMI-B)*. München: Verlag J. Pfeiffer.

- Ulm, K., Schmoor, C., Sauerbrei, W., Kemmler, G., Aydemir, Ü., Müller, B., et al. (1989). Strategien zur Auswertung einer Therapiestudie mit der Überlebenszeit als Zielkriterium. *Biometrie und Informatik in Medizin und Biologie* 20, 171-205.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, S. K. (1986). The cognitive therapy Scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 381-385.
- Vanaerschoot, G., & Lietaer, G. (2007). Therapeutic ingredients in helping session episodes with observer-rated low and high empathic attunement: a content analysis of client and therapist postsession perceptions in three cases. *Psychotherapy Research*, 17(3), 329-342.
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363.
- Vittengl, J. R., Jarrett, R. B., & Clark, L. A. (2005). Validity of Sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 173-182.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, 194-197.
- Warwar, N., & Greenberg, L. S. (2000, June). *Catharsis is not enough: Changes in emotional processing related to psychotherapy outcome*. Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research (SPR), Indian Hills, Chicago.
- Watson, J. C. (1996). The relationship between vivid description, emotional arousal, and in-session resolution of problematic reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 459-464.
- Watzke, B. (2002). *Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapien*. Hamburg: Unveröffentlichte Dissertation.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wettstein, R. (2006). *Auslöser von Therapiesprüngen - Ein Versuch sprunghafte Veränderungen im Stundenbogen mittels spezifischen und unspezifischen Prozessen in der Psychotherapie zu erklären*. Universität Bern: Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Wetzel, C. G., Wilson, T. D., & Kort, J. (1981). The halo effect revisited: Forwarned is not forarmed. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 427-439.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33.
- Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 289-292.
- Wirtz, M., & Casper, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wise, E. A. (2003). Psychotherapy outcome and satisfaction: Methods applied to intensive outpatient programming in a private practice setting. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training*, 40(3), 203-214.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59.
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Bittner, A., & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes: evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18(8), 384-393.

- Yeung, C., Dalgleish, T., Golden, A. M., & Schartau, P. (2006). Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. *Behavior Research and Therapy, 44*(10), 1481-1490.
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale rating manual*. Unpublished manuscript.
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Organisational Behavior, 18*, 101-115.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 130-140.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 137 - 148.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2.1.: Das Aufwand-Wirkungsmodell (Howard et al., 1986)	19
Abbildung 2.2.: “Expected Treatment Response”-Modell	21
Abbildung 2.3.: Verlaufswerte der modifizierten Hamilton Depression Rating Scale (MHRSD), welche zweimal pro Woche erhoben wurde und exemplarisch zuerst einen <i>early response</i> sowie nachfolgend einen <i>depression spike</i> einer Fallvignette darstellt.	25
Abbildung 2.4.: Arbeitsmodell zu den Zusammenhängen zwischen Patientenvariablen, Erwartungen der PatientInnen, Basisverhalten der PatientInnen in der Therapie / Motivation, Therapiemotive und -hindernisse und Therapieerfolg (Mathier, 2005).	58
Abbildung 4.1.: Übersicht über die Subskalen der verschiedenen Stundenbögen, welche an der Praxisstelle Bern eingesetzt werden, wobei die in dieser Arbeit verwendeten Skalen hervor gehoben sind.	82
Abbildung 4.2.: Zweidimensionaler semantischer Raum interpersonaler Verhaltensweisen (Horowitz & Vitkus, 1986)	85
Abbildung 4.3.: Darstellung eines Sudden Gains nach Tang & DeRubeis (1999b)	89
Abbildung 4.4.: Die Terminologie des Sudden Gain Prozesses nach Tang & DeRubeis (1999b)	89
Abbildung 4.5.: Die Berechnung des RC-Index für die Stundenbogen	91
Abbildung 4.6.: Der Verlauf einer Fallvignette des Datensatzes. Grafisch veranschaulicht wird ein Patient, welcher zunächst einen Sudden Loss und zwei Sitzungen später einen Sudden Gain erlebt.	93
Abbildung 4.7.: Darstellung eines Sudden Gains. Die zu analysierenden Gain-Videos sind die N+1-Sitzungen.	95
Abbildung 4.8.: Illustration der Skalen, Blöcke und Rater dieser Studie	102
Abbildung 4.9.: Screenshot einer beispielhaften FileMaker-Oberfläche	108
Abbildung 4.10.: Veranschaulichung der gegebenen Datenbereiche in dieser Studie	119
Abbildung 5.1.: Darstellung eines gemittelten Sudden Gains und Sudden Losses der vorliegenden Stichprobe. Die Werte des Stundenbeurteilungsbogen für die Sitzungen N-2, N-1, N, N+1, N+2 und N+3 sind die Mittelwerte (\pm SD) der zugehörigen Sitzungen der 111 Gains und 45 Losses in unserer Stichprobe, wobei die Sitzung N die preGain Sitzung ist. Um einen Bezug zum Kontext herzustellen, zeigt die Grafik zusätzlich die gemittelten Werte (\pm SD) der ersten und letzten Sitzung aller Patienten, die einen Gain/Loss erlebt haben.	125

- Abbildung 5.2.: Auftretenswahrscheinlichkeit eines Gain/Loss in Abhängigkeit davon ob eine kurze, mittellange oder lange Therapie durchgeführt wurde. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (Tukey; $p < .001$) bestehen jeweils zwischen den drei Gruppen Kurz-, Mittellange- und Langzeittherapie. 127
- Abbildung 5.3.: Das Erleben von Gains/Losses in Beziehung zum Therapieergebnis. Abgebildet sind die vier Ergebnismaße BSI, IIP, EMI und BDI. Die Kreise stellen je nach Farbe die Patientengruppen dar, welche einen Gain, einen Loss oder beides erlebt haben. Je höher diese Kreise in der Grafik abgebildet sind, desto höher sind die Effektstärken jener Patientengruppe. Die Sternchen implizieren inwiefern sich die Patientengruppen voneinander signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (LSD; $p < .05$) sind gekennzeichnet durch *. 130
- Abbildung 5.4.: Zeitliche Anordnung von Gewinnen und Verlusten im Therapieverlauf. 132
- Abbildung 5.5.: Die zeitliche Lage der erlebten Gains/Losses in Beziehung zum Therapieergebnis. Abgebildet sind die vier Ergebnismaße BSI, IIP, EMI und BDI. Die geometrischen Zeichen (Kreise, Rauten, etc.) stellen je nach Form die Patientengruppen dar, welche ihren Sprung früh im Therapieverlauf erleben, im mittleren Bereich oder spät. Je höher diese Formen in der Grafik abgebildet sind, desto höher sind die Effektstärken jener Patientengruppe. Die Sternchen implizieren inwiefern sich die Patientengruppen voneinander signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (LSD; $p < .05$) sind gekennzeichnet durch *. 133
- Abbildung 5.6.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Kognitive Techniken*. Die Items mit grau hinterlegten Feldern beziehen sich auf das Ausmaß der kognitiven Interventionen vonseiten des Therapeuten, während die weiss hinterlegten das Ausmaß der kognitiven Veränderungen beim Patienten zeigt. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 140
- Abbildung 5.7.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Behaviorale Techniken*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppe sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 141
- Abbildung 5.8.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Direktivität*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 142
- Abbildung 5.9.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Emotionen*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 143
- Abbildung 5.10.: Der mittlere Rang der Items der Kategorien *Beziehungen des Patienten* und *Inkongruenzerleben*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 144

- Abbildung 5.11.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Strength*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 145
- Abbildung 5.12.: Der mittlere Rang der Items der Kategorie *Extratherapeutische Faktoren*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 146
- Abbildung 5.13.: Der mittlere Rang der Items der Kategorien *Therapieerwartungen*, *Motivation* und *therapeutische Beziehung*. Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen. 147
- Abbildung 5.14.: Die gemittelte Ausprägung der Items der Kategorie *kognitive Veränderung beim Patienten* für alle Sitzungen denen ein Gain voranging, wobei die durchgezogene Linie den Mittelwert der Gain-Sitzungen der Patienten mit Gain darstellt, während die gestrichelte Linie den Mittelwert der Gain-Sitzungen der Patienten mit Gain und Loss meint. Die Ausprägung ist partiell negativ, da die Daten z-standardisiert wurden. Da die Sitzungslänge der Patienten variiert, ist der Sitzungsverlauf in Prozent dargestellt. 149
- Abbildung 5.15.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Behaviorale Techniken* für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. 151
- Abbildung 5.16.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Extratherapeutische Einflüsse* für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. 152
- Abbildung 5.17.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Kognitive Techniken* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. 159
- Abbildung 5.18.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie *Behaviorale Techniken* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. 160
- Abbildung 5.19.: Differenzprofil der Variablen der Kategorien *Therapeutische Beziehung*, *Beziehungen des Patienten*, *Erwartungen*, *Motivation* und *Inkongruenz* für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der

Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$.	162
Abbildung 5.20.: Der mittlere Rang des Globalitems <i>Funktionsweise des Patienten</i> . Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden; jene in Klammern implizieren inwiefern die Patientengruppen auf dem 5% Signifikanzniveau voneinander abweichen. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.	173
Abbildung 5.21.: Der mittlere Rang der Globalitems <i>Wirkung des Therapeuten</i> . Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden; jene in Klammern implizieren inwiefern die Patientengruppen auf dem 5% Signifikanzniveau voneinander abweichen. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.	173
Abbildung 5.22.: Der mittlere Rang der Globalitems <i>Verhalten des Therapeuten</i> . Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden; jene in Klammern implizieren inwiefern die Patientengruppen auf dem 5% Signifikanzniveau voneinander abweichen. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.	174
Abbildung 5.23.: Der mittlere Rang der Globalitems <i>Wirkung des Therapeuten</i> . Die Sternchen veranschaulichen, welche Gruppen sich nach der Bonferoni-Holm-Korrektur unterscheiden; jene in Klammern implizieren inwiefern die Patientengruppen auf dem 5% Signifikanzniveau voneinander abweichen. Die genaue Itemformulierung ist dem Manual in Anhang C zu entnehmen.	175
Abbildung 5.24.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie <i>Globalwirkung</i> für die Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Gains. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Gain-Sitzungen der Patienten mit Gains stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. (Zahlenangaben in Tabelle F.11.)	177
Abbildung 5.25.: Differenzprofil der Variablen der Kategorie <i>Globalwirkung</i> für die Loss-Sitzungen der Patienten mit Gains und Losses und jenen mit Losses. Positives Vorzeichen: die Variable ist in den Loss-Sitzungen der Patienten mit Losses stärker verwirklicht als in jenen der Patienten mit Gains und Losses; und vice versa. Schwarz = $p < .05$. (Zahlenangaben Tabelle F.12.)	178
Abbildung 6.1.: Übersichtsdarstellung der Wirkfaktoren und deren Zusammenhänge, welche in den kritischen Gain- und Loss-Sitzungen auftraten. Die Grafik enthält nur die Befunde, welche in der nachfolgenden Diskussion aufgenommen werden. Kogn=Kognitiv, Pat.=Patient, D.H.=Daily Hassles, L.E.=Life Events, Ink=Inkongruenz, Th=Therapeut.	200

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2.1.: Zusammenstellung der Forschungsergebnisse der Analyse von Sudden Gains im Therapieverlauf	28
Tabelle 2.2.: Assimilation problematischer Erfahrungen (aus: Stiles & Glick Brinegar, 2007)	45
Tabelle 4.1.: Soziodemographische Angaben der beiden Stichproben Bern und Bochum im Vergleich.	80
Tabelle 4.2.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung nach Tang & DeRubeis (1999b)	89
Tabelle 4.3.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung nach Stiles et al. (2003)	90
Tabelle 4.4.: Übersicht über die Kriterien zur Veränderungsberechnung in dieser Arbeit	92
Tabelle 4.5.: Anzahl einbezogener Patienten, wobei die beiden Subgruppen des EMI und des BDI der grossen Stichprobe von BSI und IIP entstammen	93
Tabelle 4.6.: Rahmenmodell mit den Faktorstufen <i>Gain</i> , <i>Loss</i> und <i>Neutral</i> . * „N-Sitzungen“, also neutrale Sitzungen im Verlauf eines Gain-/Loss-Patienten.	96
Tabelle 4.7.: Darstellung der zu untersuchenden Patientenzahl pro Gruppe	96
Tabelle 4.8.: Ratingmanuale, die in der Forschung bereits eingesetzt und in dieser Dissertation verwendet wurden (nach alphabetischer Ordnung)	99
Tabelle 5.1.: Häufigkeit von Sprüngen (Gains und Losses) in Abhängigkeit von der Anzahl einbezogener Sitzungswerte in den t-Test und den gewählten t-Werten. Grau schattiert ist die Definitionsform, für welche in diesem Kapitel eine detaillierte Beschreibung vorgenommen wird. G= Patienten mit Gain, L = Patienten mit Loss, GL = Patienten mit Gain und Loss.	124
Tabelle 5.2.: Therapieergebnis bei Personen mit und ohne Sudden Gains/Losses. Signifikante Unterschiede der Posthoc-Tests (Tukey; $p < .05$) sind gekennzeichnet durch *.	129
Tabelle 5.3.: Vergleich der soziodemographischen Variablen und der Diagnosezugehörigkeit zwischen der Gesamtstichprobe (N=434) und der Subgruppe (n=89), dessen Therapiesitzungen geratet wurden. Die Vergleiche mittels t-Test und ² -Test ergeben sich alle als nicht signifikant (n.s.). M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Prä= Eingangswerte, ES=Effektstärke.	136
Tabelle 5.4.: Vergleich der Gruppenzugehörigkeit zwischen der Gesamtstichprobe (N=434) und der Subgruppe (n=89), dessen Therapiesitzungen geratet wurden.	137
Tabelle 5.5.: Vergleich zwischen den Gain-Sitzungen der beiden Gruppen, indem	

die Korrelationskoeffizienten (Rho) der Itemausprägung in den Gain-Sitzungen der beiden Gruppen der Patienten mit Gains (je oben im grauen Feld, $Rho > .46$ wird signifikant) mit jenen mit Gains und Losses (je unten im grauen Feld, $Rho > .52$ wird signifikant) verglichen werden. Die zwei Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Gruppen sind zunächst z-transformiert (Fisher) und anschließend deren Differenz auf Signifikanz getestet. Dargestellt sind nur die signifikanten Koeffizientenvergleiche ($p < .05$). 157

Tabelle 5.6.(Teil 1): Vergleich zwischen den Loss-Sitzungen der beiden Gruppen, indem die Korrelationskoeffizienten (Rho) der Itemausprägung in den Loss-Sitzungen der beiden Gruppen der Patienten mit Losses (je oben im grauen Feld, $Rho > .52$ wird signifikant, $n=15$) mit jenen mit Gains und Losses (je unten, $Rho > .44$ wird signifikant, $n=21$) verglichen werden. Die zwei Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Gruppen sind zunächst z-transformiert (Fisher) und anschließend deren Differenz auf Signifikanz getestet. Dargestellt sind nur die signifikanten Koeffizientenvergleiche ($p < .05$). 166

Tabelle 5.7.: Übersichtstabelle der signifikanten Befunde der Gruppenvergleiche dieser Studie. Grau schattiert sind diejenigen Gruppenvergleiche, die sich als signifikant ergeben haben, wobei die Gruppen mit den höchsten Ausprägungen dunkel grau und jene mit niedrigen Ausprägungen hell grau sind. 183