Vergleich
therapeutischer Prozessvariablen
in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten
stationären Gruppenpsychotherapien

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Birgit Watzke

aus Gütersloh

Hamburg 2002

Referent:	Prof. Dr. Dr. U. Koch
Korreferent:	Prof. Dr. J. Eckert
Datum der letzten mündlichen Prüfung:	08. Juli 2002
Prüfer:	Prof. Dr. Dr. U. Koch
	Prof. Dr. M. Krausz
	Prof. Dr. Dr. A. Trojan

Bedanken möchte ich mich bei den Patientinnen und Patienten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach, die mit ihrem Einverständnis, sich in den psychotherapeutischen Behandlungen "über die Schulter schauen zu lassen", diese Studie überhaupt erst möglich gemacht haben. Gleiches gilt für H. Rüddel, der als Ärztlicher Direktor der Klinik mit Einsatz und Ausdauer diese Studie begleitet und vorangetrieben hat.

Für die Unterstützung, die mir von Hamburger Seite zuteil geworden ist, möchte ich mich vor allem bei U. Koch und H. Schulz bedanken, die die Rahmenbedingungen für die Erstellung dieser Arbeit geschaffen haben und diese in allen Phasen ihrer Entstehung sehr fördernd begleitet haben. Auch den anderen Kollegen aus der Abteilung für Medizinische Psychologie des UKE gilt für ihre Unterstützung Dank, hierbei sind insbesondere J. Boie, S. Haun, T. Sommer für ihren Einsatz als Rater sowie W. Lotz-Rambaldi, für seine vorbereitenden Arbeiten zu nennen. Ebenso sei S. Bördgen angeführt, die mir mit Rat und Tat zur Seite stand. Last but not least möchte ich mich besonders bei S. Krämer für seine Unterstützung, Ermutigung und Geduld bedanken.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINFÜHRUNG 1

2 RELEVANZ DER FRAGESTELLUNG 4

3 THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN, HALTUNGEN UND INHALTE ALS ZENTRALE BEREICHE DES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PROZESSES 10

4 UNTERSCHIEDLICHKEIT PSYCHOANALYTISCH UND VERHALTENSTHERAPEUTISCH BEGRÜNDETEN VORGEHENS: THEORETISCHE KONZEPTIONEN 15

4.1 Psychoanalytisch begründete Ansätze 15

4.1.1 Grundkonzeption und Interventionsmethoden 16

4.1.2 Behandlungsverfahren psychoanalytisch begründeter Verfahren 18

4.1.2.1 Psychoanalytisch orientierte Verfahren 19

4.1.2.2 Psychoanalytisch orientierte Gruppenverfahren 21

4.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze 22

4.2.1 Grundkonzeption und Interventionsmethoden 23

4.2.2 Behandlungsverfahren verhaltenstherapeutischer Verfahren 25

4.2.2.1 Verhaltenstherapeutische Gruppenverfahren 26

4.2.2.1.1 Störungsspezifische (indikative) Gruppentherapien 26

4.2.2.1.2 Zieloffene (interaktionelle) Gruppentherapien 27

5 UNTERSCHIEDLICHKEIT PSYCHOANALYTISCH UND VERHALTENSTHERAPEUTISCH BEGRÜNDETEN VORGEHENS: EMPIRISCHE BEFUNDE 34

5.1 Empirische Befunde der Therapieergebnisforschung zur Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens 34

5.1.1 Befunde zum differentiellen Therapierfolg in der Einzelpsychotherapie 35

5.1.1.1 Von der generellen zur differentiellen Therapieerfolgsforschung. 35

5.1.1.2 Ergebnisse vergleichende Studien zur Wirksamkeit psychoanalytisch und kognitiv-behavioral begründeter Therapien 36
5.1.1.3 Erklärungsmöglichkeiten für den *Dodo-Verdict* 37
5.1.2 Befunde zum differentiellen Therapieerfolg in der Gruppenpsychotherapie 38
5.1.3 Zusammenfassung: Differentieller Therapieerfolg von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren 41

5.2. Empirische Befunde der Prozessforschung zur Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens 41
5.2.1 Prozessforschung auf Ebene therapeutischer Interventionen, Haltungen und Inhalte: Allgemeine Vorbemerkungen 41
5.2.1.1 Prozessforschung in der Einzelpsychotherapie 42
5.2.1.2 Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie 42
5.2.1.2.1 Besonderheiten der Gruppenprozessforschung 42
5.2.1.2.2 Therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte als Gegenstand der Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie 43
5.2.2 Komparative Prozessstudien zur Unterschiedlichkeit von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien 46
5.2.2.1 Empirische Befunde der komparativen Prozessforschung in der Einzelpsychotherapie 46
5.2.2.2 Empirische Befunde der komparativen Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie 58
5.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Befunde und Schlussfolgerungen für das Studiendesign 60

6 RAHMEN DER UNTERSUCHUNG UND UNTERSUCHUNGSSETTING 67

6.1 Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung 67
6.1.1 Psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 68

6.2 Die psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift 70
6.2.1 Kriterien der differentiellen Zuweisung 71
6.2.2 Behandlungsverfahren 72
6.2.2.1 Behandlungsverfahren der Abteilung für Psychoanalyse 72
6.2.2.2 Behandlungsverfahren der Abteilung für Verhaltensmedizin/-therapie 73

6.2.3 Befunde wissenschaftlicher Untersuchungen 73

7 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN 76

7.1 Fragestellungen 76

7.2 Hypothesen 78

8 THEORIEGELEITETE ENTWICKLUNG DES BEOBACHTUNGSBOGENS UND ABLEITUNG DER PATIENTEN- UND THERAPEUTENBOGEN 81

8.1 Entwicklung der Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala (Gruppenversion) zur Erfassung der Beobachterperspektive (HaPPS-B) 81

8.1.1 Itementwicklung auf Basis bereits vorliegender Prozess-Instrumente 82

8.1.1.1 Vorüberlegungen 82

8.1.1.2 Überblick über vorliegende Instrumente zur Erfassung von Prozessmerkmalen in der Psychotherapie 84

8.1.1.3 Itemselektion 100

8.1.2 Itemgenerierung und -auswahl auf Basis von Arbeitsrichtlinien praktisch tätiger Psychotherapeuten 101

8.1.3 Itemgenerierung eigener Items 103

8.1.4 Weitere Entwicklungsschritte (Generierung der Skalen, Antwortformat, Beschreibung der HaPPS-B) 104

8.2 Entwicklung des Patienten- und Therapeuten-Ratinginstrument auf Basis der HaPPS-B 108

9 DURCHFÜHRUNG UND STICHPROBENBESCHREIBUNG 110

9.1 Allgemeines Vorgehen 110

9.2 Durchführung der Datenerhebung in der Klinik 110

9.3 Stichprobe 113

9.3.1 Dokumentierte Gruppen und Sitzungen 113

9.3.2 Teilnehmende Patienten 114

9.3.3 Teilnehmende Therapeuten 119

9.4 Durchführung der Erhebung der Beobachter-Ratings 121
9.4.1 Datenmaterial 121
9.4.2 Rater 122
9.4.3 Erhebung der Ratings 122
9.4.4 Erhebung der Retest-Messungen 123

9.5 Empirische Überprüfung und Modifikation der Skalenstruktur der HaPPS-B 123
9.5.1 Skalen- und Itemanalyse der HaPPS-B 124
9.5.2 Gütekriterien der HaPPS-B 130
9.5.2.1 Objektivität 130
9.5.2.2 Reliabilität 131
9.5.2.2.1 Interrater-Reliabilität 131
9.5.2.2.1 Retest-Reliabilität 134
9.5.2.3 Validität 136
9.5.3 Zusammenfassung der ersten empirischen Überprüfung der HaPPS-B 136

9.6 Auswertungsstrategien 137
9.6.1 Aggregation des Datenmaterials 137
9.6.2 Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren (Hypothesen 1, 2 und 3) 138
9.6.3 Übereinstimmung der drei Datenquellen 139

10 ERGEBNISSE 141

10.1 Ergebnisse zur Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Beobachterperspektive (Hypothesen 1 und 2) 141

10.2 Ergebnisse zur Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Hypothese 3) 148
10.2.1 Ergebnisse der Patientenperspektive 148
10.2.2 Ergebnisse der Therapeutenperspektive 152

10.3 Ergebnisse zur Übereinstimmung der drei Datenquellen 158

11 DISKUSSION **162**

11.1 Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenverfahren aus Beobachterperspektive (Hypothese 1) **162**

11.2 Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch zieloffenen und verhaltenstherapeutisch störungsspezifischen Gruppen (Hypothese 2) **167**

11.3 Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Hypothese 3) **168**

11.4 Vergleich der drei Datenquellen (Fragestellung 4) **173**

11.5 Einschätzung des Instruments (Fragestellung 5) **175**

11.6 Zusammenfassung der Befunde zu den einzelnen Hypothesen und Fragestellungen **179**

11.7 Weiterführende Einordnung der Ergebnisse **180**

11.8 Bedeutung und Ausblick **192**

12 LITERATUR **198**

1 Einführung

Bei der Behandlung von Menschen, die an psychischen Störungen leiden, stellen psychotherapeutische Verfahren eine - in vielen Fällen sogar: die - zentrale Therapieform dar. Ihre generelle Wirksamkeit hat sich in mittlerweile zahlreichen Studien, die in verstärktem Maße seit den 50er Jahren durchgeführt werden, belegen lassen.

Während man somit auf Ebene des Therapie-Outcomes zumindest auf bestimmte (begrenzte) Fragestellungen empirisch fundierte Antworten geben kann, liegen zu den *Prozessen psychotherapeutischer Behandlungen*, die zu den nachgewiesenen Verbesserungen führen, wesentlich weniger Untersuchungen vor. Als ein wesentlicher Grund hierfür ist anzusehen, dass die Psychotherapieforschung zunächst primär den Behandlungserfolg fokussiert und sich vergleichsweise spät dem Prozessgeschehen zugewendet hat: Erst seit den frühen 80er Jahren befindet sie sich in einer Phase, in der in verstärktem Maße untersucht wird, was in psychotherapeutischen Behandlungen geschieht und welche Methoden, bei welchen Patienten, auf welche Weise wirken.

In der aktuellen Versorgung des europäischen und nordamerikanischen Raumes nehmen zwei Richtungen psychotherapeutischer Verfahren, nämlich die psychoanalytisch und die verhaltenstherapeutisch begründeten Ansätze, Schlüsselpositionen aufgrund ihrer häufigen Verbreitung ein. Hieraus resultierend stellt sich die Aufgabe, Therapieprozesse auch aus einer *vergleichenden Perspektive* zu beschreiben, d.h. zu untersuchen, durch welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten diese beiden Therapierichtungen auf Prozess-Ebene gekennzeichnet sind. Dabei geht es u.a. um die Beantwortung von Fragen wie 'Welche (unterschiedlichen und gemeinsamen) Interventionen kommen innerhalb von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien zur Anwendung?', 'Welche (unterschiedlichen und gemeinsamen) Interaktionsformen zwischen Patienten[1] und Therapeuten werden dort realisiert?' und 'Welche (unterschiedlichen und gemeinsamen) Themen werden fokussiert?'. Diese Identifikation differentieller und gemeinsamer Prozessmerkmale ist von Bedeutung für verschiedene Bereiche der Psychotherapie(forschung): So könnte durch sie u.a. ermöglicht werden, dass

- in einem weiteren Schritt auch Kenntnisse über differentielle *Wirk*faktoren bzw. *Veränderungmechanismen* gewonnen werden.

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit bei Sammelbezeichnungen (*Patienten*, *Therapeuten*, usw.) durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt, wobei jeweils männliche und weibliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

- die sich in vielen Studien zeigende Ergebnis-Äquivalenz (*Dodo-Verdict*) zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Methoden besser eingeordnet und verstanden wird.
- fundierter entschieden wird, welcher Patient mit welchem Therapieverfahren behandelt werden soll (im Sinne einer gelungenen differentiellen Indikationssstellung).
- empirisch fundiert integrative Behandlungsmodelle der beiden Therapierichtungen entwickelt werden.

Schon dieser hier nur kurz skizzierte Ausblick (für eine vertiefende Darstellung siehe Kapitel 2) zeigt, dass die Untersuchung differentieller Prozessparameter hinsichtlich Psychoanalyse und Verhaltenstherapie einen Beitrag für ein weiterführendes Verständnis und letztendlich für eine Optimierung dieser vielfach eingesetzten Verfahren leisten kann.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll mit der vorliegenden Arbeit eine empirische Analyse zu dem hier angesprochenen Bereich der komparativen Prozessforschung beigesteuert werden. Dabei werden speziell *gruppenpsychotherapeutische Verfahren* fokussiert, die trotz starker Verbreitung immer noch relativ wenig Gegenstand empirischer Studien sind. Als Untersuchungsansatz wird explizit ein *naturalistischer Zugang* gewählt, indem Gruppentherapien der beiden Therapierichtungen verglichen werden, wie sie im Rahmen von psychotherapeutischen/psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen durchgeführt werden. Mit dieser Betonung externer bzw. ökologischer Validitätsaspekte soll ein Beitrag zu einer versorgungsnahen Prozessforschung vorgestellt werden.
Ziel der vorzustellenden Arbeit ist dementsprechend die Untersuchung der Fragestellung, inwieweit sich in der Versorgung implementierte psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapien hinsichtlich relevanter Prozessmerkmale, d.h. genauer: hinsichtlich therapeutischer Interventionen, Haltungen und Inhalte, unterscheiden und - falls solche Unterschiede vorliegen – wo diese zu finden sind

Aufbau der Arbeit

Anschließend an diese Einführung soll in Kapitel 2 zunächst die Bedeutung der hier untersuchten Fragestellung aufgezeigt werden. In Kapitel 3 wird die Auswahl der Prozessvariablen hergeleitet und anschließend, in Kapitel 4, die Unterschiedlichkeit zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren, wie sie sich von den *theoretischen* Therapiekonzeptionen her darstellen, abgeleitet. In Kapitel 5 folgt eine Übersicht über die *empirischen* Befunde, die zur Unterschiedlichkeit der beiden Therapierichtungen vorliegen.

Hierbei wird zunächst im Überblick auf die Befunde der differentiellen Wirksamkeit von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren eingegangen, es schließt sich eine ausführliche Darstellung der differentiellen Prozessbefunde an.
Da die hier vorzustellende Studie im Kontext der psychotherapeutischen Behandlungen einer psychosomatischen Rehabilitationsfachklinik durchgeführt wurde, soll in Kapitel 6 ein kurzer Überblick über diese Form der psychotherapeutischen Versorgung gegeben werden, die in Deutschland eine wichtige Rolle einnimmt und gleichzeitig im Vergleich mit der Versorgung in anderen Ländern sehr speziell ist. Hieran anschließend wird die psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, in der die Untersuchung durchführt wurde, vorgestellt.
Es folgt die Formulierung der Fragestellungen und Hypothesen (Kap. 7) und die Darstellung der Instrumentenentwicklung (Kap. 8), wobei letztgenannte einen Literaturüberblick hinsichtlich relevanter Prozessinstrumente sowie, darauf aufbauend, die Beschreibung der konkreten Instrumentenentwicklung enthält und damit sowohl theoretische als auch methodische Aspekte umfasst. Kapitel 9 als eigentlich methodischer Teil beinhaltet die Beschreibung der Datenerhebung und der teilnehmenden Stichproben, eine erste empirische Beschreibung des entwickelten und eingesetzten Instruments. In Kapitel 10 folgt nach der Erläuterung der Auswertungsstrategien die Darstellung der Ergebnisse und in Kapitel 11 werden abschließend die erhaltenen Befunde diskutiert und hinsichtlich ihrer Bedeutung eingeordnet.

2 Relevanz der Fragestellung

Vergleichende Untersuchungen der Psychotherapieforschung beziehen sich vorzugsweise auf die Psychoanalyse bzw. auf die von ihr abgeleiteten Therapieverfahren (im folgenden: PA) einerseits und auf die verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Ansätze (im folgenden: VT) andererseits als die beiden Therapierichtungen, die in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis eine zentrale Stellung einnehmen. Diese wird z.B. deutlich in den Befragungen von Psychotherapeuten zu ihrer theoretischen Orientierung in den Arbeiten von Sammons & Gravitz (1990) und Ambühl et al. (1995), aber auch - direkt bezogen auf den deutschen Raum - durch die Bestimmungen des für die ambulante Versorgung zentralen PsychThGs (das bisher nur diese Therapierichtungen als Richtlinienverfahren anerkennt) sowie durch die fast ausschließliche Ausrichtungen der deutschen stationären psychotherapeutischen Versorgung auf ebenfalls diese Verfahren (Potreck-Rose, Matthey & Neun, 1994).

Die große Relevanz und Verbreitung beider Therapieschulen, bei gleichzeitig sehr unterschiedlichen Grundkonzeptionen, Ausbildungsmodalitäten und Behandlungsrationalen, lassen vergleichenden Gegenüberstellungen zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren ein besonderes Gewicht und Interesse zukommen.

Dabei werden in den meisten dieser Vergleichsstudien PA und VT hinsichtlich ihrer *Wirksamkeit* gegenüber gestellt; hingegen vergleicht eine dazu relativ geringe Anzahl an Untersuchungen die Therapien auf *Prozessebene* (vgl. auch Abschnitt 5.2.2).

Dies ist bemerkenswert vor dem Hintergrund, dass eine Überprüfung und Identifikation von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zentraler therapeutischer Prozessvariablen Relevanz für verschiedene Bereiche der Psychotherapie(forschung) besitzt:

1) Wie schon früh von verschiedenen Autoren (z.B. Moncher & Prinz, 1991) angemerkt und von der jüngeren Richtung der Adherence-Competence-Forschung aufgegriffen (z.B. Waltz, Addis, Koerner & Jacobsen, 1993) ist es für die **interne Validierung von komparativen Therapieerfolgsstudien** (Outcome-Studien) u. a. zentral, die Unterschiedlichkeit der Treatments (im Sinne eines Manipulationsüberprüfung der unabhängigen Variablen) sicherzustellen. Diese Untersuchung der "treatment differentiation" (Moncher & Prinz, 1991, S.247f; vgl. auch Abschnitt 5.2.2) ist eine grundlegende Voraussetzung für eine intern valide Interpretation von vorliegenden (oder fehlenden) Unterschieden in Outcome-Studien psychoanalytisch und kognitiv-behavioral orientierter Verfahren.

2) Über die unter 1) genannte Bedeutung für die Validierung von Befunden zur Wirksamkeit der beiden Therapieverfahren (global betrachtet) hinaus, ermöglicht eine Analyse der Unterschiede und Gemeinsamkeiten eine **Identifizierung von spezifischen und unspezifischen Interventionen und** - in Verbindung mit Outcome-Maßen – **von entsprechenden Wirkfaktoren** (Beutler, 1995; Snyder, Wills & Faitler, 1988). Diese Differenzierung gerade der Wirkfaktoren ist, ebenso wie die unter 1) genannten Aspekte, insbesondere für die Klärung des sogenannten *Dodo-Verdicts* bzw. Äquivalenzparadoxons (vgl. Abschnitt 5.1.1) von Relevanz (z.B. Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

3) Die Beantwortung der Fragestellung, bei welchem Patienten welche Behandlungsrichtung bzw. -form angemessen ist, d.h. die Beantwortung der Frage nach der **interkonzeptuellen differentiellen Indikation**, stellt eine der zentralen Aufgaben der Psychotherapieforschung dar (Fiedler, 1994; Paul, 1967), zu der bisher erstaunlich wenig systematische Untersuchungen und Befunde vorliegen (Grawe, 1992; Schneider, 2000; Seidenstücker, 1992). Eine genaue Analyse der Unterschiedlichkeit psychoanalytisch orientierter und kognitiv-behavioraler Therapien in ihrer implementierten Form, wie sie hier vorgenommen wird, stellt für die **Generierung von Kriterien für die differentielle Indikationsstellung** hinsichtlich der beiden Verfahren eine zuverlässigere Grundlage dar, als ausschließlich theoretische Konzeptionen der Therapien heranzuziehen. Dies gilt für die Entwicklung von Indikationskriterien sowohl auf Grundlage von Störungsbildern - was aktuellen Bestrebungen entspricht (Fiedler, 1994; Task Force of Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) – als auch auf Grundlage von anderen individuellen Patientenmerkmalen, z. B. kognitiven Stilen, Ressourcen usw. (Beutler et al., 1991; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Znoj, Grawe & Jeger, 2000).

4) Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der **Qualitätssicherung** bei psychotherapeutischen Behandlungen (z.B. Kordy, 2000; Laireiter & Vogel, 1997; Lutz, 1997), die neben der Ergebnisqualität auch auf strukturelle und prozessuale Komponenten Bezug nehmen (Donabedian, 1966), können Untersuchungen zur *treatment differentiation* einen wichtigen Beitrag zur **Sicherung der Prozessqualität** leisten. Neben einer 'kontrollierenden' Funktion können Sie insbesondere eine Informationsquelle bei der **Ausbildung und Supervision angehender Therapeuten** darstellen.

(5) Als wichtige, wenn nicht sogar zentrale Aufgabe wird von verschiedenen Seiten die **Entwicklung integrativer Therapiemodelle** angesehen (z.B. Garfield & Bergin, 1994; Satterfield, 1994), wozu mittlerweile mehrere Ansätze vorliegen (z.B. Grawe, 1998; Senf &

Broda, 1997). Die bei der Modellentwicklung zu treffende Entscheidung, *was* mit *wem* zu integrieren ist (Goldfried, 1991), erfordert ebenfalls eine ausführliche Analyse der in der Praxis vorkommenden gemeinsamen und spezifischen Therapiekomponenten (*desegregation process research* gemäß Shoham-Salomon, 1991; Wolfe & Goldfried, 1988), wozu der hier verfolgte Ansatz einen wesentlichen Beitrag leisten möchte.

Nun könnte man argumentieren, dass gerade durch die bereits erwähnte starke konzeptuelle Unterschiedlichkeit zwischen den beiden Therapierichtungen sich ein entsprechender empirischer Nachweis dieser Unterschiedlichkeit erübrige. Dass diese Argumentationslinie nicht haltbar ist, zeigen verschiedene Befunde, die deutliche Hinweise darauf geben, dass aus der Unterschiedlichkeit von Therapieverfahren auf *konzeptueller* Ebene nicht direkt auf eine Unterschiedlichkeit auf Ebene des *tatsächlichen therapeutischen Verhaltens* geschlossen werden kann:

- *Befunde zur Umsetzung therapeutischer Konzepte*: Verschiedene Autoren stellen - teilweise theoretisch, teilweise empirischer begründet - heraus, dass therapeutische Konzeptionen nicht unbedingt mit dem tatsächlichem Therapeutenverhalten übereinstimmen müssen (vgl. hierzu z.B. die Überblicksarbeit von Davies-Osterkamp, Heigl- Evers, Bosse- Steuernagel & Alberti, 1987; Kächele & Schors, 1981).

Buckley, Toksoz & Karasau (1979) kommen etwa in einer Befragung psychoanalytischer Therapeuten (N = 81 von 106 angeschriebenen praktizierenden Psychoanalytikern) zu dem Schluss, dass bei der Einschätzung der therapeutischen Technik und allgemein des Prozesses (anhand eines 70-Item-Fragebogens) die von den Therapeuten ausgedrückten Grundkonzeptionen (z.B. Durchführung von wertfreien Therapien) im Widerspruch zu einigen Techniken, die sie nach eigenen Angaben in Behandlungen einsetzen, (z.B. Ermutigung und konkrete Vorschläge für eine höhere soziale Aktivität) stehen. Die Autoren gehen daher davon aus, dass es zwei Perspektiven auf die (in diesem Fall psychoanalytisch begründeten) Therapie gibt, eine idealtypische und eine praktische bzw. angewandte, die - wofür die Studie unterstützende Daten liefern kann - Inkonsistenzen aufweisen können. Darüber hinaus kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass nur bei der Hälfte der einzuschätzenden Items eine Übereinstimmung von über 75% der Befragten vorliegt, was das Augenmerk auf die nicht zu unterschätzende interpersonelle Varianz bei Therapeuten derselben therapeutischen Orientierung richtet. Dieses ist auch in anderen Studien belegt worden (vgl. Beutler, Machado & Allstetter Neufeldt, 1994) .

- *Verbreitung eklektizistische Tendenzen*: Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass eklektizistische Ansätze unter praktizierenden Psychotherapeuten sehr verbreitet sind. Garfield und Bergin (1994) geben einen Überblick über sieben empirische Befragungen, in denen zwischen 29% und 68% (im Mittel: 50%) der Psychotherapeuten verschiedener Berufsgruppen (n_{gesamt}=4033) angaben, eklektizistisch zu arbeiten. Dies bedeutet, dass durchschnittlich die Hälfte alle Therapeuten Interventionsformen von mehr als einer Therapierichtung mehr oder weniger systematisch in ihre Arbeit einbeziehen. Dieses Ergebnis impliziert, dass auch ein Großteil der Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten keine 'Reinform' ihrer Therapieform vorhalten, sondern Konzepte verschiedener Richtungen kombinieren.

- *Zunehmende therapeutische Erfahrungen*: Das von Skovholt und Ronnestad (1995) stammende Entwicklungsmodell der therapeutischen Identität, das ebenfalls auf empirischen Befunden basiert, geht davon aus, dass sich Therapeuten mit wachsender Erfahrung zunehmend von schulengebundenen Interventionen lösen und eine eigene schulenübergreifende therapeutische Identität entwickeln. Demnach sollen erfahrene Therapeuten die von ihrer (ursprünglichen) therapeutischen Richtung vorgeschlagenen Interventionen zumindest zu einem gewissen Anteil nicht mehr anwenden und stattdessen 'schulenfremde' Interventionen hinzuziehen. Dies steht im Einklang mit den unter 1) berichteten Befunden.

- *Geringe Nutzung von Behandlungsmanualen*: Die Benutzung von Treatment-Manualen, in denen Therapiekonzepte in möglichst konkreter Form für therapeutische Behandlungen beschrieben werden, stellt einen möglichen Mechanismus dar, wie eine Umsetzung der Theorie in die Praxis erfolgen kann. Addis und Krasnow (2000) interessierte, inwiefern Behandlungsmanuale tatsächlich in der Praxis - und nicht nur in Forschungskontexten - zur Anwendung kommen. In einer hierzu durchgeführten Studie konnten sie zeigen, dass fast die Hälfte (47%) der von ihnen befragten, praktisch tätigen Psychologen (N = 891) in der Praxis *nie* und 22% weitere Prozent *nur selten* Treatmentmanuale benutzen. Lediglich 7% benutzen *oft* oder *nahezu ausschließlich* die Behandlungsbeschreibungen. Insgesamt zeigten kognitiv-behaviorale Behandelnde (43% der Stichprobe) im Vergleich zu psychodynamischen/ analytischen Therapeuten (24%) eine signifikant positivere Einstellung gegenüber den Manualen. Hierbei stellt allerdings die mit 30% sehr niedrige Rücklaufquote eine Einschränkung dar, die auch durch die von den Autoren durchgeführten Repräsentativitätsanalysen nicht ausgeräumt werden kann. Allerdings könnte man vermuten, dass Therapeuten, die Treatment Manualen tendenziell *positiv* gegenüberstellt sind, auch eher an einer Befragung zu Manualen

teilnehmen, so dass die berichteten Ergebnisse mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Über- als eine Unterschätzung der Inanspruchnahme von Manualen darstellen. Unter der Annahme, dass die in den USA gefundenen Prozentzahlen repräsentativ auch für andere Länder sind, sollte aufgrund der Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass aufgrund der geringen Nutzung unter Praktikern Treatmentmanuale zumindest momentan noch keinen Weg darstellen, eine adäquate Implementierung therapeutischer Behandlungskonzeptionen im therapeutischen Behandlungsalltag sicherzustellen.

Die genannten Befunde sprechen einheitlich dafür, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass praktizierende Therapeuten die Konzepte der jeweils von ihnen vertretenen Therapierichtung tatsächlich 'in Reinform' bei ihren Behandlungen realisieren. Somit können differentielle Prozessparameter verschiedener Therapierichtungen nicht ausschließlich auf Grundlage der theoretischen Therapiekonzeptionen abgeleitet werden, sondern es müssen hierfür empirische Analysen von möglichst *in der Praxis implementierten* Behandlungen einbezogen werden, um zuverlässige Aussagen machen zu können.

Bezüglich eines Vergleichs psychoanalytisch und verhaltenstherapeutischer Verfahren speziell im **Gruppensetting** sind folgende zusätzliche Überlegungen anzustellen

- Gruppenverfahren sind von großer Bedeutung in der psychotherapeutischen Versorgung, sie werden vor allem im stationären Setting (und somit insbesondere im deutschen Raum in dem hier sehr stark ausgebauten System der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung, siehe Kap. 6) vielfach vorgehalten (vgl. Irle, Grünbeck & Amberger, 2002; Klein, Brabender & Fallon, 1994; Tschuschke, 1999c). Dabei ist aufgrund der aktuell zunehmenden Begrenzung von Ressourcen im Gesundheitssektor damit zu rechnen, dass die im Vergleich zu anderen Settings sehr ökonomische Form der Gruppenpsychotherapie weiter an Bedeutung gewinnt. Hierzu im Gegensatz steht - wie bereits erwähnt - ein stark ausgeprägtes Forschungsdefizit hinsichtlich gruppenpsychotherapeutischer Verfahren, das insbesondere auch für die Untersuchung von Prozessmerkmalen gilt (vgl. hierzu die Abschnitte 5.1.2 und 5.2.1.2).

- Ein Vergleich speziell zwischen den Gruppenformen der beiden Therapierichtungen ist auch deshalb von Bedeutung, weil durch das Setting möglicherweise bestimmte gemeinsame Gruppenaspekte existieren (in dem Sinne wie auch die Therapieverfahren übergreifenden Gruppenwirkfaktoren konzeptualisiert worden sind, vgl. Yalom, 1996). Dabei ist es denkbar, dass diese zu Überschneidungen hinsichtlich der therapeutischen Prozessvariablen (z.B.

bestimmte gruppenbezogene Interventionen des Therapeuten) und zu einer stärkeren Angleichung der Verfahren im Gruppen- als im Einzelsetting führen könnten.

- Für die häufig in (stationären) Gruppen eingesetzten Kurzzeitverfahren kann man zusätzlich weitere Überschneidungen vermuten, da deren Konzeptualisierungen Modifikationen vorsehen, die ebenfalls in einigen Punkten zu Annäherungen zwischen PA- und VT-Verfahren führen sollten, wie z. B. die in Gruppen-Kurzzeittherapien beider Richtungen angestrebte Gegenwartsfokussierung und die stärker ausgeprägte Aktivität des Therapeuten (Budman, Simeone, Reilly & Demby, 1994).

Ein Vergleich des Gruppensettings erscheint vor dem Hintergrund dieser Überlegungen besonders interessant.

3 Therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte als zentrale Bereiche des psychotherapeutischen Prozesses

Bevor in Kapitel 4 und 5 auf die Unterschiedlichkeit der beiden hier interessierenden Therapierichtungen eingegangen wird, soll in diesem Kapitel zunächst allgemein erläutert werden, warum in der vorliegenden Arbeit speziell Prozessvariablen hinsichtlich der therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalte fokussiert werden und in welchen Kontext diese Prozessvariablen einzuordnen sind.

Neben unterschiedlichen Ausarbeitungen und Ansätzen methodischer Art (siehe z.B Greenberg & Pinsof, 1986a) umfasst das Gebiet der Psychotherapie-Prozessforschung aus inhaltlich-konzeptueller Perspektive ein großes Spektrum an zu untersuchenden Variablen – entsprechend dem weiten, und in Abgrenzung zu *Outcome* nicht klar definierbaren Begriff *Prozess* (Kiesler, 1973; Lambert & Hill, 1994). Die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommene Bezugnahme auf therapeutische Interventionen, die therapeutische Haltung und die in der Therapie behandelten Inhalte lässt sich anhand des "*generic model of psychotherapy*" (Orlinsky & Howard, 1987) erläutern.

Das "generic model of psychotherapy"

Das von Orlinsky und Howard entwickelte "*generic model of psychotherapy*" (1987) bietet u.a. eine Möglichkeit der Kategorisierung und Systematisierung von Prozessvariablen und kann einen konzeptuellen Rahmen für die (vergleichende) Betrachtung verschiedener Therapieformen geben. Es wurde auf Grundlage einer Vielzahl von Einzelbefunden der Prozess-Outcome-Literatur entwickelt und postuliert funktionale Beziehungen zwischen den beteiligten Input-, Prozess- und Output-Merkmalen, die unterschiedlich stark durch (robuste) empirische Befunde unterstützt werden (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Das Modell übernimmt dementsprechend die Funktion a) der Integration bisher vorliegenden Wissens sowie b) der Entwicklung neuer Forschungsfragestellungen und –programme (ableitbar aus den im Modell deutlich werdenden 'Wissenslücken') und hat sich dabei in seinem strategischen und heuristischen Wert bewährt (Kordy & Kächele, 1996). Für eine detaillierte Darstellung des Modells in seiner Gesamtheit siehe (Orlinsky, 1989; Orlinsky & Howard, 1987).

Bezüglich der Prozessvariablen (siehe Abbildung 1) differenziert das Modell sechs Kategorien:

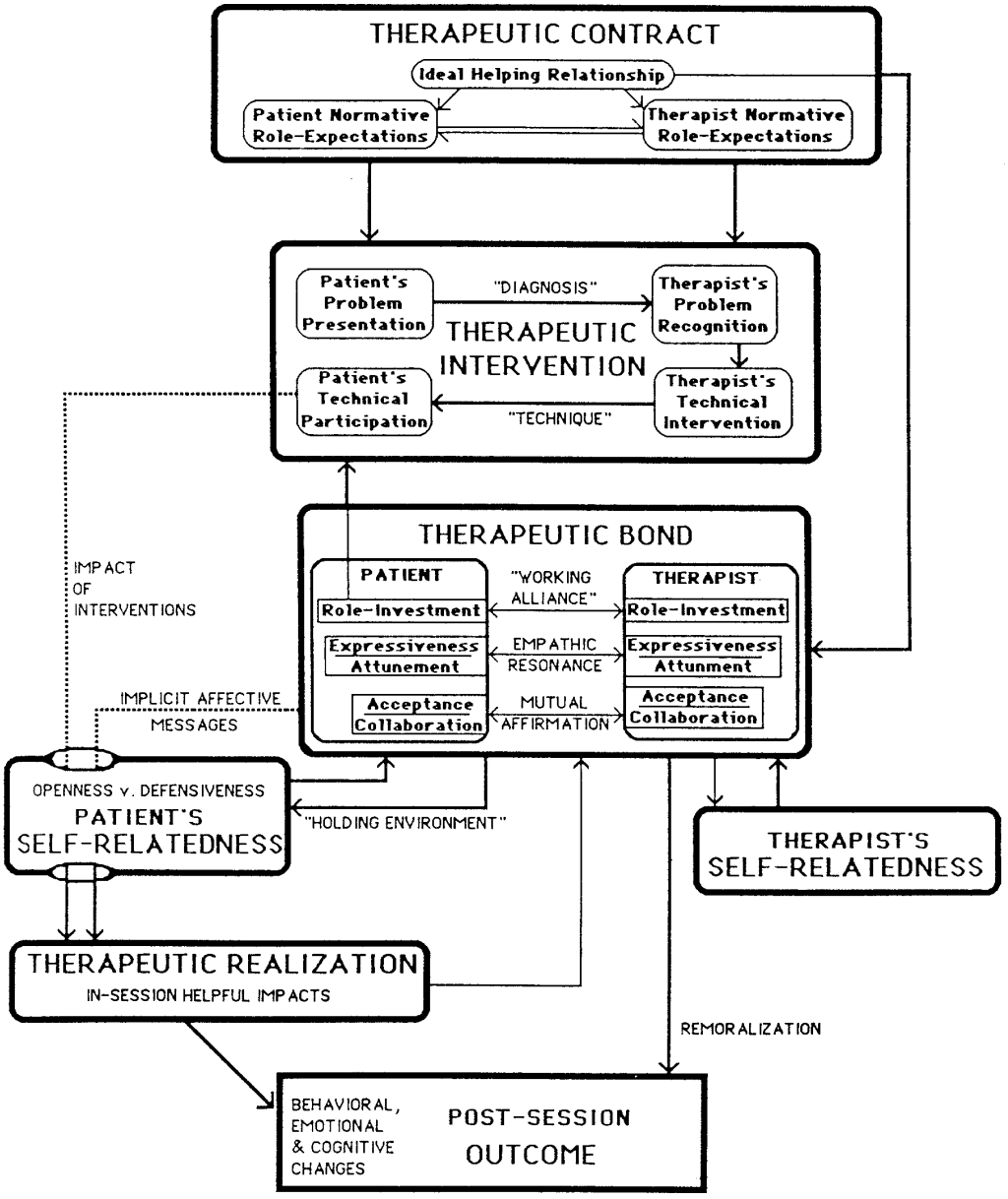

Abbildung 1. Elemente des therapeutischen Prozesses gemäß dem "generic model of psychotherapy" nach Orlinsky und Howard (1987)

1) einen formalen Aspekt, den *therapeutic contract* (z.B. Variablen wie die Verständigung über Setting, Dauer, Frequenz, aber auch Verständigung über die Patienten- und Therapeutenrolle, Erwartungen, Ziele usw.),

2) einen technischen Aspekt, die *therapeutic operations/interventions* (das sind neben den technischen Interventionen des Therapeuten auch Problempräsentation des Patienten, therapeutisches Expertenverständnis und Kooperation von Patientenseite),

3) einen interpersonalen Aspekt, das *therapeutic bond* (interpersonales Verhalten des Patienten und des Therapeuten),

4) einen intrapersonalen Aspekt, die *self-relatedness* (Manifestationen der Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit in der sozialen Interaktion, z.B. Selbstaufmerksamkeit, -regulation; für die Patientenseite von besonderer Bedeutung: Offenheit vs. defensive/schützende Haltung),

5) einen klinischen Aspekt, die *in-session impacts* bzw. *therapeutic realizations* (z.B. Einsicht, Katharsis, Verstärkung von Hoffnung etc.) und

6) einen zeitlichen Aspekt, die *sequential flow* (Sitzungsentwicklung, Behandlungsphase, Behandlungsdauer).

Wie Abbildung 1 verdeutlich, nehmen die *therapeutic operations* zusammen mit dem *therapeutic bond* eine zentrale Stellung im Therapieprozess ein:
Die therapeutischen Operationen, die von Seiten des Therapeuten durch dessen Interventionen und Expertenverständnis definiert sind, führen - vermittelt über die *self-relatedness* des Patienten - zu einem bestimmten *in-session impact* und darüber zum *postsession outcome*. Die Einführung der Variablen *self-relatedness* trägt dabei den empirischen Befunden Rechnung, die lediglich einen variablen Einfluss der therapeutischen Interventionen auf den Therapieerfolg nachweisen können (Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1987) und somit Moderatorvariablen wie die hier genannte, wahrscheinlich machen (Ambühl & Grawe, 1988).
Das *therapeutic bond*, das nicht ausschließlich, aber als wichtigen Aspekt das Konzept der vielfach untersuchten *alliance* (z.B. Luborsky, 1976) beinhaltet, stellt ebenfalls eine zentrale Komponente im Prozessgeschehen dar, wobei hier sogar ein direktes Verhältnis zum Outcome besteht, wie in zahlreichen Prozess-Outcome-Studien nachgewiesen werden konnte (z.B. Horvath & Symonds, 1991). *Therapeutic bond* und die *therapeutic operations* beeinflussen sich gegenseitig (direkt und indirekt).

Bezogen auf die Realisierung verschiedener Behandlungsmodelle geht das "*generic model"* davon aus, dass der Behandelnde durch die zum *therapeutic contract* gehörende Therapeutenrolle das Behandlungsmodell in den *therapeutic operations* (genauer: im Expertenverständnis und den Interventionen) umsetzt. Hierzu gehört, dass er selektiv Aspekte der Problempräsentation des Patienten konstruiert, therapeutische Heuristiken formuliert und relevante Interventionen durchführt (vgl. Orlinsky et al., 1994, S.363).

So könnte z.B. ein Therapeut sein kognitiv-behavioral ausgerichtetes Behandlungsmodell umsetzen, indem er die Problemschilderung eines depressiven Patienten selektiv hinsichtlich der während der depressiven Phasen vorkommenden dysfunktionalen Kognitionen fokussiert und organisiert, als Heuristik eine abstrahierende Reflektion hinsichtlich der Bedeutung von Kognitionen bei der Entstehung depressiver Zustände formuliert und dementsprechend seine Interventionen auswählt, etwa eine Beobachtungsübung zum Zusammenhang von Kognitionen und Emotionen initiiert. Ein psychoanalytisch ausgerichteter Kollege sollte hingegen eher andere Informationen aus der Problemdarstellung herausfiltern, z.B. frühe Verlusterfahrungen (z.B. Tod eines Elternteils) und ambivalente Gefühle hinsichtlich dieser verlorenen Person, als Heuristik etwa die Förderung von Einsicht bezüglich dieses Konflikts formulieren und entsprechend als Intervention möglicherweise die Fokussierung dieses konflikthaften emotionalen Inhalts anstreben (vgl. hierzu auch die Abschnitte 4.1.1. und 4.2.1).

Gleichzeitig realisiert sich gemäß des "*generic model*" das Behandlungsmodell – wiederum über die Therapeutenrolle – in der therapeutischen Haltung (d.h. im therapeutischen interpersonalen Verhalten und Kommunikationsstil) und darüber in der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Dies wird z. B. deutlich im psychoanalytischen Behandlungsmodell, bei dem das Gebot der Abstinenz direkte Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung nach sich zieht - und diese wiederum in der Förderung bestimmter therapeutischer Operationen mündet (vgl. auch Abschnitt 4.1.1).

Dementsprechend sollten sich Unterschiede verschiedener Behandlungskonzepte in den therapeutischen Operationen und auch in der therapeutischen Beziehung ergeben, insbesondere - wie eben ausgeführt - auf Ebene der therapeutischen Interventionen (folgernd aus einem ebenfalls differentiellen Expertenverständnis) und der therapeutischen Haltung. Auch auf Ebene der fokussierten Therapieinhalte (ableitbar aus der vom Therapeuten vorgenommenen Selektion der Problemdarstellungen des Patienten und den darauf aufbauenden Interventionen) sollten sich verschiedene Behandlungskonzepte manifestieren.

Insgesamt verdeutlichen die Ableitungen aus dem Modell, dass therapeutische Interventionen, Haltungen und Therapieinhalte 1) eine zentrale Position unter den Prozessvariablen einnehmen (mit zumindest indirekten Verbindungen zum Outcome) und zusätzlich 2) Merkmale darstellen, in denen sich verschiedene Therapiekonzeptionen deutlich manifestieren sollten. Beide Aspekte spiegeln sich auch darin wider, dass der betrachtete Variablenbereich, insbesondere die therapeutischen Interventionen, diejenigen Komponenten

enthalten, die von einem Therapieverfahren als spezifische Wirkfaktoren angesehen werden und die zentral für die Identität der Therapierichtungen sind (vgl. z.B. Kessler, 1984).

Zieht man als weitere Systematisierung die von Elliot (1991) vorgeschlagene Klassifikation heran, der Prozessvariablen in die vier Bereiche *action*, *style*, *content* und *quality* aufteilt, so bezieht die vorliegende Arbeit die ersten drei Kategorien mit ein. Die Erfassung von Qualität, also die Beurteilung der Güte des therapeutischen Verhaltens i.w.S., wird hier explizit außen vor gelassen, vor allem aus inhaltlichen, pragmatischen und methodischen Gründen: So ist die Bereitschaft von Therapeuten innerhalb eines naturalistischen Settings, insbesondere in einer Institution (z.B. in einer Klinik), an einer Studie teilzunehmen, eher gegeben, wenn keine Qualitätseinschätzungen vorgenommen werden, so dass man dann von einer weniger selektierten Stichprobe ausgehen kann. Darüber hinaus wird dadurch sicherlich auch die Reaktivität der Messung geringer ausfallen, da es sich bei der Studie zumindest um keine Bewertung i.e.S. handelt.

4 Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens: Theoretische Konzeptionen

In diesem Kapitel soll ein Vergleich zwischen Prozessparametern psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Verfahren *auf Grundlage ihrer theoretischen Therapiekonzeptionen* vorgenommen werden. Hierzu soll zunächst jeweils einzeln für beide Therapierichtungen auf deren Konzeptionen und die daraus ableitbaren Prozessmerkmale eingegangen werden, um anschließend eine vergleichende Übersicht der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Verfahren zu geben.

4.1 Psychoanalytisch begründete Ansätze

Die Varianten der historischen und gegenwärtigen psychotherapeutischen Modalitäten, Verfahren und Richtungen, die sich im engeren oder weiteren Sinne auf die psychoanalytische Krankheits- und Persönlichkeitslehre sowie deren Behandlungstechnik stützen, sind in ihrer Vielzahl nur schwer überschaubar. Hierbei gibt es strenggenommen schon seit geraumer Zeit nicht mehr *die* Psychoanalyse oder *die* psychoanalytische Therapie (Mertens, 1990; 2000), vielmehr ist unter Psychoanalyse ein "Korpus vielfältiger Theorien, die ständig weiterentwickelt werden" (Streeck, 2000, S. 168) zu verstehen. In Anlehnung an Pine (1990) können hierbei zumindest vier psychoanalytische Psychologien (Trieb-, Ich-, Objekt- und Selbst-Psychologie) unterschieden werden. Allen gemeinsam ist, dass sie die unbewusste Psychodynamik - jeweils aus verschiedenen Perspektiven - zum Behandlungsgegenstand machen. In diesem Sinne übernehmen Henry, Strupp, Schacht & Gaston (1994) die Definition von Gabbard (1990), indem sie den psychodynamischen Ansatz[2] als "an approach to diagnosis and treatment characterized by a way of thinking about both patient and clinician that includes

[2] Die Bezeichnung *psychodynamische Ansätze* wird in der Regel in der internationalen Sprachregelung als Oberbegriff aller Verfahren, die sich (enger oder weiter gefasst) auf die Psychoanalyse gründen (einschließlich die Psychoanalyse selbst), verstanden (Henry et al., 1994; Hoffmann, 2000). Im deutschsprachigen Raum, in dem die Bezeichnungen unklarer sind, entspricht dies am ehesten dem Begriff p*sychoanalytisch begründete Verfahren*, der im Psychotherapeutengesetz bei der Bezeichnung der Richtlinienverfahren als Oberbegriff benutzt wird, und der die *analytische Psychotherapie* und die *tiefenpsychologische Psychotherapie* beinhaltet. Da nach Hoffmann (2000) eine Angleichung der Nomenklatur innerhalb der Richtlinienpsychotherapie an den internationalen Sprachgebrauch wünschenswert, aber nicht gänzlich umsetzbar ist, schlägt er vor, den Begriff *psychodynamische Therapie* im deutschen Sprachraum anstelle von *Tiefenpsychologische Psychotherapie* mit entsprechenden Veränderungen in der Definition einzuführen (und gleichzeitig *analytische Psychotherapie* durch *psychoanalytische Psychotherapie* zu ersetzen).
Damit zumindest in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnungen - soweit wie möglich - eindeutig sind, werden sie in Orientierung an die bisherige Nomenklatur des Psychotherapeutengesetzes verwendet.

unconscious conflict, deficits and distortions of intrapsychic structures, and internal object relations" (Gabbard, 1990, S.4, zitiert nach Henry et al., 1994) bezeichnen.

4.1.1 Grundkonzeption und Interventionsmethoden

Zentral in den zugrunde liegenden Modellvorstellungen der psychoanalytischen Theorien zur Pathogenese psychischer Störungen ist die als ursächlich angenommene Rolle unbewältigter infantiler Konflikte, die nicht bewusst bleiben 'können' (zur Vermeidung von Unlust) und die zu pathologischen Kompromissbildungen i.S.v. Symptom- und Charakterneurosen führen. Das Behandlungsrational folgt hierauf aufbauend der Annahme, dass modifizierte Kompromissbildungen mit einem höheren Maß an psycho-physischer Gesundheit erreicht werden können, indem die pathologischen Konflikte bewusst, wiedererlebbar und dadurch integrierbar gemacht werden (vgl. Heigl- Evers, Heigl & Ott, 1997, S. 133)[3] Klärung, Einsicht und Wiedererleben kommen somit eine zentrale Funktion als Wirkprinzipien zu.[4] Ausführliche Darstellungen der grundlegenden Störungs- und Behandlungsmodelle liegen in großer Anzahl vor und sind z.B. bei Heigl- Evers et al.(1997), Kriz (1994) und Reimer und Rüger (2000) nachzulesen.

Die zentralen Grundkonzeptionen, aus denen sich die konkreten Interventionen bzw. Haltungen des psychoanalytisch begründeten Arbeitens ergeben, sollen im folgenden kurz vorgestellt werden:

Die Auslösung **regressiver Prozesse**, d.h. "das Wiederauftreten seelischer Funktionsweisen, die für die psychische Tätigkeit des Individuums während früherer Phasen charakteristisch waren" (Heigl-Evers & Rosin, 1984, S.94, zitiert nach Heigl-Evers et al., 1997), stellen für die psychoanalytische Arbeit den Mechanismus dar, mit dem die unbewusst gewordenen Konflikte, die selbst von regressiver Natur sind, wieder ins Bewusstsein gelangen können. Das Ausmaß der Regressionstiefe (und dem damit verbundenen unterschiedlichen Verhalten des Therapeuten) ist wesentliches Kriterium zur Unterscheidung der verschiedenen Varianten psychoanalytisch begründeter Verfahren (s.u.).

---

[3] Sofern im folgendem keine andere Quelle angegeben wird, bezieht sich die Darstellung der psychoanalytisch begründeten Grundkonzeptionen und Interventionsformen auf die Überblicksarbeit dieser Autorengruppe.

[4] Dementsprechend werden die psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Klassifikation, die von einer "allgemeinen Psychotherapie" (Grawe, 1995; Grawe, 1998; Grawe, Donati & Bernauer, 1994) vorgeschlagen wird, als klärungsorientierte Therapieverfahren eingeordnet.

Eng mit der Auslösung und Förderung regressiver Vorgänge ist das Phänomen der **Übertragung** verknüpft: Von Patientenseite aus werden Gedanken, Gefühle, Phantasien, aber auch Rollenbeziehungen bezüglich wichtiger Personen der frühen Kindheit, die nur teilweise bewusst und bewusstseinsfähig sind, in die therapeutische Situation hineingetragen und in der Regel auf die Person des Analytikers[5] verlagert, d.h. 'übertragen': Der Patient 'reinszeniert' unbewusst eine Situation, die den infantilen Konflikt, insbesondere das daraus resultierende Beziehungs- bzw. Interaktionsmuster, wiederholt. Übertragung kann somit auch pointiert als 'Missverständnis der Gegenwart in Begriffen der Vergangenheit' (Greenson, 2000) bezeichnet werden. Das Auftreten von Übertragungsphänomenen wird - zumindest in den psychoanalytischen Therapieformen, die eine Förderung regressiver Prozesse beabsichtigen - von Therapeutenseite aus durch eine **Fokussierung von Inhalten aus der Vergangenheit, von Beziehungsmustern sowie von Emotionen** unterstützt. Treten Übertragungsphänomene auf, begegnet der Therapeut ihnen mit den Interventionstechniken der **Konfrontation, Klarifikationen** und **Deutung** dieser Inhalte (Greenson, 2000), so dass sie vom Patienten "vermutend erfaßt und schrittweise durchgearbeitet" (Heigl- Evers et al., 1997, S. 147) werden können.

Als ein zu den Übertragungen des Patienten komplementäres Phänomen wird die **Gegenübertragung**, d.h. "der Einfluss des Patienten auf die unbewussten Gefühle des Analytikers" (Hoffmann & Hochapfel, 1999, S. 411), aufgefasst, die der Analytiker (auf Basis der von Freud eingeforderten Selbstanalyse) auszuhalten, zu diagnostischen Zwecken zu benutzen und keinesfalls abzureagieren hat. Letzteres gebietet die **Grundhaltung der Abstinenz**, die allgemein vom Analytiker fordert, die Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen, die der Patient von ihm erwartet, zu unterlassen. Hierzu gehört auch, das sich der Therapeut nicht als Person einbringt, um dem Patienten eine 'unbeschriebene Projektionsfläche' zu bieten.

Zusammen mit der **Grundhaltung der Neutralität**, d.i. die Bemühung, zu den Strukturen des Ich, Es und Über-Ich des Patienten eine etwa gleichweite Distanz einzuhalten (Anna Freud, 1936, zitiert nach Heigl-Evers et al., 1997) bzw. die Vermeidung, für eine der verschiedenen Konfliktseiten des Analysanden oder für die äußere Realität einzutreten (Streeck, 2000), soll durch diese therapeutischen Haltungen dem Patienten ein möglichst großer, uneingeschränkter, von Realängsten freier Raum zur Entfaltung gegeben werden.

---

[5] Enggefasste Definitionen von Übertragung beziehen dabei lediglich den Therapeuten als Übertragungsobjekt ein, weit gefasste berücksichtigen auch Übertragungsphänomene im gesamten sozialen Umfeld des Patienten (Henry et al., 1994).

Während der Therapie entwickelt der Patient unbewusst **Widerstand** gegen die Bewusstmachung der konflikthaften Erlebensinhalte. Dieser Widerstand, der sich in unterschiedlichen Formen in der Therapiesituation manifestiert (u.a. in Form der Übertragungswiderstände, vgl. Mertens, 2000), soll in seinen Motiven und Funktionen vom Analytiker erkannt und dem Patienten vermittelt werden, so dass letzterer diese nicht nur bewusst erleben, sondern sie auch als Hindernisse, die er für einen Therapieerfolg überwinden muss, verstehen kann.

Gerade auch aufgrund der konflikthaften Inhalte und Übertragungsaspekte ist eine "**positive Tönung" der Patient-Therapeut-Beziehung** von essentieller Bedeutung für die psychoanalytische Arbeit, da dadurch die von Unlust (Angst/depressiver Affekt) begleitete Einsicht vom Analysanden überhaupt erst ertragen werden kann.

In der klassischen Analyse wird dabei mit der **Methode der freien Assoziation** gearbeitet, bei dem der Analytiker dem - nach der Grundregel unselektierten - Material des Patienten mit einer "gleichschwebender Aufmerksamkeit" (Freud, 1912, S. 377, zitiert nach Streeck, 2000) begegnet. Hierzu wird ein mit entsprechenden Implikationen für das Setting (liegende Position des Patienten, Analytiker außerhalb des Gesichtsfeldes) gearbeitet. Die von der klassischen Psychoanalyse abgeleiteten Therapiekonzeptionen geben diese Methode auf und wählen eine Face-to-Face-Gesprächssituation.

Die zweite Spalte in Tabelle 1 führt u.a. die hier zusammengetragenen relevanten therapeutischen Prozessmerkmale im Überblick auf.

4.1.2 Behandlungsverfahren psychoanalytisch begründeter Verfahren

Bezüglich der konkreten Behandlungsverfahren mit psychoanalytisch begründetem Hintergrund lassen sich – neben der klassischen psychoanalytischen Therapie - zwei Hauptgruppen identifizieren, die bezüglich Dauer, Behandlungsfrequenz, -setting, -ziel und therapeutischer Technik unterschieden werden können: die Gruppe der analytischen Psychotherapien und die der tiefenpsychologisch fundierten bzw. (psycho-)analytisch orientierten[6] Psychotherapien. Zentral ist hierbei, dass psychoanalytisch orientierte Psychotherapien Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand wohl beachten, gleichzeitig aber *regressive Prozesse* auf die Behandlung der aktuellen unbewussten Konfliktdynamik *begrenzen*, während analytische Psychotherapien über neurotische Symptomatik und Konfliktstoff hinaus

[6] Die Bezeichnungen werden meist synonym verwendet (Hoffmann, 2000; Streeck, 2000).

die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur behandeln und dazu die Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse sowie die *Förderung regressiver Prozesse* einsetzen. Dementsprechend kann bei letztgenanntem Verfahren der Unterschied zur *klassischen* psychoanalytischen Therapie nur als graduell bezeichnet werden. Eine ausführliche Darstellung der Unterschiede der verschiedenen Behandlungsverfahren ist bei Streeck (2000) nachzulesen.

Die psychoanalytisch orientierten Verfahren haben für die Versorgungspraxis eine besondere Bedeutung, vor allem aufgrund der damit realisierbaren Kurzzeittherapien, die den aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Forderungen entsprechen (Glier & Rodewig, 2001) und eine größere Versorgungsrelevanz besitzen (Rüger & Reimer, 2000). Gerade auch im stationären Bereich sind die psychoanalytisch orientierten Verfahren die am häufigsten praktizierten Behandlungsvarianten (vgl. Abschnitt 6.1). Auf diese soll sich im folgenden bezogen werden. Hierbei finden die Gruppenverfahren besondere Beachtung, da sie Gegenstand der hier untersuchten Fragestellung sind.

4.1.2.1 Psychoanalytisch orientierte Verfahren

Zur Interventionstechnik

Zentral für die in der Regel als mittel- bis niederfrequente Kurzzeit-[7] und als Fokaltherapien konzipierten psychoanalytisch orientierten Verfahren ist die Begrenzung regressiver Prozesse. Die Behandlung ist dabei auf einen umschriebenen Fokus ausgerichtet, der auf den für die Symptomatik maßgebenden unbewussten pathogenen Konflikt Bezug nehmen und gleichzeitig eine Deutung dieses Konflikts enthalten sollte.[8] Dies beinhaltet, dass der Analytiker bei diesem Verfahren das therapeutische Gespräch selektiv auf den als Fokus definierten Konflikt ausrichtet, diesen ggf. auch direkt thematisiert und seine Deutung und Interpretation dem Patienten mitteilt. Dementsprechend nimmt er eine **aktivere und lenkendere Haltung** ein, als in der klassischen analytischen Behandlungslehre vorgesehen ist. Heigl-Evers et al. (1997) führen aus, dass auch gelegentliche Empfehlungen und

[7] Diese Bezeichnungen sind relativ zu den anderen psychoanalytisch begründeten Ansätzen zu verstehen: Die Behandlung im Rahmen eines psychoanalytisch orientierten Verfahrens hat nach Streeck (2000) einen Umfang von 50 bis150/200 Stunden und findet ein-bis zweimal wöchentlich statt.

[8] Heigl-Evers et al. (1997) machen dies an der Schnittpunktmetapher deutlich: Während die klassische Psychoanalyse 'in der Vertikalen' die Lebensgeschichte des Patienten erarbeitet, konzentriert sich die psychoanalytisch orientierte Therapie auf die 'Horizontale', die die Aktualgeschichte des Patienten darstellt, d.h. auf inter- und intrapersonale Bedingungen und Konstellationen (z.B. ein neuer Vorgesetzter), die einen aktuell wirksamen neurotischen Konflikt, quasi an der Schnittstelle zwischen der Horizontalen und Vertikalen, ausgelöst haben. Aufgabe der Therapie ist es, die inneren Konflikte und die sie auslösenden psychosozialen Konstellationen aufzuspüren.

Ratschläge zum Repertoire der analytisch orientierten Psychotherapie gehören können (S.162). Zentralere Interventionsformen sind allerdings '**leitenden Fragen'** (themenbestimmende Fragen), Klarifikationen, hierbei insbesondere **Affektklarifikation und -identifizierung**, und die Technik der Deutung: Dabei dienen leitende Fragen und Klarifikationen dem Therapeuten, den aktuellen Konflikt in bedeutungsvollen Einzelheiten herauszuarbeiten. Die Fokussierung von Affekten/Emotionen hat zum Ziel, diese zu identifizieren (wenn der Patient diese z.B. nur sehr vage vermittelt, wenn er sie neutralisiert oder durch einen anderen Affekt überdeckt) und in einem weiteren Schritt die Entstehungszusammenhänge herauszuarbeiten (Affektklarifikation). Deutungen beziehen sich - entsprechend der Gesamtausrichtung dieser Therapieform - auf den aktuellen pathogenen Konflikt, der fokussiert wird. Auch für die psychoanalytisch orientierten Verfahren gelten die Grundhaltung der Abstinenz und der Neutralität, wobei letztere durch den optischen Kontakt der Face-to-Face-Situation zwangsläufig eingeschränkt wird. Die Herstellung des Arbeitsbündnisses gewinnt bei den psychoanalytisch orientierten Verfahren noch weiter an Bedeutung, da "begrenzte Ziele in begrenzter Zeit" (Heigl- Evers et al., 1997, S. 160) erreicht werden sollen und insbesondere die Begrenzung der Regression eine **tragfähige Beziehung** voraussetzt.

Abweichend vom klassischen Modell sind in den Kurzzeittherapien lebensgeschichtliche Themen, zumindest frühkindliche, aufgrund der Konzentration auf einen aktuellen Konflikt und der gewünschten Begrenzung der Regression nicht von zentralem Interesse. Vielmehr wird im **"Hier- und Jetzt"** gearbeitet.

Nicht eindeutig geklärt ist das Ausmaß der direkten Arbeit an Übertragungsphänomen bei diesen Verfahren: Deutlich ist zwar, dass Übertragungsphänomene innerhalb der psychoanalytisch orientierten Therapien nicht unbeachtet bleiben, dabei aber wesentlich eingeschränkter als in den analytischen Therapien bearbeitet werden sollen. Es ist allerdings nicht geklärt, inwiefern (und in welcher Häufigkeit, Intensität und Deutlichkeit) der Analytiker dem Patienten direkte Übertragungsinterpretationen im Rahmen dieser Kurzzeitansätze geben sollte (Budman et al., 1994). Diese Fragestellung ist von besonderem Interesse, da Ergebnisse der Prozess-Outcome-Forschung darauf hinweisen, dass Interpretationen mit Übertragungsinhalten als Interventionen nicht immer unproblematisch sind und ggf. auch negativ mit dem Outcome in Zusammenhang stehen (vgl. Henry et al., 1994).

Bei der Identifizierung von Unterformen psychoanalytisch orientierter Verfahren finden sich im angloamerikanischen Sprach- und Kulturraum verschiedene Verfahren bzw. Modalitäten

wie etwa die supportiv-expressiven Therapieansätze (die im deutschen Sprachraum keine eigenständigen Verfahren bilden). Weite Verbreitung auch im deutschen Sprachraum findet die (psychodynamisch-)interpersonale Therapie (IPT), die ursprünglich für die Behandlung von Depressionen entwickelt wurde, mittlerweile allerdings auch auf andere Störungsbilder ausgeweitet wurde (Klerman & Weissman, 1984; Weissman & Markowitz, 1994).

Ein weiteres, insbesondere im stationären Setting vielfach eingesetztes Verfahren stellt der von Heigl-Evers und Heigl entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Ansatz (z.B. Heigl-Evers & Heigl, 1983) dar, der im Einzel-, besonders aber im Gruppensetting seine Anwendung findet. Diese Therapieform wurde entwickelt für Patienten, die aufgrund von sogenannten Ich-strukturellen Störungen schon durch die Bearbeitung *manifester* Konflikte sehr beansprucht sind und mit einer Bearbeitung von unbewussten Konflikten überfordert wären, so dass anstelle von deutenden bevorzugt 'antwortende' Interventionen eingesetzt werden (Staats & Rüger, 2000).

4.1.2.2 Psychoanalytisch orientierte Gruppenverfahren

Psychoanalytisch orientierte Gruppenverfahren können als eine Teilgruppe der psychoanalytisch orientierten Verfahren aufgefasst werden, die in der Regel die weiter oben im Kapitel identifizierten Merkmale (therapeutische Ziele, Interventionsformen etc.) der Verfahrensgruppe teilen. Die folgenden Erläuterungen beziehen sich daher vor allem auf die Besonderheiten, die die Gruppen- im Vergleich zu den Einzelverfahren aufweisen.

Die Gruppenverfahren werden dabei gerade bei den psychoanalytisch begründeten Therapien in den meisten Fällen nicht als eine 'bloße' Erweiterung der dyadischen Behandlung aufgefasst. Stattdessen soll in den meisten Konzeptionen explizit die Pluralität der Gruppe berücksichtigt werden, was bedeutet, dass neben den psychoanalytischen auch sozialpsychologische Aspekte stark einbezogen werden (vgl. auch Heigl-Evers et al., 1997, S.184ff.).

Bei psychoanalytisch orientierten Gruppen handelt es sich nach der Klassifikation von Fiedler (1999) um konflikt -, beziehungs- und interaktionsorientierte Psychotherapiegruppen. Grundlegende Annahme der psychoanalytisch orientierten Gruppenkonzeptionen ist es, dass der Gruppenprozess durch die Minimalstrukturierung des Analytikers und die den Teilnehmern empfohlene Regel der freien (unselektierten) Interaktion sowie durch die Arbeitsbeziehungen in eine regrediente Richtung gelenkt wird: Hierdurch nähergerückte innere Konfliktspannungen (konflikthaft widerstreitende Phantasien von Objektbeziehungen und

Wunscherfüllungen, Trieb- und Beziehungswünschen) führen zu sogenannten psychosozialen Kompromissbildungen als "latente Aktion[en]" (Heigl-Evers et al., 1997, S.218) in der Gruppe, die sich in bestimmten Rollenverteilungen manifestiert. Intraindividuelle Konfliktdynamik wird also interaktionell umgesetzt.

Der Therapeut begleitet dies als teilnehmender Beobachter: Er verfolgt, welches manifeste Gruppenthema sich herausbildet, versucht hermeneutisch die latente Aktion zu entschlüsseln und die Gruppe dann auf das gemeinsame Thema und die interaktionelle Verarbeitung zu lenken sowie die Enstehungszusammenhänge zu thematisieren. In diesem Sinne fokussiert er den deutlich gewordenen pathogenen Konflikt und dessen Ausformung im sozialen Feld (d.h. in der Gruppe).

Interventionsformen und Haltungen entsprechen den bereits genannten, wobei für dieses Sertting eine starke **Ausrichtung auf den Gruppenprozess** und die **Beziehungen der Gruppenteilnehmer untereinander** abzuleiten ist. Übertragungsprozesse, soweit überhaupt fokussiert, können die gesamte therapeutische Situation einbeziehen, hierbei steht die Patient-Mitpatienten-Beziehung mehr als die Patient-Therapeut-Beziehung im Vordergrund.
Zentrale Konzeptmerkmale psychanalytisch orientierter Gruppentherapien (mit fokalanalytischem Ansatz) sind in Tabelle 1 (vierte Spalte) dargestellt.

4.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die Bezeichnung *Verhaltenstherapie* bezieht sich strenggenommen nicht – obwohl der Begriff dies vermuten lässt – auf eine einzelne psychotherapeutische 'Schule', die sich, wie bei der Psychoanalyse, in verschiedene Richtungen ausdifferenziert hat, sondern beinhaltet schon seit ihrem Entstehen eine Reihe an heterogenen Ansätzen. Dies wird bereits daran deutlich, dass der Begriff in den 50er Jahren relativ unabhängig voneinander durch drei Forschergruppen (um Skinner, Wolpe und Eysenck) eingeführt wurde (vgl. Kriz, 1994). Das wesentliche gemeinsame Moment der verschiedenen Ansätze der Verhaltenstherapie ist gemäß Kriz (1994) "ein lerntheoretisches Verständnis für die Genese und die Therapie von 'Störungen'" (S.119). Darüber hinaus sind als weitere zentrale Kennzeichen u.a. die Orientierung an der empirischen Psychologie sowie die Problem-, Handlungs- und Zielorientierung zu nennen (Margraf, 1996a, bei dem auch ein Überblick über verschiedene Definitionen dieser Therapierichtung gegeben wird).

Die Verhaltenstherapie hat verschiedene Schwerpunktsetzungen und Entwicklungen erfahren (z.B. den Behaviorismus der 60er Jahre, die kognitive Wende in den 70ern usw., für einen Überblick vgl. ebenfalls Margraf, 1996a). In diesem Zusammenhang sind besonders auch Therapieansätze hervorzuheben, die sich als eigenständige Varianten in den 60er und 70er Jahren abgespalten haben, aber dennoch dem Kreis der Verhaltenstherapie zuzurechnen sind, wie insbesondere die Arbeiten von Bandura (1977) zum Modelllernen, die kognitive Therapieverfahren von Ellis (1962) und Beck und Kollegen (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), die starke Verbindungen zu den kognitiven Elementen innerhalb der Verhaltenstherapie, geprägt durch Mahoney (1974) und Meichenbaum (1979), aufweisen, und der integrierende Ansatz der "multimodal behavior therapy" von Lazarus (1976). Zur Verdeutlichung dieses breiten Spektrums ist es – ebenso wie bei den psychoanalytisch begründeten Therapien - angemessener anstelle von *der Verhaltenstherapie* von *verhaltenstherapeutischen Ansätzen* zu sprechen. Darüber hinaus ist - um die Einbezugnahme kognitiver Aspekte, die heutzutage einen hohen Stellenwert in dieser Therapierichtung einnehmen, zu kennzeichnen, die im anglo-amerikanischen Raum geläufige Bezeichnung *kognitiv-behaviorale Ansätze* eigentlich noch zutreffender. Im folgenden sollen - wie im allgemeinen Sprachgebrauch üblich - die drei Bezeichnungen synonym verwendet werden.

4.2.1 Grundkonzeption und Interventionsmethoden

Verhaltenstherapeutische Ansätze sehen die vom Klienten oder seiner Umgebung vorgetragenen psychischen 'Störungen' als problematische Verhaltensweisen an, die sich nicht grundsätzlich von anderem ('normalem') Verhalten unterscheiden und die auch den empirisch nachgewiesenen allgemeinen Lernprinzipien (insbesondere dem klassischen und operanten Konditionieren sowie dem Lernen am Modell) folgen. Problematisches Verhalten manifestiert sich auf verschiedenen, sich wechselseitig beeinflussenden Ebenen (kognitiv, emotional, behavioral, somatisch-physiologisch[9]) und ist im wesentlichen das Resultat von Lernerfahrungen/-defiziten bzw. einer (in der Regel langwierigen) Lerngeschichte. Die Unterscheidung von Enstehungs-, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen ist dabei für das Verständnis und die Veränderung des problematischen Verhaltens zentral. Grundlegend für das Behandlungsrational ist die Annahme, dass das problematische Verhalten, da es

[9] Diese hier bevorzugte Klassifikation in vier Ebenen ist eine von verschiedenen möglichen Realisationen des Mehr-Ebenen-Prinzips; Aufteilungen in drei Ebenen (mit einer Zusammenfassung der emotionalen und kognitiven Reaktion) sind auch sehr verbreitet (z.B. Rachman, 1988).

erlernt wurde, auch wieder verlernt bzw. umgelernt werden kann. Dementsprechend stehen korrigierende (und ergänzende) Lernerfahrungen im Vordergrund der Behandlung.

Zentral für die VT ist die Analyse des Problemverhaltens und die Erarbeitung eines hypothetischen Bedingungsmodells der Störung (Bartling, Echelmeyer & Engberding, 1998; Schulte, 1995), anhand dessen Therapieziele, ein Therapieplan und somit auch die Interventionen abgeleitet werden. Diese sollen dann im Sinne einer Prozessdiagnostik fortlaufend überprüft und ggf. modifiziert werden. In der modernen VT entscheidet sich anhand des Störungsmodells auch, ob und in welcher Reihenfolge am Symptom, oder/und am 'Hintergrund' des problematischen Verhaltens gearbeitet wird (im Gegensatz zu den älteren Ansätzen, die in der Regel ausschließlich die Symptomebene fokussieren). Das Störungsmodell wird dabei zusammen mit dem Patienten erarbeitet bzw. es wird mit ihm besprochen und diskutiert. Bereits hierbei werden zwei wesentliche Grundkonzepte deutlich: das Prinzip der **Transparenz** im Vorgehen gegenüber dem Patienten und das Anliegen, den Patienten selbst zum Experten seiner Störung zu machen, was **psychoedukativen Aspekten** einen hohen Stellenwert einräumt. Darüber hinaus sollen hierdurch Grundlagen gelegt werden, um eine **Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung** beim Patienten zu erreichen, was ebenfalls ein Element der verhaltenstherapeutischen Behandlung darstellt.
Wie schon aus den Ausführungen zur zentralen Bedeutung zur Problemanalyse ersichtlich wird, sind kognitiv-behaviorale Therapien durch eine **strukturierende Vorgehensweise** gekennzeichnet, d.h. nicht nur der Therapieverlauf orientiert sich an einem aus dem Störungsmodell abgeleiteten Therapieplan, sondern auch die einzelnen Sitzungen der Therapie sind in der Regel vorstrukturiert durch den Therapeuten. Dies steht im Einklang mit einer therapeutischen Haltung, die als eher **aktiv** und **lenkend** bzw. **direktiv** bezeichnet werden kann. Hiermit verknüpft ist auch der **aktiv explorierende Stil** des Therapeuten.

Bezüglich der großen Anzahl an therapeutischen Methoden unterscheidet Margraf (1996a) folgende drei Gruppen:

1) Basisfertigkeiten: Hiermit ist neben der Gesprächsführung und Motivationsarbeit vor allem auch die **therapeutische Beziehungsgestaltung** gemeint. Diese nimmt, nachdem ihr lange Zeit relativ wenig Beachtung geschenkt wurde, mittlerweile eine **wichtige Rolle** in der therapeutischen Arbeit ein (vgl. z.B. Wendisch, 2000), nicht zuletzt durch die robusten Befunde der Prozess-Outcome-Literatur, die einen starken Zusammenhang zwischen guter therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg belegen können.

2) Störungsübergreifende verhaltenstherapeutische Maßnahmen: Hierzu zählen die u.a. von Fliegel, Groeger und Künzel (1998) beschriebenen 'Standardmethoden', wie die verschiedenen Arten der Reizkonfrontation, Selbstverbalisation, Selbststeuerung, systematische Desensibilisierung, Training sozialer Komponenten, Rollenspiele und operante Methoden (vgl. hierzu auch Comer, 1995). Diese - sicherlich nicht vollständige - Zusammenstellung spiegelt u.a. die große Variationsbreite der verhaltenstherapeutischen Methodik und zum anderen den **primär auf behavioraler und/oder kognitiver Ebene ansetzenden Interventionsfokus** wider.

3) Störungsspezifische Therapieprogramme: Die 'Standardmethoden' werden durch weitere Methoden in den **störungs- bzw. problemspezifischen** Behandlungskonzeptionen ergänzt, die speziell auf die verschiedenen Störungsbilder zugeschnitten sind und die auf psychologischem Störungs- und Veränderungswissen aufbauen (z.B. Aktivitätsaufbau bei Depressionen, strukturierte Ess-Tage bei Ess-Störungen usw.).

Überblicke über die verhaltenstherapeutischen Ansätze sind nachzulesen z.B. bei Kriz (1994), Margraf (1996b) und Reinecker (1994).

Die hier aufgeführten Prozessmerkmale werden in Tabelle 1, Spalte 3 zusammenfassend dargestellt.

4.2.2 Behandlungsverfahren verhaltenstherapeutischer Verfahren

Verhaltenstherapeutische Behandlungen können als Kurzzeit- und Langzeittherapien durchgeführt werden, je nach Rahmenbedingungen müssen dabei die Therapieziele und –vorgehensweisen entsprechend abgestimmt werden.

Aufgrund der explizit problembezogenen bzw. störungsspezifischen Ausrichtung der verhaltenstherapeutischen Ansätze sind mittlerweile zahlreiche standardisierte Konzepte zu verschiedenen Störungsbildern entwickelt worden, vielfach in manualisierter Form. Eine relevante Fragestellung ist dabei, inwieweit Behandlungen, die auf individuellen Störungsmodellen fußen, solchen überlegen sind, die einem standardisierten störungsspezifischen Modell folgen (z.B. Schulte, 1996).

4.2.2.1 Verhaltenstherapeutische Gruppenverfahren

Die Übertragung von verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten des Einzelsetting auf Gruppen hat früh und vielfach stattgefunden. Da dabei die Gruppenkonzeptionen in der Regel (ebenso wie die Verhaltenstherapie im Einzelsetting) phänomen-, methoden- und zielorientiert sowie einzelfallorientiert vorgeht, spricht man in diesem Zusammenhang auch von "Verhaltenstherapie in und mit Gruppen" (z.B. Fiedler, 1999; 2001). Generell gelten somit die bereits erläuterten Prinzipien und Methoden auch für das Gruppensetting. Allerdings hieße es, die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie fälschlicherweise zu reduzieren, wenn man davon ausgeht, dass die Gruppe sozusagen nur ein "convenient format" (Fuhriman & Burlingame, 1994a, S.16) darstellt, um die eigentlich individualbezogene verhaltenstherapeutische Behandlung gleichzeitig für mehrere Patienten (ökonomischer) durchzuführen, wie aus der folgenden Darstellung der verschiedenen verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzeptionen ersichtlich wird. (Tatsächlich gibt es Hinweise dafür, dass, wenn VT-Gruppen tatsächlich in solch einer reduzierten Form durchgeführt werden, sie sich - entgegen der sonst häufig anderslautenden Befunde - einer Individualpsychotherapie unterlegen zeigen; Fuhriman & Burlingame, 1994a; vgl. auch Kap. 5.1.2)

Folgt man der Gliederung von Fiedler (1999, 2001) so lassen sich für den Bereich der Psychotherapie und Verhaltensmedizin/Rehabilitation zwei verschiedene Gruppenkonzeptionen innerhalb der Verhaltenstherapie identifizieren: die störungsspezifischen (bzw. "indikativen") und die zieloffenen Gruppentherapien.

4.2.2.1.1 Störungsspezifische (indikative) Gruppentherapien

Die eher als 'klassische' Form geltenden störungsspezifischen bzw. indikativen Verhaltenstherapiegruppen arbeiten mit Patienten, die gleiche oder ähnliche Problembereiche bzw. Störungsbilder aufweisen. Hierbei werden erfolgreich erprobte Behandlungskonzepte des Einzelsettings für die Gruppenarbeit modifiziert und in der Regel anhand von Manualen standardisiert.

Trotz grundsätzlich unterschiedlicher Ziele und dementsprechend unterschiedlicher Behandlungsprinzipien weisen die indikativen Gruppenkonzeptionen für verschiedene Störungsbilder bestimmte Gemeinsamkeiten auf: Zu nennen ist dabei ein stark strukturierendes Vorgehen bezogen auf den Sitzungs- und den Therapieverlauf. Der Therapeut nimmt dementsprechend eine sehr aktive und lenkende Rolle innerhalb der Gruppe ein. Hinzu kommt die allen störungsspezifischen Gruppen gemeinsame starke Akzentuierung auf

Information und Aufklärung (Fiedler, 2001; "Patientenschulung", Petermann, 1997), die diese aktive und auch leitende Funktion des Therapeuten noch weiter unterstützt.

Als gemeinsame Leitlinien und Ziele der Behandlung sind Problemaktivierung und –bewältigung, Förderung von Selbstmanagement, Aktivierung sozialer Ressourcen und Tranfersicherung (Rückfallvorbereitung) zu nennen. Im Zusammenhang mit der Durchführung von Transfer-, Übungs- und Hausaufgaben, die einen wichtigen methodischen Bestandteil darstellen, führt Fiedler (2000) als besondere Funktionen der Gruppe das Geben von Anregungen und Feedback, den Öffentlichkeits- oder Verpflichtungscharakter, die Solidarisierung und Stützung, die Beratung und Unterstützung bei der Problemlösung sowie den Modellcharakter und Hoffnungsvermittlung anderer Patienten an.

4.2.2.1.2 Zieloffene (interaktionelle) Gruppentherapien

Zieloffene Konzepte werden insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit heterogenen Störungsbildern angewandt, insbesondere, wenn in einem offenen Gruppensetting gearbeitet wird. Im Gegensatz zu den indikativen Gruppen gibt es kein bereits im voraus inhaltlich festgelegtes Therapieprogramm. Die Phänomen-, Methoden- und Zielorientierung wird auch in dieser Gruppenform beibehalten. Fiedler (2001) spricht davon, dass das zieloffene Vorgehen einer "Maximierung des Prinzips der Einzelpsychotherapie in der Gruppe" (S.346) entspricht, d.h. ein Großteil der Aufgaben, die im Einzelsetting beim Therapeuten liegen, soll hier nach und nach von den Gruppenmitgliedern übernommen werden. Dabei steht jeweils ein Gruppenmitglied und dessen Problematik über einen längeren Zeitraum (einen Teil der Sitzung bis zu mehreren Sitzungen) im Mittelpunkt der Gruppenarbeit, wobei dessen Problematik in Gesprächen und Übungen behandelt wird.

Auch hier handelt es sich konzeptuell um ein strukturierendes Vorgehen, bei dem der Therapeut die Leitung und Lenkung der Gruppe übernimmt, wenn auch aufgrund der Zieloffenheit nicht so stark ausgeprägt wie bei den störungsspezifischen Gruppen.

Aus demselben Grund können laut Konzeption ebenfalls die ablaufenden interaktionellen Prozesse innerhalb der Gruppe in die Behandlung einbezogen werden. Insbesondere seit den 70er Jahren wird diesem Beziehungsaspekt in verhaltenstherapeutischen Gruppen mehr Beachtung beigemessen, insbesondere in der Form, dass die Faktoren, denen eine (unspezifische) Wirkung in der Gruppentherapie - das sind insbesondere die sog. Gruppenwirkfaktoren oder die "instrumentellen Gruppenbedingungen" (Grawe, 1978) - beigemessen

wird, gezielt gefördert werden. Dementsprechend übernimmt die Gruppe nicht nur schrittweise die Funktion des Therapeuten (s.o.), sondern kann auch zumindest ansatzweise als 'sozialer Mikrokosmos' gelten, in dem sich die Patienten erproben. Dementsprechend rückt diese verhaltenstherapeutische Gruppenvariante etwas näher an die Konzeption der psychoanalytisch begründeten Gruppen heran. Fiedler (2000) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die zieloffenen Gruppen eine "Brücke zu den übrigen konflikt-, beziehungs- und interaktionsorientierten Gruppenpsychotherapieverfahren der anderen Therapieschulen" (S.348) schlagen.

Die zentralen Prozessmerkmale der beiden soeben vorgestellten Gruppenverfahren sind ebenfalls in Tabelle 1 (in den Spalten 5 und 6) zu finden.

Tabelle 1
Vergleich psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Prozessvariablen auf Basis ihrer theoretischen Konzeptionen

Prozessvariablen	**Psycho-analyse**	**Verhaltens-therapie**	**psychoanal. orientierte GrPT (Fokal-ansatz)**	**verhaltens-therapeut. zieloffene GrPT**	**verhaltens-therapeut. störungs-spezifische GrPT**
Übertragung	xx	-	(x)	-	-
Fokussierung von Vergangenheit /Kindheit	xx	-	-	-	-
Konfrontation mit intrapsychischem Fokus (insbesondere Konflikte und Widerstände)[a]	xx	-	xx	-	-
Klarifikation / Interpretation mit intrapsychischem Fokus (insbesondere Konflikte und Widerstände)	xx	-	xx	-	-
Fokussierung von Beziehungen	xx	(x)	xx	(x)	(x)
Fokussierung von Emotionen	xx	(x)	xx	(x)	(x)
Fokussierung von Kognitionen	(x)	xx	(x)	xx	xx
Psychoedukation	-	x	-	x	xx
Strukturiertheit	-	x	x / (x)	x	x / xx
Direktivität	-	x	-	x	x / xx
Exploration	-	x	x / (x)	x	x
Fokussierung der Verhaltensebene (insbesondere Durchführung von Übungen)	-	xx	-	xx	xx
Fokussierung von Selbstwirksamkeitserwartung	-	x	-	x	x
Therap. Beziehungsgestaltung	xx	xx	xx	xx	xx
Grundhaltung der Neutralität	xx	-	x	-	-
Grundhaltung der Abstinenz	xx	-	x	-	-
Gruppenbezogenes Prozessvariablen					
Ausrichtung auf den Gruppenprozess	___	___	xx	-	(x)
Fokus auf den Beziehungen zw. den Gruppenmitgliedern	___	___	xx	-	(x)
Gruppenbezogene Interventionen	___	___	xx	-	(x)

Anmerkungen.

GrPT Gruppenpsychotherapie
xx zentraler Bestandteil des Therapieverfahrens
x Bestandteil des Therapieverfahrens
(x) möglicher Bestandteil des Therapieverfahrens
- - - - Die gestrichelte Linie deutet an, dass Neutralität und Abstinenz mit zur therapeutischen Beziehungsgestaltung gezählt werden können (siehe hierzu auch die Erläuterungen im Text)

[a] Diese Definition von Konfrontation bezieht nicht Expositionstechniken (wie z.B. Flooding o.ä.) ein.

4.3 Psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Verfahren im vergleichenden Überblick

Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Therapierichtungen lassen sich nun aus ihren Grundkonzeptionen ableiten ?

In Tabelle 1 sind die in den vorhergehenden Abschnitten vorgestellten Behandlungsverfahren hinsichtlich verschiedener relevanter Prozessmerkmale im Überblick dargestellt. Die Prozessmerkmale ergeben sich dabei auf Grundlage der Überlegungen in Kapitel 3 (Ableitungen aus dem "generic model") sowie der vorangegangenen Darstellung der Konzeptionen der beiden Therapierichtungen. Es sind somit Bereiche ausgewählt worden, die a) sowohl für den allgemeinen Psychotherapieprozess (unabhängig von Therapieschulen betrachtet) als auch b) speziell für verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch begründete Verfahren von zentraler Bedeutung sind.

Aufgrund des unter b) genannten Aspekts sind dabei insbesondere die beiden Bereiche Interpretation und Konfrontation eng auf die psychoanalytische Konzeption bezogen, indem diese Interventionen mit der Ausrichtung auf intrapsychische Inhalte bzw. Konflikte betrachtet werden. So bezieht der Bereich Konfrontation bei dem hier vorgenommenen Vergleich auch explizit keine Expositionstechniken, wie sie etwa im Rahmen einer üblichen verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angst- oder Zwangsstörungen eingesetzt werden, ein, um eine möglichst eindeutige (allerdings auch: eng gefasste) Definition dieser Prozessbereichs vorliegen zu haben. (Bei den Expositionstechniken handelt es sich zwar ebenso um konfrontative Interventionen, dies allerdings in einem anderen Sinne, so dass eine Einbezugnahme von diesen zu einer Begriffsvermischung führen würde.) Speziell für die verhaltenstherapeutischen Verfahren sind etwa die Bereiche Fokussierung der Verhaltensebene (insbesondere Durchführung von Übungen) und Psychoedukation hinzu genommen worden.

Betrachtet man in Tabelle 1 zunächst vergleichend Spalte 2 und 3, so sind deutliche Unterschiede zwischen den beiden 'Grundverfahren' Verhaltenstherapie und Psychoanalyse erkennbar: 12 der 16 betrachteten Bereiche stellen in einer Therapieform einen (zentralen) Bestandteil dar, während in der anderen Therapieform diesem Bereich keine explizite Bedeutung zukommt. Dies trifft auf die therapeutischen Variablen Übertragung, Fokussierung von Vergangenheit, Konfrontation, Interpretation, Neutralität und Abstinenz (jeweils Bestandteile der psychoanalytischen Konzeption) sowie auf Psychoedukation, Strukturiertheit, Direktivität, Exploration, Fokussierung der Verhaltensebene und Fokus auf

der Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen (jeweils Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Konzeption) zu. Die Fokussierung von Beziehungen sowie von emotionalen und kognitiven Inhalten ist von Bedeutung in beiden Therapierichtungen, obwohl auch hier Unterschiede vorhanden sind: Kognitionen und insbesondere deren Bearbeitung nehmen in der Verhaltenstherapie eine zentralere Stellung als in der Psychoanalyse ein; umgekehrt kommt in der Psychoanalyse der Fokussierung von Beziehungen (z.B. bei der Identifikation internalisierter Objektbeziehungen) und von Emotionen (z.B. bei der Förderung der Affektwahrnehmung und -differenzierung und der Arbeit an innerhalb einer Person vorkommenden widersprüchlichen Emotionen) eine größere Bedeutung zu. Im Unterschied zu den bisher genannten Dimensionen besitzt die therapeutische Beziehungsgestaltung - obgleich sie in beiden Therapierichtungen unterschiedliche konzeptuelle Aspekte beinhaltet (hierbei ist insbesondere an Übertragungsphänomene und deren zentrale Funktion für den psychoanalytischen Therapieprozess zu denken) - für beide Ansätze einen hohen Stellenwert. Dies gilt vor allem in dem Sinne, dass die Schaffung eines guten therapeutischen Bündnisses (alliance, z.B. Luborsky, 1976) die Voraussetzung für das therapeutische Arbeiten innerhalb beider Schulen darstellt. Darum kann sie als wichtiger Bestandteil beider Therapieschulen aufgefasst werden, obwohl man auch hier zumindest tendenzielle Unterschiede von den beiden Therapiekonzeptionen ableiten kann, insbesondere aufgrund der in Tabelle 1 separat aufgeführten Prozessmerkmale der psychoanalytischen Neutralität und der Abstinenz, die wesentlich die Therapeuten-Patienten-Beziehung prägen dürften. Hierbei ist anzunehmen, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung, im Sinne einer explizit zugewandten und fördernden Haltung und entsprechenden Interventionen des Therapeuten, in der VT höher ausgeprägt sein könnte, da möglicherweise die Grundprinzipien der Neutralität und vor allem die der Abstinenz in der PA dieser Zugewandtheit bestimmte Grenzen setzen.

In Spalte 4, 5 und 6 sind die therapeutischen Prozessmerkmale der aus den beiden Grundverfahren abgeleiteten, in den vorhergehenden Abschnitten vorgestellten Gruppenkonzepte aufgeführt. Entsprechend dem Vergleich zwischen Spalte 2 und 3 können auch hier die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie (fokalanalytischer Ansatz, Spalte 4) den beiden verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzepten (zieloffener und störungsspezifischer Ansatz, Spalte 5 und 6) gegenübergestellt werden. Es fällt auf, dass sich auch bei diesem Vergleich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Therapierichtungen in zentralen Prozessvariablen aus den theoretischen Konzeptionen ableiten lassen, es aber gleichzeitig zu Annäherungen in einigen Bereichen kommt, was auf Modifikationen beim fokalanalytischen

Vorgehen gegenüber dem 'klassischen' psychoanalytischen Vorgehen zurückzuführen ist: So ergeben sich starke Veränderungen in der Fokussierung von Übertragungsphänomenen sowie in der Fokussierung der Vergangenheit/Kindheit, die jeweils wesentlich an Bedeutung im fokalanalytischen Ansatz verlieren. Bei der Einnahme der Grundhaltung der Neutralität und Abstinenz kann ebenfalls von einer - allerdings eher leichten - Bedeutungsminderung ausgegangen werden (was u.a. darauf zurückgeführt werden kann, dass es einen Wechsel von der 'Couch'- zur Face-to-Face-Situation gibt). Eine größere Bedeutung im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse gewinnen bei der fokalanalytischen Behandlungstechnik hingegen strukturierende und explorierende Interventionen. Es ergeben sich also in sechs der Prozessbereichen Veränderungen zwischen dem klassischen und dem modifizierten psychoanalytischen Verfahren. Hingegen lassen sich bei den verhaltenstherapeutischen Ansätzen bezüglich der betrachteten Prozessbereiche kaum Unterschiede zwischen dem Grundverfahren und den beiden Gruppenverfahren ableiten.

Die genannten Modifikationen führen dazu, dass bezüglich des Vergleichs zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren von den 16 Bereichen nun lediglich 8 Bereiche resultieren, die für eine der Richtungen von zentraler, für die jeweils andere Richtung aber nicht von expliziter Bedeutung sind (unveränderter Unterschied bezüglich Konfrontation, Interpretation, Psychoedukation, Direktivität, Fokussierung der Verhaltensebene und Fokus auf der Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung sowie leicht abgeschwächter, aber immer noch deutlicher Unterschied bezüglich Neutralität und Abstinenz). Hinzu kommen nicht ganz so deutlich ausgeprägte Unterschiede in nunmehr 5 Prozessbereichen (unveränderter Unterschied bezüglich der Fokussierung von Beziehungen, Emotionen und Kognitionen sowie geringerer Unterschied bezüglich Strukturiertheit und Exploration). In den restlichen 3 Bereichen resultieren leichte bzw. keine Unterschiede zwischen den Gruppenverfahren (unverändert in dem Bereich therapeutische Beziehungsgestaltung und nun auch bezogen auf die Fokussierung von Vergangenheit und, mit Einschränkungen, auf Übertragung). Es gibt dementsprechend mehr Bereiche, in denen sich die Verfahren nicht, etwas oder nicht ganz so deutlich ausgeprägt unterscheiden während die Bereiche, in denen deutliche Unterschiede vorliegen, sich verringern.

Bei einem Vergleich innerhalb der verhaltenstherapeutischen Gruppenverfahren, also zwischen den störungsspezifischen (indikativen) und zieloffenen Gruppen können keine Unterschiede in den vorliegenden 16 Bereichen aus deren Konzeptionen direkt abgeleitet

werden, abgesehen von einer stärkeren Betonung psychoedukativer Inhalte und einem tendentiell höheren Grad an Strukturiertheit und Lenkung in den indikativen Gruppen.

Für den Vergleich der drei Gruppenverfahren sind in Tabelle 1 zusätzlich zu den 16 Bereichen noch 3 gruppenspezifische Prozessvariablen aufgenommen worden. Bei diesen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen dem psychoanalytisch orientierten einerseits und den beiden verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren andererseitsableiten. Hierbei sind die Unterschiede zwischen den psychoanalytisch orientierten und den verhaltenstherapeutischen *störungsspezifischen (indikativen)* Gruppen tendenziell am stärksten ausgeprägt, was darauf zurückzuführen ist, dass - wie weiter oben im Text erläutert - in den verhaltenstherapeutisch zieloffenen Gruppen durchaus auch interaktionelle Aspekte, die sich auf die Gruppe als solche beziehen, behandelt werden können.

Zusammenfassend kann man also davon ausgehen, dass es auf Ebene der theoretischen Konzeptionen auch bei den abgeleiteten Kurzzeit-Gruppenvarianten der beiden hier in Frage stehenden Therapierichtungen deutliche Unterschiede in zentralen Prozessvariablen gibt, diese allerdings schwächer ausgeprägt sind als in den Grundverfahren aufgrund von Modifikationen im Rahmen des fokalanalytischen Ansatzes und auch aufgrund von gruppenspezifischen Aspekten.

Die hier gezogene Schlussfolgerung stimmt mit Arbeiten anderer Autoren überein, die Vergleiche der beiden Therapiekonzeptionen auf einer eher abstrakteren Ebene (d.h. ohne oder mit geringer konkreter Bezugnahme auf therapeutische Interventionen, Stile und Inhalte) vorgenommen haben, wie Czogalik und Enke (1997) und Wiser, Goldfried, Raue und Vakoch (1996) in allgemeiner Form und Glier und Rodewig (2001) explizit für Gruppenverfahren. Insbesondere Glier und Rodewig (2001) betonen dabei die starken Überschneidungen, die die Konzepte psychoanalytisch orientierter Kurzzeitverfahren in einigen Bereichen mit denen der Verhaltenstherapie aufweisen

.

5 Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens: Empirische Befunde

Im vorangegangenen Kapitel konnte gezeigt werden, dass es wesentliche Unterschiede in den Grund- und Behandlungskonzeptionen der psychoanalytisch und der verhaltenstherapeutisch begründeten Therapieverfahren gibt. Aufgrund der in Kapitel 2 vorgestellten Befunde kann nun allerdings nicht direkt von dieser konzeptuellen Unterschiedlichkeit auch auf eine tatsächlich in der klinischen Praxis vorliegenden Unterschiedlichkeit geschlossen werden. Dementsprechend beschäftigt sich dieses Kapitel mit empirischen Befunden zur Unterschiedlichkeit.

Bevor in diesem Zusammenhang auf komparative Therapiestudien der Prozessebene (Abschnitt 5.2) eingegangen wird, soll zuvor - im Einklang mit der forschungsgeschichtlichen Entwicklung - die empirische Befundlage zur differentiellen *Wirksamkeit* von PA und VT dargestellt werden (Abschnitt 5.1). Diese Darstellung wird etwas ausführlicher vorgenommen, da sich ein Teil der Bedeutung, die differentielle Prozessuntersuchungen haben, ursprünglich aus den Ergebnissen der Outcome-Forschung, insbesondere aus dem Befund des Äquivalenzparadoxons, heraus ergeben haben (vgl. Kap. 2).

Es wird dabei sowohl zur Outcome- als auch zur Prozessforschung jeweils zunächst auf Studien zur Einzelpsychotherapie, die traditionell stärker untersucht ist, eingegangen, anschließend werden empirische Befunde aus dem im Rahmen dieser Arbeit stärker interessierenden Gruppensetting - soweit vorhanden - vorgestellt.

5.1 Empirische Befunde der Therapieergebnisforschung zur Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens

Bei der Erforschung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren nehmen Fragen der Effizienz und Effektivität naturgemäß einen hohen Stellenwert ein. Neben dem rein wissenschaftlichen Interesse gibt es eine Reihe anderer wichtiger Aspekte, die die besondere Relevanz der Therapieergebnisforschung für die verschiedenen Interessengruppen (Patienten, Therapeuten, Kostenträger, Gesellschaft) begründen. Hierbei sind nicht zuletzt ökonomische und versorgungspolitische Gründe (Wunsch einer optimalen Allokation von - begrenzten - Ressourcen und nach Kostensenkungen), aber auch insbesondere Aspekte des

Patientenschutzes/-rechts (Anspruch auf die bestmöglichste Behandlung), sowie berufsethische und fachpolitische Gesichtspunkte von Seiten der Psychotherapeuten (Selbstverständnis als Behandelnder, gesellschaftliche Legitimation) zu nennen (in Anlehnung an Laireiter & Vogel, 1997; Rossi, Freeman & Hofmann, 1988).

5.1.1 Befunde zum differentiellen Therapierfolg in der Einzelpsychotherapie

5.1.1.1 Von der generellen zur differentiellen Therapieerfolgsforschung.

Mittlerweile gehört es schon zum topischen Inventar bei historischen Überblicken (z.B. Garfield & Bergin, 1994; Meyer, 1990). Eysencks (1952) provokante These, die Wirkungen von Psychotherapien übertreffe nicht die Verbesserungen durch Spontanremissionen als zentralen Auslöser einer regen Tätigkeit im Bereich der Ergebnisforschung zu würdigen.

Tatsächlich forderte Eysencks In-Frage-Stellung der Effizienz psychotherapeutischer Behandlungen, die er als Schlussfolgerung aus einem Review von 24 Wirksamkeitsstudien mit 7000 Fällen zieht, Therapeuten und Forscher heraus und stellte sie unter Legitimationsdruck, die *generelle* Wirksamkeit von Psychotherapie nachzuweisen. Zusätzlich lenkten die Arbeiten von ihm die Aufmerksamkeit auf methodische Fragen, da die von ihm einbezogenen Untersuchungen vielfach methodische Mängel aufwiesen und die Validität der Schlussfolgerung nicht gesichert war (z.B. Bergin, 1971). Dementsprechend wurden in den folgenden Jahren verstärkt Studien zu dieser Fragestellung initiiert, die zunächst in qualitativen Reviews, später - nach der unter methodischen Gesichtspunkten zentralen Arbeit von Smith und Glass (1977) - in Metaanalysen zusammengefasst und aufbereitet wurden. Die mittlerweile zahlreichen metaanalytischen Reviews (für einen Überblick siehe Lambert & Bergin, 1994), ermitteln hierbei Effektstärken für psychotherapeutische Behandlungen im Vergleich zu keiner Behandlung[10] in einer Größenordnung, die sich im Durchschnitt einer Standardabweichung annähert und dementsprechend nach Cohen (Cohen, 1988) als groß einzuschätzen ist, so dass hiermit zunehmend Belege für die generelle Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren geliefert und Eysencks provokantes Urteil nicht nur aus methodischen Gründen, sondern auch aufgrund von weiteren empirischen Studien als widerlegt angesehen werden kann.

Dementsprechend verlagerte sich der Schwerpunkt der Therapieerfolgsforschung zunehmend auf differentielle bzw. vergleichende Aspekte, d.h. insbesondere darauf, welche der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren die *besseren* Therapieerfolge erzielen können.

5.1.1.2 Ergebnisse vergleichende Studien zur Wirksamkeit psychoanalytisch und kognitiv-behavioral begründeter Therapien

In Anbetracht der zentralen Bedeutung der psychoanalytisch und kognitiv-behavioral begründeten Verfahren ist es nicht verwunderlich, dass sich die differentielle Therapieerfolgsforschung insbesondere mit einem Wirkungsvergleich dieser beiden Ansätze auseinandergesetzt hat und eine Vielzahl an Outcome-Studien zu diesem Bereich vorliegen (vgl. Lambert & Bergin, 1994). Exemplarisch sind in diesem Zusammenhang das Treatment of Depression Collaborative Research Program des US-amerikanischen National Institutes of Mental Health NIMH, (TDCRP, z.B. Elkin, 1994; Hill, O'Grady & Elkin, 1992), und das Sheffield Psychotherapy Project (Shapiro, Barkham, Hardy & Morrison, 1990), als zwei wichtige und aufwendig gestaltete experimentelle Vergleichsstudien zu nennen, in denen psychoanalytisch orientierte (bzw. interpersonale) und kognitiv-behaviorale Depressionsbehandlungen miteinander verglichen wurden. Bei beiden Studien wurden auch begleitende Prozessanalysen durchgeführt (vgl. in diesem Kapitel Abschnitt 5.2.2.1).

Was sind nun die Befunde der vergleichenden Therapieforschung bezüglich kognitiv-behavioraler und psychoanalytisch begründeter Verfahren? Die überwiegende Mehrzahl der in diesem Bereich durchgeführten Metaanalysen[11] (z.B. Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980) - auch diejenigen, die aktuellere Entwicklungen berücksichtigen (Wampold et al., 1997) - kommt zu dem Ergebnis dass sich die konzeptuell doch sehr verschiedenen Therapieverfahren[12] in Hinblick auf ihre Ergebnisse nicht wesentlich voneinander unterscheiden. (Luborsky, Singer & Luborsky, 1976) bestätigen schon sehr früh diesen erstaunlichen Befund und prägen die - erstmalig von Rosenzweig (1936, zitiert nach Stiles et al., 1986) aus "Alice´s Adventures in Wonderland" (Carroll, 1865/1962, zitiert nach

[10]Auf Vergleiche von psychotherapeutischen Behandlungen mit sogenannten Placebo-Kontrollgruppen und deren uneindeutige Aussagekraft bezüglich der generellen Wirksamkeit von Psychotherapien wird hier aus Platzgründen nicht eingegangen und stattdessen z. B. auf (Lambert & Bergin, 1994, S.149 ff.) verwiesen.

[11] Die methodische Qualität der vorliegenden Meta-Analysen unterscheiden sich dabei stark, je nach dem, ob die Meta-Analysen sich auf direkte oder indirekte Therapievergleiche beziehen, welche Studien sie generell auswählen, wie sie die Therapieverfahren kategorisieren, wie sie bei der Berechnung der Effektstärkenmaße vorgehen usw. [vgl. z.B. \Shapiro, 1985 #2276;Garfield, 1983 #2269].

[12] Hierbei sind nicht nur , aber zu einem großen Anteil die beiden in Frage stehenden Verfahren, sondern auch andere Therapierichtungen, wie z.B. die Gesprächspsychotherapie gemeint.

Stiles et al., 1986) entliehene - Bezeichnung des *Dodo-Bird-Verdicts:* "Everybody has won and all must have prizes". Dies drückt pointiert die beiden zentralen Befunde der bisherigen Psychotherapieforschung aus: (1) Psychotherapie ist generell wirksam und (2) es sind keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Therapieverfahren nachweisbar.

Zu der geringeren Anzahl an Metaanalysen, die Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Verfahren finden, gehören die Arbeiten von Rachman und Wilson (1980) und die aktuellere Arbeit von Grawe et al.(1994), die allerdings methodisch insbesondere von Autoren der psychoanalytischen Richtung kritisiert worden ist (z.B. Rüger, 1994; Tschuschke, Kächele & Hölzer, 1994). Hierbei ist insbesondere das Vorgehen nach der sogenannten *box score* -Methode (bei der die Anzahl der Studien bzw. Vergleiche, in denen sich eine Therapierichtung einer anderen als überlegen gezeigt hat, als Bewertungskriterium zugrunde gelegt wird) tatsächlich als sehr problematisch anzusehen, da durch die damit verbundene Dichotomisierung die Größe der Unterschiede keine Beachtung finden kann.

5.1.1.3 Erklärungsmöglichkeiten für den *Dodo-Verdict*

Der mehrfach replizierte Befund des *Dodo-Bird-Verdicts*, bzw. des Äquivalenzparadoxons, ist nicht nur theoretisch erstaunlich, er ist auch insbesondere für viele Therapeuten, die eine jahrelange Ausbildung in speziellen Therapieverfahren gemacht haben - wie Stiles, Shapiro und Elliott (1986) es ausdrücken – 'persönlich schwer verdaulich' (vgl. S. 167). Hinzu kommt, dass dieses Ergebnis möglicherweise eine Positionsschwächung gegenüber anderen (z. B. psychopharmakologischen) Behandlungsformen zumindest aus Sicht derer darstellt, die einen Wirksamkeitsnachweis *aktiver Bestandteile* von einem Behandlungsverfahren fordern (vgl. Klein, 1996, zitiert nach Wampold, 1997), wie es in der Arzneimittelforschung üblich ist. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass der Äquivalenz-Befund zu lebhaften Diskussionen und zu einer Reihe an möglichen Erklärungsansätzen sowie zu Einwänden methodischer und inhaltlicher Art geführt hat. Hierbei lassen sich im wesentlichen zwei grundsätzlich unterschiedliche Haltungen einnehmen (in Anlehnung an Stiles et al., 1986):

1) Der *Dodo-Befund* als solcher wird angezweifelt, d.h. man geht davon aus, dass tatsächlich bestehende Wirksamkeitsunterschiede aus bestimmten - meist methodischen - Gründen bisher nicht nachweisbar sind. Hierbei wird u.a. neben der Unzulänglichkeit von Instrumenten zur adäquaten Erfassung des Therapie-Outcomes und der geringen statistischen Power vieler Untersuchungen vor allem die fehlende Berücksichtigung von Patienten- und Therapeuten-

variablen, die in Interaktion mit den verschiedenen Therapieverfahren stehen, genannt, die "Uniformitätsmythen" (Kiesler, 1977, zitiert nach Stiles et al., 1986) Vorschub leisten.

2) Die Gültigkeit des *Dodo-Befunds* wird nicht in Frage gestellt, es werden stattdessen Begründungen für die fehlenden Unterschiede herangezogen, wie insbesondere gemeinsame Wirkfaktoren (etwa der Aufbau von Hoffnung, das Anbieten eines Behandlungs rationals etc., z.B. Frank, 1971; Frank, 1985), die durch verschiedene Therapieformen und Interventionen realisiert werden. Ein weiterer wichtiger Erklärungsansatz geht davon aus, dass in den verschiedenen Therapieverfahren wohl unterschiedliche Veränderungsmechanismen wirken, dass diese allerdings zu einem vergleichbarem Therapieergebnis führen ('There are many ways to the mountain top.').

Der bei der Rezeption des Äquivalenzparadoxons deutlich werdende Interpretationsspielraum weist auf einen wesentlichen Mangel von Outcome-Untersuchungen insbesondere der frühen Phase der Therapieerfolgsforschung hin: Wie z.B. auch in der Übersicht von Stiles et al. (1986) sehr deutlich wird, kann eine fundierte Untersuchung des Therapieerfolgs nicht ohne eine ergänzende Erforschung der Therapieprozesse, die zu den entsprechenden Outcomes führen, erfolgen (vgl. hierzu auch die Überlegungen zur *treatment differentiation*, Kap. 2 und in diesem Abschnitt 5.2.2.1).

Dementsprechend rückte vermehrt seit den frühen 80er Jahren der therapeutische Prozess - insbesondere über seine Bedeutung für die Interpretation von Outcome-Studien - in den Blickpunkt wissenschaftlichen Interesses und es wurden verstärkt Untersuchungen mit Einbezugnahme von Prozessvariablen initiiert, die sogenannten Prozess-Outcome-Studien.

Auch in jüngerer Zeit hat die Auseinandersetzung um die Gültigkeit des *Dodo-Verdicts* nicht an Aktualität verloren: So erfährt der Befund des *Dodo-Verdicts* gerade seit Mitte der 90er Jahre eine Herausforderung durch Bestrebungen, sogenannte "empirically validated/ supported treatments" (EST) als Leitlinien für die Behandlung verschiedener Störungsbilder zu definieren, bei denen Verfahren der kognitiv-behavioralen Richtung in der Überzahl vertreten sind (Task Force of Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

5.1.2 Befunde zum differentiellen Therapieerfolg in der Gruppenpsychotherapie

Strauß, Eckert und Tschuschke (1996b) bezeichnen die Gruppe als "ein Stiefkind der Psychotherapieforschung" (S.11) und spielen damit auf den Umstand an, dass diese im

Vergleich zum Einzelsetting sehr viel weniger untersucht ist – trotz ihrer großen Verbreitung. Ein großer Anteil dieser 'Vernachlässigung' ist sicherlich auf die Komplexität der Gruppensituation und die daraus resultierenden Anforderungen an Fragestellungen und Untersuchungsdesigns (mit Einbezugnahme sozialpsychologischer Gesichtspunkte) aber auch auf die unterschiedlichen Konzepte, die unter dem Begriff *Gruppenpsychotherapie* subsummiert werden, zurückzuführen, die einem einfachen Zugang zu diesem Forschungsbereich und einem schnellen Erkenntnisfortschritt im Wege stehen (z. B. Burlingame, Kircher & Taylor, 1994; Piper, 1993).

Für den Bereich der Ergebnisforschung kommt als weiterer Aspekt hinzu, dass bei der historischen Entwicklung der Gruppenpsychotherapie (Barlow, Burlingame & Fuhriman, 2000) psychodynamische/psychoanalytisch orientierte Ansätze schon immer stark vertreten waren, die traditionell eher weniger eng mit (quantitativ-) empirischer Forschung verbunden sind. Diese Therapieverfahren sind auch möglicherweise den genannten Forschungsmethoden (im Vergleich zu z.B. phänomenologisch-hermeneutische Methoden) weniger gut zugänglich und darüber hinaus (aus ihrem therapeutischen Verständnis heraus) vom Interesse nicht primär auf Behandlungs*ergebnisse* ausgerichtet, wie Tschuschke (1999a) in einer Literaturübersicht hinsichtlich der letzten 25 Jahre belegen kann. Daher müssen insbesondere für die psychoanalytisch orientierten Gruppenverfahren "einige reale Forschungsdefizite" (Strauß, 2001, S.181) konstatiert werden.

Trotz dieses Hintergrunds gibt es mittlerweile im Bereich der Ergebnisforschung für die Gruppentherapie eine Reihe an Befunden, über die Fuhriman und. Burlingame (1994b) den wohl detailliertesten aktuellen Überblick vorlegen, soweit es Studien des englischsprachigen Raumes betrifft. Befunde von Gruppen-Therapieerfolgsstudien im europäischen, insbesondere deutschsprachigen Raum, die sich zu einem großen Teil auf das stationäre Setting beziehen, sind bei Strauß (2001) zusammengefasst. Auch das im Kontext dieser Arbeit besonders interessierende Setting der psychosomatischen Rehabilitation, deren psychotherapeutisches Angebot vor allem Gruppentherapien beinhaltet, kann einige Befunde beisteuern (siehe hierzu Kap. 6). Insgesamt wird bei diesen Studien deutlich, dass die Untersuchung der *generellen* Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien einen Schwerpunkt der bisherigen Forschungsaktivitäten bildet. Hierbei gibt es zahlreiche Befunde, die eine Überlegenheit der Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen belegen. Im Vergleich zur Einzelpsychotherapie - dem zweiten relativ stark untersuchten Bereich - erweisen sich Gruppenpsychotherapien überwiegend als zumindest gleich wirksam. Fuhriman und Burlingame

(1994a) sichten sieben Metaanalysen zu dieser Fragestellung, von denen fünf keine signifikanten Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppensetting nachweisen können. Die verbleibenden zwei Metaanalysen, in denen sich die Gruppentherapie der Einzeltherapie unterlegen (und sich nur genauso gut wie die Placebo-Bedingung) erweist, basieren auf Primärstudien, die kognitiv-behaviorale Therapien untersucht haben, die sich gemäß Fuhriman und Burlingame (1994a) der Gruppe lediglich als "convenient format" (S.16) bedient haben. Dies bedeutet, dass dort eher 'Einzeltherapien in der Gegenwart Anderer' durchgeführt wurden, so dass diese Studien bezüglich des interessierenden Vergleichs nicht herangezogen werden sollten.

Komparative Therapieerfolgsstudien zwischen Gruppenverfahren verschiedener therapeutischer Richtungen haben – anders als im Bereich der Einzelpsychotherapieforschung – kaum eine Tradition und es liegen hierzu nur wenige Veröffentlichungen vor (Strauß, 2001). Dies (1994) berichtet Ergebnisse hinsichtlich eines Überblicks von 22 Studien, in denen kognitiv-behaviorale mit 'traditionellen' Psychotherapien (4 interaktiv-interpersonale, 5 einsichts-orientierte-psychodynamische und 13 supportive Formen) miteinander verglichen wurden. Hier zeigten sich die kognitiv-behavioralen Behandlungen in 82% der Fälle als effektiver im Vergleich zu den supportiven und psychodynamischen Therapien, während sich zwischen kognitiv-behavioralen und interpersonalen Therapien keine differentiellen Effekte nachweisen ließen. Dies (1994) führt diesen Befund auf das Ausmaß an Strukturierung[13] zurück, das in den beiden letztgenannten Therapieformen ähnlich ausgeprägt war, während die psychodynamischen und supportiven Gruppen einen geringeren Grad an Strukturiertheit aufwiesen. Er führt dazu unterstützend an, dass in einem Vergleich von 27 Behandlungen, die sich als "equally active" (S.120) darstellten, in 20 Behandlungen (74%) keine differentiellen Effekte nachweisen ließen.

Untersuchungen der eigenen Arbeitsgruppe (Schulz, Lotz-Rambaldi, Koch, Jürgensen & Rüddel, 1999; Schulz, Watzke, Koch, Jürgensen & Rüddel, 2001) finden bei stationär behandelten psychosomatischen Patienten ebenfalls nur marginale Unterschiede zwischen den beiden in Frage stehenden Gruppenverfahren, wobei allerdings die Patienten zuvor differentiell zu den beiden Verfahren zugewiesen und somit unterschiedliche Patientengruppen in den beiden Verfahren behandelt wurden, so dass hier auch Alternativerklärungen für die Ergebnisäquivalenz möglich sind (siehe auch Kap. 6).

[13] Leider wird hierbei der Begriff Strukturierung sehr weit gefasst und dadurch nicht mehr abgrenzbar von Konzepten wie die Aktivität und die Direktivität des Therapeuten.

5.1.3 Zusammenfassung: Differentieller Therapieerfolg von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren

Es kann festgehalten werden, dass sich bisher mehrheitlich keine differentiellen Effekte bei der vergleichenden Untersuchung der Wirksamkeit von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien nachweisen haben lassen, wobei allerdings entsprechende Befunde für Therapien im Gruppensetting bisher noch nicht ausreichend vorliegen. Bei den wenigen vorliegenden Gruppenstudien gibt es zwar teilweise Hinweise auf eine vergleichbare Wirksamkeit der beiden Therapierichtungen, also auf das Vorliegen des *Dodo-Verdicts* auch im Bereich der Gruppenverfahren, allerdings steht eine eingehendere Überprüfung dieser Fragestellung noch aus.

Somit kann auf Ebene des Outcomes nicht von einer empirisch nachgewiesenen Unterschiedlichkeit der beiden Therapierichtungen ausgegangen werden.

Dieses lässt, wie im Zusammenhang mit der Rezeption dieses Befunds der Ergebnisäquivalenz oder *Dodo-Verdicts* bereits dargestellt wurde, u.a. ein verstärktes Interesse für die Therapie*prozesse* aufkommen und es stellt sich umso deutlicher die Frage nach einer Unterschiedlichkeit der beiden Verfahren auf dieser Ebene.

5.2. Empirische Befunde der Prozessforschung zur Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Vorgehens

5.2.1 Prozessforschung auf Ebene therapeutischer Interventionen, Haltungen und Inhalte: Allgemeine Vorbemerkungen

Der Bereich der empirischen Psychotherapie-Prozessforschung, eine noch relativ junge wissenschaftliche Disziplin, die - wie dargestellt - erst in den 80er Jahren eine Entwicklung "out of its infancy into toddlerhood" (Greenberg & Pinsof, 1986a, S.3) vollzogen hat, zeichnet sich in den letzten 20 Jahren durch eine enorme Forschungstätigkeit insbesondere im Einzelsetting aus, die vor allem Outcome-Prozess-Fragestellungen betrifft: So können Orlinsky et al. sich 1994 in ihrem zusammenfassenden Überblick der Outcome-Prozess-Literatur auf über 2300 Befunde beziehen, dies sind mehr als doppelt so viele Befunde wie noch bei einem entsprechenden Überblick in den 80er Jahren (Orlinsky & Howard, 1986). Die

empirischen Strategie, Outcome in Verbindung mit Prozessmerkmalen zu untersuchen, bezieht ihre Attraktivität vor allem aus der Tatsache, dass über die deskriptiven Möglichkeiten der reinen Prozessforschung ('Was ist Psychotherapie?') und die evaluativen Möglichkeiten der reinen Outcomeforschung ('Was bewirkt Psychotherapie?'), mit diesem Ansatz auch explikative Aspekte ('Wie wirkt Psychotherapie?*'*) untersucht werden können (z.B. Orlinsky et al., 1994) und somit die drei Aspekte, die als zentrale Aufgaben der Psychotherapieforschung angesehen werden (Orlinsky, 1998), Beachtung finden.

5.2.1.1 Prozessforschung in der Einzelpsychotherapie

Die Untersuchung von Prozessvariablen auf Ebene von therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalten (in der Regel ohne komparative Perspektive) hat in der Einzelpsychotherapie schon immer einen großen Stellenwert eingenommen, so dass eine Vielzahl von Studien mit verschiedenen Designs (u.a. die sogenannten *dismanteling studies*) hierzu vorliegen. Diese können allerdings bisher nur eingeschränkt die in den einzelnen therapeutischen Konzeptionen postulierten Zusammenhänge zwischen Interventionen und Therapieerfolg systematisch bestätigen (Ahn & Wampold, 2001; Orlinsky et al., 1994).

Studien, die - sowohl mit oder ohne Bezug zum Outcome - breit angelegt therapeutische Techniken eines bestimmten Therapieverfahrens erfassen, um zu erfahren, welche therapeutischen Faktoren zur Anwendung kommen und wie therapeutisches Verhalten zu beschreiben ist, wurden z.T. schon relativ früh vorgelegt (z.B. McNair & Lorr, 1964), wobei die Mehrzahl der Untersuchungen hierbei mit psychoanalytisch begründeten Therapien durchgeführt wurde (z.B. Beutler et al., 1994).

5.2.1.2 Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie

5.2.1.2.1 Besonderheiten der Gruppenprozessforschung

Der Gruppenpsychotherapie-Prozessforschung ist als Schnittmenge von Gruppenforschung einerseits und Prozessforschung andererseits, die beide schon für sich alleine genommen keine einfach zugänglichen Gebiete empirischer Untersuchungen darstellen (s.o.), in verstärktem Maße mit einer Reihe an Schwierigkeiten, sowohl aus inhaltlich-konzeptueller, als auch methodischer Perspektive konfrontiert, so dass die im Vergleich zur Einzelpsycho-

therapie geringe Anzahl vorliegender empirischer Arbeiten nicht sonderlich erstaunt (Burlingame et al., 1994; Fuhriman & Burlingame, 1994a; Tschuschke, 1996, 1999b).

Wie Dies (1993) berichtet, sind überraschenderweise die überwiegende Mehrzahl der Prozessstudien in der Gruppenpsychotherapie bisher im europäischen Raum durchgeführt worden, wobei viele der deutschsprachigen Studien aus dem stationären Bereich, u.a. auch aus dem Setting der Rehabilitation, stammen.

Aus den USA und Kanada, woher ca. 80-90% der Psychotherapieforschung kommt, liegen im Bereich der Prozessforschung, wie Tschuschke (1996) ausführt, vor allem Patientenbefragungen zum Bereich der Gruppenwirkfaktoren vor, der Schwerpunkt der nordamerikanischen Gruppentherapie-Forschung liegt aber bei *Ergebnis*studien, bei denen der dort oft vorgezogene "Big-is-better"-Ansatz (Dies, 1993, S.481) eher zu verwirklichen ist als bei Prozessstudien.

Dieses Forschungsdefizit bezüglich des Gruppenprozesses spiegelt sich u.a. darin wider, dass weder das als Standardwerk der Gruppenpsychotherapie geltende "Handbook of Group Psychotherapy" (Fuhriman & Burlingame, 1994b) der Prozessforschung ein eigenes Kapitel widmet (Prozess-Outcome-Befunde finden sich allerdings über die verschiedenen Kapitel verteilt), noch im "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" (Garfield & Bergin, 1994) Bednar and Kaul (1994) in ihrem Kapitel zur Gruppentherapie in größerem Maße auf Prozessbefunde eingehen (Ausnahme sind hierbei die Befunde zum Gruppenwirkfaktor Kohäsion, die ausführlicher berichtet werden).

5.2.1.2.2 Therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte als Gegenstand der Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie

Therapeutische Interventionen in der Gruppenpsychotherapie sind im Vergleich zu Interventionen im Einzelsetting bisher weniger Gegenstand empirischer Studien. Dies liegt neben den bereits genannten allgemeinen Schwierigkeiten der Gruppenforschung möglicherweise auch daran, dass der Therapeut in der Gruppe nicht die prominente Rolle einnimmt wie das im Einzelsetting der Fall ist, da zusätzlich die gesamte Gruppe als therapeutisches Agens gilt. Dementsprechend stellt die Beforschung der sogenannten **Gruppenwirkfaktoren**, die sich in der Regel nicht explizit auf die vom Therapeuten initiierten Interventionen beziehen, einen weit stärkeren Schwerpunkt dar (Tschuschke, 1996, 2001).

Das Konzept der Gruppenwirkfaktoren basiert vor allem auf den Arbeiten von Corsini und Rosenberg (1955), Yalom (1996)und Bloch & Crouch (1985) und beschreibt - je nach Taxonomie - zwischen 12 und 16 gruppenspezifische 'Mechanismen der Veränderung', die in Abhängigkeit von Therapieform, Gruppenzusammensetzung, Gruppenphase u.a. unterschiedlich ausgeprägt in Gruppen vorhanden sein und zum Therapieerfolg beitragen sollen. Ähnlich wie im nordamerikanischen Raum erfolgt die Erhebung der Wirkfaktoren dabei in der Regel aus Perspektive der teilnehmenden Patienten[14], wofür entsprechende Fragebogenverfahren vorliegen, wie etwa das *Gruppenwirkfaktoren-Q-Sort* nach Yalom (vgl. z.B. Eckert, 1996) oder der *Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen* (Davies-Osterkamp, 1996).
Die bisherigen Untersuchungen zu den von Patienten als hilfreich empfundenen Wirkfaktoren und zum Zusammenhang von Wirkfaktoren und Therapie-Outcome haben bisher einige wenige konsistente Befunde erbracht (Bednar & Kaul, 1994; Tschuschke, 1996), eine Spezifität dieser Faktoren in verschiedenen Gruppensettings (z.B. ambulant vs. stationär) konnte bisher nicht nachgewiesen werden was u.a. vor dem Hintergrund der einseitigen Datenquellen (Patientenbefragungen), die einbezogen werden, diskutiert werden kann. Mittlerweile liegen auch Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung aus Sicht nichtteilnehmender Beobachter vor (z.B. Budman et al., 1990).
Weitere untersuchte Aspekte des Gruppenprozesses, die nicht direkt mit dem beschriebenen Wirkfaktorenkonzept in Verbindung stehen, sind insbesondere das ebenfalls aus Patientenperspektive erhobene Gruppenklima (operationalisiert z.B. über den *Group Climate Questionnaire*, GCQ-S, von MacKenzie, 1981), die unmittelbar Auswirkungen des gruppen-psychotherapeutischen Geschehens (operationalisiert z.B. über den *Gruppenerfahrungs bogen*, GEB, vgl. Eckert, 1976) sowie das (emotionale) Erleben der Patienten (z.B. der *Stuttgarter Bogen*, SB, von Lermer & Ermann, 1976).

Einen weiteren Schwerpunkt bilden Untersuchungen zur Kommunikations- bzw. Sozialstruktur und zum Interaktionsverhalten in Gruppentherapien, die in der Regel aus der Beobachterperspektive erhoben werden. Hierzu liegt eine große Anzahl an Studien sowie vielfältige Instrumente vor wie z.B. die *Structural Analysis of Social Behaviorar* (SASB, Benjamin, 1974) oder die *Hill-Interaktionsmatrix* (Hill, 1965; zitiert nach Czabala & Brykczynska, 1996) u.a..

[14] Eine Ausnahme bildet hierbei die später noch genauer vorzustellende *Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala* (KGPPS, Rohweder & Wienands, 1993; Strauß, Burgmeier-Lohse, Rohweder & Wienands, 1996), die u.a. Wirkfaktoren als Fremdrating erhebt.

Auf Ebene der hier interessierenden konkreten therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalte sind vor allem die Untersuchungen zum sogenannten *leadership behavior* zu nennen, die sich u.a. auch auf diese Variablenbereiche beziehen (z.B. DePalma, Gardner & Zastowny, 1984). Ein von Dies (1994) angefertigte Überblick zu den Instrumenten, Dimensionen und Untersuchungen macht dabei deutlich, dass 1) die verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen von Therapieverfahren wenig Berücksichtigung finden, 2) ein großer Teil der Untersuchungen und Instrumente sich auf einzelne Bereiche wie z.B. Konfrontation, Strukturierung, empathisches Verständnis, Interesse etc. beziehen und 3) vor allem Daten aus Perspektive von Beobachtern und Patienten erhoben werden. Auch die Überblicke von Fuhriman und Packard (1986) bzw. von Strauß, Eckert und Tschuschke (1996a) bestätigen diese Schlussfolgerungen.

Speziell für die beiden hier interessierenden Therapieausrichtungen liegen Arbeiten bezüglich psychoanalytisch orientierter Gruppen von Piper und McCallum (1992, zitiert nach Strauß, Eckert & Tschuschke., 1996c) und im deutschen Raum von Rohweder & Wienands (1993) und bezüglich (kognitiv-) behavioraler Gruppen z.B. von Stoppard & Henri (1987) vor.
Beispielsweise untersuchten Rohweder und Wienands (1993) eine psychoanalytisch orientierte stationäre Langzeittherapie über 81 Sitzungen u.a. hinsichtlich gruppenbezogener Interventionen anhand der *Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala* (KGPPS, siehe auch Tabelle 4), die sie jeweils auf 15-minütige Sitzungssequenzen anwandten. Die Studie, in der es primär um die Erprobung des Instruments ging, konnte - zumindest für den Kontext des untersuchten Gruppenverfahrens - Hinweise für die Praktikabilität der KGPPS sowie deren Eignung, Spezifika von Gruppentherapien und objektive Veränderungen der Gruppe (z.B. Therapeutenwechsel) abzubilden, liefern. Inhaltlich zeigte sich, dass konfrontative Maßnahmen die charakteristischste Interventionsform darstellte.

5.2.2 Komparative Prozessstudien zur Unterschiedlichkeit von psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien

5.2.2.1 Empirische Befunde der komparativen Prozessforschung in der Einzelpsychotherapie

Allgemeiner Überblick

Für das Einzelsetting liegen mittlerweile eine Reihe an Studien vor, die einen direkten empirischen Vergleich zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapieverfahren bezüglich therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte i.w.S. vornehmen (Ablon & Jones, 1998, 1999; Brunink & Schroeder, 1979; Gaston & Ring, 1992; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd & Shapiro, 1997; Goldfried, Raue, Castonguay & Terporten, 1998; Goldsamt, Goldfried, Hayes & Kerr, 1992; Hill et al., 1992; Jones & Pulos, 1993; Kerr, Goldfried & Hayes, 1992; Kubacki & Chase, 1998; Luborsky, McLellan & O´Brien, 1982; Silove, Parker & Manicavasagar, 1990; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975; Startup & Shapiro, 1993; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1988; Stiles, Startup, Hardy, Barkham & Reynolds, 1996; Wiser & Goldfried, 1996).

Nahezu alle Studien wählen dabei als Datenquelle die Einschätzungen von nichtteilnehmenden Beobachtern (audio- oder videogestützt), nur sehr vereinzelt werden Einschätzungen aus anderer Perspektive erhoben (z.B. Sloane et al., 1975).

Die Studien unterscheiden sich dabei insbesondere hinsichtlich der folgenden Gesichtspunkte:
1) *Spektrum des erfassten Variablenbereichs*: Einige Studien beziehen sich auf spezielle Bereiche der therapeutischen Interventionen, Haltungen oder Inhalte (z.B. therapeutisches Feedback, inter- vs. intrapersonaler Fokus usw., vgl. Goldsamt et al., 1992; Kerr, et al., 1992; Stiles et al., 1988), während andere ein weiteres Spektrum erfassen (z.B. Goldfried et al. 1997; Jones & Pulos, 1993; Luborsky et al., 1982).
2) *Verglichene Behandlungsverfahren*: Hinsichtlich der konkreten therapeutischen Verfahren, die untersucht werden, ist festzustellen, dass sich einerseits in frühen Studien - aufgrund des damaligen Entwicklungsstandes der Verhaltenstherapie - die Vergleiche auf rein behaviorale Therapien (ohne expliziten kognitiven Aspekt) beziehen (Brunink & Schroeder, 1979; Sloane et al., 1975). Andererseits untersuchen neuere Ansätze (z.B. Ablon & Jones, 1999; Marvin R. Goldfried et al., 1997; C. E. Hill et al., 1992) als psychoanalytisch begründetes Verfahren vor

allem die Form der interpersonalen Psychotherapie (IPT, Klerman & Weissman, 1984).[15] Darüber hinaus liegen einige weitere Studien vor, die sich auf andere spezielle Behandlungsformen innerhalb der beiden Therapierichtungen (z.B. Stiles et al., 1988) bzw. auf spezielle Störungsbilder (z.B. Suchterkrankungen, Luborsky et al., 1982) beziehen.

3) *Zugrunde liegendes Datenmaterial*: Die Anzahl der einbezogenen Therapien und Sitzungen variiert stark und reicht von einzelnen Sitzungen (Goldsamt et al., 1992) bis zu Therapien über mehrere Wochen (z.B. Stiles et al., 1988) als Datenbasis. Darüber hinaus unterscheiden sich die Therapeuten, die die Behandlungen durchführten, hinsichtlich ihres Erfahrungshintergrundes: Einige der Therapien wurden explizit von Experten bzw. 'master therapists' durchgeführt (Ablon & Jones, 1998; Goldfried et al., 1998; Goldsamt et al., 1992), andere stammen von Therapeuten, die hinsichtlich ihres Erfahrungshintergrundes und ihrer Ausbildung ungenau gekennzeichnet werden oder die im dem jeweiligen Verfahren zum Zwecke der Untersuchung 'instruiert' wurden (Getter, Litt, Kadden & Cooney, 1992, vgl. auch Abschnitt 5.2.2.2).

4) *Zielsetzungen*: In Verbindung mit Unterpunkt 3) ist als ein weiterer, sehr wichtiger Aspekt zu nennen, dass die Studien unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen:

a) In den Studien, in denen Therapeuten mit Expertenstatus die Behandlungen durchführen, geht es darum, welche Prozessmerkmale die beiden Therapieverfahren *als Prototypen* unterscheiden bzw. welche differentiellen Merkmale eine Verhaltenstherapie bzw. eine psychoanalytisch begründete Therapie 'im Idealfall' aufweist So wurden z.B. in der Studie von Goldsamt et al. (1992) jeweils eine Therapiesitzung von Strupp, Beck und Meichenbaum miteinander verglichen. Die dort gefundenen Unterschiede können Anregungen für die Entwicklung von differentiellen Leitlinien bzw. von 'Sollwerten' (für Forschungs- und Ausbildungsangelegenheiten) geben, sie sind allerdings nur sehr begrenzt, wenn überhaupt, generalisierbar in Bezug auf den 'Ist-Zustand' des Großteil der in der Versorgung durchgeführten Therapien.[16]

b) Bei Prozessstudien, die im Rahmen von experimentellen Studien zum Therapieerfolg durchgeführt worden sind, besteht die primäre Zielsetzung darin, eine Sicherung der sogenannten *treatment fidelity* und *treatment differentiation* vorzunehmen, um letztendlich die

[15] Für einen Überblick distinkter Merkmale der interpersonalen Psychotherapie im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Form siehe (Blagys & Hilsenroth, 2000).
[16] Dies ist bei Goldsamt et al. (1992) nicht nur der Fall aufgrund des Expertenstatus der Behandler, sondern auch aufgrund der Untersuchung von nur einer Therapiesitzung pro Therapeut.

Outcome-Befunde validieren zu können. Da dieses für eine relativ große Anzahl insbesondere neuerer Studien zutrifft, soll auf hierauf etwas näher eingegangen werden:

Forschungsansätze zur treatment fidelity und zum Adherence-Competence-Ansatz

Direkt aus Bemühungen, die interne Validität von Therapieerfolgsstudien zu verbessern, hat sich der Ansatz der *treatment fidelity* und der Adherence-Competence-Forschung entwickelt. *treatment fidelity* beinhaltet dabei die beiden Komponenten (1) der *treatment integrity* (auch als treatment adherence bezeichnet, vgl. Hogue et al., 1998), d.i. das Ausmaß, zu dem eine implementierte Behandlung ihrer Therapiekonzeption entspricht, und (2) der *treatment differentation*, d.i. das Ausmaß, zu dem sich zwei implementierte Behandlungsverfahren tatsächlich wie intendiert unterscheiden (Moncher & Prinz, 1991). Der Ansatz der Adherence-Competence unterscheidet darüber hinaus noch explizit, inwieweit bei der implementierten Behandlung die konzeptuell vorgesehenen Methoden nicht bloß eingesetzt (*adherence*), sondern auch *kompetent* eingesetzt werden (*competence*) (z.B. Waltz et al., 1993).

Bei den Überlegungen zur *treatment fidelity* wird davon ausgegangen, dass es bei der Implementierung der in Outcome-Studien untersuchten therapeutischen Behandlungen nicht ausreicht, manualgeleitet vorzugehen, obwohl dies bereits einen wesentlichen methodischen Fortschritt darstellt (Luborsky & DeRubeis, 1984). Vielmehr sollten zusätzlich die durchgeführten Behandlungen explizit hinsichtlich ihrer *treatment integrity* und *differentation* überprüft werden (im Sinne einer Manipulationsüberprüfung der unabhängigen Variablen), um intern valide Aussagen machen zu können, also um im Falle von komparativen Studien entscheiden zu können, ob das Ausbleiben differentieller Effekte (*Dodo-Bird-Verdict*) tatsächlich auf die gleiche Wirksamkeit der untersuchten Verfahren hinweist oder lediglich auf eine unzureichende bzw. unzureichend unterschiedliche Umsetzung der Verfahren, d.h. auf eine unzureichende *treatment differentiation* zurückzuführen ist.

Einen Überblick zum Adherence-Competence-Ansatz sowie zu in diesem Kontext durchgeführte Studien gibt (Waltz et al., 1993). Mittlerweile liegen eine Reihe an Untersuchungen zum Therapieerfolg vor, die in ihrem Design (neben der mittlerweile zum Standard gehörenden Manualisierung der Behandlungen) die Überlegungen zur *treatment integrity* (z.B. Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996; Svartberg & Stiles, 1992) und auch der *treatment differentation* berücksichtigen (z. B. Hogue et al., 1998), was nicht nur zu einem Fortschritt bezüglich der Aussagekraft von Outcome- bzw. der Prozess-Outcome-Studien geführt hat, sondern auch die Auseinandersetzung mit der als eigenständig zu behandelnden

Frage nach der Unterschiedlichkeit von therapeutischen Prozessvariablen weiter voran getrieben hat.

Bezüglich der *treatment differentation* bei der Implementierung verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch begründeter Methoden sind vor allem Daten, die aus den beiden bereits erwähnten komparativen Depressions-Outcome-Studien, TDCRP des NIMH und dem Sheffield Psychotherapy Project (siehe Abschnitt 5.1.1.2) stammen, analysiert worden (z.B. Hill et al.,1992; Stiles et al. 1988).

c) Eine zentrale Zielsetzung komparativer Prozessstudien besteht in der Identifikation gemeinsamer und spezifischer Prozessmerkmale bzw. Wirkfaktoren (z.B. Ablon & Jones, 1999; Goldfried et al., 1997; Jones & Pulos, 1993). Ein Teil der damit beschäftigten Forschergruppen versucht auf diese Weise, eine empirische Basis für die Entwicklung Therapieschulen übergreifender Integrationsmodelle (vgl. Kap. 2).Letzteres trifft vor allem auf die Arbeiten von Goldfried und Mitarbeitern zu (z.B. Arnow & Castonguay, 1996; Goldfried et al., 1997; Goldfried et al., 1998; Kerr et al., 1992).

Während es bei der unter b) genannten Zielsetzung eher um einen generellen Nachweis der Unterschiedlichkeit geht, sind bei dieser Zielsetzung (ebenso wie bei der unter a) genannten Zielsetzung) die *einzelnen* inhaltlichen Bereiche, in denen sich Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zeigen, von zentralem Interesse.

Zentrale Befunde komparativer Prozessstudien

Nach den vorangegangenen allgemeinen Erläuterungen sollen in diesem Abschnitt einige der wichtigen Vergleichsstudien und deren Befunde näher dargestellt werden. Die Auswahl der Studien wurde so getroffen, dass diejenigen Studien ausführlicher erläutert werden, die

- von verschiedenen Forschungsgruppen stammen
- ein möglichst breites Spektrum an Prozessvariablen erheben[17],
- Ergebnisse mitteilen, die inhaltliche Aussagen auf Ebene der *einzelnen* Prozessbereiche erlauben[18] und
- hinsichtlich der anderen, hier nicht dargestellten Untersuchungen repräsentative Ergebnisse aufweisen.

[17] Aufgrund dieses Kriteriums wurde die Studie von Flowers und Booraem (1990); Kerr et al. (1992); Stiles et al. (1988) und Wiser und Goldfried (1993) nicht aufgenommen, da diese sich auf jeweils spezielle Prozessvariablen konzentrieren.
[18] Aufgrund dieses Kriteriums ist die Studie von Hill et al. (1992) und von DeRubeis, Hollon, Evans und Bemis (1982), die Ergebnisse lediglich auf Skalenebene beschreibt, nicht in den Überblick aufgenommen worden.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die ausgewählten Studien und ihre zentralen Befunde. Im folgenden sollen sie kurz erläutert werden und insbesondere hinsichtlich ihrer Generalisierbarkeit bezogen auf Therapien, wie sie in der Versorgungspraxis implementiert und durchgeführt werden, eingeschätzt werden.

Tabelle 2

Überblick über zentrale komparative Prozessstudien zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapieformen

Autor(en)	**Teilnehmer**	**Verglichene Therapie-verfahren**	**Anzahl untersuchter Therapie-sitzungen/ Analyseeinheit**	**Instrumente**	**Befunde**	
					Bereiche mit **nachgewiesener Unterschiedlichkeit** von PA- und VT-Verfahren[a]	Bereiche mit **fehlender Unterschiedlichkeit** von PA- und VT-Verfahren
Sloane et al. (1975) ("Temple-Studie")	ambulante Patienten mit heterogenen Diagnosen	psycho-analytisch orientierte und behaviorale Kurzzeittherapie (Einzelsetting)	N = 50 (jede 5. Sitzung von 50 Therapien)/ jeweils 4 x 4 Minuten-Segmente	Beobachter-perspektive: *Truax Therapist Variablen* (Truax & Carkhuff, 1967, ziziert nach Sloane et al., 1975); *Lenhard & Bernstein Categories* (Lenhard & Bernstein, 1960, zitiert nach Sloane et al., 1975), *Temple Content Categories* u.a.	Beobachterperspektive: **Höhere Ausprägungen in der VT**: - Kontrolle über die Inhalte der Interaktion - Gabe von Informationen - direktive Aussagen ("do this") - Gesprächsanteile allgemein (längere Beiträge) - Tiefe des interpersonalen Kontakte - akkurate Empathie - Selbstkongruenz	Beobachterperspektive: - nach Informationen fragen - Klärung und Interpretation (tendenziell höher in VT) - Nicht-direktive Aussagen - Wertschätzung - Geringschätzung - Unbedingte positive Wertschätzung - Tiefe der intrapersonalen Exploration
				Patienten-perspektive: *Relationship Questionnaire* (Truax & Carkhuff, 1967, zitiert nach Sloane et al., 1975); *Lorr Scale* (Lorr, 1965, zitiert nach Sloane et al., 1975)	Patientenperspektive: **Höhere Ausprägungen in der VT**: - Selbstkongruenz	Patientenperspektive: - Empathie - nicht-besitzergreifende Wärme - Verständnis - Akzeptanz
Brunink & Schroeder (1979)	Patienten (ausgewählt von Psycho-therapeuten mit Experten-status) mit heterogenen Diagnosen, Ausschluss u.a. von Komorbidität	psychoanalytisch orientierte, behaviorale und Gestalttherapie (Einzelsetting)	N = 18 (von 18 Pat.)/ jeweils gesamte Sitzung	Beobachter-perspektive: *System for Assessing Therapist Communication* (SATC)	**Höhere Ausprägungen in der VT**: - direkte Führung - emotionale Unterstützung - unterstützende Kommunikation	- Erleichterungs-/ Förderungstechniken - Exploration - Klarifikation - Interpretation - Strukturierung - Zeitlicher Fokus - Interview-Fokus (Fokus auf Klient, therap. Selbstöffnung, Pat.-Therap.-Beziehung) vs. Therapeut) - Grad der Initiative - Kommunikationsstil - therapeutisches Klima[b]

Luborsky et al. (1982) (Studie 2)	Patienten mit Sucht-erkrankung (Teilnehmer eines Methadon-Substitutions-projektes)	supportiv-expressive (SE) und kognitiv-behaviorale Kurzzeittherapie sowie "Drogen-Reha-Beratung" (Einzelsetting)	N = 82 (von 37 Pat.) / 15-Minuten-Segmente vom Sitzungsende	Beobachter-perspektive: - eigenes Rating-Instrument (aus Manualen abgeleitet) - *Temple Content Categories*	**Höhere Ausprägungen in der VT**: - Finden und Herausforderung kognitiver Verzerrungen; Behaviorale Techniken - Direktivität - Exploration **Höhere Ausprägungen in der PA (SE)**: - Interventionen, um Pat. Selbstausdruck zu erleichtern - Verstehen von Gefühlen und Beziehungen - Nicht-direktive Aussagen	- Besprechen aktueller Probleme - Geben von Ratschläge - Berater als 'Peer'[c] - Gabe von Informationen - Interpretation und Klarifikation - Unterstützung
Jones & Pulos (1993)	PA-Sitzungen: Patienten eines Forschungs-projektes mit "neurotischen Störungen"; VT-Sitzungen: Patienten einer Studie von Hollon et al. (1989 zitiert nach Jones & Pulos, 1993) mit Depressionen	psycho-dynamische und kognitiv-behaviorale Kurzzeittherapie (Einzelsetting)	N = 168 (von 62 Pat. / ganze Sitzung	Beobachter-perspektive: *Process Rating Form* (PQS, Jones, 1985)	insg. 44 Therapeuten- und Interaktionsitems[d]; **Höhere Ausprägung in der VT** (Auswahl[e]): - "lehrerhaftes" (didaktisches) Auftreten -Thematisierung v. Aktivitäten außerh. der Sitzung - Kontrolle über Interaktion - Erklärung des Behandlungsrationals -Thematisierung kognitiver Inhalte - Ratschläge und Anleitung - Unterstützung - therap. Selbstöffnung **Höhere Ausprägungen in der PA** (Auswahl[e]): - Betonung von Gefühlen - therap. Neutralität - Interpretation verdrängter / unbewusster Inhalten - Verknüpfung aktueller Gefühle / Wahrnehm. mit d. Vergangenh. - Herausstellung von Abwehrmechanismen - Fokussierung unakzeptierter Gefühle - Thematisierung von Kindheitserinnerungen - Identifikation von Erfahrungs- und Verhaltensmustern - Thematisierung der therap. Beziehung	insgesamt 12 Therapeuten- und Interaktionsitems[d], keine genauen Angaben in der Veröffentlichung
Goldfried et al. (1997)	ambulante Patienten mit Depression aus der Sheffield II Studie (Shapiro et al., 1994)	psycho-dynamisch-interpersonale und kognitiv-behaviorale Kurzzeittherapie (Einzelsetting)	N = 114 (von 57 Patienten)/ ganze Sitzung	*Coding System of Therapeutic Focus* (CSTF, Goldfried, Newman & Hayes, 1989);	23 Bereiche: **Höhere Ausprägung in der VT** (Auswahl): - Gabe von Informationen - Unterstützung - Ermutigung zu neuen Erfahrungen zwischen den Sitzungen - Aufzeigen von Wahl- u. Entscheidungsmöglichk. - Fokus auf externe Situation des Pat. - Zeitrahmen: Zukunft **Höhere Ausprägungen in der PA:** - Aufzeigen von intrapersonalen Mustern - Aufzeigen von intrapersonalen Inkongruenzen - Aufzeigen von Beziehungsmustern (über Zeit, Personen,...) - Aufzeigen von Vermeidung - Erwartete/ eingebildete Reaktion Anderer Fokus auf - Emotionen - Eltern der Patienten - eigene Person des Therapeuten - Zeitrahmen: Präadoleszenz	10 Bereiche: - Überprüfung der Realität - Thematisierung von möglichen Veränderungen durch die Behandlung; - Zeitrahmen: Gegenwart Fokus auf - Selbstbeobachtung - Selbstbewertung - Erwartungen - allgemeine Denkweisen - Intentionen des Patienten

Fortsetzung Tabelle 2

Ablon & Jones (1999)	Patienten der TDCRP (z.B. Elkin, 1994) mit majorer Depression	interpersonale und kognitiv-behaviorale Kurzzeittherapie (Einzelsetting)	N=128 Sitzungen (von 66 Patienten) / ganze Sitzung	Beobachter-perspektive: *Process Rating Form* (PQS, Jones, 1985)	insg. 38 Therapeuten- und Interaktionsitems[d]; **Höhere Ausprägung in der VT** (Auswahl[e]): -Thematisierung kognitiver Inhalte - Thematisierung von Aktivitäten außerhalb der Sitzung - "lehrerhaftes" (didaktisches) Auftreten - Kontrolle über Interaktion -Differenzierung realer vs. eingebildeter Bedeutungen von Erfahrungen - Herausforderung der Sichtweise des Pat. - "Stärkung der Abwehr" des Pat. - Erklärung des Behandlungsrationals - Ratschläge und Anleitung - therap. Selbstöffnung **Höhere Ausprägungen in der PA** (Auswahl[b]): - Betonung von Gefühlen - therap. Neutralität - Sensitivität bzgl. Gefühle des Pat. - Verknüpfung aktueller Gefühle / Wahrnehm. mit d. Vergangenh. - Interpretation verdrängter / unbewusster Inhalten - Thematisierung von Kindheitserinnerungen - Interpersonale Beziehungen als Hauptthema - Exploration (Frage nach mehr Informationen) - Herausstellung von Abwehrmechanismen - Fokussierung unakzeptierter Gefühle - Identifikation von Erfahrungs- und Verhaltensmustern	23 Therapeuten- und Interaktionsitems[d], genannt werden: - Unterstützung - Bestätigung - Ermutigung zu Unabhängigkeit - Vorschläge alternativer Verhaltensweisen gegenüber anderen Personen
Getter und Litt (1992)	stationäre Patienten mit Substanzabhängigkeit	"coping skill training" mit interpersonaler Therapie, **(Gruppen-seting)**	N=50 Sitzungen (von 10 Gruppen mit insgesamt 96 Patienten) / jeweils 2 Blöcke a` 15-Minuten pro Sitzung	Beobachter-perspektive: *Group Session Rating Scale* (GSRS, Kadden et al., 1989)	**Höhere Ausprägung in der VT**: - Psychoedukation / Skill Training - Rollenspiel - Problemlösung **Höhere Ausprägungen in der PA**: - Hier-und-Jetzt-Fokus (i.d.Gruppensitzung) - Exploration und Ausdruck von Gefühlen - Interpersonales Lernen (innerhalb und Außerhalb der Gruppe)	- Identifikation von Situationen mit hohem Risiko (bzgl. Rückfall)

Anmerkungen.

[a] PA steht für psychoanalytisch begründet, VT für verhaltenstherapeutisch begründet.

[b] Trotz der geringen Power der Studie konnten Unterschiede zur ebenfalls in den Vergleich einbezogenen Gestalttherapie in immerhin sechs Bereichen nachgewiesen werden.

[c] Diese Bereiche wurden aus dem Manual für die "Drogen-Rehabilitationsberatung" entwickelt und daher aufgenommen.

[d] Bezug genommen wird hierbei auf die Mittelwertsdifferenzen zwischen den beiden Verfahren.

[e] Aufgeführt sind jeweils diejenigen sieben Items mit den größten absoluten Mittelwertsdifferenzen sowie einige Items, die für die in Kapitel II fokussierten Bereichen von Relevanz sind.

Die Studien zur Untersuchung des Einzelsettings sind zunächst aufgeführt, gefolgt von der Gruppenstudie. Ansonsten wird eine chronologische Reihenfolge eingehalten.

Die Temple-Studie von Sloane et al. (1975)

Die wohl bekannteste frühe Forschungsarbeit, die neben einem Wirksamkeitsvergleich in einem randomisierten Design auch eine komparative Untersuchung von Prozessvariablen der beiden Therapierichtungen vorgenommen hat, ist die sogenannte Temple-Studie von Sloane et al.(1975). Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, ließen sich schon hier in einigen zentralen therapeutischen Variablen Unterschiede zwischen psychoanalytisch orientierten und behavioralen Behandlungen nachweisen, die in späteren Studien bestätigt werden konnten. Hierbei sind insbesondere die theoriekonformen höher ausgeprägten Einschätzungen in der Verhaltenstherapie hinsichtlich der Bereiche 'Lenkung/Kontrolle über die Inhalte der Interaktion', 'Gabe von Informationen' und 'Direktivität' zu nennen. Allerdings weisen in der Temple-Studie einige Bereiche entgegen der Erwartung keine signifikanten Unterschiede auf (insbesondere 'Interpretation' und 'explorative Interventionen').

Kritisch anzumerken ist an der sehr aufwendig und sorgfältig durchgeführten Studie, dass einige zentrale klinische Aspekte lediglich als unstandardisierte Berichte aus Perspektive der Therapeuten vorliegen. Die standardisierten Einschätzungen der Rater beziehen hinsichtlich der therapeutischen Interventionen nicht die besonderen Konzeptionen der Therapieverfahren ein (z.B. Übertragung, Konfliktfokussierung, konkret behaviorale Interventionen etc.), so dass hierüber keine Aussagen gemacht werden können. Hinzu kommt, dass insgesamt auf eine relativ geringe Datenbasis zurückgegriffen wird (eine Sitzung pro Therapie, davon z.T. Stichproben von nur jeweils vier x vier Minuten Dauer) und dass nur wenige, sehr ausgewählte Therapeuten die Behandlungen durchführten (N = 6), was die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse einschränkt.

Die Studie von Brunink und Schroeder (1979)

In einer ebenfalls frühen Prozessstudie, in der Brunink und Schroeder (1979) verbales therapeutisches Verhalten von 18 Psychoanalytikern, Verhaltens- und Gestalttherapeuten (jeweils ausgewiesene Experten ihrer Orientierung) verglichen, ergibt sich entgegen der Erwartung der Autoren, dass die psychoanalytischen und behavioralen Therapien untereinander ähnlicher sind als die beiden Richtungen im Vergleich zur Gestalttherapie. Unterschiede zeigen sich lediglich darin, dass Verhaltenstherapeuten als direktiver und unterstützender im Vergleich zu Psychoanalytikern eingeschätzt werden.

Hingegen gibt es - trotz der nicht allzu großen Power der Testungen (durch die relativ kleine Stichprobe bedingt) - sechs Dimensionen, in denen sich signifikante Unterschiede zwischen der Gestalttherapie und den anderen beiden Therapierichtungen nachweisen lassen.

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungspraxis ist sicherlich als noch eingeschränkter als in der Temple-Studie zu bewerten, zumal die sorgfältig selektierten Therapeuten Bänder von ihren Therapiesitzungen wiederum selbst auswählten und für die Studie zur Verfügung stellten. Trotzdem ist der an dieser Stichprobe erfahrener Therapeuten gewonnene Befund der relativen Ähnlichkeit der beiden in Frage stehenden Verfahren interessant und mag die von Skovholt und Ronnestad (1995) entwickelten Vorstellungen unterstützen, nach denen erfahrene Therapeuten sich mehr und mehr von ihrer theoretischen Orientierung lösen.

Die Studie von Luborsky et al. (1982)

Luborsky et al. (1982) bezogen erstmalig eine kognitiv-behaviorale Ausrichtung der Verhaltenstherapie ein und verglichen diese mit einer supportiv-expressiven Behandlungsform (siehe Abschnitt 4.1.2.1), wobei beide in manualisierter Form durchgeführt wurden. Den Erwartungen entsprechend lassen sich signifikante Unterschiede bezüglich der Fokussierung kognitiver, behavioraler und explorativer Interventionen (jeweils höher in der VT) sowie der Beschäftigung mit Gefühlen und Beziehungen und der Gabe nicht-direktiver Aussagen (höher in der supportiv-expressiven Behandlung, d.h. in der PA) finden. Unterschiede bezüglich des Ausmaßes an interpretativen Äußerungen, Informationen und Ratschlägen lassen sich nicht nachweisen.

Die Arbeiten von Jones und Mitarbeitern

In verschiedenen Arbeiten hat die Forschergruppe von Enrico E. Jones und Mitarbeitern psychoanalytisch und kognitiv-behavioral orientierte Therapien unter verschiedenen Blickwinkeln, vor allem im Zusammenhang zum Outcome (Jones, Cummings & Horowitz, 1988; Jones & Pulos, 1993; Ablon & Jones, 1998, 1999) sowie zur therapeutischen Beziehung (Price & Jones, 1998) vergleichend untersucht.

Hierbei konnten insgesamt deutliche Unterschiede hinsichtlich der therapeutischen Techniken nachgewiesen werden: So kommen etwa Jones und Pulos (1993) zu dem Schluss, dass psychoanalytisch orientierte Therapeuten im Vergleich zu Verhaltenstherapeuten u.a. stärker Gefühlserfahrungen der Patienten fördern, auf vermiedene abgewehrte und unbewusste Inhalte eingehen (auch interpretativ), die therapeutische Beziehung und die Vergangenheit mehr einbeziehen sowie eine neutralere Haltung einnehmen. Kognitiv-behaviorale Therapeuten hingegen sind u.a. lenkender in der Interaktion, fokussieren stärker spezifische Inhalte, geben häufiger direkte Ratschläge und Anleitungen sowie Vorschläge für bestimmte

Aktivitäten, sie besprechen mehr kognitive Inhalte und werden in ihrer Haltung als unterstützender erlebt. Gemeinsamkeiten der beiden Verfahren fanden sich hingegen vor allem in Variablen, welche die (in der Studie ebenfalls erhobenen) Patientenhaltungen und -stimmungen betrafen.

Eine methodische Einschränkung, die die interne Validität der Studie betrifft, besteht darin, dass die Therapien der beiden Verfahren aus verschiedenen Kontexten stammten: Die psychoanalytisch orientierten Sitzungen wurden aus dem Mount Zion Psychotherapy Research Project unter Einbezugnahme von Patienten mit verschiedenen 'neurotischen Störungen' bezogen, während die kognitiv-behavioralen Sitzungen aus einer komparativen Wirksamkeitsstudie mit randomisierter Zuweisung stammten, in denen ausschließlich Depressionen behandelt wurden. Daraus resultierend, gab es eine systematische Variation des beruflichen Hintergrundes der Therapeuten (VT: mehrheitlich entsprechend geschulte Sozialarbeiter; PA: mehrheitlich Psychologen und Psychiater). Die gefundenen Unterschiede sind somit nicht eindeutig (ausschließlich) auf die verschiedenen Therapierichtungen, sondern könnten möglicherweise auch auf die anderen Kontextunterschiede zurückführbar sein.

Eine weitere methodische Kritik, die auch auf einige der anderen hier aufgeführten Studien zutrifft, bezieht sich auf die Auswertungsstrategien: Jeweils mehrere Sitzungen einer Therapie flossen in die Auswertung als statistisch unabhängige Daten ein, nicht - wie es korrekterweise sein müsste - als Mehrfachmessungen. Dieses könnte aufgrund der 'künstlichen Erhöhung' der Stichprobengröße aus rein statistischen Gründen zu einer häufigeren Ablehnung der Null-Hypothese und zu einer Überschätzung der statistisch abgesicherten Unterschiedlichkeit geführt haben. In diesem Kontext ist es besonders bedauerlich, dass Angaben zur Abschätzung der Größe der Effekte nicht gemacht werden.

Eine spätere Arbeit der Forschungsgruppe, für die die meisten der genannten Kritikpunkte nicht gelten, können die Befunde von Jones und Pulos (1993) im wesentlichen bestätigen: Ablon & Jones (1999) verglichen zwei Behandlungsgruppen, die im Rahmen derselben Studie, des TDCRP (Elkin, 1994), untersucht wurden. Als psychoanalytisch orientiertes Verfahren wurden dabei allerdings die besondere Form der Interpersonalen Psychotherapie (IPT) einbezogen, worauf möglicherweise die - wenigen - Abweichungen zwischen den beiden hier vorgestellten Untersuchungen von Jones und Mitarbeitern vor allem zurückzuführen sind. Diese betreffen insbesondere die Bereiche 'Interpersonale Beziehungen als Hauptthema' (bei Jones & Pulos, 1993, nicht als differenzierende Variable zu finden), 'Exploration' (höhere Ausprägungen in der IPT als in der Vt bei Ablon und Jones, 1999,

während in anderen Studien eher die VT höhere Werte erzielt, z.B. Luborsky et al., 1982) und 'Unterstützung' (nicht nachweisbare Unterschiedlichkeit).

Die Arbeiten von Goldfried und Mitarbeitern

In der Untersuchung von Goldfried et al.(1997) wurden therapeutische Schwerpunktsetzungen psychodynamisch-interpersonaler und kognitiv-behavioraler Therapiesitzungen verglichen, die aus dem Sheffield Psychotherapy Project II (Shapiro, Barkham, Rees & Hardy, 1994) stammen. In wesentlicher Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Jones und Pulos (1993) bzw. Ablon und Jones (1999) ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren: Im Vergleich zu Verhaltenstherapeuten fokussieren psychodynamisch-interpersonale Therapeuten stärker Emotionen, den interpersonalen Bereich sowie intrapersonale Muster und Inkongruenzen beim Patienten und Vermeidungstendenzen. Sie beziehen die Eltern des Patienten und sich als Therapeut sowie die Vergangenheit und Parallelen bezüglich verschiedener Zeiten mehr ein. Kognitiv-behaviorale Therapeuten hingegen geben mehr Informationen und Unterstützung und ermutigten die Patienten, neue Erfahrungen zwischen den Sitzungen aufzusuchen. Sie legen mehr Gewicht auf auf die (externe) Situation des Patienten.

Keine Unterschiede lassen sich u.a. hinsichtlich der Thematisierung der Gegenwart sowie der Fokussierung von Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Erwartungen, allgemeinen Denkweisen und Intentionen des Patienten feststellen. Aufgrund der starken kognitiven Komponenten bei den letztgenannten Bereichen hätte man bei diesen eher eine höhere Ausprägung in den VT-Sitzungen erwarten können.

Goldfried et al. (1997) können somit ebenfalls deutliche Unterschiede, die sich generell im Einklang mit den Konzeptionen der beiden Therapierichtungen befinden, aufzeigen. Die Autoren weisen allerdings selbstkritisch darauf hin, dass die Untersuchung im Rahmen einer kontrollierten und randomisierten Outcome-Studie durchgeführt wurde. Mit einem Verweis auf die eklektizistische Tendenzen in der tatsächlichen Behandlungspraxis schließen sie: "[...] it is an open question, whether different results would be obtained in the study of nonmanualized interventions within a naturalistic setting." (Goldfried et al., 1997), S.747.
Dieser Einwand gilt in mehr oder weniger großem Umfang für alle hier dargestellten Studien, mit Ausnahme des Beitrags von Brunink und Schroeder (1979), dessen starke Selektion allerdings ebenfalls die Aussagekraft für die tatsächliche Versorgungspraxis einschränkt. Auf diesen Aspekt wird in Abschnitt 5.2.3 erneut eingegangen.

Bevor die soeben berichteten Ergebnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt und dabei noch stärker auf die hier interessierenden Prozessmerkmale (siehe Kap. 3 und 4) bezogen werden, soll zunächst noch auf die komparativen Befunde im Gruppensetting eingegangen werden.

5.2.2.2 Empirische Befunde der komparativen Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie

Prozessstudien mit einem komparativen Ansatz hinsichtlich psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeter Gruppenverfahren, die therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte bzw. Gruppenaktivitäten untersuchen, lassen sich nach ausführlichen Recherchen der gängigen Datenbanken (Psychlit, Psyndex, PsychFirst, Medline) bis Frühjahr 2000 in nur sehr geringem Maße finden.

Von den vorliegenden Studien beschäftigt sich die Mehrzahl mit *einzelnen* Bereichen therapeutischer Variablen in Gruppen: Wie bereits dargestellt konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass kognitiv-behaviorale Gruppen ein höheres Maß an Strukturiertheit (vgl. Fußnote 4 in Abschnitt 5.1.1.3) aufwiesen im Vergleich zu psychodynamischen und supportiven Gruppen, sich in dieser Dimension aber nicht von interpersonalen Therapien unterschieden (Dies, 1994).

Flowers und Booraem (1990) verglichen im Rahmen einer Prozess-Outcome-Studie Interpretationen in stationären psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Gruppentherapien (N = 6), wobei sie keine Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, wohl aber bezüglich der Art der Interpretationen nachweisen konnten: Psychodynamische Therapeuten und Gruppenmitglieder benutzten mehr 'historische' Begründungen in ihren Interpretationen, während Verhaltentherapeuten und deren Gruppenmitglieder eher Interpretation bezüglich Verhaltensweisen oder Auswirkungen auf andere Personen machten. Die in beiden Therapierichtungen am häufigsten vorkommende Form bezieht sich auf Interpretationen mit einer Fokussierung gegenwärtiger Verhaltensmuster. Die differenzierten Ergebnisse stehen im Einklang mit den berichteten Befunden des Einzelsettings, bei dem sich Unterschiede hinsichtlich des Interpretationsverhaltens dann ergeben, wenn Bezug auf bestimmte Inhalte genommen wird (Jones & Pulos, 1993), nicht aber, wenn Interpretationen allgemein erfasst werden (Brunink & Schroeder, 1979; Sloane et al., 1975). Hieraus ist zu schließen, dass dieser Bereich anscheinend eine sehr sorgfältige Erfassung zur Identifikation von Unterschieden benötigt.

Auf mehr als einen Bereich therapeutischen Verhaltens bzw. der Gruppenaktivität beziehen sich die als Adherence-Untersuchungen im Rahmen eines Wirksamkeitsvergleichs durchgeführten Arbeiten von Getter et al.(1992) und Kaminer, Blitz, Burleson, Kadden und Rounsaville (1998), bei denen psychoanalytisch begründete ("interactional") mit kognitiv-behavioralen Gruppentherapien für Patienten mit Substanzabhängigkeiten verglichen wurden. In beiden Studien wurde ein ähnliches, für jedes der beiden Therapieverfahren distinktes Profil ermittelt. Hierbei ergaben sich bei Getter et al. (1992) (N = 10 Gruppen) in sechs der sieben Bereiche signifikante Unterschiede im Einklang mit den therapeutischen Konzeptionen: In den interaktionalen Sitzungen gab es einen ausgeprägteren Fokus auf das "Hier-und-Jetzt" (i. S. von: in der Gruppensitzung), die Exploration und den Ausdruck von Gefühlen sowie auf interpersonales Lernen. Die untersuchte Form des kognitiv-behavioralen Programms beinhaltete häufiger Elemente zur Psychoedukation und zum Skill Training, zum Problemlösen und Rollenspiel. Lediglich bezüglich des Bereichs Identifizierung von Hoch-Risiko-Situationen (hinsichtlich eines Rückfalls) ließen sich keine Unterschiede nachweisen.
Bezüglich der dieser Ergebnisse ist allerdings anzumerken, dass es Hinweise darauf gibt, dass sie eine Überschätzung der tatsächlichen Unterschiede in der Versorgungspraxis darstellen: Ebenso wie die Befunde zur Einzelpsychotherapie sind die Arbeiten im Kontext experimenteller Studien durchgeführt worden, wobei eine hauptsächliche Ausrichtung auf eine valide Überprüfung des Outcomes der Verfahren und somit auf eine *Sicherstellung* der *treatment differentiation* bestand. In diesem Sinne wurde die Unterschiedlichkeit der beiden Verfahren explizit forciert, indem z.B. bei Getter und Litt (1992) die Verhaltenstherapeuten aufgefordert wurden, interpersonale Inhalte zu vermeiden, um die Überschneidungen zwischen den beiden Verfahren gering zu halten. Es ist anzunehmen, dass sich dadurch die in den beiden Arbeiten untersuchten, ohnehin schon sehr speziellen Formen kognitiv-behavioraler und psychoanalytisch orientierter Verfahren noch weiter von den 'normalerweise' praktizierten Behandlungen entfernen, so dass die Verallgemeinerbarkeit der Befunde als nicht sehr groß einzuschätzen ist.

Die extrem geringe Anzahl vorliegender komparativer Gruppenstudien ist sicherlich u.a. darauf zurückzuführen, dass - neben dem Umstand, dass insgesamt sehr wenige empirische Arbeiten zu verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppen vorliegen[19] - die

[19] Gemäß dem Literaturüberblick von Tschuschke (1999) ergab die Durchsicht von mehr als 8800 Publikationen aus sechs z.T. gruppenspezifischen englischsprachigen Fachzeitschriften von 1972 bis 1996 lediglich 179 empirische Arbeiten zu verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppentherapien, wobei verhaltenstherapeutische Arbeiten ca. doppelt so häufig wie analytische vertreten waren (n_{PA}=62; n_{VT}=117).

vorhandenen Studien zusätzlich in der Regel unterschiedlich ausgerichtet sind: Psychoanalytisch orientierte Verfahren analysieren eher Prozess- und (kognitiv-)behaviorale Verfahren eher Ergebnisvariablen (Tschuschke, 1999).

Dieses spiegelt sich auch in dem Umstand wider, dass sogar in dem allgemein relativ gut untersuchten Gebiet der Gruppenwirkfaktoren (siehe Abschnitt 5.2.1.2.2) Vergleiche zwischen den therapeutischen Schulen der psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Richtung bisher nicht vorliegen.[20]

5.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Befunde und Schlussfolgerungen für das Studiendesign

Wie stellen sich die erläuterten Befunde dar, wenn man sie auf die als zentral herausgearbeiteten Prozessbereiche (vgl. Kap. 4) bezieht? Tabelle 3 gibt hierzu einen schematischen Überblick, dem zu entnehmen ist, in welchen der entwickelten Prozessbereiche (vgl. Tabelle 2) Unterschiede zwischen den beiden Therapierichtungen in den berichteten empirischen Studien nachzuweisen sind.

Im tabellarischen Überblick wird deutlich, dass sich in einigen der genannten Prozessbereiche über mehrere Studien hinweg Unterschiede zwischen den Therapierichtungen relativ robust zeigen lassen. Dies trifft vor allem auf die Bereiche Direktivität, Fokussierung der Verhaltensebene (theoriekonform jeweils höher ausgeprägt in der Verhaltenstherapie), sowie auf Fokussierung von Emotionen und von Beziehungen (theoriekonform höher ausgeprägt in den psychoanalytisch begründeten Verfahren) zu. Diese Bereiche werden übereinstimmend in vier Studien als differentielle Prozessmerkmale identifiziert. Für die Differenzierungsfähigkeit des Bereichs Beziehungen liefert die hier nicht ausführlicher dargestellte Studie von Kerr et al., 1992 (vgl. Fußnote 18), zusätzliche Unterstützung.
Für den Bereich Psychoedukation werden ebenfalls in vier Studien Unterschiede festgestellt, allerdings findet eine weitere Studie, die Untersuchung von Luborsky et al. (1982), keine diesbezüglichen Unterschiede, was möglicherweise auf den untersuchten Indikationsbereich

[20] Solch ein Vergleich erscheint besonders interessant vor dem Hintergrund, dass die diskutierten Gruppenwirkfaktoren einerseits als spezifisch für das Setting 'Gruppe' und somit eigentlich therapieschulen-übergreifend konzeptualisiert worden sind, ihre Entwicklung und empirische Untersuchung sich andererseits bisher vor allem auf Gruppentherapien der psychoanalytischen Richtung bezieht. In einer zusätzlichen, sich an die hier vorgestellte Arbeit anschließende Reanalyse eines Teils des vorliegenden Datenmaterials ist diese Fragestellung untersucht worden, die bei (Baur & Scheel, 2001) nachzulesen ist.

der Suchterkrankungen zurückzuführen ist, bei dem evtl. relativ viele Informationen unabhängig von der Therapierichtung vermittelt werden.

Einige Variablen der therapeutischen Beziehungsgestaltung erweisen sich ebenfalls in mehreren Studien als differentielle Prozessmerkmale, diese beziehen sich allerdings jeweils auf spezielle Aspekte der Beziehungsgestaltung (Empathie und Unterstützung). Andere Aspekte, insbesondere solche, die speziell für die (klassischen) psychoanalytisch begründeten Verfahren von Wichtigkeit sind (das sind vor allem Neutralitäts- und Abstinenzmerkmale des Therapeuten), sind bisher wenig in diesem Zusammenhang untersucht worden.

Tabelle 3:
Empirische Befunde zu ausgewählten Prozessmerkmalen bezüglich der Unterschiedlichkeit von psychoanalytisch und verhaltestherapeutisch begründeten Therapien

	Komparative Prozessstudien zu psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren (Auswahl)					
Prozessvariable/ therapeutische Operation	**Sloane (1975) "Temple-Studie" (Beobachter-perspektive)**	**Brunink & Schroeder (1979)**	**Luborsky et al. (1982) (Studie 2)**	**Goldfried et al. (1997)**	**Jones & Pulos (1993)**	**Getter & Litt (1992)**
Grundhaltung der Neutralität					x	
Grundhaltung der Abstinenz						
Fokus auf Übertragung		o		x (Fokus auf Therapeuten)	x	
Fokus auf Vergangenheit /Kindheit		o		x	x	
Konfrontation mit intra-psychischem Fokus					(x)	
Klarifikation / Interpretation mit intrapsychischem Fokus	o	o	o		x	
Fokus auf Beziehungen			(x) (Verstehen von Beziehungen)	x		x
Fokus auf Emotionen			(x) (Verstehen von Gefühlen)	x	x	x
Fokussierung von Kognitionen			x	o	x	
Psychoedukation	x		o	x	(x)	x
Strukturiertheit		o			x	
Direktivität	x	x	x		x	
Exploration	o	o	x			
Fokus auf Verhaltensebene (insb. Durchführung von Übungen)			x	x	x	x
Fokus auf Selbstwirksamkeit						
Therapeutische Beziehungsgestaltung	X (Empathie) o (Wertschätz.)	x		x (Unterstütz.)	x (Unterstütz.)	
Gruppenbezogene Prozessvariablen						
Ausrichtung auf den Gruppenprozess						x
Fokus auf den Beziehungen zw. d. Gruppenmitgliedern						x
Gruppenbezogene Interventionen						x

Anmerkungen.

x Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren liegen in der Richtung, wie es von den theoretischen Konzeptionen her zu erwarten ist, vor.

(x) Die in der Studie erhobene Variable erfasst einen Teilbereich des hier in Frage stehenden Prozessbereiches.

o Es sind keine Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründetem Verfahren nachzuweisen.

Leere Zellen verweisen darauf, dass das entsprechende Prozessmerkmal in der Studie nicht untersucht worden ist bzw. keine Angaben hierzu gemacht werden.

Uneindeutige Befunde ergeben sich für die Bereiche Exploration (zwei von drei Studien finden keine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren) und Übertragung. Im letztgenannten Bereich kann neben Brunink und Schroeder (1979) auch die hier nicht aufgeführte Untersuchung von Gaston und Ring (1992) keine Unterschiede zwischen VT und PA empirisch nachweisen, so dass sich in zwei Studien das Vorkommen von Übertragung bzw. Übertragungsinhalten als differenzierendes Merkmal erweist, während dies in zwei Studien nicht der Fall ist.

Ebenfalls nicht eindeutig sind die Befunde zu den Prozessmerkmalen Fokussierung von Vergangenheit, Kognitionen (jeweils eine von drei Studien findet keine Unterschiedlichkeit) und Strukturiertheit, wobei letztgenannter Bereich, ebenso wie Konfrontation, insgesamt sehr wenig untersucht worden ist.[21]

Für den Bereich Interpretationen wurde bereits im Zusammenhang mit der Darstellung der Befunde von Flowers und Booraem (1990) darauf hingewiesen, dass bei diesem Bereich offensichtlich eine zwischen Interpretationsinhalten differenzierende Erfassung notwendig ist, um Unterschied zwischen den Therapierichtungen aufzudecken. Eine generelle Erfassung von Interpretationen scheint dies hingegen nicht leisten zu können. Dies steht im Einklang mit den relativ vielen Studien (drei von fünf Studien mit Einbezugnahme der Untersuchung von Flowers et al., 1990), in denen sich keine Unterschiede nachweisen lassen.

Zusammenfassend ist für das Einzelsetting festzustellen, dass deutliche Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch begründeten Therapien im Kontext experimentell durchgeführter Studien in einem Großteil der betrachteten Prozessvariablen nachgewiesen werden können, die mehrheitlich im Einklang mit den zugrunde liegenden Therapiekonzeptionen stehen. Alle vorliegenden Studien beziehen sich dabei auf den englischsprachigen Raum, meist auf die USA. Die Befunde zu den einzelnen Prozessbereichen sind dabei über mehrere Studien hinweg unterschiedlich robust wobei in relativ vielen Bereichen die Befundlage nicht eindeutig ist. Letzteres ist sicherlich z.T. auch auf die unterschiedlichen Kontexte, in denen die Studien durchgeführt wurden, und ihre unterschiedliche methodische Qualität zurückführbar.

Während für das Einzelsetting eine Reihe an empirischer Befunde vorliegen, ist **für den Gruppenkontext ein ausgeprägtes Defizit an Studien** zu konstatieren. Dies betrifft insbesondere

[21] Strukturiertheit wird auch von DeRubeis et al (1982) durch einige Items der von ihnen entwickelten MTRS (siehe Kap. 8) erfasst. Diese Items laden theoriekonform am höchsten auf der faktorenanalytisch gewonnenen VT-Subskala; da allerdings

solche Untersuchungen, die ein breiteres Spektrum an therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalten erfasst. Es können somit diesbezüglich noch keine Schlußfolgerungen gezogen werden.
Sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting zeigt sich darüber hinaus, dass nahezu alle Untersuchungen als Datenmaterial Therapien zugrunde legen, die im Rahmen von experimentellen Studien oder von hoch selektierten Therapeuten ('Experten') durchgeführt wurden; explizit **naturalistische Ansätze wurden bisher kaum verfolgt**. Dementsprechend sind – wie an verschiedenen Stellen bereits aufgezeigt - Aussagen über differentielle Prozessmerkmale in der tatsächlichen Behandlungspraxis nur begrenzt möglich.

Die beschriebene Datenlage spiegelt die lange Zeit in der Psychotherapieforschung vorherrschende Ausrichtung wider, einseitig experimentelle Designs - und damit vor allem interne Validitätsaspekte - als Methode des Wissenszuwachs zu betonen und dabei gleichzeitig naturalistischer Ansätze (und die Betonung externer Validitätsaspekte) zu vernachlässigen. Im Bereich der Outcome-Forschung ist diese Ausrichtung seit ungefähr Mitte der Neunziger Jahre verstärkt zum Gegenstand einer vehement (und z.T. auch ideologisch) geführten Debatte geworden, die im wesentlichen durch die Formulierung der sogenannten *empirically validated/supported treatments* (EST) als Leitlinien für die Behandlung verschiedener Störungsbilder (Task Force of Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) einerseits und durch Veröffentlichung der Consumer Reports Study (Seligman, 1995) und deren Rezeption (z.B. Hollon, 1996; Jacobson & Christensen, 1996) andererseits forciert wurde. Durch diese Diskussion um angemessene Forschungsstrategien zur Effektivitäts- und Effizienzerfassung von Therapieverfahren (für einen Überblick vgl. z.B. Chambless & Ollendick, 2001) gibt es mittlerweile generell ein größeres Bewusstsein für die Bedeutung naturalistischer Studien, so dass diese vermehrt durchgeführt und veröffentlicht werden (z.B. Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000).

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der vorliegenden Studie ein naturalistischer Ansatz gewählt, indem Gruppentherapien, wie sie im Rahmen der psychotherapeutischen/ psychosomatischen Grundversorgung in Deutschland (siehe Kap. 6) vorgehalten werden, zum Gegenstand der vergleichenden Prozessanalyse gemacht werden.

Bei der unter 5.2.2 dargestellten Befundlage ist neben dem Fehlen von Vergleichsstudien im Gruppenkontext und von naturalistischen Zugängen auch ein **Mangel an mehrperspektivisch erhobenen Daten** auffällig: Die in Frage stehenden Prozessmerkmale werden in der

---

keine weiteren Daten (z.B. Mittelwertsvergleiche) für sie berichtet werden, können hier keine weiterführenden Befunde abgeleitet werden.

Regel mittels Beobachterdaten erfasst, um so eine möglichst 'neutrale' Einschätzung vorliegen zu haben; die Patienten- und auch Therapeutenperspektive wird meist dann erhoben, wenn es explizit um deren Erleben geht, z.B. um die emotionale Befindlichkeit, das Gruppenklima, aber auch das Erleben der therapeutischen Beziehung.

Die bevorzugte Erhebung von Daten aus Sicht der Beobachter ist dabei nicht nur bezüglich des hier fokussierten Bereichs von Prozessvariablen typisch, sie lässt sich auch in anderen Bereichen der Prozessforschung finden (Lambert & Hill, 1994).

Trotz des erhöhten Aufwandes, der mit einer mehrperspektivischen Datenerfassung zwangsläufig verbunden ist, ist solch ein Vorgehen aus verschiedenen Gründen zu empfehlen:

- Aus einer allgemein forschungsmethodischen Sicht kann die Erfassung mehrerer Datenquellen eine zusätzliche gegenseitige Konstruktvalidierung (insbesondere im Hinblick auf die konvergente Validität) bedeuten, wie es z.B. als ein Aspekt im Multitrait-Multimethod-Ansatz (Bortz & Döring, 1995; Campbell & Fiske, 1959) in systematischer Form nutzbar gemacht wird.

- Wie sich in verschiedenen Studien gezeigt hat (z.B. Gurman, 1977; Lietaer, 1983), sind die Korrelationen zwischen den in der Psychotherapieforschung relevanten Datenquellen der Therapeuten-, Patienten- und Beobachterperspektive (Lambert & Hill, 1994), die sich hinsichtlich verschiedener Aspekte unterscheiden (z.B. Involviertheit, Fachwissen, 'Handelnder' vs. 'Empfänger' von Interventionen usw.), allgemein nicht sehr hoch, sondern eher im mittleren, z.T. auch im unteren Bereich anzusiedeln (eingeordnet nach den Empfehlungen von Cohen, 1988). Dies bedeutet, dass man davon ausgehen muss, dass durch die verschiedenen Datenquellen jeweils auch eigenständige (und somit zusätzliche) Informationen erhoben werden, die jeweils für sich genommen von Bedeutung sind. Das somit breitere Spektrum an Informationen, das man anhand eines mehrperspektivischen Datenmaterials erhebt, wird deutlich z.B. bei der Erfassung der therapeutischen Beziehungsgestaltung, bei der die Einschätzungen der drei verschiedenen Perspektiven unterschiedlich gute Prädiktoren für den Therapieerfolg darstellen (z.B. Horvath & Symonds, 1991).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde für diese Studie eine mehrperspektivische Strategie verfolgt. Dabei wurde sich dafür entschieden, die Fragestellung im Schwerpunkt aus Beobachterperspektive zu untersuchen, da 1) für den interessierenden Variablenbereich Einschätzungen aus Beobachterperspektive die am meisten erhobene Datenquelle darstellt,

die sich in verschiedenen Studien bewährt hat und deren Instrumentarien zumindest z.T. bereits validiert worden sind, und 2) es bei dieser Perspektive möglich ist, durch ein videogestütztes Verfahren auch in einem naturalistischen Design ausführliche und differenzierte Daten zu erheben, ohne die Behandlungsroutinen zu beeinträchtigen und somit die Künstlichkeit der Untersuchungssituation zu erhöhen. (Aufwendige Patienten- und Therapeutendaten verändern hingegen zwangsläufig die Routinen.)

Die Beobachterdaten werden ergänzt durch Patienten- und Therapeuteneinschätzungen, so dass ein Perspektivenvergleich (und somit eine zusätzliche Unterstützung oder Relativierung der Befunde der Beobachterperspektive) möglich ist. Zur Wahrung des naturalistischen Ansatzes (siehe vorhergehenden Absatz, Überlegung 2) sollen dabei diese beiden Datenquellen auf eine nicht so ausführliche Weise wie die Beobachterdaten erfasst werden.

6 Rahmen der Untersuchung und Untersuchungssetting

Die vorzustellende Untersuchung wurde in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach durchgeführt, die als Rehabilitationsklinik Teil des stationären Versorgungssystems zur Behandlung psychischer Störungen ist. Da die Klinik in ihrer Konzeption und ihrem Behandlungsangebot einige Besonderheiten aufweist, die die Konkretisierung der Fragestellungen beeinflussen, soll - noch bevor diese in Kapitel 7 formuliert werden – zunächst der Untersuchungskontext vorgestellt werden.

Hierzu werden zunächst einige allgemeine Anmerkungen zum stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgungssystem sowie zur psychosomatischen Rehabilitation, sofern sie für die durchzuführende Untersuchung von Relevanz sind, gemacht, um anschließend detaillierter die Klinik in Bad Kreuznach zu beschreiben.

Ausführliche Darstellungen zum Rehabilitationssystem in Deutschland finden sich z.B. bei Haupt und Delbrück (1998).

6.1 Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung

Nach Schulz und Koch (im Druck) weist das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland u.a. die drei Besonderheiten auf, dass 1) es über ein im internationalen Vergleich ungewöhnlich stark ausgebautes stationäres System der psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung verfügt (mit einer geschätzten Bettenzahl von ca. 16500 für das Jahr 1999, mit steigender Tendenz), 2) sich dieses Versorgungssystem außerhalb – und nicht wie international üblich, innerhalb – der psychiatrischen Versorgung entwickelt hat und 3) die überwiegende Zahl der psychosomatischen/psychotherapeutischen Betten im Bereich der medizinischen Rehabilitation (70-72% der Gesamtzahl nach Potreck-Rose et al., 1994; Schulz & Koch, im Druck) und nicht der Akutversorgung angesiedelt sind. Bezüglich der im dritten Aspekt angesprochenen Unterscheidung zwischen akuter und rehabilitativer psychotherapeutischer Versorgung gibt es aktuell eine Abgrenzungsdebatte, die vor allem von Seiten der Kostenträger (Gesetzliche Krankenversicherung und Gesetzliche Rentenversicherung) geführt wird (z.B. Paar, 2001). Die Debatte macht deutlich, dass insbesondere eine inhaltliche Abgrenzung zwischen akuter und rehabilitativer psychotherapeutischer Versorgung schwierig ist, da beide Settings weite Überschneidungsbereiche aufweisen. So kommen (Schulz & Koch, im Druck) bei ihrer Analyse der in der Fachliteratur diskutierten Kriterien zur Abgrenzung der beiden Versorgungsformen (u.a.: Zielsetzung der Behandlung,

Behandlungsbeginn, Ausmaß der vitalen Gefährdung, Alltagsbeeinträchtigung, Art und Dichte der therapeutischen Maßnahmen) zu dem Schluss, dass diese Kriterien allenfalls relative Diskriminationskraft besitzen, wobei allerdings für die Einschätzung einiger Kriterien die empirische Datenlage nicht ausreichend vorhanden ist (z.B. bezüglich der Art der therapeutischen Maßnahmen im Akutsetting).

6.1.1 Psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland

Die psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen stellen mit schätzungsweise 11550 Betten einen wesentlichen Anteil der stationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland dar (Schulz & Koch, im Druck). Bezogen auf die in diesem Rahmen besonders interessierenden **Behandlungskonzepte** dominieren hier Kliniken, die nach psychoanalytisch orientierten bzw. tiefenpsychologischen Konzepten arbeiten (64,3% nach Potreck-Rose et al., 1994). In den letzten Jahren haben sich aber, und dieses zunehmend, auch Kliniken etabliert, die nach verhaltenstherapeutischen Konzepten arbeiten. Als weitere Tendenz ist beobachtbar, dass Kliniken mit einem sogenannten kombinierten Behandlungskonzept, d.h. mit sowohl psychoanalytisch orientierten als auch mit verhaltenstherapeutischen Behandlungselementen, stark zunehmen. So finden Potreck-Rose et al.(1994) bei einer Analyse von 45 psychosomatischen Rehabilitationskliniken bei 9 (12,9%) von ihnen eine solch kombinierte Konzeption. Im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogrammes der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (z.B. Kawski & Koch, 1999) ergibt sich für die 69 einbezogenen psychosomatischen Kliniken der bemerkenswerte Befund, dass 22 (31,9%) von ihnen als psychoanalytisch und 13 (18,8%) als verhaltenstherapeutisch eingestuft werden, während der größte Anteil, 26 bzw. 37,7% der Kliniken, als kombinierte Einrichtungen eingeschätzt werden (Vorhandensein von sowohl psychoanalytischen/psychoanalytisch orientierten als auch von verhaltenstherapeutischen Verfahren). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der zitierten Untersuchung als Zuordnungskriterium die Durchführung von jeweils mindestens einer diagnostischen, einer einzel- und einer gruppentherapeutischen Maßnahme der in Frage stehenden Therapierichtung gewählt wurde, was als ein eher niedrigschwelliges Kriterium für die Implementierung eines Therapieverfahrens angesehen werden kann. Aus den Befunden ist somit nicht abzuleiten, was genau unter *kombinierten* Behandlungen zu verstehen ist und welche Umsetzungen sie beinhalten; dieses ist aber von Relevanz für eine Darstellung der tatsächlichen Behandlungspraxis. Eine entsprechende Analyse von Daten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 2000, befindet sich gerade in Vorbereitung (Schulz, Lang, Koch, Klosterhuis & Sommhammer, in

Vorbereitung) und wird zu der Realisation kombinierter Behandlungen weiteren Aufschluss geben können.

Aufgrund der begrenzten **Behandlungszeiten,** die meist zwischen 4 und 8 Wochen liegen (Lang, Koch & Schulz, 2002), werden dabei in der Regel Kurzzeitverfahren der verschiedenen Therapierichtungen vorgehalten. Hierbei werden sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Verfahren eingesetzt: Bei einer Analyse des bereits erwähnten KTL-Datensatzes des Jahres 2000 für Rehabilitationsmaßnahmen der BfA ergab sich, dass Patienten durchschnittlich 2 bis 2.5 Stunden pro Woche psychotherapeutische Gruppenbehandlungen erhielten, während ca. 1.5 Stunden durchschnittlich auf einzelpsychotherapeutische Maßnahmen entfielen (Irle et al., 2002). Für die psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitationsbehandlungen anderer Kostenträger, insbesondere der Landesversicherungsanstalten (LVAen), gilt möglicherweise ähnliches, allerdings könnten sich Abweichungen aufgrund anderer Behandlungssettings und –verfahren ergeben (z.B. durch mehr verhaltenstherapeutische Behandlungen in Kliniken, in denen die Landesversicherungsanstalten die hauptsächlichen Beleger sind).

Patienten in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen weisen ein breites Spektrum an **Diagnosen** vor allem aus Kapitel F der ICD-10 auf, wobei allerdings Ausschlussindikationen für akute Psychosen, akute Suchterkrankungen, akute Suizid-Gefährdung sowie gerontopsychiatrische Erkrankungen bestehen (vgl. z.B. Paar, 2001). Von den im Jahr 2000 im Rahmen einer psychotherapeutischen/ psychosomatischen Rehabilitation behandelten BfA-Patienten (N=41538) wiesen 41% eine affektive Erkrankung (F32, F33 und F34 nach ICD-10), 26% eine Anpassungs- oder Belastungsstörung (F43), 12% eine Somatoforme Störung (F45); und 10% eine Angststörung (F40, F41) auf (Irle et al., 2002). Eine aktuelle Erhebung von Lang et al.(2002), die sowohl BfA-, als auch LVA-Patienten (n=4582) einschließt, ergibt ein vergleichbares Bild: Hierbei sind als häufigste Entlassdiagnose ebenfalls affektive Erkrankungen mit einem Anteil von 35,4% zu nennen, gefolgt von der Gruppe der Anpassungs- und Belastungsstörungen mit 20,8% sowie Angststörungen (12,7%) und Somatoforme Störungen (10,5%).

In derselben Untersuchung wurde auch die **Beschwerdedauer** erfasst: Diese betrug bei mehr als 25% der Patienten 2 bis 5 Jahre, bei über 20% 5 bis 10 Jahre, bei weiteren 20% über 10 Jahre. Währenddessen lag bei ca. 30% der Patienten die Erstmanifestation kürzer als zwei Jahre zurück. Der hieraus ableitbare hohe Chronifizierungsgrad bestätigt sich auch in anderen Studien und ist Gegenstand spezieller Analysen (Potreck-Rose & Koch, 1994).

Zur Überprüfung der **Wirksamkeit** stationärer Psychotherapien liegen für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation mittlerweile umfangreiche indikationsübergreifende

Programmevaluationsstudien vor (vgl. z.B. Broda, Bürger, Dinger-Broda & Massing, 1996; Dilcher et al., 2000; Nübling, Schmidt & Wittmann, 1999; Sandweg, Sänger-Alt & Rudolf, 1991; Schmidt, 1991; Schulz et al., 1999; Schulz et al., 2001; Zielke, 1993) sowie ebenfalls eine Vielzahl von störungsspezifischen Untersuchungen (vgl. z.B. Hillert et al., 1999; Kächele, Kordy, Richard & Research Group TR-EAT, 2001; Mestel, Neeb, Hauke, Klingelhoefer & Stauss, 2000), die sowohl hinsichtlich beschwerden- bzw. störungsbezogener Parameter als auch in Bezug auf kostenrelevante Merkmale eine Reihe von positiven Behandlungsergebnissen zeigen. Diese Ergebnisse lassen sich in einigen Studien zudem auch **katamnestisch** noch zeigen, in dem Sinne, dass statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserungen in einzelnen zentralen Outcome-Variablen im Vergleich zur Baseline-Erhebung vorliegen.

Ein **Optimierungsbedarf** bezüglich der **Prozess- und Ergebnisqualität** psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen besteht u.a. in Hinblick auf die differentielle Zuweisung der Patienten zu den beiden am häufigsten vorgehaltenen Therapiekonzepten, d.h. zu den psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten Ansätzen, da die bisherige Zuweisungspraxis bei der Mehrzahl der Patienten weitestgehend intuitiv oder gar zufällig erfolgt (Lotz, Rappat, Busche, Schulz & Koch, 1996) und eine systematische Steuerung von 'Patientenströmen', d.h. eine an den Problemlagen der Patienten und den Möglichkeiten der Kliniken orientierte Zuweisung und Verlegung, nicht erkennbar ist.

Vor diesem Hintergrund wurde Ende der 80er Jahre eine Klinikkonzeption für die Umstrukturierung des damaligen Akutkrankenhauses St. Franziska-Stift (Bad Kreuznach) in eine psychosomatische Rehabilitationsfachklinik vorgelegt (Koch, 1989), die u.a. dem Bereich der differentiellen Indikationsstellung vermehrt Beachtung schenkt.

6.2 Die psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift

Die psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach ist eine Einrichtung der Caritas Trägergesellschaft Trier (CTT), die seit 1991 in der jetzigen Form besteht. Die in der Klinik behandelten Patienten sind in der Regel multimorbid gestört (durchschnittlich 3-4 Diagnosen pro Patient), affektive und Angststörungen sind die häufigsten Diagnosen, gefolgt von somatoformen Störungen, Essstörungen sowie somatische Diagnosen (z.B. Tinnitus). Kontraindikationen für die Behandlung in der Klinik sind Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie akute Selbstgefährdung, hirnorganische Störungen sowie akute psychotische

Beeinträchtigung. Das Klientel der Klinik ist somit vergleichbar dem anderer psychosomatischer Rehabilitationseinrichtungen.

Als ein besonderes konzeptuelles Merkmal werden die Patienten nach einem mehrtägigen Aufenthalt auf der Aufnahmestation differentiell einer der beiden in der Einrichtung parallel vorgehaltenenen Abteilungen zugewiesen. Hierbei handelt es sich zum einen um die Abteilung für Psychoanalytische Psychosomatik und Psychotherapie, deren Vorgehen sich auf die psychoanalytische Krankheits- und Persönlichkeitslehre und Theorie der Behandlungstechnik stützt (PA) und zum anderen um die verhaltensmedizinische Abteilung mit einem auf lerntheoretischen Grundlagen basierenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept (VT).

Von den insgesamt 180 Betten der Klinik sind 2/5 der psychoanalytischen und 3/5 der verhaltenstherapeutischen Abteilung zugeordnet. Diese verteilen sich auf die drei psychoanalytischen Stationen 3, 5 und 6 und auf die vier verhaltenstherapeutischen Stationen 1, 2, 4 und 7.

6.2.1 Kriterien der differentiellen Zuweisung

Die differentielle Indikationsstellung für eine der beiden Abteilungen wird auf Basis verschiedener theoretischer Konzeptionen und – soweit vorliegend - empirischer Befunde sowie eigener Expertenbefragungen (Koch, Lotz, Schulz & Trabert, 1995) vorgenommen (Rüddel, 1998). Sie erfolgt im Rahmen der sogenannten "Zuteilungskonferenz" auf Grundlage von Informationen aus psychologischen und ärztlichen Visiten/Erstgesprächen (vgl. z.B. Lotz-Rambaldi, Schulz & Koch, im Druck).

Hierbei werden Patienten dann eher einer psychoanalytisch orientierten Therapie zugewiesen, wenn aus den Patientenäußerungen, aus der Darstellung der Patientenbeschwerden bzw. aus dem Patientenverhalten deutlich wird, dass diese den unbewussten Sinn ihrer inneren Konflikte und ihre äußeren Manifestationen verstehen lernen wollen, wenn sie möchten, dass ihnen durch die Therapie neue Erlebens- und Verhaltensweisen ermöglicht werden, die ihnen einen besseren Einklang mit ihrer inneren Beschaffenheit und den äußeren Lebensumständen ermöglichen, oder wenn sie Beziehungskonflikte besser verstehen wollen.

Patienten werden hingegen eher der verhaltenstherapeutischen Abteilung zugewiesen, wenn deutlich wird, dass sie Hilfe und Unterstützung für die Bewältigung ihrer Probleme und Beschwerden suchen, dass sie neue Möglichkeiten des Erlebens und Verhaltens erlernen

möchten, die ihnen helfen, Stress, Probleme und Konflikte mit sich selbst und anderen besser bewältigen zu können.

Dementsprechend sind Faktoren wie die Art der Therapieziele sowie der Patientenwunsch (u.a. auf der Basis des auf der Aufnahmestation vermittelten Wissens bezüglich der beiden Therapierichtungen) im Allgemeinen von größerer Bedeutung für die Zuweisung als soziale Faktoren, der Schweregrad der Erkrankung oder die Diagnose, wobei es allerdings einige Ausnahmen gibt: Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung, bei denen eine spezielle Traumatherapie mit einer weiblichen Bezugstherapeutin durchgeführt werden soll, sowie essgestörte Patientinnen mit sehr starkem Untergewicht und Übergewicht werden nur auf der verhaltensmedizinischen Abteilung behandelt, da diese hierfür spezielle Behandlungsangebote vorhält.

6.2.2 Behandlungsverfahren

Da die Aufenthaltsdauer der Patienten bei durchschnittlich 44 Tagen liegt, werden die Psychotherapien der beiden Abteilungen als Kurzzeitverfahren realisiert. Hierbei wird im Gruppensetting gearbeitet, Einzeltermine mit einem Bezugstherapeuten dienen der sogenannten 'Patientenführung' und finden mindestens einmal wöchentlich statt.

6.2.2.1 Behandlungsverfahren der Abteilung für Psychoanalyse

Gemäß der Arbeitsgrundlage der Klinik (Rüddel, 1999) ist die psychotherapeutische Behandlung im psychoanalytischen Setting ein "Ergebnis der verschiedenen therapeutischen Felder des therapeutischen Raumes und geschieht durch ein Zusammenwirken der unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen" (S.40). Hierbei werden neben den im Kontext dieser Arbeit fokussierten verbalen psychotherapeutischen Verfahren, Gestaltungs- und konzentrative Bewegungstherapie, Stationsgruppen, Pflegegespräche, Sport, Physiotherapie und beratend-informative Angebote (z.B. Sozialberatung) vorgehalten. Gemäß der psychoanalytischen Behandlungskonzeption nimmt das soziale Interaktionsfeld in der Klinik (z.B. das Zusammenleben auf der Station mit anderen Patienten) eine zentrale Stellung ein, da dies die Möglichkeit für die Inszenierung der konflikthaften Beziehungsmuster der Patienten in der Übertragung bietet.

Die verbalen Therapien werden aufgrund der zeitlichen Begrenzung als Fokaltherapien durchgeführt. Sie werden realisiert als stationsinterne psychoanalytisch orientierte, z.T. auch psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapien (im Folgenden: PA-G), deren 60- bis 75minütige Sitzungen dreimal wöchentlich stattfinden. Pro Station finden jeweils zwei bis

drei PA-Gs parallel statt. Es handelt sich hierbei um halboffene Gruppen mit 7 bis 11 Teilnehmern, wobei jeder Patient der psychoanalytischen Abteilung einer PA-G zugeordnet ist.

6.2.2.2 Behandlungsverfahren der Abteilung für Verhaltensmedizin/-therapie

Im verhaltenstherapeutischen Setting nimmt das Stationsleben ebenfalls eine zentrale Stellung ein, indem "die permanente Lernerfahrung einer stationären Einheit" (Rüddel, 1999) als Rahmenbedingung benutzt wird. Spezifische Interventionen erfolgen vor allem in den verbalen psychotherapeutischen Verfahren, aber auch in den körperorientierten Verfahren (Feldenkrais, Sport- und Bewegungstherapie) und der Sozialtherapie. Zu den weiteren vorgehaltenen Verfahren bzw. Aktivitäten gehören u.a. Entspannungstrainings, Stationsgruppen und –aktivitäten und Gestaltungstherapie (nach Indikation).

Als verbale psychotherapeutische Verfahren werden zwei Formen von Gruppentherapien vorgehalten:

Zum einen sind dies verhaltenstherapeutische zieloffene (interaktionelle) Gruppen (im Folgenden: VT-BG[22]), die stationsintern in 90minütigen Sitzungen zweimal pro Woche stattfinden und ebenso wie die psychoanalytisch orientierten Gruppen halboffen sind. Die Teilnehmerzahl liegt zwischen 6 und 11. Pro Station gibt es jeweils zwei oder drei parallele Gruppen. Jeder Patient der Verhaltenstherapie nimmt an einer VT-BG teil.

Zum anderen handelt es sich um störungsspezifische indikative Gruppen (im Folgenden: VT-IG) für die Bereiche Angst, Adipositas, Depression, Ess-Störungen (Bulimie und Anorexie), Schmerz, Tinnitus und Trauma. Die Frequenz der jeweils 90minütigen Gruppensitzungen variieren zwischen ein- bis dreimal wöchentlich. Im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppenverfahren werden diese Gruppen stationsübergreifend und für eine konstante Patientengruppe (d.h. in einem geschlossenen Modus) angeboten. Die Teilnehmerzahl variiert zwischen 4 und 12, die Teilnahme erfolgt nach Indikation.

6.2.3 Befunde wissenschaftlicher Untersuchungen

Neben dem innovativen Element der differentiellen Zuweisung ist an der Klinik des weiteren eine kontinuierliche wissenschaftliche Überprüfung und empiriegestützte Optimierung implementiert. In diesem Rahmen wurden in den letzten Jahren bereits eine Reihe an Studien durchgeführt: Ein Schwerpunkt bildete dabei die Untersuchung der differentiellen Zuweisung,

[22] Die Abkürzung "BG" ergibt sich aus der in der Klinik geläufigen Bezeichnung *Basisgruppen* für dieses Gruppenverfahren, die hier übernommen wird.

die sowohl Analysen des Ist-Zustandes (Koch et al., 1995) als auch die Weiterentwicklung der Kriterien zur Indikationsstellung umfassen (z.B. Koch et al., 1995; Lotz et al., 1996).

Ein weiterer Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung bezieht sich auf die Überprüfung der Ergebnisqualität des in der Klinik vorgehaltenen speziellen Behandlungskonzepts: Um den längerfristigen Therapieerfolg der differentiell zu einer psychoanalytisch oder einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung zugewiesenen Patienten zu untersuchen, wurde Mitte der 90er Jahre eine erste 1- und 3-Jahreskatamnese (Rüddel, Jürgensen & Lotz-Rambaldi, 1999; Schulz et al., 1999) sowie – darauf aufbauend – aktuell eine weitere 1-Jahres-Katamnese (Schulz et al., 2001) durchgeführt:

Hierbei wurden jeweils konsekutive Patientenstichproben katamnestisch zu zentralen Therapieerfolgskriterien befragt, die sowohl prospektiv indirekte als auch retrospektiv direkte und indirekte Veränderungsmessungen ermöglichen. In beiden Studien ließen sich bezüglich wichtiger Outcome-Parameter auch ein und drei Jahre nach Verlassen der Klinik noch Verbesserungen mittlerer bzw. großer Effektstärke gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt nachweisen. Zwischen den beiden in der Klinik implementierten Therapierichtungen zeigen sich hinsichtlich des Ausmaßes des Behandlungserfolgs keine wesentlichen Unterschiede.

Letztgenanntes Ergebnis steht im Einklang mit den meisten in Kapitel 5 berichteten Befunden der Outcome-Forschung (Äquivalenz-Paradoxon). Allerdings sind bei dem speziell hier vorliegenden Klinikkontext weitere Erklärungsmöglichkeiten (über die in Kap. 5 aufgeführten hinaus) gegeben, wie z.B. die Attribution der vergleichbaren Therapieeffekte auf gemeinsame Rahmenbedingungen der stationären Rehabilitationsmaßnahme unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren (z.B. das Herausnehmen des Patienten aus der gewohnten Umgebung, die Belastungsreduktion, die Stationsgemeinschaft, weitere therapeutische Angebote usw.). Eine für die Bad Kreuznacher Klinik noch näher liegende Interpretation bezieht sich darauf, dass der der Behandlung vorgeschaltete umfangreiche diagnostische Prozess tatsächlich eine effektive differentielle Indikationsstellung ermöglicht und somit die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass das jeweils geeignetere therapeutische Angebot für den einzelnen Patienten bestimmt werden konnte.

Genaueren Aufschluss über die letztgenannte Erklärungsmöglichkeit soll eine Untersuchung der Effektivität der differentiellen Zuweisung geben, in der ein Teil der Patienten randomisiert den therapeutischen Richtungen zugewiesen werden soll. Dieses ermöglicht dann u.a. zu prüfen, ob ein gezieltes diagnostisches Vorgehen sich einer Zufallszuteilung, wie sie faktisch im System der psychosomatischen Rehabilitation insgesamt noch die Regel ist, als überlegen

erweist. Für solch eine Untersuchung ist gerade ein Antrag auf finanzielle Unterstützung bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft gestellt worden.

Eine wichtige Voraussetzung für diese Studie stellt jedoch die Prüfung einer naheliegenden Alternativerklärung für die katamnestischen Ergebnisse dar, gemäß derer die fehlenden Ergebnisunterschiede der beiden vorgehaltenen Therapieverfahren auch darauf zurückgeführt werden könnten, dass die beiden therapeutischen Verfahren in einem unterschiedlichen Ausmaß (d.h. möglicherweise nicht entsprechend ihrer theoretisch sehr unterschiedlichen Konzeptionen) in der Klinik implementiert sind und eventuell konzeptuelle Vorteile der einen (oder der anderen) Richtung nivelliert werden. Dies entspricht der im Rahmen dieser Arbeit angestrebten Überprüfung der *treatment differentiation* der beiden in der Klinik vorgehaltenen Therapieverfahren.

In diesem Sinne ist die hier verfolgte Fragestellung auch speziell bezogen auf die wissenschaftliche Evaluation der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift von Bedeutung.

Im folgenden sollen die aus den Therapiekonzeptionen von PA und VT sowie aus den empirischen Befunden der komparativen Prozessforschung entwickelten Fragestellungen und Hypothesen formuliert werden.

7 Fragestellungen und Hypothesen

7.1 Fragestellungen

Entsprechend der Überlegungen in Kapitel 2 bis 5 soll folgende übergeordnete Hauptfragestellung untersucht werden:

I)

Inwieweit unterscheiden sich in der Versorgung implementierte psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapien hinsichtlich therapeutischer Interventionen, Haltungen und Inhalte?

Falls sich solche Unterschiede zeigen, stellt sich darüber hinaus als weiterführende Frage:

II)

Hinsichtlich welcher Interventionen, Haltungen und Inhalte zeigen sich Unterschiede und hinsichtlich welcher Interventionen, Haltungen und Inhalte zeigen sich Gemeinsamkeiten bei in der Versorgung implementierten psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapien?

Gemäß des in Kapitel 6 vorgestellten Settings der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift und der Entscheidung für ein mehrperspektivisches Design (vgl. Abschnitt 5.2.3) lässt sich die Fragestellung 1 konkretisieren:

1.

a) Unterscheiden sich aus Perspektive von nichtteilnehmenden Beobachtern psychotherapeutische Gruppensitzungen der psychoanalytisch orientierten Abteilung (PA-G) von denen der verhaltenstherapeutisch orientierten Abteilung (VT-BG, VT-IG) hinsichtlich therapeutischer Interventionen, Haltungen und Inhalte?

(Vergleich: PA-G mit VT-BG, VT-IG)

b) Falls sich solche Unterschiede zeigen: In welchen Bereichen liegen diese Unterschiede und in welchen Bereichen zeigen sich Gemeinsamkeiten bei den verglichenen Gruppensitzungen?

Aufgrund der vorgehaltenen Behandlungsverfahren in der VT-Abteilung ergibt sich als ergänzende Fragestellung:

2.

a) Unterscheiden sich aus Perspektive von nichtteilnehmenden Beobachtern die beiden Behandlungsformen der VT-Abteilung?
(Vergleich: VT-BG mit VT-IG)

b) Gibt es *zwischen* den beiden Behandlungsformen der VT-Abteilung stärkere Unterschiede als zwischen der psychoanalytisch orientierten Behandlungsform (PA-G) einerseits und den beiden VT-Verfahren?
(explorative Gegenüberstellung des Vergleichs aus Fragestellung 2a und Fragestellung 1)

Während Fragestellung 1 sich aus einem diskriminanten Blickwinkel den übergeordneten Fragestellungen I und II nähert, soll Fragestellung 2 unterstützend aus einer konvergenten Perspektive zu deren Beantwortung beitragen. Hierbei soll 2b als explorative Fragestellung erste Hinweise auf die dort zu überprüfenden Inhalte liefern.

Im Kontext der mehrperspektivischen Datenerhebung ergibt sich darüber hinaus:

3. Lassen sich die Ergebnisse der nicht-teilnehmenden Beobachterperspektive aus teilnehmender Patienten- und Therapeutenperspektive bestätigen?

Als methodische Nebenfragestellung mit eher explorativem Charakter stellt sich zudem:

4. Welche der drei Beobachtungsperspektiven (Beobachter, Patienten, Therapeuten) weisen die größten Gemeinsamkeiten, welche die größten Unterschiede auf?

Hinsichtlich der eingesetzten Instrumente ergibt sich eine weitere, ebenfalls explorative Nebenfragestellung:

5. Inwieweit eignet sich das im Rahmen der Studie entwickelte und eingesetzte Instrument generell für die Überprüfung von Prozess-Fragestellungen in der Psychotherapieforschung?

7.2 Hypothesen

Bezogen auf die Hauptfragestellung (Fragestellung 1a und 1b) läßt sich folgende Hypothese formulieren:

Hypothese 1:
Die psychoanalytisch orientierten Gruppentherapien (PA-G) weisen im Vergleich zu den verhaltenstherapeutischen Gruppenverfahren (VT-BG und VT-IG) deutliche Unterschiede auf Ebene von therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalten aus der Perspektive nichtteilnehmender Beobachter auf.

Dementsprechend sollten sich signifikante Mittelwertsunterschiede in 14 der 15 Prozessbereiche, die in Kapitel 4 und 5 herausgestellt worden sind[23], ergeben, wobei die Richtung der Unterschiede gemäß den Ausführungen vor allem in Abschnitt 4.3 wie im folgenden aufgeführt zu erwarten ist:

In den Sitzungen der psychoanalytisch orientierten Therapien sollten sich höhere Ausprägungen in den Bereichen Gruppe, Interpretation und Konfrontation sowie in den Bereichen Fokussierung von Beziehungen, Fokussierung von Emotionen und Übertragung zeigen. Hierbei sind - abgeleitet aus den theoretischen Therapiekonzepten - die stärksten Unterschiede in den drei erstgenannten Bereichen zu erwarten, so dass in den Mittelwertsvergleichen mittlere bis große Effektstärken (nach Cohen, 1988) resultieren sollten, während in den drei letztgenannten die Unterschiede tendenziell schwächer ausgeprägt sein dürften, was sich in mittleren bis kleinen Effektstärken bezüglich der Mittelwertsvergleiche ausdrücken müsste.

Bei den Sitzungen der verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien sollten höhere Ausprägungen in den Bereichen Direktivität, Fokussierung der Verhaltensebene, Fokussierung von Selbstwirksamkeitserwartungen und Psychoedukation resultieren. Aufgrund der stark abweichenden theoretischen Aussagen der beiden Therapierichtungen zu diesen Bereichen sind dabei in den Mittelwertsvergleichen hohe bis mittlere Effektstärken zu erwarten. Die Bereiche Exploration, Fokussierung von Kognitionen und Strukturierung sollten ebenfalls in den verhaltenstherapeutischen Sitzungen höher ausgeprägt sein als in den psychoanalytischen Sitzungen, wobei die Unterschiedlichkeit in diesen drei letztgenannten

[23] Es ergeben sich 15 Prozessbereiche, wenn man die in Tabelle 3 noch separat aufgeführten Bereiche Neutralität und Abstinenz des Therapeuten zum Bereich Therapeutische Beziehungsgestaltung zurechnet und die drei Gruppenaspekte in der Tabelle zu einem Bereich (Gruppe) zusammenfasst.

Bereichen schwächer ausfallen und somit auch geringere Effektstärken (im niedrigen bis mittleren Bereich) resultieren sollten.

Für den Bereich Therapeutische Beziehungsgestaltung sind in den Sitzungen beider Therapierichtungen hohe Ausprägungen zu erwarten, wobei dieser Bereich in der Verhaltenstherapie etwas stärker ausfallen dürfte (u.a. aufgrund der neutraleren und abstinenten Grundhaltung des Psychoanalytikers).
In der Skala Vergangenheit sollte es keine signifikanten Unterschiede in den beiden Therapierichtungen geben.

Hinsichtlich Fragestellung 2 kann folgende Hypothese abgeleitet werden:

Hypothese 2:
Aufgrund der gemeinsamen theoretischen Grundkonzeption sollten sich die beiden Gruppenformen der VT-Verfahren (störungsspezifische und zieloffene) ähnlicher sein als die verhaltenstherapeutischen und die psychoanalytisch orientierten Verfahren im Vergleich, d.h. die Unterschiede zwischen den beiden verhaltenstherapeutischen Verfahren sollten geringer ausfallen als die Unterschiede der verhaltenstherapeutischen Verfahren im Vergleich zur psychoanalytisch orientierten Therapieform.

Dementsprechend sollten bei dem Vergleich von VT-BG mit VT-IG weniger Mittelwertsunterschiede mit hohen Effektstärken in den untersuchten Bereichen resultieren als bei dem Vergleich von PA-G mit den beiden verhaltenstherapeutischen Therapieformen (PA-G mit VT-BG und VT-IG). Wenn Unterschiede mit hohen Effektstärken zwischen VT-BG und VT-IG auftreten, sollten diese Unterschiede geringer ausgeprägte Effektstärken als beim Vergleich zwischen PA- und VT-Verfahren aufweisen.

Am ehesten sind bei einem internen VT-Vergleich Unterschiede in den Bereichen Direktivität, Psychoedukation und Strukturierung zu erwarten, in der Form, dass in den Sitzungen der VT-IG höhere Ausprägungen in diesen drei Bereichen auftreten sollten.

Bezüglich der Fragestellung 3 lässt sich formulieren:

Hypothese 3:
Aus Patienten- und Therapeutensicht sollten sich grundsätzlich die Befunde aus Sicht nichtteilnehmender Beobachter replizieren lassen.

Dementsprechend sollten aus den Patienten- und Therapeuten-Einschätzungen der hier fokussierten Bereiche eine Unterschiedlichkeit zwischen den beiden Therapierichtungen bzw. zwischen den drei Gruppenverfahren resultieren, die denen unter Hypothese 1 und Hypothese 2 formulierten entsprechen oder ähneln.

Bezüglich der Fragestellungen 4 und 5 werden aufgrund ihres explorativen Charakters keine expliziten Hypothesen formuliert.

8 Theoriegeleitete Entwicklung des Beobachtungsbogens und Ableitung der Patienten- und Therapeutenbogen

Wie in Kapitel 5 dargestellt, liegen nur sehr wenige vergleichende Prozessstudien zu psychoanalytisch und verhaltentherapeutisch orientierten Therapien im Gruppensetting vor, wobei die hierzu veröffentlichten Studien sich in der Regel auf einzelne Variablenbereiche (z.B. Interpretationen) konzentrieren und nicht ein breiteres Spektrum an Prozessmerkmalen einbeziehen. Dementsprechend erbrachte auch die im Abschnitt 8.1.1.2 näher vorzustellende Recherche bezüglich bereits eingeführter Prozess-Instrumente, dass zum Zeitpunkt der Literatursichtung kein Verfahren vorlag, das für die zu untersuchende Fragestellung hätte unverändert übernommen werden können. Daher wurde ein eigenes Instrument zur Operationalisierung der Fragestellung entwickelt, dies allerdings in enger Anlehnung an bereits bestehende Verfahren, um auf die Erfahrungen anderer Forschungsgruppen und deren Untersuchungen aufbauen zu können.

Hierbei wurde zunächst die *Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala* zur Erfassung der Beobachterperspektive (HaPPS-B), entwickelt, aus der die verkürzten und modifizierten Versionen zur Erfassung der Patienten- und Therapeutenperspektive (HaPPS-P und HaPPS-T) abgeleitet wurden.

8.1 Entwicklung der Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala (Gruppenversion) zur Erfassung der Beobachterperspektive (HaPPS-B)

Bei der Entwicklung der HaPPS-B fanden verschiedene Quellen für die Itemgenerierung und -auswahl Berücksichtigung: Die wichtigste Grundlage, stellten bereits vorliegende und gut eingeführte Instrumente aus der entsprechenden Literatur dar (Abschnitt 8.1.1). Die dazu notwendige Vorarbeit der Sichtung und Auswahl geeigneter Verfahren wird in Abschnitt 8.1.1.2, die hierauf aufbauende Itemselektion in Abschnitt 8.1.1.3 beschrieben. Hierzu zeitlich parallel wurden klinikinterne Arbeitsrichtlinien zum verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch orientierten Arbeiten formuliert, wie sie sich Therapeuten und leitenden Mitarbeitern der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach darstellen (Abschnitt 1.2). Diese bildeten die zweite Quelle für die Itemgenerierung und -auswahl. Ergänzend wurden eigene Items für den HaPPS-B generiert (Abschnitt 8.1.3).

Die weitere Entwicklungsschritte erläutert Abschnitt 8.1.4; das Manual zum HaPPS-B wird in Abschnitt 8.1.5 vorgestellt.

8.1.1 Itementwicklung auf Basis bereits vorliegender Prozess-Instrumente

8.1.1.1 Vorüberlegungen

Entsprechend des wachsenden Interesses der Psychotherapieforschung an Merkmalen des therapeutischen Prozesses (vgl. Abschnitt 5.2), gibt es mittlerweile eine beachtliche Anzahl an Instrumenten, die zur Erfassung verschiedener Prozessapekte meist im Rahmen von Prozess-Outcome-Studien eingesetzt werden. Dabei ist die Art und Ausrichtung der einzelnen Instrumente vielfältig: Inhaltlich unterscheiden sie sich insbesondere darin, *welche Prozessvariablen* zur Beantwortung *welcher Fragestellung* erfasst werden und *vor welchem theoretischem Hintergrund* dies geschieht (z.B. aus Sicht einer bestimmten Therapieschule oder pantheoretisch). Hinsichtlich methodischer Aspekte gibt es grundsätzliche Unterschiede vor allem darin, ob die Einschätzungen mittels eines Rating-Verfahrens (bzw. der speziellen Form des Q-Sort-Verfahrens) oder eines Kategoriensystems (Cranach & Frenz, 1969)[24] vorgenommen werden und – zum Teil mit dieser Entscheidung verbunden - welche Analyseeinheit gewählt wird. Hierbei entscheidet sich durch die Wahl der Analyseeinheit, ob die Untersuchung eher einen molekularen (mit Analyseeinheiten von etwa einzelnen Redesequenzen der Therapeuten und Patienten) oder einen molaren Charakter (mit Einheiten von z.B. ganzen Sitzungen oder Therapiephasen) aufweist (Lambert & Hill, 1994, S. 96). Sowohl methodische als auch inhaltliche Aspekte werden angesprochen bei der Wahl der Datenquelle, d.h. ob die Einschätzung der Prozessvariablen aus Beobachter-, Patienten- oder aus Therapeutenperspektive bzw. - wie bei dieser Studie - mehrperspektivisch erhoben werden. Weitere Überlegungen, welche Entscheidungen bei der Einschätzung von Prozessvariablen getroffen werden müssen und welche Probleme die verschiedenen Erfassungsmethoden mit sich bringen, sind im Überblick z.B. bei (Lambert & Hill, 1994) sowie bei (Greenberg & Pinsof, 1986a) nachzulesen.

[24] Auf Zeichensysteme (nach Cranach & Frenz, 1969 die dritte Art von Beobachtungssystemen), bei denen der größte Teil des Handlungsgeschehens unbeachtet bleibt und nur bestimmte, spezielle Ereignisse aufgezeichnet werden, soll hier aufgrund ihrer eingeschränkten Bedeutung für die in diesem Kontext relevante breiter angelegte Erfassung des therapeutischen Prozesses nicht weiter eingegangen werden.

Auswahl des Beobachtungssystems

Bei der Entscheidung, welche Art von Beobachtungssystem (Kategorien-, Rating-, oder Q-Sort-Verfahren) in der Untersuchung eingesetzt werden sollte, schied ein Q-Sort-Verfahren aufgrund der damit verbundenen problematischen Vorannahmen hinsichtlich normalverteilter Therapieereignisse (siehe Abschnitt 8.1.1.2, Beschreibung des *Psychotherapy Process Q-Sorts*) aus. Bezüglich der Wahl zwischen einem Rating-Verfahren und einer kategorialen Kodierung bot es im Hinblick auf den im Rahmen dieser Arbeit zu erhebenden Variablenbereich und der drei gewählten Datenquellen aus folgenden Gründen an, die Daten mittels eines Rating-Verfahrens zu erheben:

Zum einen ermöglicht die Erhebung von Daten mittels eines Rating-Verfahrens ein eher molares Vorgehen (die Analyseeinheiten bei Kategoriensystemen sind naturgemäß relativ klein gewählt, vgl. auch Tabelle 4), was bei vielen der hier einzuschätzenden Prozessvariablen als das angemessenere Vorgehen mit einer höheren klinischen Validität erscheint (Bogwald, Hoglend & Soerbye, 1999), z.B. bei Variablen zu therapeutischen Haltungen und Stilen, die eher über eine längere Therapiephase hinweg als an den einzelnen Redesequenzen deutlich werden dürften. Auch Jones et al. (1988) und Jones (1985) sprechen sich für eine molare Vorgehensweise aus, da sie mit ihr für die Rater eine größere Möglichkeit sehen, Therapieereignisse vom Wichtigkeit herauszufiltern, die ihnen eine Einschätzung von "assimilated or digested impressions of therapy process" (Jones, 1985, S. I) erlauben. Kategoriensysteme scheinen sich in der Regel eher für bestimmte (begrenztere) Bereiche des therapeutischen Prozesses zu eignen. Tatsächlich beziehen sich ja auch die meisten Kategoriensysteme auf die Untersuchung von Patient-Therapeut-Interaktionen; Therapeutische Interventionen und Haltungen werden hingegen in der Regel über Rating-Verfahren erfasst, wie im Folgenden noch deutlich werden wird.

Zum anderen ermöglicht ein eher molares Vorgehen mittels Ratings eine relativ vergleichbare Methodik bezüglich aller drei Datenquellen: Während Einschätzungen mittels einer Kategorisierung kleiner Sequenzen durch die nichtteilnehmenden Beobachter zwar aufwendig, aber noch problemlos möglich wären, ergäben sich bei entsprechenden Einschätzungen von Patienten- und Therapeutenseite relativ starke Beeinträchtigung der Klinikroutinen, was dem hier gewählten naturalistischen Ansatz widersprechen würde.

Dimensionierung der HaPPS-B

Die Mehrzahl vorliegender Instrumente erhebt Prozessparameter mittels Ein-Item-Einschätzungen, was in Anbetracht des eher noch der explorativen Phase zugehörigen Forschungsstandes verständlich ist, gleichzeitig aber unter Gesichtspunkten der Reliabilität und auch bezüglich der inferenzstatistischen Auswertung (vor allem der meist resultierenden zahlreichen Signifikanztestungen, die zu einer Erhöhung des Alpha-Fehlers führen, vgl. z.B. Holm, 1979) methodische Probleme mit sich bringt. Im Rahmen der Entwicklung der HaPPS-B wurde es vor diesem Hintergrund angestrebt, Skalen auf Grundlage mehrerer Items zu den interessierenden Prozessbereichen zu bilden, so dass diese jeweils reliabler eingeschätzt werden können.

Die sich anschließenden Schritte zur Entwicklung der HaPPS-B orientierten sich an diesen beiden Vorüberlegungen, indem die Itemgenerierung und -auswahl auf eine Erfassung der verschiedenen Bereiche *durch jeweils mehrere Items* ausgelegt war und generell *vor allem Rating-Verfahren* Berücksichtigung fanden.

8.1.1.2 Überblick über vorliegende Instrumente zur Erfassung von Prozessmerkmalen in der Psychotherapie

Im Folgenden wird ein Überblick über bereits vorliegende Instrumentarien zur Erfassung von Prozessvariablen, die in Verbindung zu der hier behandelten Fragestellung stehen, gegeben, um eine Auswahl geeigneter Items für die Entwicklung der HaPPS-B zu treffen.

Die Sichtung der Instrumente erfolgte unter Einbezugnahme der gängigen Datenbanken (s.o.) bis Frühjahr 2000. Für ein genaueres Kennenlernen der Verfahren wurden - soweit notwendig und möglich - die zumeist unveröffentlichten Manuale über die Erstautoren bezogen. Die vorgenommene Recherche orientierte sich dabei grundsätzlich an den folgenden zwei Fragen:

1) Welche Instrumente liegen vor, die zentrale therapeutischen Prozessmerkmale im Sinne von therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalten erfassen? Welche dieser Instrumente beziehen sich dabei insbesondere auf die in Frage stehenden Prozessbereiche (vgl. Kap. 4, 5 und 7)?
2) Welche Instrumente liegen vor, die diese Prozessmerkmale differenziert nach psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren erfassen? Welche Datenquellen und welche Settings (Einzel/Gruppe) werden hierbei berücksichtigt?

Bei der Erstellung des Überblicks gab es folgende einschränkende Kriterien:

- Aufbauend auf die Überlegungen in Abschnitt 8.1.1.1, wurden die in der Literatur vorhandenen Kategoriensystemen zu psychotherapeutischen Prozessvariablen (z.B. Hill, 1986; Stiles, 1979; Strupp, 1957) gesichtet, allerdings nur dann näher einbezogen, wenn mit dem System bereits ähnliche Fragestellungen untersucht worden waren (z.B. mit dem *Coding System of Therapeutic Focus*, CSTF, Goldfried et al., 1997) oder wenn das System anderweitig inhaltliche Anregungen für die Entwicklung der HaPPS geben konnten (z. B. das *Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie*, CIP, Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1989). Im Schwerpunkt bezieht sich der Überblick jedoch auf Rating-Verfahren.

- Verfahren, die Einschätzungen der therapeutischen Kompetenz, also qualitative Beurteilungen, vornehmen wie z.B. die *Cognitive Therapy Scale* (CTS, Young & Beck, 1980), die *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive-Psychotherapy* (Barber & Crits-Christoph, 1996), die *Therapist Strategy Rating Form* [TSRF; \O'Malley, 1988 #985] und der *Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenz* (Langer & Frank, 1999), sind nicht mit aufgenommen worden, da diese Ausrichtung nicht der Fragestellung entspricht. Dasselbe trifft auf die Instrumente zu, die die Qualität der Therapeutischen (Arbeits-) Beziehung - *alliance* - erheben, z.B. der *Penn Helping Alliance Questionnaire* (HAQ, Luborsky, 1976) bzw. dessen deutsche Version (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995), oder der *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath, 1982; zitiert nach Horvath & Greenberg, 1986).

- Ebenfalls aus Gründen der geringen Nähe zur Fragestellung sind auch Gruppeninstrumente, die das Gruppenklima (z.B. der *Group Climate Questionnaire*, GCQ-S von MacKenzie, 1981), das (emotionale) Erleben des Patienten und seine Erfahrungen (z.B. der *Gruppenerfahrungsbogen*, GEB, vgl. Eckert, 1976; der *Stuttgarter Bogen*, SB, von Lermer & Ermann, 1976) erfassen, nicht aufgeführt, obwohl in diesen Verfahren auch vereinzelt therapeutische Prozessvariablen, wie sie hier untersucht werden, enthalten sind. Es erfolgte daher wohl eine Sichtung dieser Instrumente, es wird allerdings - um den Überblick nicht zu umfassend werden zu lassen - hier nicht weiter auf sie eingegangen.
[Stärkere Berücksichtigung erfuhr hingegen der *Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen* (Davies-Osterkamp, 1996), da dieser neben Erfahrungen der Gruppenmitglieder auch mit einem Teil der Items explizit das Therapeutenverhalten erfragt.]

- Aus historischer Sicht wichtige Instrumente, die für die Entwicklung eines Großteils der hier aufgeführten Prozess-Instrumente zumindest von heuristischem Wert waren, für die anstehende Untersuchung allerdings keine direkte Bedeutung besaßen, sind ebenfalls nicht

mit den Überblick aufgenommen worden. Hierbei handelt es sich vor allem um die beiden Versionen (Patienten- und Therapeutenperspektive) des *Therapy Session Report* (TRS, Orlinsky & Howard, 1986).
Überblicke allgemeinerer Art, die in diesem Rahmen aufgrund der Vielzahl der vorliegenden Instrumentarien nicht gegeben werden können, finden sich z.B. bei Greenberg und Pinsof (1986b) und Kiesler (1973), auch bei Waltz et al.(1993), für den Gruppenkontext bei Fuhriman und Packard (1986), sowie bei Strauß et al (1996a).

In Tabelle 4 sind die wichtigsten Instrumente zusammengestellt. Neben einer inhaltlichen und methodischen Beschreibung der Verfahren, wird dabei in der Darstellung vor allem auf den möglichen 'Nutzen' der Instrumente für die Entwicklung der HaPPS-B eingegangen (vgl. hierzu insbesondere die letzte Tabellenspalte).

Insgesamt kann man auf eine breite Basis von Instrumenten zurückgreifen, die therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte erfassen. Es fällt dabei auf, dass der überwiegende Anteil an Verfahren, 12 der 14 aufgeführten Instrumente, die Einschätzung dieser Variablen aus der Beobachterperspektive vornimmt. Des weiteren wird deutlich, dass nahezu alle Instrumente für diesen Variablenbereich ursprünglich für Einzeltherapien entwickelt wurden. Lediglich 3 der 14 aufgeführten Instrumente sind speziell Gruppeninstrumente, die zumindest teilweise die in Frage stehenden Prozessvariablen erfassen. Beide Beobachtungen stimmen überein mit der entsprechend einseitigen Ausrichtung empirischer Studien in diesem Gebiet, die in Kapitel 5 dargestellt worden sind.

Darüber hinaus kann aus dem Überblick abgeleitet werden, dass die Mehrzahl der Instrumente vor einem psychoanalytisch geprägten Hintergrund entstanden sind, wie etwa die *Therapist Action Scale* (TAS, Hoyt, Marmar, Horowitz & Alvarez, 1981), die *Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala* (KGPPS, Rohweder & Wienands, 1993; Strauß, Burgmeier-Lohse et al., 1996) und das *Group Leader Behavior Instrument* (GLBI, DePalma et al., 1984). 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, O'Malley, Suh & Strupp, 1983, deutsch von Strauß, Strupp, Burgmeier-Lohse, Wille & Storm, 1992) oder teilweise bei dem *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS, Jones, 1985; Jones, Cumming & Horowitz, 1988). Kognitiv-behaviorale Inhalte werden vor allem von jüngeren Instrumenten, insbesondere solchen, die im Kontext der Adherence-Competence-Forschung

entstanden sind, 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[25], das CSTF (Goldfried et al., 1997; M R Goldfried, Newman & Hayes, 1989), die *Group Session Rating Scale* (GSRS, Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989), die *Minnesota Therapy Rating Scale* (MTRS, DeRubeis et al., 1982) und das PQS. Bei diesen erweisen sich, wie sich u.a. aus der abschließenden Beurteilung (siehe letzte Tabellenspalte) ergibt, zwei Instrumente, das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) und die *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale* (CSPRS-6) als besonders geeignet als Grundlage für die HaPPS-B:

Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)

Das *Psychotherapy Process Q-Sort* (Jones, 1985) ist ein Fremdrating-Q-Sort-Verfahren[26], dessen 100 Items sich auf 1) Einstellungen, Verhaltensweisen und Erfahrungen des Patienten, 2) Handlungen und Einstellungen des Therapeuten und 3) das Interaktionsverhalten zwischen beiden beziehen. Gemäß seiner Autoren stellt es "a basic language for the description and classification of the therapy process" (Jones, Parke & Pulos, 1992, S.19) bereit. Es wurde bereits mehrfach in den Arbeiten der Forschungsgruppe um E. E. Jones eingesetzt, wie in Abschnitt 5.2.2.1 bereits dargestellt wurde. Weitere wesentliche Merkmale des Instruments sind Tabelle 4 zu entnehmen. Die Therapeuten- und Interaktionsvariablen des PQS bieten sich aus verschiedenen Gründen an, für das hier zu entwickelnde Verfahren als eine wesentliche Grundlage herangezogen zu werden: Zum einen bezieht das PQS bei zufriedenstellenden Gütekriterien eine relativ große Bandbreite der Variablen ein, die auch im Rahmen dieser Studie von Interesse sind. Hinzu kommt, dass das PQS nach Angaben seiner Autoren unter einer pantheoretischen Perspektive entwickelt worden ist, so dass es sich besonders für die Einschätzung und den Vergleich psychotherapeutischen Handelns verschiedener theoretischer Orientierungen eigne (z.B. Ablon & Jones, 1999). Tatsächlich konnte das Rating-Instrument

[25] Bei der wiederholten Nennung der verschiedenen Verfahren wird zur besseren Lesbarkeit in der Regel auf die ausgeschriebene Bezeichnung sowie die Autorenangabe verzichtet. Angegeben wird dann jeweils nur noch die bei der Erstnennung eingeführte Abkürzung.

[26] Beim Q-Sort-Verfahren werden die Häufigkeiten, mit denen die (in diesem Falle: neun) Antwortkategorien gewählt werden, in der Form vorgegeben, dass sich über alle (in diesem Falle: 100) Items eine Normalverteilung ergibt (d.h. dass die mittlere Antwortkategorie am häufigsten gewählt werden muss und zu den beiden Extremen hin die Häufigkeiten im durch eine Normalverteilung vorgegebenen Verhältnis abnehmen). Als Vorteil dieses Vorgehens wird angesehen, dass hierdurch alle Items aneinander relativiert und somit Halo-Effekte vermieden werden (Jones & Pulos, 1993).

in verschiedenen Studien (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993) gut im Sinne einer diskriminanten Validität zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren differenzieren. Dementsprechend gibt es ausreichende Vorerfahrungen mit dem Instrument und entsprechende Vergleichsdaten.
Als eher problematisch kann der Antwortmodus des Q-Sort-Verfahrens angesehen werden, der durch die Häufigkeitsvorgaben für die einzelnen Antwortkategorien zu Artefakten führen kann, da nicht davon auszugehen ist, dass die einzuschätzenden Prozessmerkmale innerhalb der Therapiesitzung tatsächlich normalverteilt auftreten. Jede vorgenommene Item-Einschätzung gilt somit nur *relativ zu den Einschätzungen der anderen Items während derselben Analyseeinheit* (Therapiesitzung). Dies ist deshalb besonders problematisch, da es der üblichen Auswertungspraxis entspricht, *pro Item über mehrere Analyseeinheiten* zu mitteln und mit Sitzungen anderer Therapieverfahren Vergleiche vorzunehmen, was mit Validitätseinschränkungen verbunden sein dürfte.

Eine inhaltliche Einschränkung des PQS ist darin zu sehen, dass tendenziell die Items, die psychoanalytische Sachverhalte beinhalten, elaborierter erscheinen als diejenigen, die Merkmale der Verhaltenstherapie erfassen. So werden z.B. psychoanalytische Fachbegriffe wie etwa 'Abwehrmechanismen' (Item 36), 'abgewehrte oder unbewusste Wünsche' (Item 67) und 'therapeutische Neutralität' (Item 93) explizit genannt und abgefragt, während zentrale Begriffe der Verhaltenstherapie (wie z.B. Störungsmodell, irrationale/dysfunktionale Gedanken, Modell, Verstärkung[27]) nicht eingeschätzt werden. Dies ist möglicherweise auf den stärker psychoanalytisch geprägten Hintergrund der Autoren zurückzuführen, die anscheinend auch durch die Mitarbeit von Experten aus beiden Therapierichtungen nicht gänzlich ausgeglichen werden konnte. Hinzu kommt, dass das Instrument aufgrund seines frühen Entstehens im Jahre 1985 bestimmte neuere Entwicklungen der beiden Therapierichtungen nicht beinhalten kann und natürlich - da es für Einzelsitzungen entwickelt wurde - auch die Erfassung der Gruppenperspektive nicht abdeckt.

Es wird somit deutlich, dass das PQS viele Vorteile beinhaltet, was seine zentrale Stellung bei der Entwicklung der HaPPS-B rechtfertigt, andererseits aber auch bestimmte Modifikationen und Ergänzungen sich anbieten.

---

[27] Das Item 66 ist zwar formuliert als "Therapist is directly reassuring", bezieht sich aber - wie im Manual deutlich wird - nicht auf die therapeutische Verstärkung im verhaltenstherapeutischen Sinne, sondern darauf, dass der Therapeut den Patienten z.B. in seiner Hoffnung auf Besserung durch die Therapie unterstützt (vgl. Jones, 1985, S. 17).

Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale - Form 6 (CSPRS-6)

Die CSPRS-6 wurde im Zusammenhang mit dem bereits vorgestelltem NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, 1994) entwickelt und diente dort der Erfassung von *adherence* der drei verglichenen Behandlungsformen (kognitiv-behaviorale, interpersonale Psychotherapie sowie medikamentöse Behandlung, nähere Angaben siehe auch Tabelle 4). Die Einbezugnahme von CSPRS-Items in die HaPPS-B erscheint bis zu einem gewissen Grade sinnvoll, da es sich um einen Vergleich einer verhaltenstherapeutischen und einer interpersonalen Therapieform, die ihre Ursprünge im wesentlichen in der psychoanalytischen Tradition hat (Klerman & Weissman, 1984), handelt und die Items des Verfahrens sehr sorgfältig ausgearbeitet, nah am konkreten Verhalten verankert und somit gut operationalisiert sind (vgl. hierzu das sehr ausführliche Manual von Evans, Piasecki, Kriss & Hollon, 1984).

Als Einschränkungen für die hier verfolgten Zwecke ist vor allem die spezielle Ausrichtung des Instruments zu nennen, die eine Übertragbarkeit im größeren Rahmen nicht zulässt. Hierbei handelt es sich um die explizite Bezugnahme auf Depressionsbehandlungen und -damit verbunden- auf die spezielle Behandlungsform der interpersonalen Therapie und einer stark an der kognitiven Therapie von Beck (Beck et al., 1979) orientierten Verhaltenstherapie.

PQS und CSPRS bildeten somit die Grundlage für die Itemgenerierung des zu entwickelnden Instruments. Für Ergänzungen bzw. Modifikationen wurden die weiteren in Tabelle 4 aufgeführten Instrumente herangezogen. Hierbei sind insbesondere die VPPS, die TAS, die MTRS und die *Therapeutic Procedures Inventory Revised* (TPI-R, Orlinsky et al., 1987, zitiert nach McNeilly & Howard, 1991) zu nennen, mit denen zwar meist keine Studien zu Therapieformen vergleichenden Fragestellungen durchgeführt wurden (mit Ausnahme der MTRS*)*, die allerdings generell gut eingeführt und erprobt sind und ein breites Spektrum an therapeutischen Prozessvariablen erfassen. Das CSTF, das bereits bei komparativen Untersuchungen zwischen psychoanalytisch und kognitiv-behavioralen Therapien zum Einsatz gekommen ist, wurde insbesondere für die Itemgenierung und -sichtung zur Erfassung therapeutischer Inhalte herangezogen, da das CSTF in diesem Bereich eine sehr differenzierte Kategorisierung aufweist. Weil es sich bei dem CSTF um ein Kategoriensystem handelt und keine ausformulierten Items im klassischen Sinne vorliegen, konnten die Kategorien dabei nur als Anregung dienen, eine direkte Übernahme in die HaPPS-B war nicht möglich.

Die *Heuristikskalen* (Ambuehl, 1996) und insbesondere die *Wirkfaktorenanalyse* (WIFA; Grawe, Smith, Regli & Dick, 1998), die im Kontext des Modells einer explizit

Therapieschulen übergreifenden "allgemeinen Psychotherapie" bzw. "Psychologischen Therapie" (Grawe, 1998) entstanden sind, wurden ebenfalls in die Überlegungen zur HaPPS-Entwicklung einbezogen. Vor allem die WIFA bot sich hierbei aufgrund ihrer langjährigen Entwicklung (bzw. die ihrer 'Vorläufer' CIPA und CUBUS, Regli, Grawe, Gassmann & Dick, 1998) auf Grundlage theoretischer Konzeptionen und empirischer Befunde (z.B. Grawe et al., 1994) sowie aufgrund ihrer breit angelegten Erfassung von Prozessaspekten an. Da sie allerdings auf einer abstrakteren Ebene als das direkt beobachtbare therapeutische Verhalten Prozessvariablen erfasst (was häufig Inferenzschlüsse der Rater erforderlich macht), ergaben sich mit der im Rahmen dieser Untersuchung fokussierten Ebene konkret relativ wenig Überschneidungen, so dass lediglich ein WIFA-Item (in modifizierter Form) in die HaPPS-B einfloss.

Neben diesen Instrumenten, die relativ breit den therapeutischen Prozess erfassen, wurden auch einige solcher Verfahren berücksichtigt, die sich jeweils auf einen speziellen Bereiche bzw. eine spezielle Interventionsform konzentrieren. Dabei wurden insbesondere Instrumente, die psychoanalytisch geprägten Konstrukte erfassen, gesichtet und einbezogen, da diese (aus der Natur des Therapieansatzes resultierend) schwieriger zu operationalisieren und einer 'objektiven' Beobachtung zugänglich zu machen sind. Hierbei handelt es sich um folgende Verfahren:

1) die 15-Item-Skala *Specific Therapeutic Technic* (STT, Hoglend, 1995, zitiert nach Bogwald et al., 1999) bei der insbesondere die 5 Items umfassende Subskala Übertragung (*STT-transference*) interessierte,

2) die *Interpretive and Supportive Technique Scale* (ISTS, Ogrodniczuk, 1999) mit insgesamt 14 Items, bei der insbesondere die Operationalisierung der interpretativen Interventionen für die Itemgenerierung Relevanz besaßen,

3) die *Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale* (VTTS, Butler, Henry & Strupp, 1995), bei der die Subskala zum psychodynamischen Interviewstil berücksichtigt wurde,

4) ein Schema, eingesetzt von Flowers und Booraem (1990) zur Erfassung von unterschiedlichen Typen von Interpretationen (7 Items),

5) der *Inventory of Therapeutic Strategies* (IST, z.B. Gaston & Ring, 1992), ein 13-Item-Instrument zur Erfassung explorativer und supportiver Techniken und

6) die *Sheffield Psychotherapy Rating Scale* (SPRS, Shapiro & Startup, 1992), von der die Exploratory Scale (19 Items) von Relevanz war (die allerdings zu großen Teilen Überschneidungen mit der IPT-Skala der CSPRS aufweist).

(Diese sechs Instrumente sind nicht in Tabelle 4 aufgeführt.)

Eine zentrale Ergänzung stellte die Generierung von gruppenbezogenen Interventionen dar. Hierzu wurde vor allem die bereits erwähnte *Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala* (KGPPS, Rohweder & Wienands, 1993), ein Gruppen-Fremdrating-Verfahren, das in Anlehnung an die vielfach eingesetzte VPPS entwickelt wurde, herangezogen. Die KGPPS ist implizit auf beziehungsdynamische Gruppenkonzeptionen ausgerichtet, was insbesondere in zwei der vier Bereiche des Instruments deutlich wird, nämlich bei der Erfassung sogenannter Wirkfaktoren (Bereich 2 der KGPPS) und bei der Erfassung therapeutischer Interventionen (Bereich 4). Letztgenannter Bereich erwies sich mit seinen 15 Items als relevant für die HaPPS-Itemgenerierung, aus ihm wurden mehrere Items einbezogen.

Ebenfalls wurde die *Group Sessions Rating Scale* (GSRS, Getter et al., 1992; Kadden et al., 1989) herangezogen, die allerdings eher auf einem sehr allgemeinen Niveau (mit insgesamt nur sieben Items) therapeutische Aktivität während Gruppentherapien erfasst. Da die GSRS-Items z.T. gleichzeitig mehrere Sachverhalte erfragen, wurde im Wortlaut keines dieser Items ausgewählt, jedoch wurden ihnen inhaltliche Anregungen entnommen.

Auch denjenigen Fragen des *Düsseldorfer Wirkfaktorenbogens* (vgl. Davies-Osterkamp, 1996), die sich auf das Verhalten des Therapeuten beziehen, wurden inhaltlich berücksichtigt, ohne dass allerdings direkt Items übernommen wurden. (Die meisten der Items waren inhaltlich schon durch Items aus den anderen Verfahren vertreten). Gleiches gilt für das *Group Leader Behavior Instrument* (GLBI, DePalma et al., 1984).

Tabelle 4: *Überblick über eine Auswahl [a] an Instrumenten zur Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses*

Instrument	Autoren	Kurz-beschreibung	Datenquelle	Setting	Theoretische Orientierung	Konstruktion	Bereiche / Skalen	Umfang	Beispielitem
Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)	Schindler, A., Hohenberger-Sieber, E., & Hahlweg, K. (1989)	Kategoriensystem zur Patienten-Therapeuten - Interaktion (verbale Ebene)	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	keine bestimmte Therapie-ausrichtung	Basis: VT-Überlegungen; bereits bestehende Systeme (versch. Therapie-Richtungen, insb. Strupp, 1957, und Hill , 1986)	20 Therapeutenkategorien mit 6 Überkategorien: 1.) Einfühlung; 2.) Unterstützung; 3.) Exploration; 4.) Erklärung; 5.) Direktiven; 6.) Klassifikation	20 Kategorien	entspricht den Kategorien
Coding System of Therapeutic Focus (CSTF)	Goldfried, Newman & Hayes (1989)	Kategoriensystem zur therapeutischen Fokussierung	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	keine bestimmte Therapie-ausrichtung		Therapeutische Fokussierung von 1.) Komponenten der 'Funktionsfähigkeit' ("functioning") des Patienten (z.B. Selbstbeobachtung, Gefühle, Handlungen) 2.) Intra- und interpersonale Muster 3.) Allgemeine Interventionen 4.) Involvierte Personen 5.) Zeitrahmen	39 Kategorien, die in den 5 genannten Bereichen zusammen-gefasst sind	entspricht Unterkategorien der 5 Bereiche, z.B. Kategorie 'Selbstbeobachtung' (im Bereich Funktionsfähigkeit) oder Kategorie 'Vergangenheit als Erwachsener' (im Bereich Zeitrahmen)
Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale - Form 6 (CSPRS-6)	Hollon et al. (1988)	Rating-Instrument zum Therapeuten-verhalten	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	Rahmen: TDCRP der NIMH; Erfassung von Cognitive Behavior Therapy (CB), Interpersonal Therapy (IPT) und Clinical Management (CM) bei Depressions-behandlungen	Basis: Experten u. Manuale der jeweiligen Therapien; rationale Konstruktion der Subskalen	I) Modality specific (CB und IPT wie sie in der TDCRP angewendet werden): 1.) CB-Skala; 2.) IPT-Skala; 3.) CM-Skala]; II) Tangential modality (CB und IPT als 'pure' Verfahren) 4.)/Tang. CB (TCB); 5.)Tang. IPT (TIPT); III) Non- modality specific: 2 Skalen: 6.) Facilitative Conditions; 7.) Expl. Directiveness	96 Items: 1.) CB: 28; 2.) IPT: 28; 3.) CM: 20; 4.) T-CB: 4; 5.) T-IPT: 4; 6.) FC: 8; 7.) ED: 4;	T-IPT: " Did the therapist suggest or imply that the client´s current probems are related to a conflict or situation from his/her chidhood?" T-CB: "Did the therapeut use didactic persuasion to urge the client to change his/her belief(s)?";
Düsseldorfer Wirkfaktoren-bogen	Davies-Osterkamp (1996)	Fragebogen zur Erfassung von Erfahrungen bzgl. der Gruppe(nmit-glieder) und des Therapeuten-verhalten sowie die Bewertung von diesen	Patienten	für Gruppen-therapien entwickelt	Therapeuten-Items: psychoanalytisch-interaktionelle im Vergleich zur tiefenpsycholo-gisch fundierten Konzeption; Gruppen-erfahrungsitems: Wirkfaktoren sensu Yalom (1996)		I) Erfahrungen der Patienten mit Mitpatienten bzw. der Gruppe; II) Erfahrungen mit dem Therapeutenverhalten; für beide Bereiche wurden faktorenanalytisch je drei Skalen gefunden; Für den Bereich Therapeutenverhalten sind dies: 1.) Klarifikation / Konfrontation /Klärung 2.) Emotionale Präsens des Therapeuten 3.) Akzeptanz des Therapeuten	43 Items: I) Gruppen-erfahrungen: 25 Items; II) Erfahrungen mit dem Therapeuten-verhalten: 18 Items	"Der Therapeut machte deutlich, dass bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen aus der Kindheit stammen."

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Antwortskalierung	Analyseeinheit	Rater	Interraterreliabiität	Emperie zur Differenzierungsfähigkeit zwischen Therapieformen	Einschätzung bzgl. des Nutzens für die Entwicklung der HaPPS-B
Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)	entfällt im klassischen Sinne (Jede Analyseeinheit wird eine der 20 Kat. zugeordnet)	"Sinneinheit" innerhalb einer Sprech-sequenz		Schindler et al. (1989): Therap.-Skala: .80 (Kappa, Übereinst. zw. Rater und Expertenrating); Inter- Rater-Korr. schwanken zwischen Dimensionen (häufige Dimensionen: .75- .94)	bisher keine komparative Studie vorliegend	<u>Vorteile des Instruments:</u> - detaillierte Beschreibung des Interaktionsbereichs <u>Nachteile des Instruments:</u> - spezieller Fokus auf dem Interaktionsverlauf - molekulares Vorgehen (sehr kleine Analyseeinheiten)
Coding System of Therapeutic Focus (CSTF)	entfällt im klassischen Sinne (jede Analyseeinheit wird bzgl. jeder Kategorie hinsichtlich seines Auftretens / Nichtauftretens bewertet	Redebeitrag des Therap. (zwischen zwei Patienten-beiträgen)	Bereiche werden von unterschied-lichen Codierern bearbeitet; aufwendiges Ratertraining (60-90 Std.)	Goldfried et al. (1997): Intra class coefficient ICC > .60, mit Ausnahme dreier Kategorien mit .50 < ICC < .60	Goldfried et al. (1997): Diskriminationsfähigkeit zw. Therapierichtungen belegt	<u>Vorteile des Instruments</u> - therapeutische Themen werden sehr ausdifferenziert erfasst - Diskriminierungsfähigkeit empirisch erprobt <u>Nachteile des Instruments:</u> - eher molekulares Vorgehen, Kategorisierung - Interventionen werden wenig erfasst - sehr aufwendiges Verfahren
Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale - Form 6 (CSPRS-6)	siebenstufige Likertskala, von denen vier Stufen verbal verankert sind	gesamte Sitzung	graduate students	Intra class correlations: Vorstudie: CB: .88 (1 Rater); .94 (2 Rater, pooled); IPT:.69 (1 Rater); .80 (2 Rater, pooled); FC: .49 (1Rater); .64 (2 Rater, pooled); (C. E. Hill et al., 1992): CB: .88; IPT:.78;	Hill et al. (1992): Diskriminationsfähigkeit zw. Therapierichtungen belegt;	<u>Vorteile des Instruments:</u> - sorgfältige Operationalisierung der Items - gute Reliabilitäten - Diskriminierungsfähigkeit zw. IPT und CBT in vergleichender Adherence- Untersuchung erprobt <u>Nachteile des Instruments:</u> - spezielle Ausrichtung auf IPT, nicht auf (allgemeine) psychoanalytische Therapie - spezielle Ausrichtung vieler Items auf Depressionsbehandlung insb. bei CB-und IPT-Skalen (T-CB und T-IPT sind daher am interessantesten)
Düsseldorfer Wirkfaktoren-bogen	1) zweistufige Einschätzung (*stimmt - stimmt nicht*) 2) Falls *stimmt* angegeben wird: dreistufige Einschätzung: *nicht hilfreich* bis *sehr hilfreich*	gesamte Sitzung	entfällt		(Davies-Osterkamp et al., 1987): Differenzierungsfähigkeit zwischen tiefenps. fundierten und psychoanalytisch interaktionellen Therapien belegt (Auswertungen allerdings i.d.R. hinsichtl. der *Bewertung* des vorkommenden Verhaltens)	<u>Vorteile des Instruments:</u> - Gruppenaspekt explizit berücksichtigt - Patientenperspektive (insb. für den HaPPS-P interessant) - Differenzierungsfähigkeit zumindest für psychoanalytisch orientierte Formen erprobt <u>Nachteile des Instruments</u> - ausschließlich beziehungsdynamischer Hintergrund - Schwerpunkt der Auswertung liegt in bisherigen Auswertungen auf Bewertungsaspekt - Gütekriterien unklar

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Autoren	Kurz-beschreibung	Datenquelle	Setting	Theoretische Orientierung	Konstruktion	Bereiche / Skalen	Umfang	Beispielitem
Group Leader Behavior Instrument (GLBI)	DePalma, Gardner & Zastowny (1984)	Rating-Instrument zur Einschätzung des therapeutischen Verhaltens in Gruppen	Therapeuten-Selbstrating, auch von Patienten und Beobachtern anwendbar	für Gruppen-therapien entwickelt	keine explizite Therapie-ausrichtung, allerdings eher psychoanalytisch orientiert	Basis: *Group Leadership Questionnaire* (GLQ-C; Wile, 1970, zitiert nach DePalma et al., 1984)	nach einer faktorenanalytischen Lösung ("vorläufig" wg. geringem N): 1.) Therapeutische Aktivität zur Ermutigung der Patienten an der Gruppe teilzunehmen und den Gruppenprozess zu überprüfen; 2.) Aktive Rolle des Therapeuten in der Gruppe; 3.) Einzelfallbezogene Aktivität (z.B. Interpretation, Vergangenheit und Eltern) und Direktivität	19 Items	z.B.: 1. Silence 7. Member Feelings 11. Group Dynamic Questions 16. Past and Parents 19. Role Playing
Group Sessions Rating Scale (GSRS)	Kadden, Cooney, Getter & Litt (1989)	Rating-Instrument zur Einschätzung von therapeutischen Interventionen; Adherence-Skala	nicht-teilnehmende Beobachter	für Gruppen-therapien (Alkohol-problematik) entwickelt	Erfassung kognitiv-behavioraler (CBT) und interpersoneller (IPT) Therapie	Basis: Auswahl distinkter und wichtiger Eigenschaften von IPT und CBT	1.) CBT; 2.) IPT	7 Items: 1.) CBT: 4 2.) IPT: 3;	Here-and -Now-Focus: Present when the group is focused on group process issues or interpersonal events within the current group session such as feedback and reaction to others (but not as a part of a role play). (...)
Heuristik-Rating-Skalen	Ambühl & Grawe (1989) bzw. Ambühl (1996)	Rating-Instrument zu therapeut. Heuristiken	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	vier schulen-übergreifende Heuristiken: Beziehungs-gestaltung; reflektiernde Abstraktion; Emotions-verarbeitung; Kompetenz-erweiterung (vgl. "Allgemeine Psychotherapie", Grawe, 1998)		die vier Heuristiken (= therap. Vorgehen zur Erreichung von Änderungszielen) werden erfasst bzgl.: 1.) aktive Verfolgung der Ziele durch Th; 2.) Beachtung der vom Patienten ausgehenden Gelegenheiten; 3.) Fachliche therap. Kompetenz; 4.) Aufnahmebereitschaft des Patienten [4] als unabhängiger Faktor]	26 Items	"Der Therapeut versucht, dem Klienten zu ermöglichen, daß er lernt, mit bestimmten Situationen anders umzugehen."

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Antwortskalierung	Analyseeinheit	Rater	Interraterreliabiität	Empirie zur Differenzierungsfähigkeit zwischen Therapieformen	Einschätzung bzgl. des Nutzens für die Entwicklung der HaPPS-B
Group Leader Behavior Instrument (GLBI)	siebenstufige Likertskala (*never* bis *always*)	gesamte Sitzung; ebenfalls möglich: Ratings von Standard-situationen	entfällt für die Therapeuten- und Patienten-Ratings; keine Angaben für die Beobachter			Vorteile des Instruments: - Gruppenaspekt explizit berücksichtigt - Therapeutenperspektive zentral, Patienten- und Beobachterperspektive auch generell möglich - hohe Ökonomie Nachteile des Instruments - ausschließlich beziehungsdynamischer Hintergrund - realtiv begrenzter Bereich an Variablen - Differenzierungsfähigkeit nicht erprobt - Gütekriterien unklar
Group Sessions Rating Scale (GSRS)	nach jedem Segment wird Auftreten/Nicht-Auftreten eingeschätzt -> Häufigkeits-einschätzungen von 0 bis 15 pro Block	zwei Blöcke mit 15 x 1-Min.-Segmenten; bei Kaminer et al. (1998): 10 x 1-Minute-Segmente		Getter et al. (1992): durchschnittl. ICC = .94; Kaminer, et al. (1998): Yule´s Koeffizient: CBT-Items: je 1.00; IPT-Items: .59- 1.00	Getter et al. (1992); Kaminer et al. (1998): Diskriminationsfähigkeit zw. Therapierichtungen belegt	Vorteile des Instruments: - explizit Gruppenperspektive einbezogen - hohe Interrater-Übereinstimmung - Differenzierungsfähigkeit zwischen CBT und IPT empirisch erprobt Nachteile des Instrumentes: - Fokus auf relativ wenige, allerdings sehr komplexe Variablen - speziell für Alkoholbehandlung entwickelt - reine Häufigkeitseinschätzungen - eher molekulares Vorgehen
Heuristik-Rating-Skalen	vierstufiges Rating (*stimmt gar nicht* bis *stimmt ganz genau*)	10 bis 12-Minuten-Segmente	graduate students mit therap. Grund-ausbildung; Schulung von 20 Std.	Ambühl & Grawe (1989): Pro Item unterschiedl.: .76 - .94 (Mittelwert (?) aus prozentualer Übereinstimmung von je 2 Ratern)	z.B.: Ambühl & Grawe, 1989: Differenzierungsfähigkeit bei Gesprächspsychotherapie, Breitband-VT und Interaktioneller VT; Ambühl, 1996: vergleichende Verlaufsanalyse von 2 Kurzzeittherapien (PA und schematheor. Ansatz)	Vorteile des Instruments: - interessante Perspektive auf therap. Handeln - hohe Interrater-Rel.Itemformulierungen z.T. kompliziert - Differenzierungsfähigkeit empirisch erprobt, allerdings nicht direkter PA-VT-Vergleich Nachteile des Instruments: - therapeutisches Verhalten wird nicht direkt erfasst, sondern indirekt über die therap. Intentionen - Inferenzen bei Einschätzungen notwendig

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Autoren	Kurz-beschreibung	Datenquelle	Setting	Theoretische Orientierung	Konstruktion	Bereiche / Skalen	Umfang	Beispielitem
Kieler Gruppen-psychotherapie-Prozess-Skalen (KGPPS)	Rohweder, R. & Wienands, H. (1993)	Rating-Instrument zur Einschätzung verschiedener Prozessmerkmale in der Gruppentherapie	nicht-teilnehmende Beobachter	für Gruppen-therapien entwickelt	eher beziehungs-dynamische Auffassung von Gruppentherapien	Basis: VPPS (siehe Zeile 13), Übertragung auf Gruppen [auch: Bezugnahme auf Wirkfaktoren sensu Yalom (1996)]	1.) Globalbeurteilungen; 2.) Wirkfaktoren; 3.) Haltung der Gruppenmitglieder (Adj. direkt aus der VPPS übernommen); 4.) Therapeuteninterventionen	1.) 5 Items; 2.) 16 Items; 3.) 21 Items; 4.) 15 Items	Vier Bereiche sehr unterschiedlich formuliert: Bereich 4: "Interventionen des Therapeuten"
Minnesota Therapy Rating Scale (MTRS)	DeRubeis, Hollon, Evans & Bemis (1982)	Rating-Instrument zur Einschätzung von Therapeuten-verhalten	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	Erfassung kognitiv-behavioraler (CBT) und interpersoneller (IPT) Therapie	Basis: Items der *Cognitive Therapy Scale* (Young, 1980); VT- u. IPT-Manuale; bestehende Instrumente	1.) CBT; 2.) Allgemeine therapeutische Fähigkeiten; 3.) Direktivität; 4.) IPT faktorenanalytische Skalengewinnung: 69% Varianzaufklärung (CBT: 43%; Allg. therap. Fähigkeit: 13%; Direktivität: 7%; IPT: 6%);	48 Items: IPT-Skala mit nur 3 (!) Items	"Did the therapist attempt to explain the rationale behind the nature of the therapy to the client?"
Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)	Jones (1985); (Jones et al., 1988)	Rating-Instrument zur Einschätzung von Patienten- und Therapeuten-verhalten	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	pantheoretisch konzipiert; differenziert neben PA und VT auch Rational-Emotiver-Therapie, Gesprächs-psychotherapie, Gestalttherapie	rationale und empirische Konstruktion; Basis: Experten u. vorhandene Lit./Instrumente; 2 Pilot Ratings	1.) Einstellungen, Verhalten, Erfahrungen: Patient 2.) Handlungen, Einstellungen: Therapeut 3.) Interaktionsverhalten Befunde zu Skalen: Jones et al. (1988): keine Faktorstruktur Jones & Pulos (1993): 4-Fakt.- Lösung mit 37 Items (42% Varianzaufklärung): PA, VT, Pat.-Widerstand, Neg. Affekte des Pat.	100 Items: Bereich 1: 37 Items; Bereich 2 u. 3: 63 Items	"Therapist asks for more information or elaboration."
Therapeutic Procedures Inventory Revised (TPI-R)	Orlinsky, Lundy, Howard, Davidson & O´Mahoney (1987, zitiert nach McNeilly & Howard, 1991)	Rating zu interpersonalem Verhalten, therap. Zielen u. therap. Interventionen	Therapeuten	für Einzeltherapien entwickelt	Interventionsskala umfasst verschiedene therap. Richtungen	Basis: *Therapy Session Report* (Orlinsky & Howard, 1986); Interventions-skala: Bestehende Instrumente; Experten	Interventionsskala: 1.) Direktiv-Behavioral; 2.) Psychodynamisch; 3.) Affektiv (faktorenanalytische Skalengewinnung bei McNeilly & Howard, 1991, auf Basis von psychoanalytischen Therapeuten)	73 Items; Interventions-skala: 49 bzw. 40 Items (9 Items werden bei McNeilly & Howard, 1991, entfernt wg. Seltenheit)	"Reframe your patient´s formulation of a problem."

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Antwortskalierung	Analyseeinheit	Rater	Interrater-Reliabiität	Empirie zur Differenzierungsfähigkeit zwischen Therapieformen	Einschätzung bzgl. des Nutzens für die Entwicklung der HaPPS-B
Kieler Gruppen-psychotherapie-Prozeß-Skalen (KGPPS)	Bereich 4: fünfstufiges Rating (1=*nicht*; 5=*sehr*)	gesamte Sitzung: 6 x 15 minütige Segmente	Psych.-Studenten, Dipl.-Psychol., Ärzte; (i.d.R. psycho-analytisch orientiert)	"überwiegende Mehrzahl der Items": Finn's r > .80 bei 4 Ratern	bisher wenig eingesetzt; Rohweder & Wienands (1993): Validierung anhand von Pat.-Selbsteinschätzungen: "im großen und ganzen zufriedenstellend"	Vorteile des Instruments: - Gruppenaspekt explizit berücksichtigt - Bereich 4 enthält für die Studie relevante Variablen Nachteile des Instruments: - bisher wenig empirisch erprobt (bisher nur eine Studie zu psychoanalytischen Gruppen vorliegend) wenige Angaben zu Gütekriterien - beziehungsdynamische Gruppenkonzeption - teilweise nicht exakte Operationalisierung der Items
Minnesota Therapy Rating Scale (MTRS)	neunstufig: Extrem-ausprägungen 1 u. 9 sind speziell für jedes Item verbal verankert	gesamte Sitzung	psychosoz. Berufe verschie-dener therapeut. Ausrichtun-gen; graduate students	Pearson Produkt-Moment-Korr.: .92 bis - .29; Modus: .70 .	DeRubeis et al. (1982): Diskriminierfähigkeit belegt; Diskriminanzanalyse (CBT vs. IPT): nahezu perfekte Zuordnung der Therapierichtungen	Vorteile des Instruments: - Erfassung eines relativ breiten Spektrums an Variablen - Diskriminierungsfähigkeit bzgl. Therapieformen empirisch erprobt Nachteile des Instruments: - Interrater Rel. bei einigen Items extrem niedrig - wenige empirische Untersuchungen vorliegend
Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)	neunstufiges Q-Sort-Verfahren (*extremely characteristic/salient* bis *extremely uncharacteristic/ salient*)	gesamte Sitzung	forschungs-orientierte Kliniker, graduate students	Pearson Produkt-Moment-Korrelationen.: bei 2 Ratern: .83 < r < .89; bei 3 bis 10 Ratern: .89 < r < .92	mehrfache Studien, auch vergleichende, insb.: Jones & Pulos, 1993 (Vergleich PA-VT); Ablon & Jones, 1999 (Vergleich IPT-VT)	Vorteile des Instruments: - breites Variablenspektrum - Diskriminierungsfähigkeit bzgl. PA und VT mehrfach empirisch erprobt; Hinweise für diskriminierende Items Nachteile des Instruments: - eher psychoanalytischer Hintergrund (einige wertende VT-Items) - Uneindeutigkeit bzgl. Faktorstruktur; - Q-Sort-Verfahren methodisch problematisch
Therapeutic Procedures Inventory Revised (TPI-R)	vierstufig: 0 (*not at all*) bis 3 (*very much*)	gesamte Sitzung	entfällt		komparative Studien nicht bekannt;	Vorteile des Instruments: - Berücksichtigung vieler bereits bestehender Skalen - Interventionsitems und Items zum interpersonalen Verhalten von Interesse für die HaPPS Nachteile des Instruments: - Gütekriterien liegen nicht vor; - realtiv eingeschränkter Bereich an Interventionsvariablen - keine empirische Erfahrung bzgl. Therapieformen-Vergleiche vorliegend

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Autoren	Kurz-beschreibung	Datenquelle	Setting	Theoretische Orientierung	Konstruktion	Bereiche / Skalen	Umfang	Beispielitem
Therapist Action Scale (TAS)	Hoyt, Marmar, Horowitz & Alvarez (1981)	Rating von Therapeuten-verhalten (parallel gibt es von den Autoren die PAS = *Patient Action Scale*)	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt	pantheoretisch konzipiert, psycho-dynamischer Hintergrund der Autoren; Items zum 'Stress Response Syndrom'	Basis: vorhandene Verfahren u. Literatur; Experten; eigene Überlegungen	1.) PA (?) 2.) Items zum 'Stress Response Syndrom' Hoyt et al., 1981: Clusteranalyse mit 3 Clustern	25 Items	"Expressions of feelings or Ideas encouraged."
Vanderbilt Psychotherapie Prozeß-Skala (VPPS) Ergänzend: Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)	O'Malley, Suh & Strupp (1983); deutsche Version: Strauß et al. (1992)	Rating von Patienten- und Therapeuten-verhalten; Fokus: Patienten-Therapeuten-Interaktion	nicht-teilnehmende Beobachter	für Einzeltherapien entwickelt; Variationen für Gruppentherapie: KGPPS (s.o.); GRP-VPPS (Soldz, Budman & Demby, 1992: Beurteilung des Gruppen-Hauptakteurs)	keine explizite Therapie-ausrichtung, allerdings eher psychoanalytisch orientiert	amerikanische Version basiert auf dem *Therapy Session Report* (Orlinsky & Howard, 1986); mehrfache Überarbeitung der Skala (vgl. Suh, Strupp & O'Malley, 1986)	deutsche Version: 1.) Pat.-Skala (Verhalten + Einstellung); 2.) Therap.-Skala (Verhalten + Einstellung); 3.) Globalratings O´Malley et al. (1983): 7-Faktoren-Struktur mit 3 Th-Faktoren: Warmth, Friendliness, Negative Attitude	deutsche Version: 1.) 19 Items (Verhalten) + 21 Adj. (Einstelung); 2.) 27 Items (Verhalten) + 10 Adj. (Einstellung); 3.) 3 globale Items	"Th. versuchte dem Pat. zu helfen, sich über seine Reaktionen und Gefühle klar zu werden."
Wirk-faktorenanalyse (WIFA)	Grawe, Smith, Regli & Dick (1998)	computer-gestütztes Rating (z.T. auch Kate-gorisierung) zur Einschätzung des Therapie-prozesses	nicht-teilnehmende Beobachter	grundsätzlich in Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familien-therapien einsetzbar, bisher nur auf das Einzelsetting bezogen	Vorgänger: CIPA und CUBUS (Regli et al., 1998)		Fünf Dimensionen: 1. Bewertungsdimension (Pole: Problem- und Ressourcenperspektive) 2. Psychologische Dimension (Pole: motivational und potential) 3. Kommunikationsdimension (Pole: inhaltliche Thematisierung und prozessuale Aktivierung) 4. Prozessdimension (Pole: Öffnen und Schließen) 5. Systemdimension (individuelles und interpersonelles System sowie Therapiebeziehung); (nicht vollständige) Kombination der Perspektiven	47 "Skalen" bzgl. Ressourcenperspektive, Problemspezifizierung und Problembearbeitung; außerdem: Inter-Session-Report; Nicht alle Items werden immer eingeschätzt	"Wie gut trägt der Therapeut dazu bei, dass es beim Patienten zu grösserer Klarheit, zu besserem Verstehen, zu emotionalen Um- und Neubewertungen, zu klareren Zielsetzungen kommen kann?" "Wie aufnahmebereit ist der Patient für diese Art der Problembearbeitung, wie engagiert macht er dabei mit?"

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Instrument	Antwortskalierung	Analyseeinheit	Rater	Interraterreliabiität	Empirie zur Differenzierungsfähigkeit zwischen Therapieformen	Einschätzung bzgl. des Nutzens für die Entwicklung der HaPPS-B
Therapist Action Scale (TAS)	1) Einschätzung bzgl. des Auftretens /Nichtauftretens 2) ggf.: Einschätzung der Wichtigkeit relativ zum gesamten therap. Verhalten (fünfstufig: *minor* / *major emphasis*")	3 x 17-Minuten-Segm. pro Sitzung, dann: integriertes Globalratings für die gesamte Sitzung	Rater: Psychiater, und Psycholgen "psycho-dynamically trained"	Imterrater: Md: Finn's r = .76; Range: .44 - .92; Retest: Md: Finn's r = .87; Range: .68 - .97; "Interrater-Agreement" (Einschätzungen des Auftretens): relativ gering	komparative Studien nicht bekannt	<u>Vorteile des Instruments:</u> - Berücksichtigung eines breiten Spektrum an Variablen <u>Nachteile des Instruments:</u> - Ausmaß der Übereinstimmung bzgl. Auftreten /Nichtauftreten eines Verhaltens ist unbefriedigend, präzisere Formulierung notwendig - z.T. Mehrkomponenten-Items d.h. mehrere Aspekte werden gleichzeitig erfasst) - einseitige, eher psychoanalytische Ausrichtung - keine Empirie zur Diskrimierungsfähigkeit
Vanderbilt Psychotherapie Prozeß-Skala (VPPS) Ergänzend: Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)	fünfstufig: 1 bis 5 (*nicht* bis *sehr*)	>5 min, Empfeh-lung: 10 bis 15 Min.	klinische Psychologen auch: graduate students "with minimal clinical experince"	Suh et al. (1986): Range: .79 < r < .94	vergleichende Prozessuntersuchungen zwischen PA, Gesprächspsychotherapie und nicht-professionellen Therapien	<u>Vorteile des Instruments:</u> - relativ breites Spektrum relevanter Variablen - mehrfache Überarbeitung der amerikanischen Version - deutsche, bereits empirisch eingesetzte Version liegt vor - vielfacher empirischer Einsatz (z.B. zu Therapiephasen) <u>Nachteile des Instruments:</u> - eher psychodynamischer / -analytischer Hintergrund - empirische Untersuchungen zur Diskriminierungsfähigkeit bzgl. PA und VT nicht vorliegend
Wirk-faktoren-analyse (WiFa)	Einschätzung des Ausmaßes von 0 bis 100, die in eine fünfstufige Skala transformiert wird; pro Item gibt es jeweils spezielle verbale Operationali-sierungen von Skalenbereichen	2 Durchgänge: Rating von 5 Segm. pro Sitzung, nachdem zuvor gesamte Sitzung gesehen wurde, (kein Rating beim 1. Durchgang)	fort-geschrittene Psychologie-Studenten; ausführliche Rater-Schulung (100 Std.)	Anteil übereinstimmender und nicht übereinstimmender Kategorien mittels Chi-Quadrat-Verfahren: Intra-Rater: durchschn. ca. .90%; Interrater: ca. 75%, allerdings mit einigen deutlichen Abweichungen nach unten	bisher vor allem Studien zur Produktivität der Therapiesitzungen	<u>Vorteile des Verfahrens:</u> - breites Spektrum an Prozessaspekten - explizit therapieschulenübergreifender Ansatz - sorgfältige und langjährige Entwicklung und Ausarbeitung des Instruments - theoretische und empirische Basis <u>Nachteile des Verfahrens:</u> - Erfassung der speziellen Komponenten der von der "Allgemeinen Psychotherapie" postulierten Faktoren - Einschätzungen bleiben dabei häufig nicht bei dem beobachtbaren therap. Verhalten, sondern erfordern Inferenzschlüsse im Kontext der "Allgemeinen Psychotherapie" - Kompliziertheit und Aufwand des Verfahrens - Reliabilität z.T. nicht zufriedenstellend

.

Anmerkungen. PA: psychoanalytisch begründet; VT:verhaltenstherapeutisch begründet. Andere Abkürzungen werden in der Tabelle selbst eingeführt.
Pro Zeile wird eine Instrument hinsichtlich 15 Aspekte (d.h. über 15 Spalten hinweg) beschrieben, die Beschreibung eines Instrumentes erfolgt somit zeilenweise jeweils über zwei aufeinander folgende Seiten.

[a] Kriterien, die dieser Auswahl zugrunde liegen sind dem Text zu entnehmen (Abschnitt 8.1.1.2)

8.1.1.3 Itemselektion

In einem mehrstufigen Entscheidungsprozess wurden aus den unter 8.1.1.2. als geeignet erscheinenden Instrumenten Items für den HaPPS-B ausgewählt: Entsprechend der vorherigen Überlegungen fand schwerpunktmäßig das PQS Eingang in die HaPPS-B, die anderen in Abschnitt 1.1.2 erläuterten Verfahren, insbesondere die CSPRS, ergänzten die PQS-Items.
Ausgewählt wurden diejenigen Items, auf die folgende Kriterien zutrafen:

(a) Erfassung von relevanten therapeutischen Interventionen, Haltungen und Inhalten unter besonderer Berücksichtigung des Gruppenaspektes
(b) Erfassung von therapeutischen Prozessvariablen, die relevant für psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierte (Gruppen-)Therapien sind
(c) hohe Verständlichkeit des Items bzw. dessen deutscher Übersetzung
(d) geringer Abstraktionsgrad und gute Beobachtbarkeit

(e) angemessene, nicht zu hohe „Spezifität“ (i. S. v.: Das Item sollte nicht einen Aspekt erfragen, der allgemein sehr selten bzw. mit geringer Intensität auftritt.)

Die Kriterien (a) und (b) besaßen bei der Itemauswahl besonderes Gewicht, da gewährleistet werden sollte, dass das zu entwickelnde Rating-Instrument ein möglichst breites Spektrum an zentralen Variablen beinhaltet. Auch Kriterium (e) kann in diesem Zusammenhang gesehen werden (obwohl dieses Kriterium auch methodische Implikationen besitzt).

Die empirisch nachgewiesene Differenzierungsfähigkeit von Items bei komparativen Prozessstudien stellte kein Kriterium bei der Selektion dar, da zum einen bei dem Großteil der Items solche Informationen nicht vorlagen und - noch wichtiger - zum anderen bei der Untersuchung der Fragestellung die Unterschiedlichkeit zwischen den Verfahren nicht durch eine entsprechende Itemauswahl artifiziell erhöht werden sollte. Trotzdem wurden natürlich ebenso zu einem nicht geringen Anteil Items, die sich in anderen Studien als zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse differenzierend erwiesen haben, in die HaPPS-B aufgenommen (sofern sie die oben angeführten Kriterien erfüllten), um auch nicht das Risiko einer künstlichen *Unter*schätzung der Unterschiedlichkeit einzugehen und um empirische Vergleichsdaten zur Hand zu haben.

Die Kriterien (c) und (d) dienten vor allem der dem Zweck, ein reliables und valides Instrument zu konstruieren.

Im Rahmen des mehrstufigen Entscheidungsprozesses (vorgenommen von der Autorin der vorliegenden Arbeit sowie weiteren Projektmitarbeitern) wurden nach dieser Vorauswahl, die

zu einem Itempool von ca. 110 Items führte, Experten der beiden in Frage stehenden Therapierichtungen hinzugezogen (hierbei handelte es sich im wesentlichen um weitere Mitarbeiter der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit Erfahrung in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung), mit denen die Items diskutiert wurden. Darüber hinaus wurden Proberatings mit Bändern, die aus einer Vorstudie (siehe Abschnitt 9.2) stammten, vorgenommen. Auf Grundlage dieser Diskussionen und Proberatings wurde eine endgültige Auswahl von Items getroffen: Es wurden insgesamt 52 Items aus vorliegenden Instrumenten einbezogen, von denen 30 Therapeuten- und Interaktionsitems aus dem PQS stammen. Ergänzend dazu wurden 11 Items aus der CSPRS-6, 5 Items aus der VPPS bzw. dessen Gruppenversion KGPPS sowie 6 Items insgesamt aus der TAS, der TRS, dem TPI-R und dem ISTS einbezogen.

Die Items wurden dabei - soweit nur in englischer Sprache veröffentlicht - ins Deutsche übersetzt. Modifikationen inhaltlicher Art wurden an einigen Items vor allem in der Hinsicht vorgenommen, dass Items, die für das Einzelsetting entwickelt worden sind, an den Gebrauch für das Gruppensetting adaptiert wurden. In der Regel wurden dabei Erweiterungen in der Form vorgenommen, dass in den modifizierten Items die einzuschätzende therapeutische Aktivität nicht ausschließlich vom Therapeuten initiiert werden muss, sondern dass auch Aktivitäten, die von Gruppenmitgliedern ausgehen und vom Therapeuten unterstützt werden, berücksichtigt werden. So wurde z.B. das Item "Der Therapeut fokussiert Schuldgefühle beim Patienten." um die Klammer "...(oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe)" ergänzt. Die ausgewählten Items sowie Angaben zur Herkunft und zu vorgenommenen Modifikationen sind Anhang B zu entnehmen.

8.1.2 Itemgenerierung und -auswahl auf Basis von Arbeitsrichtlinien praktisch tätiger Psychotherapeuten

Mit der Hinzunahme psychotherapeutischer Arbeitsrichtlinien einer psychosomatischen Fachklinik als weitere Grundlage der Instrumentenentwicklung soll dem besonderen Setting, in dem Therapien in Deutschland durchgeführt werden, Rechnung getragen werden. (Die soeben vorgestellten gängigen Instrumente der Prozessforschung entstammen ja mehrheitlich dem anglo-amerikanischen Kulturraum.) Gleichzeitig ist hierdurch eine engere Verzahnung mit der Praxis und eine Einbindung des Erfahrungswissens von Praktikern gegeben.

Die Arbeitsrichtlinien wurden im Rahmen einer eigens dafür anberaumten Konsensuskonferenz (Lotz-Rambaldi, Schulz, Gold, Grimmer & Koch, 1998) in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift (vgl. Abschnitt 6.2) zusammengetragen und formuliert: Hierzu bildeten sich bei der Konferenz nach initialen Arbeitsstatements leitender Mitarbeiter zwei Gruppen, von denen sich die erste aus den mit psychoanalytisch orientierten Hintergrund arbeitenden Mitarbeitern und die zweite aus den Mitarbeitern mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund zusammensetzte und in denen die Richtlinien für die jeweilige Therapieform erarbeitet wurden (vgl. Lotz-Rambaldi et al., 1998). Ziel war es, auf Grundlage der resultierenden Richtlinien 1) direkt Items für die HaPPS-B abzuleiten bzw. 2) sie zusätzlich zu den in Abschnitt 1.1.3 aufgeführten Kriterien (a) bis (e) als Leitlinien bei der Itemselektion zu verwenden.

Für den psychoanalytischen Bereich wurden Arbeitsgruppenergebnisse vorgelegt, die ein relativ hohes Abstraktionsniveau besaßen, so z. B. Richtlinien wie "das Verständnis [...] von Übertragung und Widerstand", "Übertragung/Gegenübertragung als Diagnostikum, Widerstand und Intervention (muss nicht, kann aber Deutung enthalten)", "Deskriptive Herausstellung des pathogenen Konfliktes" usw. (für eine vollständige Wiedergabe der Arbeitsrichtlinien siehe Anhang A, Abschnitt a). Eine direkte Operationalisierung und Itemgenerierung erwies sich somit als nicht zu realisieren. Darüber hinaus gab es einige Richtlinien, die sich nicht auf die speziellen Therapiestunden, sondern auf den Gesamtaufenthalt in der Klinik bezogen (z.B. auf die Verzahnung der verschiedenen verbalen und nicht-verbalen Behandlungen, die Stationsaktivitäten als wichtiges Instrument der Interaktionsbeschreibung usw.). Da sich das Rating-Instrument auf die Erfassung von therapeutischen Merkmalen innerhalb der konkreten Therapiesitzungen beschränkt, konnten auch diese Richtlinien nicht der direkten Itementwicklung dienen. Aufgrund der beschriebenen Umstände wurde daher für den psychoanalytischen Bereich darauf verzichtet, aus den dort entwickelten Richtlinien direkt eigene Items zu formulieren. Dementsprechend wurden die Richtlinien lediglich als Leitlinien bei der Auswahl der bereits vorliegenden Items aus der Literatur herangezogen. Diesem Vorgehen kam zugute, dass - wie bereits erläutert (vgl. Abschnitt 8.1.1.2 und Tab. 4) - viele der gängigen Prozess-Instrumente vor einem psychoanalytischen Hintergrund entstanden sind, so dass von einem vielfältigen Itempool hinsichtlich des psychoanalytisch orientierten Ansatzes ausgegangen und daher auf die Itemgenerierung auf Basis der Arbeitsrichtlinien leichter verzichtet werden konnte.

Für den verhaltenstherapeutischen Bereich konnten die Arbeitsgruppen-Ergebnisse - entsprechend der verhaltensnäheren Konzeption dieses Therapieverfahrens – konkreter formuliert werden, z.B. durch Richtlinien (den sogenannten *essentials*) wie "VT führt Verhaltensbeobachtungen durch und leitet den Patienten zur Selbstbeobachtung an" und "VT differenziert somatische, kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte oder Therapieziele" (siehe Anhang A, Abschnitt b). Hier war daher eine direkte Operationalisierung in vielen Fällen möglich. Für die Einzugnahme dieser Arbeitsrichtlinie sprachen vor allem auch die Ergebnisse eines Ratings, das im Rahmen der Arbeitsgruppe durchgeführt wurde und bei dem sämtliche *essentials* von den Mitarbeitern als wichtig eingeschätzt wurden (Aspekt (a) im dreistufigen Rating, vgl. Anhang A). Einige der in diesem Bereich formulierten Richtlinien betrafen allerdings Therapiemerkmale auf einer Makroebene, die nicht mithilfe einzelner Therapiestunden eingeschätzt werden können (z. B. "VT strukturiert den Therapieverlauf; genuin gehören Bilanz, Therapieschritte und Zeitplanung zur Behandlung"), sie konnten daher für die Instrumenten-Entwicklung nicht weiter berücksichtigt werden.

Insgesamt wurden sieben Items für das verhaltenstherapeutisch Arbeiten aus den Richtlinien abgeleitet und in die HaPPS-B aufgenommen. Bei der Itemformulierung wurde sich möglichst eng an die Arbeitsrichtlinien gehalten, leicht Modifikationen wurden allerdings zur Erhöhung der Verständlichkeit vorgenommen. Ließen sich in bereits vorliegenden Instrumenten Items finden, die den Arbeitsrichtlinien entsprachen, wurden diese bevorzugt ausgewählt.

Die aus den Arbeitsrichtlinien abgeleiteten Items sind ebenfalls Anhang B zu entnehmen.

8.1.3 Itemgenerierung eigener Items

Es flossen ebenfalls 11 selbstentwickelte Items in das Instrument mit ein: Diese beinhalteten vor allem Interventionen, die durch die bisher aufgenommenen Items noch nicht erfasst wurden und die vor dem Hintergrund der eigenen therapeutischen Erfahrungen, der Expertengespräche und der Eindrücke aus den Probe-Videobändern entstanden waren. Hierbei wurden vor allem gruppenbezogene Interventionen ergänzt (vgl. Anhang B).

Dementsprechend resultierten insgesamt 70 Items, die in die HaPPS-B aufgenommen wurden.

8.1.4 Weitere Entwicklungsschritte (Generierung der Skalen, Antwortformat, Beschreibung der HaPPS-B

Dimensionierung der HaPPS-B

Entsprechend der Überlegungen zur Dimensionierung der HaPPS-B wurden die 70 Items theoriegeleitet zu 15 (Sub-)Skalen zusammengefasst. Jede Skala umfasst dabei zwischen drei und sieben Items. Inhaltlich lassen sie sich wie in Tabelle 5 aufgeführt beschreiben. Dort wird auch jeweils ein Beispielitem angegeben. Eine vollständige Übersicht über die Items jeder Skala ist ebenfalls Anhang B zu entnehmen.

Bezogen auf die in Kapitel 4 und 5 entwickelten und in Kapitel 7 in die Fragestellungen einbezogenen Prozessbereiche ergibt sich, dass diese sich - wie beabsichtigt - mehrheitlich in der Skalierung der HaPPS-B wiederfinden lassen. Hierbei findet sich der Bereich Fokussierung der Verhaltensebene in der Skala *Behaviorale Interventionen*, der Bereich Fokussierung von Kognitionen in der Skala *Kognitive Interventionen* wieder. Inhaltliche Besonderheiten ergeben sich dabei für folgende Skalen:

- *Übertragung*: Bei der inhaltlichen Definition dieser Skala wird deutlich, dass sehr 'niedrigschwellige' Items ausgewählt wurden. Diese wurden deshalb einbezogen, da aufgrund der entsprechenden Literatur zu vermuten ist, dass in fokalanalytischen Gruppentherapien die Arbeit an der Übertragung eher wenig präsent ist (Budman et al., 1994) und es daher wichtig ist, auch geringe 'Anzeichen' für diese Interventionsform bzw. diese thematisierten Inhalte erfassen zu können.

- *Strukturierung*: Hier ist sowohl das strukturierende Vorgehen in der Sitzung selbst als auch bei der Bearbeitung von Problemen gemeint.

- *Konfrontation* und *Interpretation*: Im Einklang mit der Definition dieser Bereiche in Kapitel 4 werden auch die beiden entsprechenden HaPPS-Skalen in einem speziellen Sinne aufgefasst, d.h. dass sich die Inhalte der konfrontativen und interpretativen Interventionen vor allem auf intrapsychische Konflikte und motivationale Muster beziehen. Bei der Skala *Konfrontation* sind konfrontative Übungen, die sogenannten Expositionen, die von zentraler Bedeutung vieler kognitiv-behavioraler Therapien (z.B. bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen) sind, bewusst aus der HaPPS-Skala herausgelassen worden.

Tabelle 5:
Skalen und zugehörige Beispielitems der HaPPS-B

Dimension	Beschreibung der Dimension	Beispielitem
Behaviorale Interventionen	Planen/Üben alternativen Verhaltens, Förderung von sozialen Fertigkeiten und von Problemlösefähigkeit, Ermutigung zu strukturierter Selbstbeobachtung, Vereinbarung von „Hausaufgaben“	Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die P außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen.
Beziehungen	Thematisierung von zwischenmenschlichen Beziehungen, Liebe, Partnerschaften, Herausstellung von Beziehungsmustern;	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des P sind ein Hauptthema.
Therapeutische Beziehungs-gestaltung	Einfühlsamkeit, Unterstützung, nichtwertendes Akzeptieren, Distanz des Therapeuten (recodiert)	Der Therapeut geht vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten um, ist auf den Patienten eingestimmt und einfühlsam.
Direktivität	Aktive Kontrolle über die Interaktion, Einbringen von Themen, Geben von Ratschlägen und Führung	Der Therapeut übt aktiv Kontrolle über die Interaktion aus (z. B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).
Emotion	Betonung von Gefühlen, Unterstützung bei der Wahrnehmung von Gefühlen, Kommentierung von Veränderungen in der Gefühlslage, Fokussierung von Schuldgefühlen	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht ausdrücken oder wahrnehmen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).
Exploration	Fragen nach mehr Informationen und Erläuterungen, aktive Exploration der Situation und der Gefühle des Patienten	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen und Erläuterungen.
Gruppe	Exploration von Gruppenkonflikten, Bezugnahme auf die Gruppenposition einzelner Patienten, Interaktion mit der Gruppe als Ganze	Der Therapeut trägt dazu bei, dass die gesamte Gruppe sich mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst.
Interpretation	Interpretative Äußerungen, Betonung von Autonomie-Konflikten u. Konflikten zwischen Persönlichkeitstendenzen, Interpretation unbewusster Inhalte, Identifizierung wiederkehrender Themen	Der Therapeut interpretiert abgewehrte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Ideen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).
Kognitive Interventionen	Konzentration auf Kognitionen (Ideen, Bewertungen,...), Arbeit an Gedanken und Überzeugungen des Patienten, In-Verbindung-Setzung von Stimmungen mit ablaufenden Gedanken	Das Gespräch konzentriert sich auf kognitive Themen (z. B. auf Ideen, Glaubenssysteme).
Konfrontation	Auseinandersetzung mit unangenehmen Dingen, Fokussierung auf für den Patienten inakzeptable Gefühle, Hinweis auf Abwehrmechanismen, konfrontierender Stil des Therapeuten;	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Ärger, Neid, Aufregung) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).
Psycho-edukation	Vermittlung von Informationen spezifisch sachlicher Natur, Vermittlung eines Störungs- / Änderungsmodells	Der Therapeut gibt Informationen spezifisch sachlicher Natur.
Selbst-wirksamkeit	Ermunterung zu Unabhängigkeit und Selbstvertrauen, Thematisierung und Förderung von positiven Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen des Patienten, Anerkennung der bisherigen Therapie-Erfolge	Es geht in der Sitzung um positive Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen des Patienten.
Strukturierung	Vereinbarung von Verlaufsplänen, Setzen von Schwerpunkten, Besprechen von Therapiezielen, Aufteilung von Vorhaben in Teilschritte, Zusammenfassung von Schlüsselthemen	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten/der Gruppe gemeinsam daran, einen Velaufsplan für die Sitzung zu erstellen bzw. es wird deutlich, dass es einen solchen Plan gibt.
Übertragung	Fokus auf therapeutischer Beziehung, Herstellung von Zusammenhängen zwischen der Patient-Therapeut-Beziehung / Patient-Mitpatienten-Beziehung und sonstigen Beziehungen des Patienten;	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).
Vergangenheit	Fokussierung auf länger zurückliegende Ereignisse u. Beziehungen, Bezugnahme aktueller Gefühle und Wahrnehmungen auf die Vergangenheit	Die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten werden auf die Vergangenheit bezogen.

Im Allgemeinen wird bei der Betrachtung der Skalen und den dazu gehörigen Items deutlich, dass es sich bei einigen der Skalen um die Erfassung eher homogener Konstrukte (z.B. *Direktivität* mit Variablen wie z.B. "Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus, oder "Die Kommunikaton vollzieht sich direkt zwischen den Gruppenmitgliedern, ohne dass der Therapeut sich einschaltet.", Item 40), bei anderen, gerade bei solchen, die bestimmte 'Einzelinterventionen' zusammenfassen, um eher heterogene Konstrukte handelt, deren Gemeinsamkeiten auf der abstrakten konzeptuellen Ebene liegen (z.B. *Behaviorale Interventionen* mit Variablen wie "Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die der Patient außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen." Item 38, oder "Der Therapeut formuliert zusammen mit dem Patienten / der Gruppe Situationen, Ziele oder Probleme auf vier Ebenen: somatisch/physiologisch, kognitiv, emotional und verhaltensmäßig.", Item 37). Bei den letztgenannten ist nicht zu erwarten, dass generell alle Interventionen in jeder Sitzung auftreten (auch dann nicht, wenn sie eigentlich dem Konzept des Therapieverfahrens entsprechen): Es ist eher zu erwarten, dass es - bei der vorliegenden Bandbreite an therapeutischen Interventionen - spezielle Interventionen im Verlauf der Sitzungen wohl durchgeführt werden, nicht aber durchgängig und nicht (immer) in voller Intensität. Folge davon kann sein, dass die einzelnen Variablen relativ geringe Ausprägungen im Mittel annehmen, dass das therapeutische Profil erst in der Aufsummierung der einzelnen Interventionen sichtbar wird.

Auf diesen Umstand wird noch bei der Berechnung der empirischen Kennwerte zurückzukommen sein.

Die theoriegeleitet konstruierten Skalen wurden empirisch hinsichtlich ihrer Homogenität überprüft (vgl. Kap. 9.5). Aufgrund dieser Analysen wurden – wie in Kapitel 9 ausführlich dargestellt – insgesamt fünf Items, die geringe Trennschärfen hinsichtlich der jeweiligen Skala, zu der sie ursprünglich zugerechnet worden waren, herausgenommen und auf Einzelitem-Ebene ausgewertet.

Antwortformat

Als Antwortformat wurde eine fünfstufige Likertskala gewählt, anhand der die in Aussageform formulierten Items hinsichtlich des Ausmaßes ihres Zutreffens (von 1: *stimmt nicht* bis 5: *stimmt sehr*) beurteilt werden sollen. Die Anzahl der Antwortabstufungen sowie die verbale Verankerung der Einschätzungen orientieren sich dabei an den Empfehlungen von Rohrmann (1978).

Für die Einschätzung der Items sollen - je nach Art der einzuschätzenden therapeutischen Aktivität - entweder Beobachtungen zur Häufigkeit bzw. zur Dauer oder zur Intensität herangezogen werden (Dies wird im Manual für die einzelnen Items näher spezifiziert.). So soll z.B. bei "Der Therapeut nimmt Interpretationen vor." (Item 44) vor allem Intensitätsaspekte eingeschätzt werden, während es z.B. bei " Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema." (Item 47) auch um die Dauer oder Häufigkeit der Thematisierung des Beziehungsbereich geht.

Reihenfolge der Items
Die Reihenfolge, mit denen die Items einzuschätzen sind, wurde randomisiert bestimmt.

Die HaPPS-B ist in seiner endgültigen Form, wie er in der Studie eingesetzt wurde, dem Anhang C zu entnehmen.

8.1.5 Entwicklung und Beschreibung des Manuals zur HaPPS-B

Als Anleitung für die Rater wurde ein Manual entwickelt (siehe Anhang D), das sich aus drei Teilen zusammensetzt:

1) *Allgemeine Anmerkungen*: In diesem Teil werden Hinweise gegeben, die sich auf die Einschätzung aller bzw. der Mehrheit der Items der HaPPS-B beziehen. Es wird aber auch z.B. auf allgemein häufige systematische Beobachterverzerrungen hingewiesen. Teile dieses Abschnitts sind in Anlehnung an das Manual der CSPRS-6 entstanden.
2) *Anleitungen für Rater*: In diesem Teil wird das Antwortformat vorgestellt, die konkrete Vorgehensweise der Rating-Prozedur beschrieben sowie Hinweise und Empfehlungen zur Einschätzung gegeben.
3) *Erläuterungen zu den einzelnen Items*: Dies stellt den wichtigsten und umfangreichsten Teil des Manuals dar, in dem für jedes Item Erläuterungen, Beispiele sowie eine Verankerung der Extremwerte gegeben wird, um eine möglichst genaue Operationalisierung der Items zu gewährleisten.

Bei den Items, die aus bereits eingeführten, manualisierten Instrumenten stammen, wurde die vorliegende Manual-Beschreibung übernommen, soweit sie ausreichend erschien. Bei einigen dieser Items wurden Ergänzungen vorgenommen. Bei den Items, zu denen keine Manual-Beschreibung vorlag, sowie bei den selbstentwickelten Items wurden eigene Definitionen entwickelt.

Im Rahmen des Rater-Trainings der vorliegenden Studie (vgl. Abschnitt 9.4.3) wurden einige weitere Ergänzungen ins Manual in den Fällen aufgenommen, in denen Itembeschreibungen sich in der Diskussion als zu ungenau oder zweideutig erwiesen. Dieses betraf insbesondere die Items 2, 5 und 8.

8.2 Entwicklung des Patienten- und Therapeuten-Ratinginstrument auf Basis der HaPPS-B

Für die Erfassung der Patienten- und Therapeutenperspektive innerhalb des angestrebten naturalistischen Designs war es notwendig, ein handhabbares (zeitökonomisches) Instrument zur Verfügung zu haben, das von den Patienten und Therapeuten im Anschluss an die Sitzungen mit relativ geringem Aufwand und möglichst ohne Beeinträchtigung der Klinikroutinen ausgefüllt werden konnte. Gleichzeitig war eine hohe Vergleichbarkeit zum Instrument der Beobachterperspektive sowie untereinander (zwischen Patienten- und Therapeutenversion) gewünscht. Dementsprechend wurden die Patienten- und Therapeutenversionen der *Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala* (HaPPS-P und HaPPS-T) entwickelt, indem eine stark gekürzte und modifizierte Version der HaPPS-B erstellt wurde: Um die Struktur der HaPPS im wesentlichen zu erhalten, wurde pro Skala jeweils ein zentrales Item für die HaPPS-P und die HaPPS-T ausgewählt. Für *Therapeutische Beziehungsgestaltung* wurden aufgrund der Zentralität dieser Skala (gerade aus Patientenperspektive) abweichend davon drei Items ausgewählt, für die Skala *Beziehungen* gab es zwei Items. Items zu den Bereichen Interpretation, Gruppe und Psychoedukation wurden nicht aufgenommen, so dass insgesamt 15 Items resultierten. Diese wurden - falls notwendig - leicht in den Formulierungen modifiziert, um Items vorliegen zu haben, die patientengerecht waren. Die Ableitungen aus den Skalen der HaPPS-B sind in Tabelle 6 für die Patientenform angegeben (Die Therapeutenform entspricht der Patientenform vollständig, abgesehen von der grammatikalischen Form: Anstelle von "*Der Therapeut* war wertend." wurde " *Ich* war wertend." im HaPPS-T erfasst.) Das Antwortformat wurde ebenfalls von der HaPPS-B übernommen (fünfstufige Likertskala von 1: *stimmt nicht* bis 5: *stimmt sehr*.

Die beiden eingesetzten Fragebogen HaPPS-P und HaPPS-T sind Anhang E zu entnehmen.

Tabelle 6:
Ableitungen der Items der HaPPS-P aus den Skalen der HaPPS-B

HaPPS-P/T-Entwicklung: Skala/ Item-Nr. der HaPPS-B	**Item-Nr. und Itemformulierungen der HaPPS-P**	**Kurzbezeichnung der Variable**
Beziehungen / Item 47 und 63	1.Es wurde über **Beziehungen** zu anderen Menschen (z.B. Ehemann, Lebenspartner, Eltern, Freunde) gesprochen.	Beziehung zu Anderen
	12. Die **Beziehungen** zwischen den Patienten (innerhalb der Gruppe oder auf Station) waren ein Thema.	Beziehung zwischen Patienten
Konfrontation / Item 46	9. Die Patienten wurden aufgefordert, sich mit **ungewohnten** oder **unangenehmen** Dingen **auseinanderzusetzen**.	Konfrontation
Vergangenheit / Item 50	14. In der Sitzung ging es um **länger zurückliegende Ereignisse**.	Vergangenheit
Übertragung / Item 65	11. Die **Beziehungen** zwischen dem Bezugstherapeuten und den Patienten waren ein Thema der Sitzung.	Beziehung zum Therapeuten
Therapeutische Beziehungsgestaltung / Item 4; 7 und 18	3. Der Therapeut war **einfühlsam**.	Einfühlsamkeit (des Therapeuten)
	7. Der Therapeut war **wertend**.	Wertung (des Therapeuten)
	13. Der Therapeut war **distanziert**.	Distanz (des Therapeuten)
Exploration / Item 42	8. Der Therapeut fragte nach mehr **Informationen** und **Erläuterungen**.	Exploration (des Therapeuten)
Strukturierung / Item 28	10. Die Sitzung wurde deutlich **gegliedert**, z.B. wurden bestimmte Themen der Reihe nach besprochen.	Gliederung der Sitzung
Direktivität / Item 16	4. Der Therapeut war **bestimmend** oder **lenkend**.	Direktivität
Behaviorale Interventionen /Item 22	2. Das **Verhalten** der Patienten wurde besprochen (z.B. Verhaltensänderungen oder praktische Aufgaben besprochen, Rollenspiele durchgeführt).	Verhalten
Selbstwirksamkeit / Item 41	15. Die Patienten wurden ermutigt, in ihren Handlungen und Meinungen **unabhängiger** zu sein.	Ermutigung zu Unabhängigkeit
Kognitive Interventionen / Item 9	6. **Gedanken** und **Vorstellungen** wurden besprochen.	Gedanken und Vorstellungen
Emotion / Item 60	5. **Gefühle** wurden besprochen.	Emotion

9 Durchführung und Stichprobenbeschreibung

9.1 Allgemeines Vorgehen

Zur Erhebung der Prozesseinschätzungen aus Beobachter-, Therapeuten- und Patientenperspektive wurden Sitzungen der drei Gruppenformen PA-G, VT-BG und VT-IG konsekutiv innerhalb von Zeitfenstern über jeweils 2 1/2-Wochen dokumentiert: Dabei wurden zum einen die Sitzungen per Video aufgezeichnet, um sie anschließend von nichtteilnehmenden Beobachtern anhand der HaPPS-B einschätzen zu lassen. Zusätzlich nahmen Patienten und Therapeuten direkt im Anschluss an jede dokumentierte Sitzung Einschätzungen bezüglich der gerade vergangenen Sitzung anhand der HaPPS-P bzw. der HaPPS-T vor.

Um eine exaktere Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Therapeuten zu erhalten, wurden diese zusätzlich gebeten, nach Abschluss der Sitzungsdokumentationen einmalig einen Fragebogen auszufüllen und so Angaben zu ihrem psychotherapeutischen Hintergrund zu machen. Die Daten zur Beschreibung der Patientenstichprobe konnten hingegen der routinemäßig erhobenen Basisdokumentation der Klinik zu Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt entnommen werden und erforderten somit keine gesonderte Erhebung.

9.2 Durchführung der Datenerhebung in der Klinik

Der eigentlichen Datenerhebung ging eine *vorbereitende Phase* über mehr als zwei Jahre voraus. In dieser Phase wurden - neben inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitungen - vor allem auch Konsens- und Informationsgespräche mit der leitenden Ebene der Klinik sowie mit den therapeutischen Mitarbeitern geführt. Hierbei gab es von Seiten einiger Psychotherapeuten zunächst Vorbehalte und Verunsicherungen, die größtenteils im Verlauf der Gespräche und der Ausarbeitung des Studiendesigns ausgeräumt werden konnten. In Kauf genommen werden musste dabei, dass die Therapeuten über die Fragestellung der Untersuchung informiert wurden (nicht aber über das konkrete Instrument der Beobachter-Einschätzungen, die HaPPS-B). Ebenfalls innerhalb dieser vorauslaufenden Phase fand im Frühjahr 1997 eine probeweise Aufzeichnung einiger Therapiesitzungen im Sinne einer

Feasibility-Studie statt, die vor allem die technischen und organisatorischen Möglichkeiten der geplanten Videodokumentation fokussierte.

Die eigentliche *Datenerhebung in der Klinik* fand von September 1999 bis Mai 2000 statt. Geplant waren ursprünglich zwei Erhebungszeiträume: Hierbei sollten während der ersten Erhebungssequenz (September 1999) neben vier verhaltenstherapeutisch-indikativen Gruppen (Angst, Depression, Schmerz und Trauma) die Gruppentherapien von zwei psychoanalytisch orientierten Stationen (5 und 6) und von zwei verhaltenstherapeutischen Stationen (4 und 7) und in der zweiten Sequenz (Oktober/November 1999) die verbleibenden indikativen Gruppen (Adipositas, Ess-Störung und Tinnitus) und die Therapien der Stationen 1, 2 und 3 dokumentiert werden. Hierbei war es Ziel, zumindest 50% der vorgehaltenen Gruppen einzubeziehen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden drei weitere Erhebungssequenzen (November/Dezember 1999; Februar 2000 und Mai 2000) mit Nacherhebungen auf den Stationen 2, 3 und 5 sowie in drei indikativen Gruppen notwendig, da sich Probleme bei der Stichprobenrekrutierung (s.u.) ergaben. Eine Zusammenstellung der zu den verschiedenen Erhebungssequenzen dokumentierten Gruppen sowie denjenigen Gruppen, bei denen eine Dokumentation versucht wurde, wird in Tabelle 1 im Anhang F gegeben.

Das *konkrete Vorgehen* bei der Datenerhebung im St. Franziska-Stift beinhaltete folgende Schritte:

1) *Patientenaufklärung und -rekrutierung*. Die Patienten, deren Gruppentherapien in der aktuellen Erhebungssequenz dokumentiert werden sollten, wurden ca. eine Woche vor Beginn einer Erhebungssequenz durch eine Informationsveranstaltung, die der ärztliche Leiter der Klinik, Herr Prof. Dr. H. Rüddel, in den meisten Fällen gemeinsam mit der Autorin der vorliegenden Arbeit durchführte, sowie durch ein Patienten-Informationsblatt (siehe Anhang G) über die Untersuchung in Kenntnis gesetzt und um ihr Einverständnis zur Teilnahme gebeten. Die schriftlich zu gebende Einverständniserklärung (siehe Anhang H) beinhaltete die Einwilligung zu Videoaufzeichnungen der Gruppensitzungen und die Bereitschaft, als Patient nach jeder Sitzung die HaPPS-P auszufüllen. Es wurde dabei u.a. deutlich gemacht, dass die Teilnahme freiwillig war und dass sich bei Nichtteilnahme keine Nachteile für die Behandlung des Patienten ergeben würden. Ebenso wurde ein vertraulicher Umgang mit den erhobenen Daten und die Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzes zugesichert.
Inhaltlich wurden die Patienten über den allgemeinen Hintergrund der Studie und über deren Ziele in der Form informiert, dass sie erfuhren, dass es um eine Einschätzung therapeutischen Verhaltens (und nicht um eine Einschätzung ihrer eigenen Person, d.h. um Patienten-

merkmalen) ging. Die vergleichende Ausrichtung der Fragestellung war den Patienten nicht bekannt.

Die Stichprobenrekrutierung erwies sich deshalb als schwierig, da die Einbezugnahme einer Therapiegruppe in die Studie nur dann möglich war, wenn *sämtliche* Gruppenteilnehmer ihr Einverständnis zur Studienteilnahme und insbesondere zu den Videoaufzeichnungen, gegeben hatten. War es nur für einen einzigen Patient einer Gruppe nicht möglich, sich mit der Teilnahme einverstanden zu erklären, konnte diese Gruppe nicht in die Untersuchung einbezogen werden. Ein Ausschluss der nicht einverstandenen Patienten war dabei nicht möglich und auch nicht erwünscht, da zum einen die zu untersuchenden Gruppenpsychotherapien ja Teil der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme waren und dem Patienten keine Nachteile durch die Nichtteilnahme entstehen durften und zum anderen eine Herausnahme von Patienten aus den ursprünglichen Gruppen auch nicht im Einklang mit dem naturalistischen Studienansatz gestanden hätte. Die relativ hohe Quote an Gruppen, die nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten (siehe Abschnitt 9.3), ist somit durch das naturalistische Design in Kombination mit dem Gruppensetting erklärbar.

2) *Dokumentation der Sitzungen*. Lag von allen Patienten einer Gruppentherapie das Einverständnis vor (von den Therapeuten war bereits in der vorbereitenden Phase das Einverständnis schriftlich gegeben worden, vgl. Anhang H), wurden konsekutiv alle Sitzungen dieser Gruppentherapie, die während der 2 1/2 wöchigen Erhebungszeitraumes stattfanden, dokumentiert. Hierzu wurden jeweils vor Beginn einer Sitzung, möglichst noch bevor die ersten Gruppenteilnehmer den Therapieraum betraten, von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin die Patienten- und Therapeutenfragebogen ausgelegt sowie eine geschlossene Urne für die ausgefüllten Fragebogen aufgestellt. Außerdem positionierte sie eine Videokamera (auf einer Stativ-Vorrichtung in einer Ecke des Raumes) und bereitete diese für die Aufzeichnung vor. Dabei wurde der Bildausschnitt in der Regel so eingestellt, dass die gesamte Therapiegruppe sich im Bild befand. Lediglich in einigen Ausnahmefällen, in denen sich Patienten nur dann mit den Videoaufzeichnungen einverstanden erklärt hatten, wenn sie selbst nicht im Bild erschienen, wurde ausschließlich der Therapeut fokussiert. (Die Therapeuten waren zuvor gefragt worden, wo sie während der Therapiestunde sitzen.) Die Videoaufnahme wurde dann direkt gestartet und die wissenschaftliche Mitarbeiterin verließ den Raum, sodass die Kamera ohne zusätzliche Person im Raum die Gruppe aufzeichnete. Nachdem die Gruppentherapie stattgefunden hatte, füllten die Patienten und die Therapeuten die HaPPS-P bzw. HaPPS-T noch im Therapieraum aus und warfen die ausgefüllten Bögen in

die dafür vorgesehene Urne. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin kehrte erst nach Ende der Sitzung in den Raum zurück, möglichst zu einem Zeitpunkt, zu dem die Patienten und der Therapeut bereits den Therapieraum verlassen hatten, und sammelte die Fragebogen und die Videokamera inklusive des Bandes mit der soeben aufgezeichneten Sitzung wieder ein.

Durch dieses Vorgehen sollte gewährleistet werden, dass das Forschungspersonal sehr wenig präsent für Therapeuten und Patienten war und die Gruppentherapien, soweit wie möglich, ungestört durchgeführt werden konnten, um reaktive Effekte der Messung gering zu halten. Hierfür wurde ein gewisser Verlust an Kontrolle über die Aufzeichnungen in Kauf genommen, so dass etwa auf kurzfristige Veränderungen (z.B. die Therapiegruppe führt ein Rollenspiel außerhalb des fokussierten Stuhlkreises durch) oder technische Probleme (z.B. Gegenlicht, Kameraprobleme) nicht direkt reagiert werden konnte. Die dadurch bedingte Minderung des Datenmaterials erwies sich allerdings als gering und somit akzeptabel.

Die zusätzliche Befragung der Therapeuten erfolgte schwerpunktmäßig im Dezember 1999 mittels einer gekürzten und z.T. auf die Gegebenheiten des St. Franziska-Stifts angepassten Version des *Common Core Questionaires* (CCQ, \Ambühl, 1994; für die modifizierte Version siehe Anhang I), in dem die Therapeuten Angaben u.a. zur eigenen Ausbildung, ihrer bisherigen beruflichen Erfahrung und ihrer therapeutischen Orientierung machten. Die Therapeuten waren im Rahmen der vorbereitenden Phase der Studie über die Befragung informiert worden und hatten ihr Einverständnis gegeben. Die Fragebogen wurden über das Verteilersystem der Klinik (Postfächer) ausgeteilt und von den Therapeuten wahlweise direkt an die Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zurückgeschickt oder im Sekretariat der Klinik abgegeben, von wo aus sie gesammelt an die Forschungsgruppe weitergeleitet wurden.

9.3 Stichprobe

9.3.1 Dokumentierte Gruppen und Sitzungen

Wie aus Tabelle 1 im Anhang F ersichtlich wird, konnten aufgrund der bereits beschriebenen Problematik bei der Rekrutierung ganzer Therapiegruppen 'im Felde' von insgesamt 38 angefragten Gruppen in 20 Gruppen Daten erhoben werden. Eine Gruppe fiel aufgrund

technischer Schwierigkeiten aus der Auswertung heraus. Es wurden somit von insgesamt 19 Gruppentherapien (4 PA-G, 8 VT-BG, 7 VT-IG) konsekutiv alle Sitzungen innerhalb des Zeitfensters von 2 ½ Wochen dokumentiert, dies waren je nach Frequenz zwischen 3 bis 9 Sitzungen pro Gruppe, insgesamt 104 Sitzungen. Hierbei wurden 29 Sitzungen von PA-G, 36 Sitzungen von VT-BG und 39 Sitzungen von VT-IG dokumentiert. Für eine detailliertere Darstellung siehe Tabelle 2, Spalte 2, im Anhang F.

Bezogen auf die Gesamtzahl der in der Klinik gleichzeitig vorgehaltenen Gruppentherapien (25 Gruppen, Stand: September 1999) wurden in der Studie somit 76% der Gruppen dokumentiert. Hierbei ergibt sich, wenn man diesen Anteil für die drei Gruppenverfahren PA-G, VT-BG und VT-IG differenziert, ein leicht höherer Anteil an dokumentierten Gruppen für die verhaltenstherapeutische Abteilung (siehe Tabelle 3 im Anhang F).

Zur Abschätzung von Selektionseffekten wurden bezogen auf die Patientenmerkmale Non-Responder-Analysen durchgeführt (siehe nächsten Abschnitt).

9.3.2 Teilnehmende Patienten

Merkmale der Patientenstichprobe, differenziert nach Abteilungszugehörigkeit, sind Tabelle 7 und 8 zu entnehmen. Von den 171 teilnehmenden Patienten (125 Frauen, 46 Männer; Altersrange: 16 – 67 Jahre, M_{Alter} = 42 Jahre) wurden 129 verhaltenstherapeutisch und 42 psychoanalytisch behandelt[28]. Da auch die teilnehmenden Patienten dem Konzept der Klinik entsprechend *indiziert* den beiden Abteilungen zugewiesen wurden, waren systematische Unterschiede zwischen den Abteilungen zu erwarten, die statistisch anhand von Mittelwertsvergleichen (t-Tests für unabhängige Stichproben) bzw. Überprüfungen von Häufigkeitsverteilungen (χ^2-Tests) abgeschätzt werden können: Gemäß dieser Abschätzungen erscheinen die teilnehmenden Patienten der verhaltenstherapeutischen Abteilung im Mittel belasteter als die teilnehmenden Patienten der psychoanalytischen Abteilung: Erstgenannte weisen durchschnittlich signifikant mehr Diagnosen und signifikant längere Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (AU) vor Behandlungsbeginn (mit jeweils Effektstärken mittlerer Größenordnung, in Orientierung an Cohen, 1988) im Vergleich zu den psychoanalytisch behandelten Patienten auf. Auch die Entlassdiagnosen gemäß ICD-10, die dem normalen Spektrum an Diagnosen, wie sie in der psychosomatischen Rehabilitation allgemein

vorkommen (vgl. Abschnitt 6.1.1), entsprechen, sind unterschiedlich bei den beiden Behandlungsverfahren vertreten (vgl. Tab. 8): Dieses äußert sich insbesondere darin, dass es einen prozentual höheren Anteil an depressiven Erkrankungen als Entlassdiagnose bei Patienten der psychoanalytischen Abteilung gibt. (Bei mehr als der Hälfte der psychoanalytisch behandelten Patienten liegt primär eine depressive Erkrankung vor, während bei den Patienten der Verhaltenstherapie diese Entlassdiagnose nur auf knapp ein Drittel zutrifft.) Hingegen kommen die Entlassdiagnosen PTSD und Ess-Störung (Bulimie und Anorexie) bei der psychoanalytisch behandelten Patientenstichprobe gar nicht vor, während von den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten ein substantieller Anteil diese Diagnosegruppen aufweist. Diese Verteilung steht im Einklang mit dem expliziten Indikationskriterium der Klinik, nach dem traumatisierte Patienten ausschließlich und essgestörte Patienten überwiegend der verhaltenstherapeutischen Abteilung zugewiesen werden. Tendenzielle Unterschiede in der Häufigkeit des Vorkommens gibt es auch bei den Entlassdiagnosen Somatoforme Störung (prozentual häufiger bei psychoanalytisch behandelten Patienten) sowie bei somatischen Diagnosen und Persönlichkeitsstörung (prozentual häufiger bei verhaltenstherapeutischen Patienten).

Soziodemographisch zeigen die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten durchschnittlich einen niedrigeren Ausbildungsstand, worauf - wie in Tabelle 7 dargestellt - die tendenziell signifikanten Unterschiede bezüglich des Berufsabschlusses und bezüglich des Kostenträgers der Rehabilitationsmaßnahme (mit einem höheren Anteil an BfA-Patienten in der psychoanalytischen Abteilung) hinweisen. Die Effektstärken der Unterschiede sind dabei jeweils als klein einzuordnen. Auch die Unterschiede in der Schulbildung weisen tendenziell in dieselbe Richtung (mit einem höheren Anteil an Abiturienten in der PA-Abteilung und einem höheren Anteil an Haupt- und Volksschulabschlüssen in der VT-Abteilung), wobei diese allerdings mit einer ebenfalls kleinen Effektstärke nicht einmal mehr tendenzielle Signifikanz erreichen ($p > .10$).

In den übrigen untersuchten Variablen liegen keine signifikanten bzw. tendenziell signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor, wobei bezüglich zweier Merkmale (Familienstand und sozialmedizinische Begutachtung bei Entlassung) noch

[28] Die eigentliche Stichprobengröße liegt etwas höher, da aufgrund eines organisatorischen Problems in einer der drei Nacherhebungsphasen Daten von acht weiteren teilnehmenden Patienten, die als Gruppenmitglieder einer PA-G an der Studie teilgenommen haben, nicht mehr eindeutig zugeordnet werden konnten.

kleine Effektstärken erreicht werden (χ^2 ($1 \leq df \leq 4$, $157 \leq n \leq 170$) ≤ 3.18, $p \geq .20$, $\phi \leq .14$ bzw. $t(168) \leq 0.74$, $p \geq .46$, $d \leq 0.13$).

Repräsentativität der Patientenstichprobe. Aufgrund der relativ hohen Anzahl an Gruppen, die von der Studie ausgeschlossen werden mussten, war es besonders wichtig, zur Untersuchung selektiver Effekte Non-Responder-Analysen zu berechnen: Hierzu wurde die Stichprobe der teilnehmenden Patienten mit dem Gesamt-Klientel der Klinik im Jahre 1999 jeweils getrennt für beide Abteilungen verglichen. Einbezogen wurden dabei gängige soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen, u.a. auch standardisierte symptombezogene Fragebogen, wie die SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 1995) und die ADS (Hautzinger & Bailer, 1993). Es ergaben sich in den untersuchten 25 Variablen keine signifikanten Unterschiede bis auf in zwei Variablen: Teilnehmende verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten ($M_{VT\text{-}Teiln} = 45.41$; $SD = 13.34$) waren signifikant länger als das Gesamtklientel der VT-Abteilung im Jahr 1999 ($M_{VT\text{-}ges1999} = 40.92$; $SD = 14.25$) in Behandlung in der Klinik, wobei dieser Unterschied eine Effektstärke kleiner Größenordnung aufweist [$t(970) \leq 3.18$, $p < .01$, $d = 0.33$][29]. Dieser Unterschied lässt sich für die teilnehmenden psychoanalytisch behandelten Patienten ($M_{PA\text{-}Teiln} = 44.39$; $SD = 8.51$ gegenüber $M_{PA\text{-}ges1999} = 43.46$; $SD = 11.33$) nicht finden [$t(543) \leq 0.48$, $p = .63$, $d = 0.09$].

Darüber hinaus – und dieser Befund erscheint inhaltlich bedeutsamer – befanden sich sowohl in der psychoanalytisch als auch in der kognitiv-behavioral behandelten Teilnehmerstichprobe im Vergleich zu den entsprechenden Referenzgruppen des Gesamtzeitraumes 1999 zu einem größeren Anteil Patienten, deren Rehabilitation durch die BfA übernommen wurde [Vergleich der psychoanalytisch orientiert behandelten Patienten: χ^2 ($4, n = 545$) $= 17.174$, $p < .001$, $\phi = .18$; Vergleich der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten: χ^2 ($4, n = 972$) $= 28.798$, $p < .001$, $\phi = .17$]. Der Anteil der Patienten, bei denen eine LVA die Rehabilitationskosten übernahm, ist dementsprechend in der Teilnehmerstichprobe unterrepräsentiert. (In der Stichprobe der Patienten der psychoanalytischen Abteilung, in der generell sehr wenige Patienten der LVA behandelt werden, reduziert sich dieser Anteil sogar dahingehend, dass insgesamt kein psychoanalytisch behandelten Studienteilnehmer LVA-Patient ist, vgl. Tabelle 7). Hieraus ist abzuleiten, dass an der Studie überproportional viele Patienten, die sich in einem Angestelltenverhältnis befinden bzw. befanden, teilgenommen haben, während der

[29] Die Effektstärken-Angaben d sollen hier lediglich als nicht zu genaue Schätzung verstanden werden, insbesondere deshalb, weil bei der Berechnung der einfließenden Streuungsschätzung die ungleichen Stichprobengrößen der beiden Vergleichsgruppen nicht berücksichtigt werden konnten.

Anteil an Patienten der Arbeiterrentenversicherung in der Untersuchung geringer war als im Gesamtklientel. Allerdings besitzt dieser gefundene systematische Unterschied zwischen Teilnehmern und Gesamtklientel nur eine geringe Effektstärke ($\phi < .30$), was die Bedeutung dieses Befundes wiederum etwas relativiert.

Von diesem Aspekt abgesehen ergaben die restlichen Befunde der Non-Responder-Analysen keine weiteren systematischen Unterschiede zwischen der Teilnehmerstichprobe und dem Gesamtklientel des Jahres 1999 [χ^2 ($1 \leq df \leq 5$, $490 \leq n \leq 972$) ≤ 8.29, $p \geq .09$, $\phi \leq .13$ bzw. t ($538 \leq df \leq 543$) ≤ 1.55, $p \geq .121$, $d \leq 0.27$] und somit keine Hinweise auf eine Selektivität der Stichprobe.

Auch der allgemeine Eindruck bei den Veranstaltungen zur Patienteninformation und die daran im Anschluss geführten Gespräche (insbesondere mit den Patienten, die nicht teilnehmen wollten) steht im Einklang mit dem Ergebnis der Non-Responder-Analysen, dass es sich nicht um eine systematische Auswahl von Patienten bzw. Gruppen handelte, die letztendlich in die Studie einbezogen wurde. Vielmehr wurden sehr verschiedene Gründe angegeben, aufgrund derer vereinzelte Patienten innerhalb der Gruppen nicht teilnehmen wollten. Hierbei ging es in der Regel um die Filmaufnahmen, die einige Patienten aufgrund schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit, Ängsten bezüglich eines möglichen Mißbrauchs oder Bedenken, von der Therapie nicht richtig profitieren zu können, wenn eine Kamera läuft, ablehnten. Zum Teil gab es auch Gründe, die mit der eigentlichen Studie wenig zu tun hatten, z.B. gruppeninterne Gründe, eine globale Unzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt oder auch ein grundsätzliches Mißtrauen, gegenüber allem, was in der Gesellschaft vor sich geht.

Tabelle 7:
Merkmale der Patientenstichprobe – Vergleich der beiden Abteilungen

Variable	VT % / *M(SD)*	PA % / *M(SD)*	t-Test / χ^2
Alter	41.73 (11.26)	42.99 (8.91)	t (168) = 0.741, p = .461, d = 0.13
Geschlecht			
Frauen	73.6	70.7	χ^2 (1, n = 170) = 0.134,
Männer	26.4	29.3	p = .715, ϕ = .03
Familienstand			
verheiratet	53.5	61.0	χ^2 (4, n = 170) = 2.457,
getrennt lebend	3.1	4.9	p = .652, ϕ = .12
geschieden	12.4	9.8	
verwitwet	2.3	4.9	
ledig	28.7	19.5	
Schulabschluss			
noch in der Schule	1.6	0.0	χ^2 (5, n = 164) = 8.809,
kein Schulabschluss	4.0	0.0	p = .117, ϕ = .23
Hauptschul-/Volksschulabschl.	50.8	42.1	
Realschulabschluss	29.4	26.3	
Abitur	9.5	26.3	
Sonstiges	4.8	5.3	
Berufsabschluss			
noch in der Ausbildung	4.5	0.0	χ^2 (5, n = 146) = 10.560,
Lehre/Fachschule	59.5	51.4	p = .061, ϕ = .27
Meister/Techniker	5.4	8.6	
Fachhochschule/Universität	6.3	22.9	
ohne Berufsabschluss	11.7	11.4	
sonstiges	12.6	5.7	
Kostenträger			
BfA	85.3	92.7	χ^2 (4, n = 171) = 9.117,
LVA	11.6	0.0	p = .058, ϕ = .23
RVO	2.3	4.9	
Selbstzahler	0.0	2.4	
sonstige	0.8	0.0	
Sozialmedizinische Beurteilung bei Entlassung			
arbeitsfähig	70.3	84.6	χ^2 (2, n = 157) = 3.184,
arbeitsunfähig	26.3	12.8	p = .204, ϕ = .14
Beurteilung nicht erfolgt	3.4	2.6	
AU-Zeiten vor der Reha (Monate)			
keine	12.7	10.3	
< 3	31.4	48.7	χ^2 (4, n = 157) = 10.972,
3-6	12.7	23.1	p = .027, ϕ = .26
> 6	30.5	7.7	
nicht erwerbstätig	12.7	10.3	
Anzahl der Diagnosen	4.33 (1.92)	3.10 (1.86)	t (162) = -3.509, p = .001, d = 0.65
Behandlungsdauer (Tage)	45.41 (14.97)	44.39 (10.37)	t (168) = -0.406, p = .685, d = 0.08

Anmerkungen.
In den grau unterlegten Merkmalen liegt ein sehr signifikanter ($p \leq .01$), signifikanter ($p \leq .05$) oder tendenziell signifikanter ($p \leq .10$) Unterschied zwischen den Abteilungen vor.

Tabelle 8:
Verteilung der Entlassdiagnosen (ICD-10) - Vergleich der beiden Abteilungen

Diagnosen	ICD-10-Code	VT	PA	insgesamt
		N (% [a])	N (% [a])	N (%)
Depression, unipolar	F32, F33, F34.1	40 (31.7)	22 (56.4)	62 (37.6)
Phobie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung	F40, F41	21 (16.7)	7 (17.9)	28 (17.0)
PTSD	F43.1	13 (10.3)	/	13 (7.9)
Anpassungsstörung	F43.2	9 (7.1)	4 (10.3)	13 (7.9)
Somatoforme Störung	F45, F48	6 (4.8)	5 (12.8)	11 (6.7)
Ess-Störung	F50	23 (18.3)	/	23 (13.9)
andere psychiatrische Erkrankung	F60, F61, F19.2	5 (4.0)	/	5 (3.0)
Somatische Diagnose (davon 2 Adipositas, 4 Tinnitus)	E66, H93.1, I63.90, M51.1, M79.0	9 (7.1)	1 (2.6)	10 (6.1)

Anmerkungen.
$N_{VT} = 126$
$N_{PA} = 39$
[a] Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil innerhalb der jeweiligen Abteilung (VT bzw. PA).

9.3.3 Teilnehmende Therapeuten

Insgesamt führten 20 Therapeuten die analysierten Therapiegruppen durch, wobei einer der Therapeuten sowohl eine VT-BG als auch eine VT-IG leitete und es in einer PA-G und einer VT-IG einen Therapeutenwechsel während des Aufnahmezeitraums gab (siehe Tabelle 2, Anmerkung f, Anhang F).

Ein Überblick der Therapeutenmerkmale sowie ein Vergleich der Therapeuten in Abhängigkeit ihrer Abteilungszugehörigkeit wird in Tabelle 9 gegeben.

Die drei weiblichen und zwei männlichen psychoanalytischen Therapeuten (vier Ärzte, ein Diplom-Psychologe) waren zwischen 29 und 40 Jahre alt (M = 35.20, SD = 4.49) und hatten durchschnittlich 3.1 Jahre Berufserfahrung (SD = 2.6 Jahre; Range: 0.67 bis 7 Jahre). Der Diplom-Psychologe hatte die Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (Fachkunde: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) abgeschlossen, drei der Ärzte befanden sich in der Facharztweiterbildung ("Psychotherapeutische Medizin"), ein weiterer

Arzt hatte diese bereits abgeschlossen. Alle Therapeuten gaben als therapeutische Richtung psychoanalytisch-interaktionell an.

Die teilnehmenden neun weiblichen und sechs männlichen Verhaltenstherapeuten (fünf Ärzte, neun Diplom-Psychologen, eine Diplom-Oecothrophologin mit therapeutischer Weiterbildung) waren zwischen 24 und 50 Jahre alt (M = 36.00; SD = 8.38) und hatten durchschnittlich 3.69 Jahre Berufserfahrung (SD = 2.7 Jahre; Range: 0 bis 9 Jahre). Zwei der Diplom-Psychologen hatten die Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (Fachkunde: Verhal

Tabelle 9:
Therapeutenmerkmale – Vergleich der beiden Abteilungen

	VT	**PA**	
Variable	% (absolut)[a] bzw. **M(SD)**	% (absolut)[a] bzw. **M(SD)**	**χ^2 / t-Test**
Geschlecht			
Frauen	33.3 (5)	60.0 (3)	χ^2 (1, n = 20) = 0.073, p = .787, ϕ = .06
Männer	66.7 (10)	40.0 (2)	
Alter	36.00 (8.38)	35.20 (4.49)	t (18) = 0.271, p = .791, d = 0.12
Psychotherapeutische Erfahrung (Monate)	44.33 (32.37)	37.20 (31.23)	t (18) = 0.430, p = .672, d = 0.22
Professioneller Hintergrund			
Universitäre Ausbildung			
Medizinstudium	33.3 (5)	80.0 (4)	χ^2 (2, n = 20) = 3.348, p = .187, ϕ = .41
Psychologiestudium	60.0 (9)	20.0 (1)	
Sonstiges	6.7 (1)	0.0 (0)	
begonnene oder abgeschlossene Weiterbildung zum ...			
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	33.3 (5)	80.0 (4)	χ^2 (2, n = 20) = 3.348, p = .187, ϕ = .41
psychologischen Psychotherapeuten	60.0 (9)	20.0 (1)	
weder noch	6.7 (1)	0.0 (0)	

Anmerkungen.
In den grau unterlegten Merkmalen weist die χ^2 –Testung bezüglich der Unterschiedlichkeit der beiden Abteilungen ein ϕ > .30 und somit eine Effektstärke mittlerer Größenordnung auf.

tenstherapie) abgeschlossen, weitere sechs befanden sich noch in dieser Weiterbildung. Die fünf Ärzte befanden sich in der Facharztweiterbildung ("Psychotherapeutische Medizin").

Alle Therapeuten gaben als therapeutische Richtung kognitiv und verhaltenstherapeutisch an. Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, ergaben statistische Vergleiche der Therapeuten in Abhängigkeit ihrer Abteilungszugehörigkeit (t- bzw. χ^2 –Tests), dass bezüglich Alter, Geschlechterverteilung und Länge der psychotherapeutischen Tätigkeit (als Kennwert für Berufserfahrung) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapeuten in Abhängigkeit von ihrer Abteilungszugehörigkeit nachzuweisen sind und auch die Effektstärken von nicht einmal geringer Größenordnung auf eine Unterschiedlichkeit hinweisen. Hinsichtlich des beruflichen Hintergrund deutet sich erwartungsgemäß ein systematischer Unterschied an, der sich aufgrund der geringen Teststärke (bedingt durch die kleine Stichprobengröße) nicht als statistisch signifikant absichern lässt, der aber eine Effektstärke mittlerer Größenordnung aufweist [χ^2 (2, n = 20) = 3.348, p = .187, ϕ = .41]. Hierbei haben Verhaltenstherapeuten zu einem höheren Anteil ein psychologisches Studium absolviert und eine Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten begonnen bzw. abgeschlossen, während psychoanalytisch orientierte Therapeuten zu einem größeren Anteil ein medizinisches Studium und eine begonnene, z.T. auch abgeschlossene, Facharztweiterbildung für den Bereich "Psychotherapeutische Medizin" als Basis haben.

9.4 Durchführung der Erhebung der Beobachter-Ratings

Während die Einschätzungen der Patienten und Therapeuten unmittelbar durch die Datenerhebungssequenzen in der Klinik vorlagen, wurden die Einschätzungen der Beobachter anhand der Videoaufzeichnungen von Juni bis August 2000 erhoben. Mit der Durchführung von Retest-Einschätzungen im Dezember 2000 bzw. Januar 2001 wurde die Datenerhebung abgeschlossen.

9.4.1 Datenmaterial

Zur Reduzierung reaktiver Effekte, deren Auftreten durch die ungewohnte Situation der Videoaufzeichnungen relativ wahrscheinlich war, wurden für die Auswertung der Videobänder die Sitzungen der ersten Aufnahmewoche nicht in die Auswertung einbezogen.[30]

[30] Bei einer verhaltenstherapeutisch zieloffenen Gruppe sowie bei zwei indikativen Gruppen (Tinnitus und Ess-Störungen) wurden - abweichend von diese Regelung - aufgrund der geringen Wochenfrequenz (einmal wöchentlich) sämtliche innerhalb der 2 ½ Wochen dokumentierte Sitzungen, also drei Sitzungen, einbezogen.

Konkret bedeutete dies, dass jeweils die letzten drei konsekutiven Sitzungen der VT-BG und der VT-IG einbezogen wurden, während von den PA-G aufgrund der höheren Wochenfrequenz jeweils die letzten fünf Sitzungen einbezogen wurden. (In den VT-IGs zum Indikationsbereich Depression und Angst lag ebenfalls eine höhere Frequenz als zwei Wochenstunden vor, aus Gründen der Vereinheitlichung wurden auch hier nur 3 Sitzungen einbezogen.) Dementsprechend flossen in diesen Teil der Untersuchung 64 Sitzungen ein, davon 19 Sitzungen der PA-G, 24 Sitzungen der VT-BG und 21 der VT-IG (siehe hierzu Tabelle 2, Spalte 3, im Anhang F).

9.4.2 Rater

Drei psychologische Mitarbeiter (zwei weibliche, ein männlicher; zwischen 28 und 40 Jahre alt) der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden als Rater eingesetzt. Die Rater (eine Diplom-Psychologin, zwei fortgeschrittene Studierende der Psychologie kurz vor dem Diplomabschluss) hatten ein Basiswissen der verschiedenen Psychotherapieverfahren, aber keine speziellen Ausrichtung für eines der beiden Verfahren.

Es wurde darauf verzichtet, Rater mit vertieften theoretischen oder praktischen Kenntnissen in den beiden Therapieverfahren einzusetzen, da bei solch einer Rater-Auswahl die Gefährdung durch Verzerrungseffekte, basierend auf den impliziten Theorien dieser PA- bzw. VT-Experten (insbesondere welche Interventionen gemeinsam auftreten), entsprechend groß gewesen wäre (logischer Fehler). Durch die hier getroffene Auswahl sollte vermieden werden, dass z.B. ein Rater sich früh bei der Beobachtung einer einzuschätzenden Therapiesitzung festlegt, welche Therapieform er gerade beobachtet, und aufgrund dieses Urteils (und nicht, wie gewünscht, aufgrund der tatsächlich vorkommenden therapeutischen Verhaltensweisen) die Einschätzungen der HaPPS-Variablen vornimmt. Hierdurch könnte es zu einer Überschätzung der Unterschiedlichkeit der beiden Therapierichtungen kommen.

9.4.3 Erhebung der Ratings

Rater Training. Das Rater-Training begann im Mai 2000 und umfasste 32 Stunden, in denen zunächst das Manual vorgestellt wurde und darauf aufbauend Videobänder aus der Vorstudie zwischen den Trainingssitzungen von den Ratern zunächst unabhängig voneinander eingeschätzt und dann in den Trainings gemeinsam besprochen und diskutiert wurden. In

diesem Zusammenhang wurde das Manual an einigen wenigen Stellen weiter ausgearbeitet (siehe Abschnitt 8.1.5). Insgesamt wurden sieben Proberatings im Rahmen des Trainings eingeschätzt. Das Training wurde durchgeführt bis in allen Items eine zufriedenstellende Interrater-Übereinstimmung (siehe Abschnitt 9.5.2.2) vorlag.

Einschätzungen. Bezüglich der Analyseeinheit wurde entsprechend den Vorüberlegungen bei der Entwicklung der HaPPS ein molares Vorgehen, d.h. eine Einschätzung jeweils der gesamten Therapiesitzung, gewählt. Die damit einhergehende größere Wahrscheinlichkeit des Rater-Bias, Merkmale bzw. Ereignisse, die zeitlich näher zum eigentlichen Rating-Prozess auftreten, stärker als zeitlich entferntere zu gewichten (die sogenannte availability heuristic, vgl. Tversky & Kahneman, 1974), und somit Merkmale zu Beginn der Sitzung zu vernachlässigen, wurde versucht zu reduziert, indem die Rater nach der Hälfte der Sitzung zunächst eine *vorläufige* Einschätzung vornahmen, die beim endgültigen Rating am Schluss miteinbezogen wurde (vgl. hierzu auch den Teil 2 im Manual, Anhang D).

Pro Sitzung gaben jeweils zwei Rater unabhängig ihre Einschätzungen ab, die anschließend gemittelt in die Auswertung einflossen. Die Rater-Paare wurden zufällig den Sitzungs-Bändern zugewiesen auf Grundlage eines balancierten unvollständigen Block Designs.

9.4.4 Erhebung der Retest-Messungen

Um eine Abschätzung der Retest-Reliabilität der HaPPS-B vornehmen zu können, schätzten ab Dezember 2000, d.h. ein Vierteljahr nach Abschluss der Erhebung der eigentlichen Beobachter-Ratings, zwei der drei Rater[31] erneut jeweils sechs Sitzungsbänder ein. Die sechs Bänder stellten eine zufällig bestimmte Stichprobe aus den zuvor eingeschätzten 67 Bändern dar, wobei eine Stratifizierung nach Gruppenverfahren vorgenommen wurde, so dass jeweils zwei PA-G, VT-BG und VT-IG einbezogen wurden.

9.5 Empirische Überprüfung und Modifikation der Skalenstruktur der HaPPS-B

Aufgrund der Notwendigkeit, bei der Untersuchung ein neu entwickeltes Instrument einzusetzen, für dessen Überprüfung hinsichtlich Skalenstruktur und Gütekriterien keine

unabhängige Stichprobe zur Verfügung stand, wurde, um zumindest eine vorläufige empirische Überprüfung und ggf. Modifikation der Skalenstruktur der HaPPS-B vornehmen zu können, eine Item- und Skalenanalyse anhand des vorliegenden Datenmaterials durchgeführt. Eine weiterführende faktorenanalytische Überprüfung der Skalenstruktur konnte aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht durchgeführt werden.

Zusätzlich wurden Reliabilitätsschätzungen (Interrater und Retest) vorgenommen. Diese Berechnungen sollen im folgenden vorgestellt werden.

9.5.1 Skalen- und Itemanalyse der HaPPS-B

Auf Basis der 128 Beobachter-Ratings wurden für die 15 rational entwickelten Skalen interne Konsistenzen mittels Cronbach's Alpha sowie korrigierte Trennschärfen und Itemschwierigkeiten für jedes Item berechnet, um eine empirische Homogenitätschätzung der rational konstruierten Skalen zu erhalten. Aus den in Kapitel 8 dargestellten Überlegungen, nach denen einige der Skalen eher eine Zusammenstellung von Einzelinterventionen beinhalten, die wohl eine gemeinsame konzeptuelle Basis besitzen (z.B. behaviorale Interventionen, Interpretation), von denen allerdings nicht erwartet werden kann, dass sie innerhalb derselben Sitzung (d.h. innerhalb der hier gewählten Analyse-Einheit) gleichzeitig auftreten, folgt, dass nicht allzu hohe interne Konsistenzen für diese Skalen resultieren dürften. (Eine hohe Homogenität einer Skala, berechnet über Cronbach's Alpha, erfordert hohe Inter-Item-Korrelationen zwischen den Items der Skala und somit deren gleichzeitiges Auftreten innerhalb der Analyse-Einheit.) Da allerdings andererseits bei der HaPPS-Auswertung die Bildung von Skalenmittelwerten vorgesehen ist, sollte ein gewisses Maß an Homogenität gewährleistet sein. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Skalenanalyse überprüft, ob die gebildeten HaPPS-Skalen mindestens eine mittlere Ausprägung an Homogenität (operationalisiert über ein Cronbach's Alpha von $\alpha_C \geq .60$) aufwiesen. Falls Skalen sich als weniger homogen zeigten, wurden –soweit inhaltlich vertretbar - Modifikationen an der Skalenstruktur vorgenommen. Leitend bei den Modifikationen war dabei die Höhe der Trennschärfen, die in Anlehnung an die Einteilung von Cohen (1988) für korrelative Zusammenhänge als klein ($r_{it} > .10$), mittel ($.30 \leq r_{it} < .50$) und hoch ($r_{it} \geq .50$) eingestuft wurden. Diese Einteilung erscheint eigentlich für die Bewertung von Trennschärfen als relativ niedrig angesetzt, wurde aber in diesem Fall herangezogen aufgrund der oben

[31] Einer der Rater stand aufgrund eines Auslandsaufenthaltes für die Retest-Messung längerfristig nicht zur Verfügung.

angestellten Überlegungen zur Auftretenshäufigkeit der Variablen. Hierbei wurde aus den Skalen , bei denen Modifikationen notwendig waren, diejenigen Items herausgenommen, die mit $r_{it} < .30$ kleine Trennschärfen zeigten und die sich dabei als inhaltlich nicht zentral für die Skala erwiesen.

Wie Tabelle 1 im Anhang J, die einen Überblick über Interne Konsistenzen, Trennschärfen und Itemschwierigkeiten gibt, zeigt, ergaben sich bei der ursprünglichen Itemzuordnung in vier Skalen (*Therapeutische Beziehungsgestaltung*, *Emotion*, *Beziehungen* und *Gruppe*) niedrige Homogenitätskennwerte, die mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha_c \leq .60$ das oben genannte Kriterium nicht erreichten, so dass Modifikationen notwendig waren.

Therapeutische Beziehungsgestaltung:

Mit $\alpha_{C/TB} = .55$ wies diese Skala in seiner ursprünglichen Form eine eher mäßige interne Konsistenz auf, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich inhaltlich um einen Bereich handelt, der gerade nicht Einzelinterventionen, sondern eher eine allgemeine Haltung und somit ein tendenziell stärker homogenes Konstrukt, erfassen soll.

Bei Betrachtung der ursprünglichen Trennschärfen fällt dabei auf, dass nicht ganz unerwartet (aufgrund der in Abschnitt 4.3 dargestellten Überlegungen) das Item 64 ("Der Therapeut ist neutral.") in positiver Polung 'gegen die Skala' misst. Dies zeigt sich anhand der negativen Trennschärfe von $r_{it64} = - .51$. Von der naheliegenden Möglichkeit, das Item zu recodieren und in der Skala zu belassen, wurde abgesehen, da sich bei Beibehaltung des recodierten Items eine starke inhaltliche Veränderung der Skala ergeben hätte und zudem der Betrag der Trennschärfe im Vergleich zu den restlichen Items der Skala (mit Ausnahme von Item 21, s.u.) als nicht sehr hoch einzuordnen ist. Daher wurde dieses Item ebenso wie das Item 21 (Selbstöffnung des Therapeuten), das die bezüglich des Betrages geringste Trennschärfe der Skala aufwies ($r_{it21} = .11$), aus der Skala herausgenommen, was auch von inhaltlicher Seite gut vertretbar erscheint.

Die nunmehr verkürzte Skala (mit vier verbleibenden Items) weist eine stark erhöhte, gute interne Konsistenz mit $\alpha_{C/TB/red} = .91$ auf, wobei sich Item 3 (Einfühlsamkeit des Therapeuten) und Item 39 (Unterstützende Haltung des Therapeuten) als die trennschärfsten Items erweisen.

Gruppe:

Die interne Konsistenz befindet sich bei der ursprünglichen Item-Zuordnung mit $\alpha_{C/IGrup} = .47$ im unteren Bereich. Anhand der Trennschärfen lässt sich identifizieren, dass dies vor allem auf Item 6 (Thematisierung des aktuellen Befinden) zurückzuführen ist, das mit einer Trennschärfe von $r_{it6} = - .01$ keinen Zusammenhang mit der Skala aufweist. Bei einer Herausnahme des Items aus der Skala ergibt sich eine deutlich erhöhte interne Konsistenz von $\alpha_{C/Grup\ red} = .61$. Die Trennschärfen der verbleibenden Items erhöhen sich mit einer Ausnahme (Item 30) ebenfalls und befinden sich dann im mittleren ($r_{it} > .30$ bei Item 30, 66 und 69) und hohen ($r_{it} > .50$ bei Item 59, Bezugnahme Position einzelner in der Gruppe) Bereich. Auffällig bei der Skala sind darüber hinaus die hohen Itemschwierigkeiten bei Item 59 und 66 ($M < 1.30$).

Beziehungen:

Diese Skala weist mit $\alpha_{C/Bez} = .58$ eine interne Konsistenz im unteren Bereich auf. Entsprechend gibt es nur ein Item mit hoher Trennschärfe, d.i. Item 47 (Zwischenmenschliche Beziehungen als Hauptthema) mit $r_{it47} = .63$, und eines mit einer mittleren Trennschärfe, d.i. Item 14 (Herausstellung von Beziehungsmustern) mit $r_{it14} = .39$. Die verbleibenden drei Items 48, 49 und 63 liegen mit ihren Trennschärfen im unteren Bereich, wobei sich Item 49 (Liebe oder romantische Beziehungen als Thema) am wenigsten trennscharf erweist ($r_{it49} = .12$). Diese niedrigen Werte dürften zumindest teilweise auf die bei diesen Items ebenfalls vorliegenden hohen Itemschwierigkeiten (und die damit verbundene Einschränkung der Varianz) zurückzuführen sein.

Nach den oben angeführten Überlegungen, mindestens ein Cronbach's Alpha von $\alpha_C \geq .60$ vorliegen zu haben, war zu entscheiden, ob zumindest Item 49 aus der Skala herausgenommen werden sollte, was zu einer Erhöhung der internen Konsistenz auf $\alpha_{C/Bez/red} = .60$ führen würde. Da allerdings das Item 49, ebenso wie die anderen für eine Herausnahme in Frage kommenden Variablen (Item 48 und Item 63), inhaltlich sehr wichtig für die Erfassung des Beziehungsbereichs ist und zudem es nur zu einer leichten Homogenitätserhöhung durch eine Itemherausnahme kommen würde, wurde auf eine Itemreduktion in dieser Skala verzichtet, unter Inkaufnahme der relativ niedrigen Homogenität.

Emotion:

Diese Skala wies eine extrem niedrige interne Konsistenz ($\alpha_{C/Emot}$ = .23) sowie niedrige Trennschärfen auf bei hohen Itemschwierigkeiten. Die sehr niedrige Konsistenz ist vor allem auf Item 15 (Kontrolle von Gefühlen) mit einer Trennschärfe von r_{it15} = - .04 zurückzuführen. Nimmt man dieses Item aus der Skala heraus, ergibt sich eine Interne Konsistenz von $\alpha_{C/Emot/red}$ = .41, die wesentlich höher ist, allerdings immer noch keine zufriedenstellende Homogenität darstellt. Auch die Trennschärfen befinden sich noch, mit Ausnahme von Item 60, nach wie vor im kleinen Bereich. Trotzdem wurde auf eine weitere Verkürzung der Skala verzichtet, um diese nicht weiter inhaltlich einzuschränken.

In den verbleibenden Skalen der HaPPS-B wurden interne Konsistenzen von $\alpha_C \geq .60$ mit der ursprünglichen Itemzuordnung erreicht, so dass Modifikationen vor dem Hintergrund des oben definierten Homogenitätskriteriums hier nicht unbedingt erforderlich waren. Dementsprechend wurden mit Ausnahme von Direktivität (s.u.) die Skalen in ihrer ursprünglichen Itemzusammensetzung belassen, obwohl vereinzelt Items mit geringer Trennschärfe auch in diesen Skalen zu identifizieren sind. Diese wurden in den Skalen belassen, um diese - bei gegebener ausreichender Homogenität insgesamt - nicht weiter inhaltlich zu reduzieren.

Behaviorale Interventionen:

Diese Skala weist in Hinblick auf die hohe Itemanzahl vergleichsweise nur eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf mit $\alpha_{C/Beh}$ = .71, was sich inhaltlich über die vielen speziellen Einzelinterventionen begründen lässt (s.o.). Hohe Trennschärfen weisen nur die Items 22 (Arbeit an alternativem Verhalten) und 57 (Verstärkung) auf. Item 25 besitzt mit r_{it25} =.17 eine geringe Trennschärfe, weist aber zugleich mit M_{25} = 1.05 eine sehr hohe Itemschwierigkeit auf (es gab nur zwei Einschätzungen >1).

Direktivität:

Die Skala *Direktivität* wies mit $\alpha_{C/Dir}$ = .85 eine relativ hohe interne Konsistenz auf, die Trennschärfen der Items liegen im hohen Bereich ($.70 \leq t \geq .80$) mit Ausnahme von Item 10 ("Stille entsteht während der Stunde"), das mit r_{it10} = .42 eine Trennschärfe mittlerer Größenordnung aufweist. Da die Skalenzuordnung von Item 10 schon bei der Instrumentenentwicklung inhaltlich kontrovers diskutiert wurde (aufgrund dessen, dass die Variable nicht zwangsläufig einen Indikator für einen direktiven Stil des Therapeuten

darstellt) wurde es aufgrund des sich hier zusätzlich zeigenden empirischen Hinweises, der relativ geringen Korrelation des Items mit dem Gesamtskalenwert, aus der Skala herausgenommen. Die resultierende interne Konsistenz der Skala erhöht sich damit auf $\alpha_{C/Dir/red} = .87$.

Exploration:

Diese Skala weist mit $\alpha_{C/Explo} = .82$ eine hohe interne Konsistenz auf, insbesondere vor dem Hintergrund der geringen Itemanzahl. Alle drei Items weisen eine hohe Trennschärfe auf, wobei Item 34 (Exploration der Situation) und Item 42 (Frage nach mehr Informationen und Erläuterungen) im sehr hohen Bereich liegen.

Interpretation:

Die interne Konsistenz liegt mit $\alpha_{C/Int} = .65$ im zufriedenstellenden bis unteren Bereich. Item 44 (Vornahme von Interpretationen) und Item 53 (Interpretation von abgewehrten oder unbewussten Inhalten) sind dabei am trennschärfsten. Item 45 (Identifizierung eines wiederkehrenden Themas) weist eine nur geringe Trennschärfe mit $r_{it45} = .20$ auf. Auch bei diesem Item liegt eine tendenziell hohe Itemschwierigkeit vor ($M_{45} = 1.91$).

Kognitive Interventionen:

Die Skala *Kognitive Interventionen* besitzt eine zufriedenstellende, wenn auch nicht hohe, interne Konsistenz mit $\alpha_{C/Kog} = .71$. Die Trennschärfen liegen im mittleren (Item 20, In-Verbindung-Setzen von Stimmungen und Gedanken; Item 54, Unterscheidung von realen und eingebildeten Bedeutungen) und im hohen (Item 9, Arbeit an Gedanken und Überzeugungen; Item 33, Konzentration auf kognitive Themen) Bereich. Bei erstgenannten findet sich ebenfalls relativ hohe Itemschwierigkeiten ($M \leq 1.57$).

Konfrontation:

Die interne Konsistenz dieser Skala liegt mit $\alpha_{C/Kon} = .75$ im zufriedenstellenden Bereich mit drei Items (Item 8, Gebrauch von Abwehrmechanismen; Item 19, Therapeut bleibt bei unangenehmem Thema; Item 46, Auseinandersetzung mit ungewohntem/unangenehmem Thema) mit hoher und zwei Items (Item 43, Lenkung der Aufmerksamkeit auf inakzeptable Gefühle, und Item 29, konfrontierender Therapeut) mit mittleren Trennschärfe. Bei Item 43 ist eine relativ hohe Itemschwierigkeit feststellbar ($M_{43} = 1.47$).

Psychoedukation:

Psychoedukation weist mit mit $\alpha_{C/Edu} = .77$ eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf, die Trennschärfen dieser Skala liegen im hohen Bereich. Bei Item 35 (Vermittlung eines Störungsmodells) liegt eine relativ hohe Itemschwierigkeit vor ($M_{35} = 1.47$).

Selbstwirksamkeit:

Die interne Konsistenz liegt mit $\alpha_{C/Sewi} = .67$ im zufriedenstellenden bis unteren Bereich. Die Trennschärfen liegen im mittleren bis hohen Bereich mit Ausnahme von Item 41 (Ermunterung zu Unabhängigkeit) mit einer geringen Trennschärfe ($r_{it41} = .22$). Dieses Item weist auch eine hohe Itemschwierigkeit auf ($M_{41} = 1.26$).

Strukturierung:

Die Trennschärfen der Items dieser Skala sind durchgängig von mittlerer Ausprägung ($.35 \leq r_{Struk} \geq .47$), dementsprechend befindet sich die interne Konsistenz ebenfalls noch im mittleren Bereich mit $\alpha_{C/Struk} = .64$.

Übertragung:

Die interne Konsistenz liegt mit $\alpha_{C/Üb} = .72$ im zufriedenstellenden Bereich, die Trennschärfen im mittleren bis hohen Bereich. Bei allen drei Items der Skala liegen hohe Itemschwierigkeiten vor.

Vergangenheit:

Die Skala *Vergangenheit* besitzt mit $\alpha_{C/Verg} = .78$ eine zufriedenstellende interne Konsistenz. Mit Ausnahme von Item 36 (Betonung der aktuellen Lebenssituation, recodiert) weisen alle Items hohe Trennschärfen auf. Bei allen vier Items der Skala liegen hohe Itemschwierigkeiten vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf Grundlage der Skalenanalyse somit insgesamt fünf Items aus ihren ursprünglichen Skala herausgenommen wurden. Hierdurch konnten die internen Konsistenzen aller Skalen , mit Ausnahme der Skala *Emotion* ($\alpha_{C/Emot} = .42$) zufriedenstellend erhöht werden (Range: $.58 \leq \alpha_C \leq .91$; vgl. auch Tabelle 11), wobei drei Skalen mit $\alpha_C \leq .80$ Kennwerte im hohen Bereich aufweisen. Es handelt sich bei letztgenannten um die Skalen *Therapeutische Beziehungsgestaltung*, *Direktivität* und *Exploration*, in denen inhaltlich tatsächlich eher bestimmte Haltungen bzw. Stile erfragt

werden oder die erfragten Inhalte zu 'Basis' -Interventionen gehören, die allgemein relativ häufig während der Sitzung auftreten. Hingegen weisen Skalen, deren interne Konsistenzen tendenziell im unteren Bereich liegen (insbesondere *Emotion*, *Interpretation*, *Beziehungen*, *Gruppe*), in der Regel gleichzeitig auch einige Items mit sehr hohen Itemschwierigkeiten (und damit verbunden: eingeschränkten Varianzen) auf, auf die zumindest zu einem gewissen Grad die niedrigen Trennschärfen zurückgeführt werden können. Inhaltlich steht dies im Einklang mit der Überlegung, dass hier eher bestimmte, spezielle Interventionen mit einer geringen Auftretenshäufigkeit eingeschätzt werden.

9.5.2 Gütekriterien der HaPPS-B

9.5.2.1 Objektivität

Bei der Einschätzung der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität der HaPPS-B ist zu beurteilen, inwiefern die Ergebnisse des Rating-Verfahrens unabhängig vom Testleiter, vom Testauswerter oder sonstige Personen (in diesem Falle: insbesondere von den Ratern), von Situationsmerkmalen oder störenden Randbedingungen sind (z.B. Rost, 1996). Hinsichtlich der HaPPS-B ist anzunehmen, dass eine weitgehende Unabhängigkeit vom Testleiter durch die Vorlage des Ratingbogens in schriftlicher Form sowie durch die manualisierten Durchführungshinweise gegeben ist. Ebenso dürfte auch die Person des Testauswerters wenig Einfluss auf die HaPPS-B-Ergebnisse haben, da standardisierte Auswertungsvorschriften (Itemschlüssel) vorliegen. Schwieriger einzuschätzen sind die Einflüsse der verschiedenen Rater: Hier sollte wiederum das Manual in seinen drei Teilen und auch das Rater-Training die Varianz zwischen den Ratern reduzieren und tatsächlich sprechen die resultierenden zufriedenstellenden Interrater-Reliabilitäten (vgl. hierzu den folgenden Abschnitt) für eine relativ geringe Gefährdung der Objektivität durch diesen Aspekt. Der mögliche Einfluss von (störenden) Situationsmerkmalen, unter denen die HaPPS-B ausgefüllt wird, wird ebenso als eher gering eingeschätzt, insbesondere dann, wenn bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sind (Umgebung, in der ein konzentriertes Anschauen und Bewerten der Therapiesitzungen möglich ist, gute Qualität der Videobänder etc.). Hier sprechen ebenfalls die Interrater-Reliabilitäten (die auch unter diesem Aspekt herangezogen werden können, weil die Rater die HaPPS-B durchaus in unterschiedlichen Situationen ausgefüllt haben) für eine geringe Gefährdung. In diesem Sinne kann von einer

zufriedenstellenden, wenn nicht sogar hohen Objektivität des Verfahrens ausgegangen werden.

9.5.2.2 Reliabilität

Zur Bestimmung der Reliabilität wurden sowohl Maße der Interrater-Reliablität als auch der Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von mindestens vier Monaten bestimmt. Die Homogenitätskennwerte (interne Konsistenzen) können nur mit Einschränkung als Reliabilitätskennwert herangezogen werden, da sie bereits als Kriterium bei der Modifikation der Skalen benutzt wurden. Der Vollständigkeit halber sind sie allerdings zusätzlich zu den beiden anderen Reliabilitätsangaben in Tabelle 11 aufgeführt.

9.5.2.2.1 Interrater-Reliabilität

Vorüberlegungen

In der Literatur (z.B. Asendorpf & Wallbott, 1979; Kozlowski & Hattrup, 1992) werden verschiedene Maße zur Bestimmung der Interrater-Übereinstimmung diskutiert.

Ein wesentliches Unterscheidungskriterium der Kennwerte besteht darin, ob die absolute Übereinstimmung zwischen den Ratern (Konsens) oder die relative Übereinstimmung zwischen ihnen (Konsistenz) bestimmt werden soll. Im erstgenannten Fall, der die direkte *Austauschbarkeit* von Ratern überprüft, werden unjustierte Kennwerte herangezogen, d. h. absolute Niveauunterschiede zwischen den Ratern fließen als Fehlerquelle in den Kennwert mit ein. Im letztgenannten Fall, bei der Berechnung der Konsistenz, adjustiert man hinsichtlich der absoluten Niveauunterschiede, so dass diese unberücksichtigt bleiben. Zur Verdeutlichung des Unterschieds schlagen Koslowski und Hattrup (1992) vor, im Zusammenhang mit adjustierten Werten von Interrater-*Reliablität*, im Zusammenhang mit justierten Werten von Interrater-*Übereinstimmung* zu sprechen, eine Unterteilung, die so allerdings in der Literatur, in der die beiden Begriffe in der Regel synonym verwendet werden, nicht durchgängig eingehalten wird.

Ob eine Adjustierung vorgenommen werden sollte, hängt davon ab, wie die Ratings im Rahmen der Untersuchung benutzt werden. Tinsley und Weiss (1975) fassen zusammen, dass, wenn die absoluten Unterschiede zwischen den Ratern nicht zu entsprechenden Unterschieden in der letzendlichen Klassifikation der interessierenden (Untersuchungs-) Subjekte führt, die

Varianz zwischen den Ratern nicht in den Fehlerterm einfliessen sollte[32]. Dies sei der Fall, wenn z.B. auf Basis von über die Beobachter gemittelten Werten entschieden wird.[33]

Da der vorliegende Untersuchungsansatz genau solch eine Mittelung vorsieht (die Einzeleinschätzungen werden pro Item über die Beobachter gemittelt, siehe Abschnitt 4.3 in diesem Kapitel), erfolgt in unserem Fall eine Bezugnahme auf adjustierte Kennwerte, d. h. auf Maße der Konsistenz.

Tabelle 10:
Klassifikation von Kennwerten der Beobachter-Übereinstimmung bzw- -Reliabilität nach Abhängigkeit von Varianzausprägung und Berücksichtigung von Niveauunterschieden

	Absolute Niveauunterschiede der Einschätzungen zwischen Ratern berücksichtigt?	
	Ja (Konsens der Einschätzungen)	Nein (Konsistenz der Einschätzungen)
Abhängigkeit von Varianz der Itemausprägungen?		
Ja	ICC_u: Intraklassenkoeffizient$_{unjustiert}$	ICC_a: Intraklassenkoeffizient$_{adjustiert}$
Nein	f_u: Finn-Koeffizient $_{unjustiert}$	f_a: Finn-Koeffizient $_{adjustiert}$

Ein weiteres zentrales Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Kennwerte besteht darin, inwieweit die Varianz der Itemausprägungen (d.h. die Varianz über die verschiedenen Beobachtungseinheiten hinweg) bei der Reliabilitätsschätzung einbezogen werden: Der am meisten eingesetzte Kennwert, der (adjustierte oder unjustierte) Intraklassen-Koeffizient (ICC, z.B. Shrout & Fleiss, 1979), wird in seiner Größe wesentlich vom Ausmaß der Varianz der Itemausprägungen bestimmt. Dies bedeutet, dass bei geringer Varianz der Itemausprägungen auch nur ein geringer ICC erreicht werden kann, unabhängig von der tatsächlich vorliegenden Beobachter-Übereinstimmung. Die Einschätzung von ähnlichen

[32] Dies entspricht der oben beschriebenen Adjustierung.
[33] "If between-judges differences in the general level of the ratings do not lead to corresponding differences in the ultimate classification of the subjects, the between –raters variance should not be included in the error-term. Thus, when decisions are based on the mean of the ratings obtained from a set of observers [...] the interjudge variance should not be regarded as error." (Tinsley & Weiss, 1975,S. 363)

Beobachtungseinheiten (aber auch: die Einschätzung anhand eines Instrumentes, das Unterschiede nicht gut erfassen kann!) führt unweigerlich zu einem niedrigen ICC. Da der ICC also in Fällen mit geringer Itemvarianz zu einer Unterschätzung der Reliabilität führt, wird hierfür der sogenannte Finn-Koeffizient (Asendorpf & Wallbott, 1979; Finn, 1970) vorgeschlagen, der die tatsächlich gefundene Varianz der Einschätzungen an der Varianz relativiert, die bei einer zufälligen Einschätzung zu erwarten gewesen wäre, und somit eine Einschätzung der Beobachterübereinstimmung unabhängig von der Varianz zwischen den Itemausprägungen vornimmt. Auch der Finn-Koeffizient ist als adjustierter oder unjustierter Kennwert zu berechnen (siehe auch Tabelle 10).

Bei der Interpretation des Finn-Koeffizienten muss beachtet werden, dass er eher eine Überschätzung der Reliabilität vornimmt, da er als Vergleichswert von einer zufälligen Einschätzung gleichverteilt über alle Antwortmöglichkeiten ausgeht, die aufgrund der verschiedenen bekannten Antworttendenzen von Ratern so nicht aufrechtzuerhalten ist. Er stellt daher eher eine *obere* Grenze der Reliabilitätsschätzung dar.

Befunde zur Interrater-Reliabilität der HaPPS-B

Da sich in der vorliegende Untersuchung in einer gewissen Anzahl von Items sich eher geringe Varianzen (siehe Abschnitt 9.5.1) abzeichnen, bietet sich aufgrund der vorangehenden Überlegungen der Finn-Koeffizient als Schätzung der Interrater-Reliabilität an.

Auf Grundlage aller gerateten Sitzungen wird dieser als Schätzung der Reliabilität der Rater-Gruppe für jedes Item in Tabelle 2 im Anhang J angegeben. Der dort aufgeführte Wert ist bereits eine (über Fisher-Z-Transformationen gewonnene) Mittelung der drei Finn-Koeffizienten, die resultieren, wenn man für die drei Raterkombinationen (Übereinstimmung von Rater 1 und 2, Übereinstimmung von Rater 2 und 3, Übereinstimmung von Rater 1 und 3) jeweils einen separaten Kennwert pro Item berechnet.

In Tabelle 11 sind die mittleren Finn-Koeffizienten der 15 Skalen (ebenfalls über die Fisher-Z-Transformation berechnet) aufgeführt.

Aufgrund der möglichen Überschätzung der Reliabilität bei Verwendung des Finn-Koeffizienten sollte ein hier festgesetzter Wert von $f_a \geq .70$ für eine ausreichende Interrater-Reliabilität erreicht werden. Die vorliegenden mittleren Finn-Koeffizienten der 15 Skalen ergeben Werte von $.65 \leq f_a \leq .93$. Bis auf die Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Exploration* besitzen alle Skalen Finnkoeffizienten mit $f_a > .70$, so dass bei 13 Skalen von einer zufriedenstellenden Interrater-Übereinstimmung ausgegangen werden kann. 7 Skalen

(*Beziehung*, *Emotion*, *Gruppe*, *Konfrontation*, *Psychoedukation*, *Übertragung* und *Vergangenheit*) weisen sogar mit einem Koeffizienten von $f_a > .80$ eine gute Beurteilungsübereinstimmung auf. Auf Item-Ebene zeigen vier der Items niedrige Interrater-Reliabilitäten mit einem $f_a \leq .50$, während bei dem Großteil der Items mit $f_a \geq .70$ gute Reliabilitäten vorliegen (vgl. Anhang J).

Tabelle 11:
Interrater- und Retest-Reliablitäten sowie Homogenitäten der HaPPS-B-Skalen

Skala	**Interrater-Reliabilität** (adjustierter Finn-Koeffizient)	**Retest- Reliablität** (Pearson-Produkt-Moment-Korrelation)	**Homogenität** (Cronbach`s Alpha)
Therapeutische Beziehungsgestaltung	.74	.88	.91
Direktivität	.78	.89	.87
Strukturiertheit	.72	.51	.64
Emotion	.80	.55	.41
Kognitive Intervention	.74	.62	.71
Konfrontation	.80	.78	.75
Exploration	.65	.77	.82
Behaviorale Intervention	.79	.87	.71
Selbstwirksamkeit	.65	.51	.67
Interpretation	.78	.63	.65
Beziehungen	.86	.82	.58
Gruppe	.84	.81	.61
Vergangenheit	.84	.55	.78
Übertragung	.93	.96	.72
Psychoedukation	.85	.70	.77

Anmerkung. Aufgeführt sind jeweils die über Rater und Items einer Skala aggregierten Reliabilitäten (mittels Fisher-Z-Transformation vorgenommen).

9.5.2.2.1 Retest-Reliabilität

Um eine Schätzung der Retest-Reliabilität vornehmen zu können, wird in der Regel die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation zwischen der ersten und der Retest-Messung berechnet, die eine Angabe über die lineare Übereinstimmung und somit zur Konsistenz der

beiden Messungen macht. Alternativ wird auch hier die Berechnung des ICC (Shrout & Fleiss, 1979) vorgeschlagen, der sowohl Kennwerte für die Konsistenz als auch für den Konsens der Einschätzungen geben kann (Schuck, 2002).

Beide Retest-Koeffizient sind wiederum u.a. abhängig von der Größe der Varianz der Messwertreihen. Leider ist im Falle eingeschränkter Varianzen, wie für eine gewisse Anzahl der Items in dieser Untersuchung zutreffend, kein Alternativ-Koeffizient, der diese Abhängigkeit nicht aufweist, verfügbar, abgesehen von dem Differenzenfehler-Koeffizienten von Mühlberg (1982), der allerdings andere methodische Schwierigkeiten mit sich bringt und der darüber hinaus wenig verbreitet ist und somit wenige Erfahrungen zu ihm vorliegen.

Berechnet man für die HaPPS-B die üblicherweise eingesetzte Pearson-Produkt-Moment-Korrelation, ergeben sich in der vorliegenden Untersuchung auf Basis der 12 wiederholt eingeschätzten Sitzungen Koeffizienten auf Item-Ebene von $-.26 \leq r_{tt} \leq 1.00$, wobei der weite Range vor allem auf einige sehr niedrige Korrelationen zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 2 im Anhang J), die erwartungsgemäß bei Items mit stark eingeschränkter Varianz auftreten: So weisen alle sieben Items, deren Korrelation als klein (gemäß Jacob Cohen, 1988) einzuordnen sind (Item 1, 11, 14, 23, 45, 51 und 70 mit jeweils $r_{tt} \leq .23$), gleichzeitig geringe Varianzen auf ($SD^2 \leq .97$ mit einem Mittelwert von $M_{SD2} = .33$; $SD_{SD2} = .20$). Ebenfalls bei den resultierenden Korrelationen mittlerer Größenordnung ($.30 \leq r_{tt} \leq .50$) bei Item 12, 17, 30, 32, 55 und 60 ist mit Ausnahme von Item 32 ($SD_{32/t1}^2 = 1.88$; $SD_{32/t2}^2 = .81$) von einer eingeschränkten Varianz bei den verbleibenden Variablen auszugehen ($SD^2 \leq .81$ mit einem Mittelwert von $M_{SD2} = .42$; $SD_{SD2} = .21$).

Betrachtet man direkt die Einschätzungspaare, die zu niedrigen Koeffizienten führen, wird deutlich, dass die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation – bei den teilweise vorliegenden Varianzeinschränkungen – keine gute Abschätzung der tatsächlichen intraindividuellen Übereinstimmung und somit der Reliabilität des Instruments wiedergeben, wie exemplarisch für Item 43 ("Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält[...]."") gezeigt werden kann: Die Ratings für dieses Item ergeben in 8 von 12 eingeschätzten Therapiesitzungen zum Datenerhebungs- und Retestzeitpunkt perfekt übereinstimmend den Skalenwert 1 (*stimmt nicht*). In den restlichen 4 Einschätzungspaaren gibt es zwischen den Messzeitpunkten eine Abweichung um einen Skalenpunkt (Jeweils wurde zu einem Zeitpunkt eine 1, während zum anderen eine 2 - *stimmt wenig* - eingeschätzt wurde.). Die Übereinstimmung ist in 2/3 der Fälle perfekt, in den restlichen ist die

Abweichung minimal, trotzdem resultiert ein extrem niedriger Retest-Koeffizient von r_{tt} = .17. Dieser niedrige Wert kann nicht auf eine mangelhafte Übereinstimmung, sondern muss auf die eingeschränkte Varianz zurückgeführt werden. Ähnliche, nicht ganz so extreme Ergebnisse erhält man auch bei Benutzung des ICCs. Es erscheint somit nicht sinnvoll, diese Retest-Koeffizienten bei geringen Varianzen zur Reliabilitätsschätzung heranzuziehen.

Für die verbleibenden 53 Items[34] ergeben sich Koeffizienten im hohen Bereich, wobei über die Hälfte aller Items (41 Items) ein r_{tt}> .70 aufweisen. Die Varianzen der 53 Items liegen dabei (in Einklang mit den oben gemachten Ausführungen) im Mittel deutlich höher (M_{SD2} = 1.00; SD_{SD2} = .68).

Aggregiert man die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen (mittels Z-Transformation) ergeben sich die in Tabelle 11 angegeben mittleren Skalen-Kennwerte, die allerdings aufgrund der berichteten eingeschränkten Aussagekraft einiger Item-Kennwerte als Reliabilitätsschätzung bei einzelnen Skalen nur eingeschränkt aussagekräftig sind.

9.5.2.3 Validität

Empirische Schätzungen der Validität liegen für die HaPPS-B zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Aufgrund des mehrperspektivischen Ansatzes dieser Studie sollten sich allerdings erste Validitätshinweise aus den zusätzlichen Einschätzungen der Patienten und der Therapeuten und deren Ausmaß an Übereinstimmung mit den Ratings der HaPPS-B ergeben. Auch die Befunde zur Untersuchungsfragestellung an sich könnten – mit Einschränkungen (vgl. Abschnitt 11.5) - in Hinblick auf Aspekte der Kriteriumsvalidität betrachtet werden: Hierbei ist zu beurteilen, inwieweit die aus den Therapiekonzeptionen abgeleitete Erwartung, dass die einzelnen Skalen der HaPPS-B (mit Ausnahme von *Vergangenheit*) mit jeweils einer der beiden untersuchten Therapierichtungen korrelieren, zutreffend ist.

9.5.3 Zusammenfassung der ersten empirischen Überprüfung der HaPPS-B

Vor dem Hintergrund der inhaltlichen Zusammensetzung der Skalen können diese als ausreichend homogen betrachtet werden. Es bestätigen sich hierbei hohe Itemschwierigkeiten und eingeschränkte Varianzen einiger Variablen.

---

[34] Die drei Items 25, 49 und 67, bei denen zu beiden Messzeitpunkten keine Varianz vorlag, und somit keine Korrelation berechnet werden konnte, wurden hierbei nicht eingeschlossen, obwohl aufgrund der 100% Übereinstimmung r_{tt} =1.00 gesetzt werden könnte.

Bei einer Schätzung der Interrater-Reliabilität ergeben die empirischen Analysen erste Hinweise für zufriedenstellende Kennwerte, wobei lediglich in den Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Exploration* der gewünschte Koeffizient von $f_a = .70$ geringfügig unterschritten wird. Die Ergebnisse können somit in zumindest 13 Bereichen, wenn nicht sogar in allen 15 Bereichen als ausreichend reliable Einschätzungen angesehen werden.

Die Ergebnisse der Retest-Analyse zeigen ebenfalls mehrheitlich ausreichend hohe Konsistenzmaße, wobei allerdings der übliche Retest-Koeffizient, die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation, sich bei einigen Items aufgrund der dort vorliegenden Varianzeinschränkungen für eine Reliabilitätsschätzung als nicht interpretierbar erweist. Hier wäre ein alternative Berechnungsmöglichkeit *unabhängig* von der Größe der Varianzen wünschenswert.

Insgesamt ergeben sich zufriedenstellende Ergebnisse, die allerdings einer Replikation an einer unabhängigen Stichprobe bedürfen.

9.6 Auswertungsstrategien

9.6.1 Aggregation des Datenmaterials

Beobachterperspektive. Anhand der über beide Rater gemittelten HaPPS-Sitzungsratings wurden Skalenmittelwerte gemäß dem im Anhang C wiedergegebenen Itemschlüssel berechnet. Resultierend aus dem in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Vorgehen bei der Datenerhebung lagen dabei für jede der 19 dokumentierten Gruppentherapien Mehrfacheinschätzungen aus konsekutiven Therapiesitzungen vor. Diese wurden erneut aggregiert, indem der Mittelwert über alle Sitzungen einer Gruppe gebildet wurde. Damit ergab sich für jede der Gruppentherapien ein Kennwert pro untersuchter Skala .[35]

Patienten- und Therapeutenperspektive. Die Auswertung der Patienten- und Therapeutendaten erfolgte im Gegensatz zu der der Beobachterdaten auf Itemebene. Hierbei wurden die Einschätzungen der HaPPS-P pro Item über alle Patienten einer Sitzung aggregiert, so dass

[35] Ein anderer Umgang mit der abhängigen Qualität des Datenmaterials bestünde darin, auf die Aggregation der Sitzungsratings zu verzichten und die Daten anhand eines varianzanalytischen Designs mit Messwiederholung auszuwerten. Diese Strategie wurde nicht gewählt, da sie aufgrund ihrer Fokussierung von zeitlich-sequentiellen Aspekten des Therapieprozesses als weniger passend für die Ausrichtung der hier vorliegenden Fragestellung erscheint.

pro Sitzung ein Mittelwert vorlag. Diese wurden dann, ebenso wie die Beobachterdaten, über alle Sitzungen einer Gruppe gemittelt. Auch die Einschätzungen der Therapeuten mittels HaPPS-T wurden über alle Sitzungen zu Gruppenmittelwerten aggregiert.

9.6.2 Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren (Hypothesen 1, 2 und 3)

Neben deskriptiven Analysen, der Berechnung von Mittelwerten und Varianzen, wurden auf Basis der aggregierten Gruppenwerte für alle drei Datenquellen getrennt einfaktorielle Varianzanalysen über den dreistufigen Faktor Gruppenverfahren (PA-G, VT-BG und VT-IG) gerechnet. Zusätzlich wurden Apriori-Kontraste (Helmert) gerechnet, bei denen entsprechend der Fragestellung zunächst die Einschätzungen der PA-G mit den gemittelten Einschätzungen der beiden verhaltenstherapeutischen Gruppen VT-BG und VT-IG (Helmert-Kontrast auf Stufe 1) und anschließend die Ratings der VT-BG mit denen der VT-IG (Helmert-Kontrast auf Stufe 2) verglichen wurden. Diese paarweise durchgeführten Apriori-Kontraste ermöglichen eine differenziertere Untersuchung, zwischen welchen der untersuchten Gruppenformen eine Unterschiedlichkeit, die anhand der Varianzanalyse lediglich für die drei Gruppenverfahren insgesamt bestimmbar ist, besteht. In dieser Untersuchung war dabei für die Überprüfung der Hypothese 1 der Helmert-Kontrast auf Stufe 1 (im folgenden: PA-VT-Helmert-Kontrast), für die Überprüfung der Hypothese 2 der Helmert-Kontrast auf Stufe 2 (im folgenden: BG-IG-Helmert-Kontrast) von Relevanz.

Bezüglich der Bestimmung der Signifikanzniveaus wurden gemäß den konventionellen Vereinbarungen Irrtumswahrscheinlichkeiten von $\alpha \leq .001$ als hochsignifikant, $\alpha \leq .01$ als sehr signifikant, $\alpha \leq .05$ als signifikant und $\alpha \leq 10$ als tendenziell signifikant eingestuft. Auf eine Alpha-Korrektur (Bortz, 1995; Holm, 1979) wurde verzichtet, da die mehrfachen varianzanalytischen Testungen auf Grundlage von Apriori-Hypothesen durchgeführt wurden, die als unabhängig voneinander aufgefasst werden können, da es für die Befunde jeder untersuchten Skala spezielle Erwartungen gibt.

Aufgrund der geringen Power der Testungen, die auf die durch die Aggregation der Daten bedingte relativ geringe Stichprobengröße von N = 19 Gruppen zurückzuführen ist, wurde besonderen Wert auf die Berechnung von Effektstärken gelegt (Sedlmeier & Gigerenzer, 1989), die eine an der jeweiligen Standardabweichung standardisierte Schätzung der Größe der Unterschiedlichkeit der Gruppenmittelwerte *unabhängig* von der Stichprobengröße gibt.

Diese wurden für die varianzanalytischen Auswertungen anhand von η^2 und für die Helmert-Kontraste anhand der für t-Tests vorgesehenen Schätzgröße d vorgenommen. Die Berechnung von d erfolgte für den PA-VT-Helmert-Kontrast anhand von

$$d = m_{PA\text{-}G} - m_{VT\text{-}ges} / SD_{PA/VT\text{-}pool}$$

(mit $m_{PA\text{-}G}$: Mittelwert der PA-G; $m_{VT\text{-}ges}$: Mittelwert der VT-BG und VT-IG; $SD_{PA/VT\text{-}pool}$: gemittelte Standardabweichung über PA-G, VT-BG und VT-IG)
und für den BG-IG-Helmert-Kontrast anhand von

$$d = m_{VT\text{-}BG} - m_{VT\text{-}IG} / SD_{VT\text{-}pool}$$

(mit $m_{VT\text{-}BG}$: Mittelwert der VT-BG; $m_{VT\text{-}IG}$: Mittelwert der VT-IG; $SD_{VT\text{-}pool}$: gemittelte Standardabweichung über VT-BG und VT-IG).

Da keine speziell auf die Fragestellung bezogene Effektstärken-Einteilung aus der Literatur o.ä. ableitbar war, erfolgte die Bewertung der Effektstärken – wie schon an verschiedenen anderen Stellen im Text vorgenommen – gemäß den Empfehlungen Cohens (1988). Hierbei wurde $\eta^2 \geq .0099$ bzw. $d \geq 0.20$ als kleiner Effekt, $.0588 \leq \eta^2 < .1379$ bzw. $0.50 \leq d < 0.80$ als mittlerer und $\eta^2 \geq .1379$ bzw. $d \geq 0.80$ als großer Effekt klassifiziert.

Zur explorativen Untersuchung der Fragestellung 2b, die einen Vergleich der Unterschiedlichkeit von PA-G zu den beiden verhaltenstherapeutischen Gruppenverfahren mit der Unterschiedlichkeit innerhalb der beiden verhaltenstherapeutischen Gruppenverfahren vorsieht, wurden die Effektstärken der beiden Kontraste in den verschiedenen Skalen bzw. Variablen vergleichend gegenüber gestellt. (Ein Vergleich auf Basis der jeweiligen Signifikanztests bietet sich hier weniger an, da die Kontraste auf unterschiedlichen Stichprobengrößen beruhen.)

9.6.3 Übereinstimmung der drei Datenquellen

Zur explorativen Fragestellung 4, d.h. zum Vergleich der Einschätzungen der drei Datenquellen (Beobachter-, Patienten- und Therapeutenperspektive), wurden Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen auf Basis derjenigen Sitzungen berechnet, für die aus allen drei Datenquellen Einschätzungen vorliegen. Das bedeutet, dass von den Patienten- und Therapeuteneinschätzungen nur diejenigen berücksichtigt wurden, die sich auf die 64 Sitzungen beziehen, die auch von den Ratern eingeschätzt worden sind. Bei der Berechnung der Übereinstimmung wurden dabei als Bezugsdaten für die Beobachterperspektive die

einzelnen Items der HaPPS-B zugrunde gelegt, aus denen die Items des Patienten- und Therapeutenfragebogens bei der Instrumenten-Entwicklung abgeleitet worden waren (vgl. hierzu Tabelle 6 im Kap. 8). Zusätzliche Korrelationen wurden berechnet, indem als Basis für die Beobachterdaten die entsprechenden Skalenmittelwerte der HaPPS-B gewählt wurde, um einen Kennwert für die Übereinstimmung der jeweiligen *gesamten* Skala mit den Patienten- und Therapeuteneinschätzungen zu erhalten. So wurde z.B. das Item 8 der HaPPS-P bzw. der HaPPS-T ("Der Therapeut fragte nach mehr Informationen und Erläuterungen") sowohl mit dem gleichlautenden Item 42 der HaPPS-B als auch mit dem Mittelwert der Skala *Exploration* korreliert.

Korrelationen getrennt für die drei Gruppenverfahren bzw. für beide Therapierichtungen wurden aufgrund der geringen Stichprobengröße der Untergruppen nicht berechnet.Die Einordnung der Effektstärken der resultierenden Korrelationen orientiert sich auch hier an Cohen (1988), mit einer Definition von $r > .10$ als kleine, von $.30 \leq r < .50$ als mittlere und von $r \geq .50$ als große Ausprägung.

Die explorative Fragestellung 5, in der es um eine generelle Einschätzung der HaPPS für Prozessfragestellungen geht, soll vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu Fragestellung 1 bis 4 sowie der Abschätzungen der Gütekriterien beantwortet werden, so dass hierfür keine zusätzlichen statistischen Auswertungen vorgenommen wurden.

10 Ergebnisse

10.1 Ergebnisse zur Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Beobachterperspektive (Hypothesen 1 und 2)

Die resultierenden Skalenmittelwerte der HaPPS-B (aggregiert über die drei Gruppenverfahren, siehe Anhang K, Tabelle 1) variieren zwischen $M_{TB} = 4.23$ ($SD_{TB} = 0.66$) für die Skala *Therapeutische Beziehungsgestaltung* und $M_{Emot} = 1.17$ ($SD_{Emot} = 0.33$) für *Emotion*. Neben *Therapeutische Beziehungsgestaltung* handelt es sich bei den Skalen mit höher ausgeprägten Mittelwerten um *Direktivität*, *Exploration* und *Strukturiertheit*; die verbleibenden Skalen weisen durchgängig relativ niedrige Skalenwerte auf (alle Mittelwerte $M < 2.00$). Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei $M = 2.06$ (durchschnittliche Streuung: $SD = 0.35$).
Die für die Gruppenvergleiche relevanten Skalenmittelwerte und –standardabweichungen differenziert für PA-G, VT-BG und VT-IG sind in Tabelle 12 dargestellt. Abbildung 2 gibt die deskriptiven Kennwerte in graphischer Form wieder. Die Skalen-Mittelwerte und Streuungen weisen insgesamt einen Range von $1.06 \leq M \leq 4.65$ bzw. $0.06 \leq SD \leq 0.91$ auf, wobei für die drei Gruppenverfahren einzeln betrachtet der weiteste Range dabei in den VT-IG vorliegt, während er in den PA-G und VT-BG etwas geringer ausfällt (PA-G: $1.12 \leq M_{PA\text{-}g} \leq 3.27$; $0.06 \leq SD_{PA\text{-}G} \leq 0.78$; VT-BG: $1.12 \leq M_{VT\text{-}BG} \leq 4.40$; $0.15 \leq SD_{BG\text{-}G} \leq 0.60$).

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen sowie der Apriori-Kontraste (Helmert), die im folgenden hinsichtlich der in Kapitel 7 aufgestellten Hypothesen vorgestellt werden, sind ebenfalls Tabelle 12 zu entnehmen.

Bezüglich der Überprüfung der **Hypothese 1** (Vergleich von PA-G mit den VT-Gruppen) ergeben sich in 11 der 14 Skalen, in denen Unterschiede zwischen den psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenverfahren postuliert worden sind (das sind: alle Skalen außer *Vergangenheit*), bei der varianzanalytischen Auswertung signifikante (in den Skalen *Übertragung* und *Psychoedukation*), hochsignifikante und sehr signifikante (in den Skalen *Interpretation*, *Beziehung*, *Gruppe*, *Konfrontation Direktivität*, *Behaviorale Interventionen*, *Therapeutische Beziehungsgestaltung*, *Strukturiertheit* und *Exploration*) Haupteffekte mit Effektstärken im jeweils großen Bereich ($.317 \leq \eta^2 \leq .832$). Die PA-VT-

Helmert-Kontraste ergeben bei diesen 11 Skalen ebenfalls erwartungsgemäß signifikante (in 2 Skalen) sowie hochsignifikante bzw. sehr signifikante (in 9 Skalen) Mittelwertsunterschiede.

Die erwartete Differenzierung, dass sich für die verschiedenen Skalen unterschiedlich starke Effektstärken bei dem Vergleich zwischen PA- und VT-Gruppen ergeben sollten, lässt sich anhand der hier gewählten Unterteilung nach Cohen (1988) nicht ermitteln:

Es zeigen sich zwar unterschiedlich hohe Effektstärken bei den PA-VT-Helmert-Kontrasten – hierbei sind insbesondere die sehr hohen Werte der Skalen *Direktivität*, *Behaviorale Interventionen* und *Interpretation* mit $d > 4.00$ (alle anderen Effektstärken: $d < 3.00$) zu nennen – allerdings sind alle Effektstärken $d \geq 1.54$ und somit als groß einzuordnen. Die Richtung der Unterschiedlichkeit entspricht in allen 11 Skalen derjenigen, die in den Hypothesen postuliert worden ist, d.h. in den Skalen *Interpretation*, *Beziehung*, *Gruppe*, *Konfrontation* und *Übertragung* resultieren im Mittel höhere Einschätzungen in den PA-G, während die Skalen *Direktivität*, *Behaviorale Interventionen*, *Therapeutische Beziehungsgestaltung*, *Strukturiertheit*, *Exploration* und *Psychoedukation* höhere Werte in den VT-Verfahren zeigen.

In den Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Kognitive Interventionen*, in denen ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenverfahren postuliert wurden, weisen die Mittelwerte in den durchgeführten Varianzanalysen eine als groß einzuordnende Effektstärke ($\eta^2 \geq .223$) bezüglich der Unterschiedlichkeit der drei Verfahren auf, wobei allerdings keine (bei *Kognitive Interventionen*) bzw. nur tendenzielle (bei *Selbstwirksamkeit*) Signifikanz erreicht wird. Betrachtet man die dazugehörigen PA-VT-Helmert-Kontraste, ergeben sich gemäß der Erwartungen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den PA-G-Ratings einerseits und den gemittelten VT-Ratings andererseits mit jeweils großer Effektstärke. Auch in diesen beiden Skalen gehen die Unterschiede in die erwartete Richtung mit jeweils höheren Mittelwerten in den VT-Gruppenverfahren.

Tabelle 12: *Vergleich der drei Gruppenverfahren aus Beobachterperspektive – Ergebnisse der Varianzanalysen und Apriori-Helmert-Kontraste*

				Varianzanalyse[a]		Helmert: PA/VT		Helmert: VT-BG/VT-IG	
Skala	**M_{PA} (SD)**	**M_{VT-BG} (SD)**	**M_{VT-IG} (SD)**	**F (2, 16)**	**α**	**η^2**	**α**	**d**	**α**	**d**
Interpretation	2.25 (0.21)	1.29 (0.15)	1.31 (0.22)	39.60	< .001***	.832	.000**	4.77	.834	0.11
Beziehungen	2.31 (0.19)	1.60 (0.29)	1.37 (0.36)	12.43	.001***	.608	.000**	2.93	.156	0.72
Gruppe	2.55 (0.62)	1.71 (0.30)	1.52 (0.28)	10.24	.001***	.561	.000**	2.35	.341	0.66
Konfrontation	2.48 (0.78)	1.53 (0.36)	1.45 (0.31)	7.62	.005**	.488	.001**	1.79	.721	0.26
Vergangenheit	1.79 (0.30)	1.21 (0.18)	1.45 (0.34)	6.06	.011*	.431	.009**	1.58	.101	0.90
Übertragung	1.51 (0.59)	1.12 (0.20)	1.02 (0.06)	3.71	.048*	.317	.017*	1.54	.514	0.79
Emotion	1.54 (0.20)	1.56 (0.33)	1.50 (0.34)	0.06	.943	.007	.941	0.05	.740	0.16
Direktivität	1.67 (0.22)	3.49 (0.53)	4.00 (0.50)	31.52	< .001***	.798	.000**	4.96	.061	0.96
Behaviorale Interventionen	1.12 (0.06)	1.82 (0.35)	2.31 (0.20)	25.93	< .001***	.764	.000**	4.67	.002**	1.78
Therapeutische Beziehung	3.27 (0.56)	4.40 (0.34)	4.65 (0.41)	14.98	< .001***	.652	.000**	2.88	.272	0.65
Strukturiertheit	1.89 (0.13)	2.70 (0.35)	2.94 (0.47)	10.35	.001***	.564	.000**	2.93	.238	0.58
Exploration	1.88 (0.43)	3.19 (0.60)	3.22 (0.63)	8.16	.004**	.505	.001**	2.40	.909	0.06
Psychoedukation	1.16 (0.16)	1.71 (0.41)	2.39 (0.91)	5.29	.017*	.398	.022*	1.80	.051	1.03
Selbstwirksamkeit	1.39 (0,08)	2.00 (0.52)	1.89 (0.22)	3.50	.055	.304	.020*	1.21	.668	0.23
Kognitive Interventionen	1.57 (0.07)	2.07 (0.43)	2.09 (0.50)	2.30	.132	.223	.048*	1.52	.924	0.04

Anmerkungen .**PA-G**: Psychoanalytisch orientierte Gruppen; **VT-BG**. Verhaltenstherapeutische zieloffene (Basis-) Gruppen; **VT-IG**:Verhaltenstherapeutische indikative Gruppen

[a] Die einfaktoriellen Varianzanalysen wurden über den dreistufigen Faktor "Gruppenverfahren" (VT-BG, VT-IG, PA-G) durchgeführt (N =19 Gruppen).

Signifikante (p< .05), sehr (p< .01), bzw. hochsignifikante (p< .001) Ergebnisse sind durch *, ** bzw. *** gekennzeichnet und grau hervorgehoben. Ebenfalls grau hervorgehoben sind Effektstärken (η^2 bzw. d), die gemäß Cohen (1988) als groß einzuschätzen sind. Die Formeln zur Bestimmung der Effektstärken werden in Abschnitt 9.6.2 angegeben.

Reihenfolge der Darstellung: Es werden zunächst die Skalen , in denen laut Hypothesen höhere Einschätzungen in den PA-G erwartet wurden, aufgeführt, anschließend diejenigen Skalen, in denen höhere Einschätzungen in den VT-Gruppen erwartet wurden (siehe Trennlinie). Innerhalb dieser Unterteilung sind die Skalen nach der Größe ihrer Effekte (der varianzanalytischen Auswertung) aufsteigend geordnet.

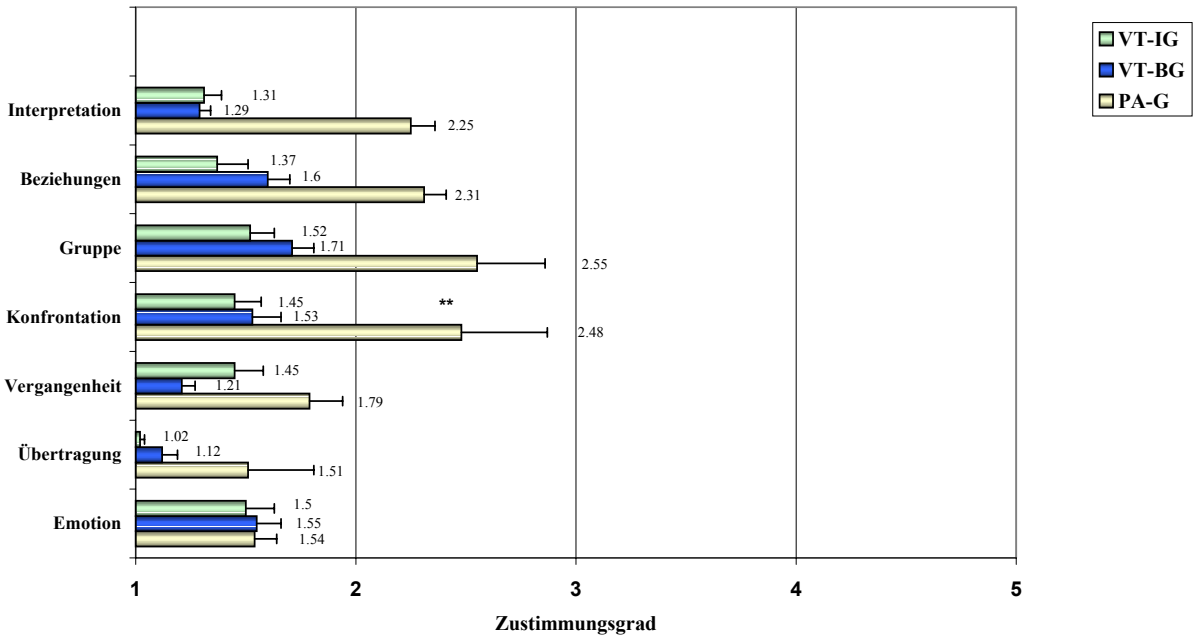

Abbildung 2a. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-B, in denen höhere Werte für die PA zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

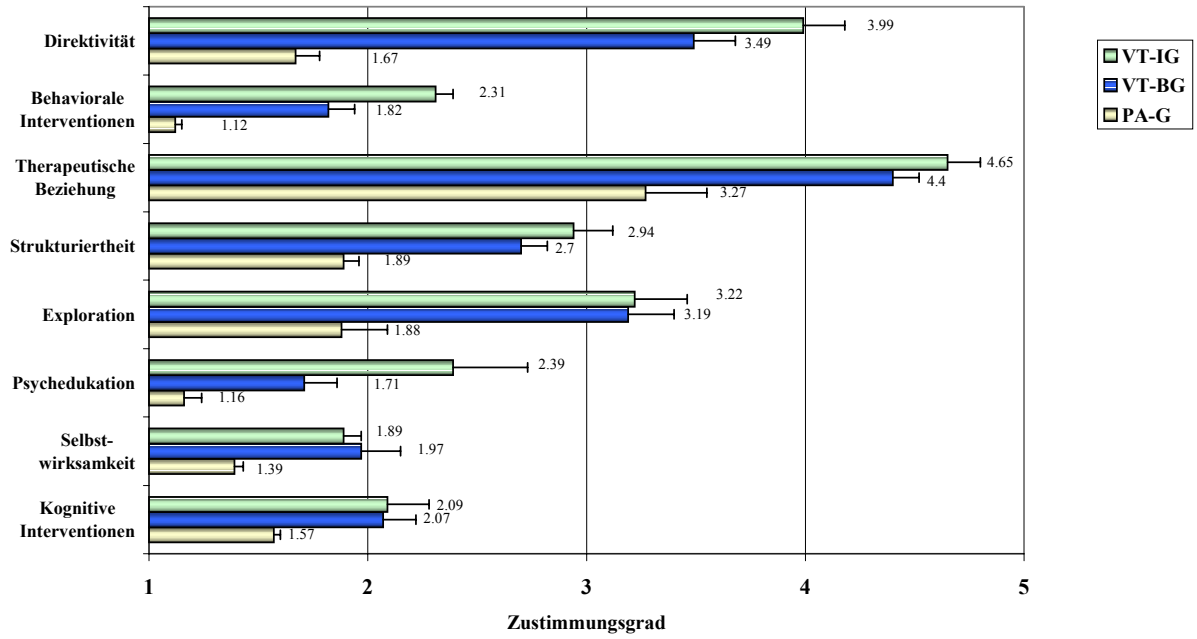

Abbildung 2b. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-B, in denen höhere Werte für die VT zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

Entgegen der Erwartung ergibt sich keine Unterschiedlichkeit der Verfahren in der Skala *Emotion*, was schon durch die fast identischen Mittelwerte deutlich wird und sich in den nicht signifikanten Resultaten der Varianzanalyse und den nicht signifikanten Helmert-Kontrasten sowie den entsprechenden, noch nicht einmal kleinen Effektstärken bestätigt.

Ebenfalls entgegen der Erwartung resultiert bezüglich der Skala *Vergangenheit* ein signifikanter Haupteffekt in der Varianzanalyse sowie ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den beiden Therapierichtungen in dem PA-VT-Helmert-Kontrast mit jeweils hoher Effektstärke. Hier ist in den Hypothesen postuliert worden, dass sich keine Unterschiedlichkeit zwischen dem PA- und den VT-Verfahren zeigen sollte.

Bezüglich der **Hypothese 2** (Vergleich von VT-BG mit VT-IG) ergeben sich in den BG-IG-Helmert-Kontrasten im Vergleich zu den PA-VT-Helmert-Kontrasten erwartungsgemäß Mittelwertsvergleiche mit geringer ausgeprägten Effektstärken: Während bei den PA-VT-Helmert-Kontrasten in 14 Skalen signifikante Mittelwertsunterschiede mit jeweils hohen Effektstärken ($d \geq 1.21$) vorliegen, weisen die BG-IG-Kontraste in vier Skalen (*Behaviorale Interventionen, Psychoedukation, Direktivität* und *Vergangenheit)* hohe Effektstärken (mit einer signifikanten bzw. tendenziell signifikanten Absicherung in drei Skalen) auf. Der BG-IG-Kontrast in einer weiteren Skala (*Übertragung*) unterschreitet mit $d = 0.79$ den als groß definierten Effektstärkenbereich nur geringfügig. Vier weitere Skalen zeigen mittlere Effektstärken, die verbleibenden sechs Skalen erreichen allenfalls kleine Effektstärken ($d < 0.26$).
Die Effektstärke des BG-IG-Helmert-Kontrastes ist hierbei in allen 14 Skalen jeweils geringer ausgeprägt als diejenige des entsprechenden PA-VT-Helmert-Kontrastes (vgl. hierzu auch Abbildung 5).

Die Erwartung, dass, falls Unterschiede zwischen den verhaltenstherapeutischen Gruppen auftreten, diese sich - abgeleitet aus den theoretischen Konzeptionen - in den in Hypothese 2 genannten Bereichen zeigen sollten, bestätigt sich teilweise: Erwartungsgemäß befinden sich unter denjenigen Skalen, deren BG-IG-Helmert-Kontraste hohe Effektstärken aufweisen, die Skalen *Psychoedukation* und *Direktivität*. Die Richtung der Unterschiedlichkeit mit jeweils höheren Mittelwerten in den VT-IG in diesen beiden Bereichen steht dabei ebenfalls im Einklang mit den Hypothesen.

Die Skala *Strukturierung*, in der ebenfalls eine Unterschiedlichkeit zwischen VT-BG und VT-IG angenommen wurde, weist eine Unterschiedlichkeit mit einer mittleren Effektstärke auf.

Nicht erwartungsgemäß ergeben sich zusätzlich auch Unterschiede mit großer Effektstärke in den Skalen *Behaviorale Interventionen* und *Vergangenheit*, bei denen ebenfalls höhere durchschnittliche Ratings in den VT-IG resultieren.

Die Skalen *Übertragung*, *Beziehung*, *Gruppe* und *Therapeutische Beziehungsgestaltung* zeigen - ebenfalls nicht den Erwartungen entsprechend - noch eine Unterschiedlichkeit mittlerer Effektstärke.

Exkurs: Deskriptive Beschreibung der Beobachter-Ratings auf Itemebene

Aufgrund der relativ geringen Ausprägung einer Reihe an Skalenmittelwerten (s.o.) sollen für eine bessere Einordnung der Ergebnisse zusätzlich deskriptive Kennwerte auf Ebene der einzelnen Items angegeben werden.

Die resultierenden Mittelwerte und Standardabweichungen der HaPPS-B-Einschätzungen differenziert nach Gruppenverfahren auf Item-Ebene, sind in Tabelle 2 im Anhang K angegeben. Es ergeben sich hierbei Mittelwerte mit $1.00 \leq M \leq 4.55$ ($0.00 \leq SD \leq 1.33$).
Hierbei wird deutlich, dass sich – wie schon bei den Gesamtmittelwerten (Itemschwierigkeiten) - auch bei den getrennt für die drei Gruppenverfahren berechneten Mittelwerten in einigen Variablen niedrige Einschätzungen ergeben.

Tabelle 13 gibt getrennt für die beiden Therapierichtungen eine Auflistung derjeniger Items, die sehr geringe ($M \leq 1.5$) oder sehr hohe ($M \geq 3.5$) Mittelwerte aufweisen. Bei den Einschätzungen der PA-G tritt in 10 Skalen jeweils mindestens ein Item durchschnittlich sehr gering ausgeprägt auf, in 6 Skalen gibt es bei diesen Gruppen mindestens ein häufig bzw. intensiv auftretendes Item. Bei den Einschätzungen der verhaltenstherapeutischen Gruppen VT-BG und VT-IG verhält es sich ebenso (mit 10 Skalen mit mindestens einem gering ausgeprägten Item und 6 Skalen mit mindestens einem hoch ausgeprägten Item), wobei die Skalen sich teilweise in den beiden Therapierichtungen entsprechen.

Insgesamt wird auch bei dieser Betrachtungsweise deutlich, dass auf Ebene der einzelnen Items ebenfalls eine Reihe an sehr niedrigen Mittelwerten auftreten, wobei einige HaPPS-B-Items in beiden Therapierichtungen niedrig eingeschätzt werden (9 Items), während es bei der Mehrzahl der Items eine niedrige Einschätzung bei jeweils nur einer Therapierichtung gibt (14 Items bei den Einschätzungen der PA-G und 16 Items bei Einschätzungen der VT-BG und VT-IG).

Tabelle 13:
Items mit sehr hohen / niedrigen Mittelwerten innerhalb der Skalen der HaPPS-B

Dimension	Mittelwert	PA-G	VT-BG und VT-IG
Behaviorale Interventionen	M < 1.5	alle Items außer 57 (Bestärkung)	25: Teile von Verhaltensanalysen 26: Selbstbeobachtung 37: Vier-Ebenen-Beschr.
	M > 3.5		57: Bestärkung
Beziehungen	M < 1.5	49: Liebe / romant. Bez.	alle Items bis auf Item 47 (zwischenmenschl. Bez.)
	M > 3.5	47: zwischenmenschl. Beziehungen als Fokus	
Direktivität	M < 1.5	3: Einbringen von Themen 31: Rat u. Führung geben	
	M > 3.5		16: aktive Kontrolle über die Interaktion
Emotion	M < 1.5	alle Items außer Item 17 (Hilfe bei Wahrnehmung von Gefühlen	23: Fokussierung von Schuldgefühlen 60: Betonung der Gefühle
	M > 3.5		
Exploration	M < 1.5		
	M > 3.5		42: Frage nach mehr Infos
Gruppe	M < 1.5		alle Items außer 69 (Interaktion der gesamten Gruppe)
	M > 3.5	69: Interaktion der gesamten Gruppe	
Interpretation	M < 1.5	12: Autonomie-Konflikt	5: Konflikt zwischen Persönl.-Tendenzen 12: Autonomie-Konflik 4: Vornahme von Interpretationen 53: Interpretation unbewusster Inhalte
	M > 3.5		
Kognitive Interventionen	M < 1.5	20: Zusammenhang: Gedanken u. Stimmungen 54: Reale vs. eingebildete Bedeutungen	54: Reale vs. eingebildete Bedeutungen
	M > 3.5		
Konfrontation	M < 1.5		8: Gebrauch v. Abwehrmechanismen 43: Fokus auf inakzeptable Gefühle
	M > 3.5	29: konfrontierender Therapeut	
Psychoedukation	M < 1.5	alle Items	
	M > 3.5		
Selbstwirksamkeit	M < 1.5	41: Ermunterung zu Unabhängigk. 51: Anerkennung v. Therapie-Erfolgen 55: Pos. Fähigkeiten	41: Ermunterung zu Unabhängigk.
	M > 3.5		
Strukturiertheit	M < 1.5	1: Therapieziele 68: Planung von Teilschritten	
	M > 3.5	(28: Schwerpunkte, M = 3,3)	28: Schwerpunkte
Therap. Bez.	M < 1.5		
	M > 3.5	18: nichtwertendes Akzeptieren	alle Items
Übertragung	M < 1.5	67: Zusammenhänge der Ther.-Pat.-Beziehung zu anderen Bez.	alle Items
	M > 3.5		
Vergangenheit	M < 1.5		alle Items außer 36
	M > 3.5	36: Betonung der aktuellen Lebenssituation	36: Betonung der aktuellen Lebenssituation

10.2 Ergebnisse zur Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Hypothese 3)

Die zur Überprüfung der Hypothese 3 relevanten Kennwerte der Patienten- und Therapeuten-Ratings sind in Tabelle 14 und Tabelle 15 sowie graphisch in den Abbildungen 3 und 4 dargestellt.

10.2.1 Ergebnisse der Patientenperspektive

Bei den Patienten-Ratings (vgl. Tabelle 14 und Abbildung 3) zeigen sich in den 15 untersuchten Variablen Mittelwerte zwischen $1.64 \leq M \leq 4.38$, die Streuungen schwanken zwischen $0.09 \leq SD \leq 0.99$. Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei $M = 3.09$ (durchschnittliches $SD = 0.42$).

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnismuster von Patienten- und Beobachter-Ratings zeigen sich bezüglich der primären **Hypothese 1** (Vergleich von PA-G mit den VT-Gruppen) Ergebnisse, die zu einem großen Teil den Erwartungen entsprechen: So weisen sieben HaPPS-P-Items hochsignifikante und sehr signifikante (in den Bereichen *Beziehung zwischen Patienten*, *Exploration*, *Gliederung der Sitzung*, *Ermutigung zu Unabhängigkeit* und *Einfühlsamkeit*) bzw. signifikante (in den Bereichen *Direktivität* und *Verhalten*) varianzanalytische Haupteffekte mit hohen Effektstärken sowie jeweils hochsignifikante, sehr signifikante bzw. signifikante Mittelwertsunterschiede mit ebenfalls hohen Effektstärken in den PA-VT-Helmert-Kontrasten auf. Die Richtung der Unterschiedlichkeit dieser Bereiche entspricht ebenfalls den Erwartungen (mit einem höheren Mittelwert im Bereich *Beziehungen zwischen Patienten* bei den PA-G und höheren Mittelwerten in den restlichen sechs Variablen bei den VT-Gruppen).

Auch das Item *Wertung des Therapeuten* zeigt einen signifikanten Mittelwertsunterschied in der Varianzanalyse sowie eine hohe Effektstärke im PA-VT-Helmert-Kontrast, der allerdings keine Signifikanz mehr erreicht. Darüber hinaus ergibt sich – ebenfalls im Einklang mit den Ergebnissen der Beobachtereinschätzungen – in den Mittelwertsvergleichen der Items *Beziehungen zu Anderen* und *Gedanken und Vorstellungen* hohe Effektstärken in den varianzanalytischen Auswertungen sowie in den PA-VT-Helmert-Kontrasten (ohne

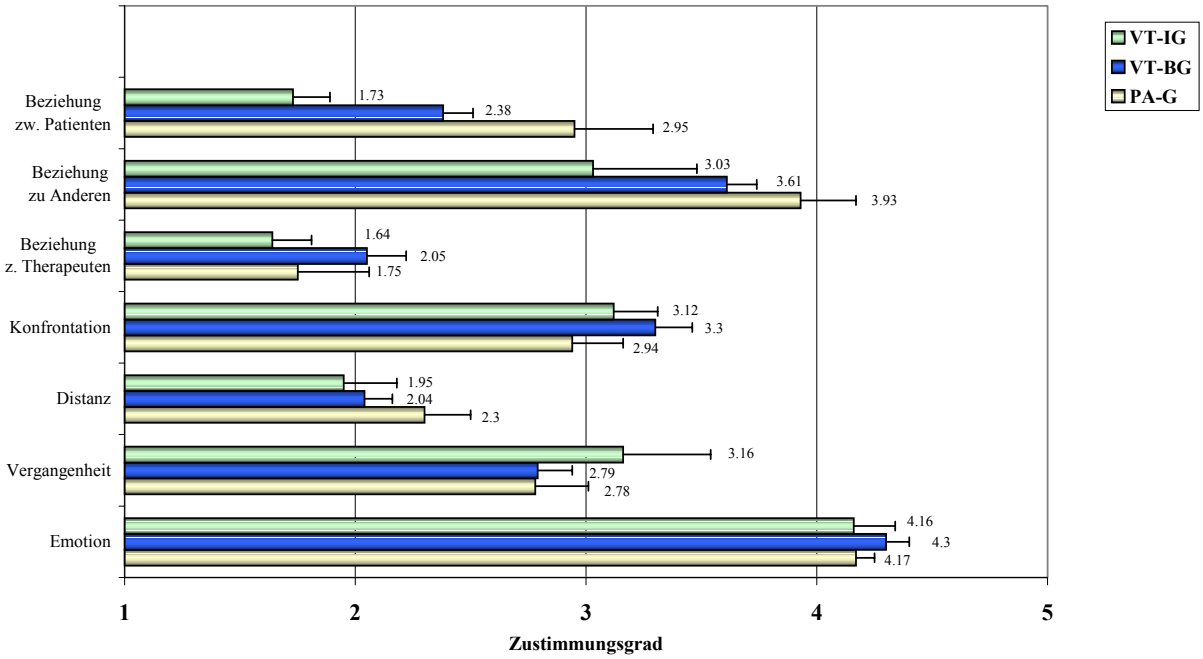

Abbildung 3a. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-P, in denen höhere Werte für die PA zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

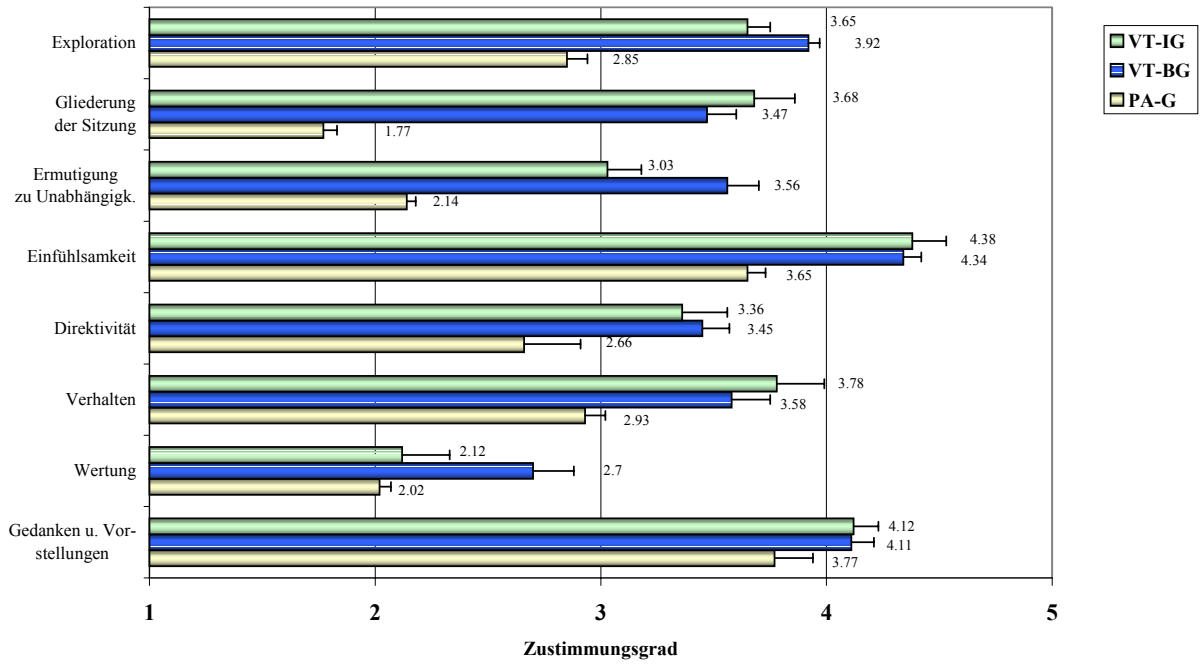

Abbildung 3b. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-P, in denen höhere Werte für die VT zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

Signifikanz). Erwartungsgemäße Ergebnisse zeigen sich ebenfalls noch bezüglich des Items *Distanz des Therapeuten*, bei dem sich zwar nur ein kleiner Effekt in der Varianzanalyse ergibt, der paarweise PA-VT-Helmert-Kontrast aber eine hohe Effektstärke aufweist. In allen drei zuletzt genannten Items entsprechen die Richtung der Unterschiedlichkeit den postulierten Zusammenhängen.

Zusammengenommen zeigen sich somit in 11 Items PA-VT-Helmert-Kontraste in erwarteter Richtung mit hohen Effektstärken. Die Befunde entsprechen denen der Beobachterdaten insofern, dass sich in denjenigen HaPPS-B-Skalen, die diesen 11 Items entsprechen, ebenfalls Unterschiede mit hohen Effektstärken zwischen PA- und VT-Gruppen finden lassen.
Von den verbleibenden vier Items zeigen drei jeweils höchstens kleine Effektstärken in den PA-VT-Helmert-Kontrasten:

- *Emotion* weist hierbei – entsprechend den Befunden bei den Fremdratings - noch nicht einmal eine kleine Effektstärke auf und kann somit (bezogen auf die Resultate der HaPPS-B-Daten) als ebenfalls erwartungsgemäß bezeichnet werden.

- Bezüglich *Vergangenheit*, der Skala, die in den Beobachterdaten entgegen der Erwartungen einen signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen PA- und VT-Gruppen aufweist, zeigt sich in den Patientendaten nur eine kleine Effektstärke im PA-VT-Helmert-Kontrast, so dass dieses Ergebnis nicht den Befunden der Beobachterperspektive (wohl aber den ursprünglichen Hypothesen) entspricht.

- Das Item *Beziehungen zum Therapeuten* weist entgegen der Erwartung eine Unterschiedlichkeit in den PA-VT-Helmert-Kontrasten von nur kleiner Effektstärke auf.

Ebenfalls nicht erwartungsgemäß zeigen sich die Befunde bei dem verbleibenden Item *Konfrontation*, das einen PA-VT-Helmert-Kontrast mit mittlerer Effektstärke aufweist, welcher allerdings entgegengesetzt zu den postulierten Hypothesen auf höhere Ausprägungen in den VT-Gruppen zurückzuführen ist. (Hier war aufgrund der enggefassten Definition der Skala *Konfrontation* im HaPPS-B eine höhere Ausprägung in den PA-G erwartet worden.)

Hinsichtlich der Übereinstimmungen der Patienten-Ratings mit den Beobachterdaten bezogen auf **Hypothese 2** (Vergleich von VT-BG mit VT-IG) ergeben sich folgende Befunde:
Erwartungsgemäß zeigen sich in den BG-IG-Helmert-Kontrasten im Vergleich zu den PA-VT-Helmert-Kontrasten weniger Variablen mit hohen Effektstärken, ebenso wie dies bei den HaPPS-B-Daten der Fall ist: Während es bei den PA-VT-Helmert-Kontrasten insgesamt 11 HaPPS-P-Items gibt, die hohe Effektstärken aufweisen (und von denen 7 statistisch signifi-

kant werden), ergeben sich bei den BG-IG-Helmert-Kontrasten in 6 Items Mittelwertsunterschiede mit hoher Effektstärke (von denen 4 statistisch signifikant werden). Inhaltlich handelt es sich hierbei um die Bereiche *Beziehungen zwischen Patienten*, *Beziehungen zu Anderen*, *Beziehungen zu Therapeuten*, *Exploration*, *Ermutigung zu Unabhängigkeit*, und *Wertung des Therapeuten* (mit jeweils höheren Ausprägungen in den VT-BG). Diese Bereiche entsprechen nicht den Skalen, die auf Grundlage der Beobachterratings große Effekte in den BG-IG-Helmert-Kontrasten aufweisen. Annähernd mittlere Effekte liegen mit d = 0.49 bei zwei weiteren Items (*Vergangenheit* und *Gliederung der Sitzung*) in den BG-IG-Kontrasten der Patientendaten vor, in den restlichen Items zeigen sich höchstens kleine Effekte.

Die Effektstärke des BG-IG-Helmert-Kontrastes ist hierbei in 11 Variablen jeweils geringer ausgeprägt als diejenige des entsprechenden PA-VT-Helmert-Kontrastes (wobei insbesondere die Effektstärken-Differenz in der Variable *Gliederung der Sitzung* sehr hoch ausfällt, vgl. Abbildung 5). In vier Variablen (*Beziehung zum Therapeuten*, *Vergangenheit*, *Emotion* und *Wertung des Therapeuten*) sind die Größenverhältnisse umgekehrt, wobei vor allem die Variable *Beziehung zum Therapeuten* eine deutlich höhere Effektstärke in dem BG-IG-Helmert-Kontrast als in dem PA-VT-Helmert-Kontrast aufweist: Während beim Mittelwertsvergleich der beiden verhaltenstherapeutischen Gruppen eine Unterschiedlichkeit mit hoher Effektstärke resultiert, zeigt sich beim PA-VT-Vergleich ein Effekt von noch nicht einmal kleiner Größenordnung.

Weniger stark ausgeprägt verhält es sich mit dem Item *Wertung des Therapeuten*: Hier spiegelt sich der signifikante varianzanalytische Haupteffekt bei den Apriori-Kontrasten vor allem in einem signifikanten Mittelwertsvergleich mit hoher Effektstärke beim BG-IG-Helmert-Kontrast wider. Der Mittelwertsvergleich zwischen PA- und VT-Gruppen erreicht zwar auch eine hohe Effektstärke (s.o.), ist aber weniger deutlich und erreicht auch keine statistische Signifikanz.

Sowohl bei *Beziehung zum Therapeuten* als auch bei *Wertung des Therapeuten* ergeben sich die geringsten Mittelwerte aller drei Gruppen entgegen der Erwartung in den VT-IG. Die höchsten Mittelwerte liegen – ebenfalls nur teilweise den Erwartungen entsprechend - in den VT-BG vor.

In den beiden Variablen *Vergangenheit* und *Emotion* sind die Differenzen der Effektstärken aus den beiden Stufen des Helmert-Kontrastes weniger stark ausgeprägt.
Die Differenzen im Überblick sind auch Abbildung 5 zu entnehmen.

10.2.2 Ergebnisse der Therapeutenperspektive

Bei den Therapeuten-Ratings (vgl. Tabelle 15 und Abbildung 4) zeigen sich in den 15 untersuchten Variablen Mittelwerte zwischen $1.53 \leq M \leq 3.89$, die Streuungen schwanken zwischen $0.17 \leq SD \leq 1.50$. Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei $M = 3.00$ (durchschnittliches $SD = 0.63$).

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnismuster von Therapeuten- und Beobachterdaten bezüglich der **Hypothese 1** (Vergleich von PA-G mit den VT-Gruppen) zeigen sich folgende Ergebnisse:

Erwartungsgemäß zeigen fünf HaPPS-T-Items hochsignifikante und sehr signifikante (in den Bereichen *Beziehung zwischen Patienten*, *Gliederung der Sitzung*, *Direktivität* und *Exploration)*, bzw. signifikante (in dem Bereich *Wertung*) Haupteffekte in den durchgeführten Varianzanalysen mit hohen Effektstärken sowie jeweils hochsignifikante und sehr signifikante bzw. signifikante Mittelwertsunterschiede mit ebenfalls hohen Effektstärken in den PA-VT-Helmert-Kontrasten. Die Richtung der Unterschiedlichkeit dieser Bereiche entspricht ebenfalls den Erwartungen (mit einem höheren Mittelwert im Bereich *Beziehungen zwischen Patienten* bei den PA-G und höheren Mittelwerten in den restlichen vier Bereichen bei den VT-Gruppen).

Darüber hinaus ergeben sich – ebenso im Einklang mit den Erwartungen – für die Variablen *Beziehung zu Anderen* und *Verhalten* in den varianzanalytischen Auswertungen hohe bzw. nahezu hohe Effektstärken sowie in den PA-VT-Helmert-Kontrasten hohe Effektstärken, allerdings ohne dass statistische Signifikanz erreicht wird.

Die Befunde entsprechen denen der Beobachterdaten insofern, dass sich in denjenigen HaPPS-B-Skalen , die diesen sieben Items entsprechen, ebenfalls Unterschiede mit hohen Effektstärken zwischen PA- und VT-Gruppen finden lassen.

Tendenziell den Erwartungen entsprechend ergibt sich bezüglich der varianzanalytischen Auswertung und des PA-VT-Helmert-Kontrastes bei dem Item *Distanz des Therapeuten* noch ein Haupteffekt bzw. ein Mittelwertsunterschied von jeweils mittlerer Effektgröße.

Auch das Item *Emotion* weist – diesmal allerdings nicht in Übereinstimmung mit den Befunden der Beobachterdaten (und auch nicht mit denen der Patientendaten) – eine Unterschiedlichkeit mittleren Effektes in dem PA-VT-Helmert-Kontrast auf, wobei die Richtung der Unterschiedlichkeit mit einer höheren Ausprägung der PA-G den ursprünglichen Hypothesen entspricht.

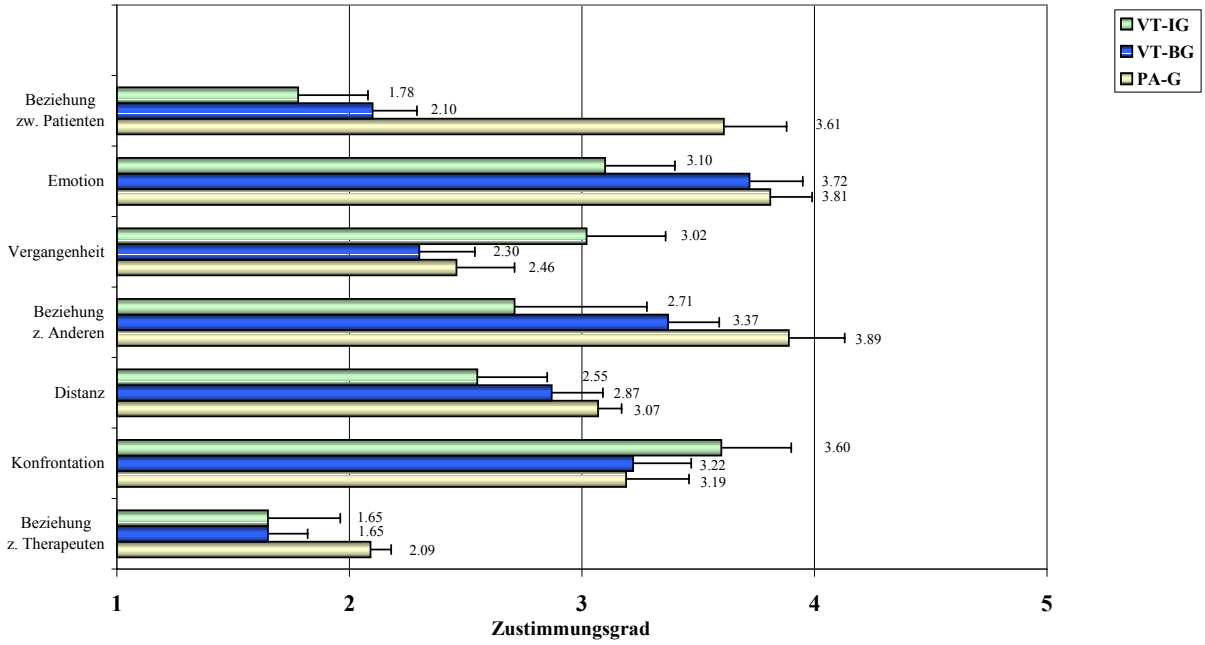

Abbildung 4a. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-T, in denen höhere Werte für die PA zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

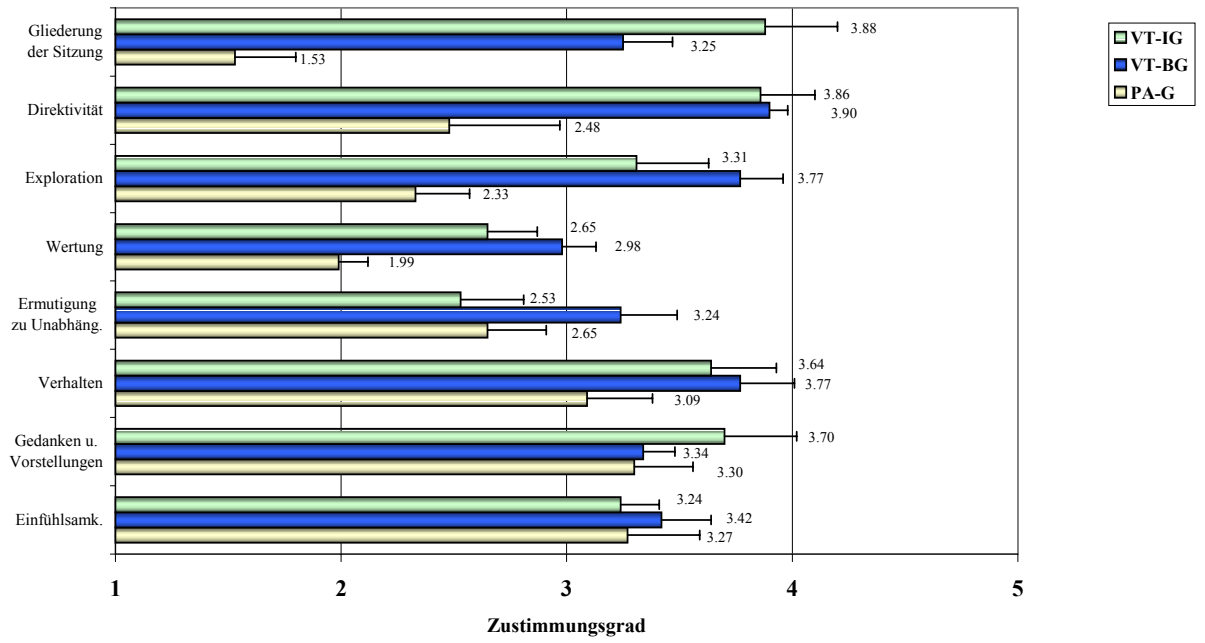

Abbildung 4b. Vergleich der therapeutischen Gruppen in den Skalen der HaPPS-T, in denen höhere Werte für die VT zu erwarten sind (M; SE). Es werden in absteigender Reihenfolge diejenigen Skalen, die die größte Unterschiedlichkeit zwischen den untersuchten Gruppenverfahren aufweisen, zuerst dargestellt.

Die PA-VT-Helmert-Kontraste der restlichen Items (*Beziehung zum Therapeuten*, *Ermutigung zu Unabhängigkeit*, *Gedanken und Vorstellungen*, *Konfrontation*, *Vergangenheit* und *Einfühlsamkeit*) zeigen – ebenfalls nicht in Übereinstimmung mit den Beobachterdaten - eine Unterschiedlichkeit mit allenfalls kleiner Effektstärke und ohne Signifikanzen.

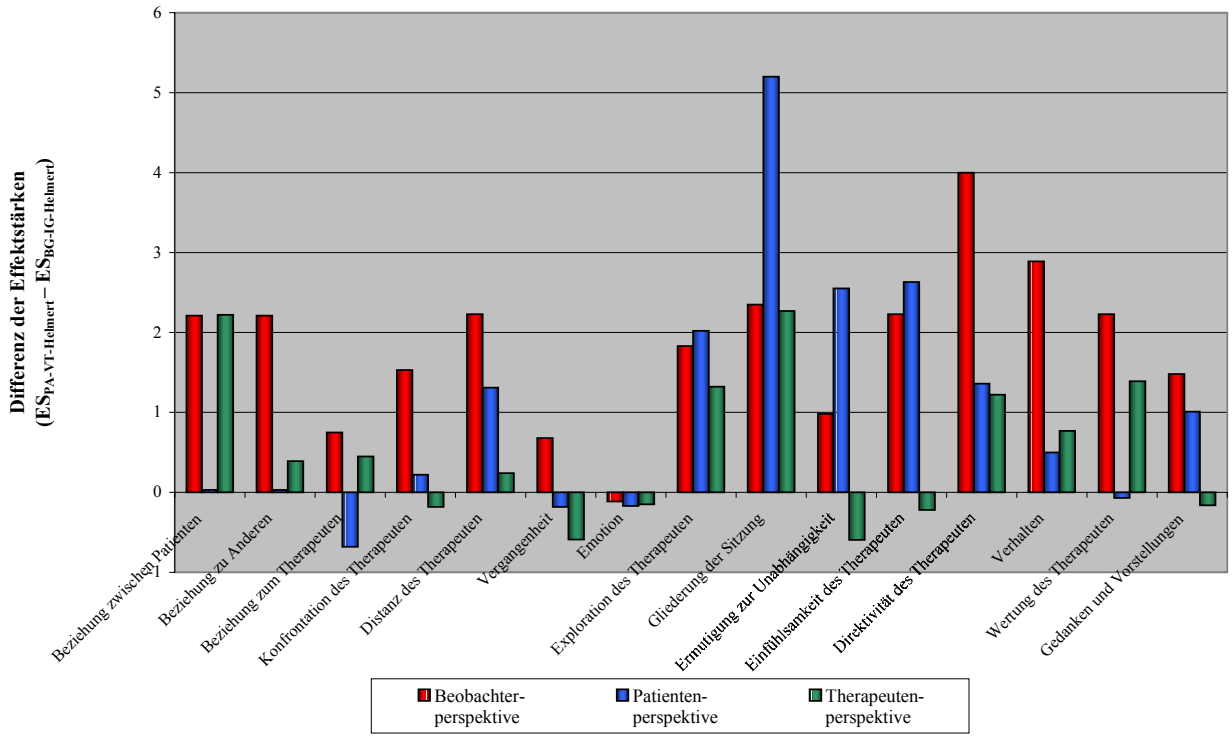

Abbildung 5. Differenzwerte zwischen den Effektstärken (ES) der PA-VT-Helmert-Kontraste und der BG-IG-Helmert-Kontraste hinsichtlich der HaPPS-Skalen für die drei erhobenen Datenquellen. Werte mit positivem Vorzeichen zeigen eine höhere ES in den PA-VT-Helmert-Kontrasten, Werte mit negativem Vorzeichen eine höhere Effektstärke in den BG-IG-Kontrasten an.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnismuster der Therapeuten- und der Beobachter-Ratings bezogen auf **Hypothese 2** (Vergleich von VT-BG mit VT-IG) zeigen sich folgende Befunde: Erwartungsgemäß zeigen sich bei den HaPPS-T-Daten in den BG-IG-Helmert-Kontrasten im Vergleich zu den PA-VT-Helmert-Kontrasten weniger Bereiche mit hohen Effektstärken, ebenso wie dies bei den HaPPS-B-Daten der Fall ist: Während es bei den PA-VT-Helmert-Kontrasten insgesamt sieben HaPPS-T-Items gibt, die hohe Effektstärken aufweisen (und von denen fünf statistisch signifikant werden), ergeben sich bei den BG-IG-Helmert-Kontrasten in fünf Items Mittelwertsunterschiede mit hoher Effektstärke (von denen vier tendenziell signifikant werden). Inhaltlich handelt es sich hierbei um die Bereiche

Ermutigung zu Unabhängigkeit, *Emotion* und *Exploration* (mit höheren Ausprägungen in den VT-BG) sowie *Vergangenheit* und *Gliederung der Sitzung* (mit höheren Ausprägungen in den VT-IG). Diese entsprechen teilweise den Skalen, die auf Grundlage der Fremdratings große Effekte in den BG-IG-Helmert-Kontrasten aufweisen (mit Entsprechungen in den Bereichen *Strukturiertheit/ Gliederung der Sitzung* und *Vergangenheit*). Mittlere Effekte liegen bei vier weiteren Items (*Wertung des Therapeuten*, *Beziehungen zu Anderen*, *Gedanken und Vorstellungen* und *Konfrontation*) vor.

Entgegen der Erwartung ist hierbei die Effektstärke des BG-IG-Helmert-Kontrastes in sechs Variablen (*Ermutigung zu Unabhängigkeit*, *Vergangenheit*, *Emotion*, *Gedanken und Vorstellungen*, *Konfrontation* und *Einfühlsamkeit*) jeweils höher ausgeprägt als diejenige des entsprechenden PA-VT-Helmert-Kontrastes. Von diesen sechs Variablen weisen *Ermutigung zu Unabhängigkeit*, *Vergangenheit* und *Emotion* eine deutliche Unterschiedlichkeit auf mit hohen Effektstärken in den BG-IG-Helmert-Kontrasten, aber nur kleinen bzw. mittleren Effektstärken in den PA-VT-Helmert-Kontrasten (vgl. Abbildung 5).

Tabelle 14: *Vergleich der drei Gruppenverfahren aus Patientenperspektive – Ergebnisse der Varianzanalysen und Apriori-Helmert-Kontraste*

				Varianzanalyse[a]		Helmert: PA/VT		Helmert: VT-BG/VT-IG	
Item (Item-Nr.)	**M_{PA} (SD)**	**M_{VT-BG} (SD)**	**M_{VT-IG} (SD)**	**F (2, 16)**	**α**	**η^2**	**α**	**d**	**α**	**d**
Beziehung zwischen Patienten (12)	2.95 (0.67)	2.38 (0.40)	1.73 (0.43)	9.09	.002**	.517	.003**	1.60	.013*	1.57
Beziehung zu Anderen (1)	3.93 (0.48)	3.61 (0.39)	3.03 (1.2)	1.91	.179	.183	.184	0.85	.164	0.82
Beziehung zum Therapeuten (11)	1.75 (0.62)	2.05 (0.51)	1.64 (0.46)	1.38	.279	.140	.730	0.18	.128	0.86
Konfrontation des Therapeuten (9)	2.94 (0.44)	3.30 (0.47)	3.12 (0.50)	0.85	.446	.091	.324	0.59	.460	0.37
Distanz des Therapeuten (13)	2.30 (0.39)	2.04 (0.37)	1.95 (0.61)	0.72	.502	.078	.263	1.49	.710	0.18
Vergangenheit (14)	2.78 (0.46)	2.79 (0.45)	3.16 (0.99)	0.68	.521	.074	.618	0.31	.298	0.49
Emotion (5)	4.17 (0.16)	4.30 (0.31)	4.16 (0.49)	0.36	.702	.041	.784	.18	.443	0.35
Exploration des Therapeuten (8)	2.85 (0.19)	3.92 (0.16)	3.65 (0.27)	36.76	< .001***	.812	< .001***	3.23	.021*	1.21
Gliederung der Sitzung (10)	1.77 (0.11)	3.47 (0.38)	3.68 (0.48)	34.31	< .001***	.801	< .001***	5.69	.295	0.49
Ermutigung zur Unabhängigkeit (15)	2.14 (0.09)	3.56 (0.43)	3.03 (0.41)	19.20	< .001***	.693	< .001***	3.82	.013*	1.27
Einfühlsamkeit des Therapeuten (3)	3.65 (0.15)	4.34 (0.25)	4.38 (0.40)	8.95	.002**	.513	.001***	2.74	.815	0.11
Direktivität des Therapeuten (4)	2.66 (0.51)	3.45 (0.37)	3.36 (0.53)	4.36	.030*	.339	.010**	1.54	.712	0.18
Verhalten (2)	2.93 (0.17)	3.58 (0.50)	3.78 (0.56)	4.06	.036*	.323	.013*	0.89	.412	0.39
Wertung des Therapeuten (7)	2.02 (0.10)	2.70 (0.54)	2.12 (0.56)	3.71	.046*	.304	.187	0.97	.037*	1.04
Gedanken und Vorstellungen	3.77 (0.34)	4.11 (0.31)	4.12 (0.30)	1.90	.181	.182	.068	1.05	.952	0.04

Anmerkungen. **PA-G**: Psychoanalytisch orientierte Gruppen; **VT-BG**: Verhaltenstherapeutische zieloffene (Basis-) Gruppen; **VT-IG**:Verhaltenstherapeutische indikative Gruppen;

a Die einfaktoriellen Varianzanalysen wurden über den dreistufigen Faktor "Gruppenverfahren" (VT-BG, VT-IG, PA-G) durchgeführt (N = 19 Gruppen). Signifikante (p< .05), sehr (p< .01), bzw. hochsignifikante (p< .001) Ergebnisse sind durch *, ** bzw. *** gekennzeichnet und grau hervorgehoben. Ebenfalls grau hervorgehoben sind Effektstärken (η^2 bzw. d), die gemäß Cohen (1988) als groß einzuschätzen sind. Die Formeln zur Bestimmung der Effektstärken werden in Abschnitt 9.6.2 angegeben.

Reihenfolge der Darstellung: Es werden zunächst die Skalen, in denen laut Hypothesen höhere Einschätzungen in den PA-G erwartet wurden, aufgeführt, anschließend diejenigen Skalen , in denen höhere Einschätzungen in den VT-Gruppen erwartet wurden (siehe Trennlinie).Innerhalb dieser Unterteilung sind die Skalen nach der Größe ihrer Effekte (der varianzanalytischen Auswertung) aufsteigend geordnet.

Tabelle 15: *Vergleich der drei Gruppenverfahren aus Therapeutenperspektive – Ergebnisse der Varianzanalysen und Apriori-Helmert-Kontraste*

				Varianzanalyse[a]			Helmert: PA/VT		Helmert: VT-BG/VT-IG	
Item (Item-Nr.)	M_{PA} (*SD*)	$M_{VT\text{-}BG}$ (*SD*)	$M_{VT\text{-}IG}$ (*SD*)	**F (2, 16)**	α	η^2	α	**d**	α	**d**
Beziehung zwischen Patienten (12)	3.61 (0.54)	2.10 (0.57)	1.78 (0.79)	10.65	.001***	.556	< .001***	2.68	.345	0.46
Emotion (5)	3.81 (0.36)	3.72 (0.69)	3.10 (0.79)	0.05	.160	.194	.312	0.68	.091	0.83
Vergangenheit (14)	2.46 (0.49)	2.30 (0.71)	3.02 (0.90)	0.87	.185	.180	.639	0.30	.075	0.89
Beziehung zu Anderen (1)	3.89 (0.47)	3.37 (0.66)	2.71 (1.5)	0.83	.191	.177	.155	0.96	.217	0.57
Distanz des Therapeuten (13)	3.07 (0.19)	2.87 (0.65)	2.55 (0.80)	0.88	.433	.094	.342	0.67	.355	0.43
Konfrontation des Therapeuten(9)	3.19 (0.55)	3.22 (0.75)	3.60 (0.80)	0.65	.537	.071	.606	0.32	.315	0.50
Beziehung zum Therapeuten (11)	2.09 (0.17)	1.65 (0.51)	1.65 (0.83)	0.51	.608	.057	.327	0.46	.990	0.01
Gliederung der Sitzung (10)	1.53 (0.53)	3.25 (0.67)	3.88 (0.85)	13.86	< .001***	.620	< .001***	3.09	.100	0.82
Direktivität des Therapeuten (4)	2.48 (0.97)	3.9 (0.24)	3.86 (0.64)	9.42	.002**	.526	< .001***	1.30	.894	0.08
Exploration des Therapeuten	2.33 (0.48)	3.77 (0.58)	3.31 (0.85)	6.34	.009**	.427	.005**	1.96	.190	0.64
Wertung des Therapeuten (8)	1.99 (0.25)	2.98 (0.45)	2.65 (0.59)	5.99	.011*	.413	.007**	2.02	.190	0.63
Ermutigung zu Unabhängigkeit (15)	2.65 (0.53)	3.24 (0.74)	2.53 (0.75)	2.26	.135	.210	.557	0.37	.061	0.964
Verhalten (2)	3.09 (0.57)	3.77 (0.71)	3.64 (0.76)	1.32	.294	.134	.137	.94	.724	0.17
Gedanken und Vorstellungen (6)	3.3 (0.51)	3.34 (0.42)	3.7 (0.85)	0.81	.461	.087	.531	0.37	.272	0.53
Einfühlsamkeit des Therapeuten (3)	3.27 (0.65)	3.42 (0.65)	3.24 (0.44)	0.22	.803	.026	.854	0.11	.538	0.33

Anmerkungen. **PA-G**: Psychoanalytisch orientierte Gruppen; **VT-BG**: Verhaltenstherapeutische zieloffene (Basis-) Gruppen; **VT-IG**:Verhaltenstherapeutische indikative Gruppen;

a Die einfaktoriellen Varianzanalysen wurden über den dreistufigen Faktor "Gruppenverfahren" (VT-BG, VT-IG, PA-G) durchgeführt (N = 19 Gruppen). Signifikante (p< .05), sehr (p< .01), bzw. hochsignifikante (p< .001) Ergebnisse sind durch *, ** bzw. *** gekennzeichnet und grau hervorgehoben. Ebenfalls grau hervorgehoben sind Effektstärken (η^2 bzw. d), die gemäß Cohen (1988) als groß einzuschätzen sind. Die Formeln zur Bestimmung der Effektstärken werden in Abschnitt 9.6.2 angegeben.

Reihenfolge der Darstellung: Es werden zunächst die Skalen, in denen laut Hypothesen höhere Einschätzungen in den PA-G erwartet wurden, aufgeführt, anschließend diejenigen Skalen , in denen höhere Einschätzungen in den VT-Gruppen erwartet wurden (siehe Trennlinie).Innerhalb dieser Unterteilung sind die Skalen nach der Größe ihrer Effekte (der varianzanalytischen Auswertung) aufsteigend geordnet...

10.3 Ergebnisse zur Übereinstimmung der drei Datenquellen

Bezüglich der Fragestellung 4, welche der drei Datenquellen (Beobachter, Patienten, Therapeuten) die größten Gemeinsamkeiten aufweisen, zeigen die hierzu berechneten bivariaten Korrelationen folgende Ergebnisse (siehe auch Tabelle 16 und Abbildung 6):

Legt man als Bezugsdaten der Beobachterperspektive die Einschätzung der einzelnen Items zugrunde (vgl. Spalte 2, 3 und 4 in Tabelle 16), ergibt sich als Mittelwert der Korrelationen

Tabelle 16: *Übereinstimmung (Produkt-Moment-Korrelationen) zwischen der Beobachter-, Patienten- und Therapeutenperspektive*

Item der HaPPS-P bzw. HaPPS-T / *Skala der HaPPS-B*	Patienten-Beobachter (Item)	Therapeuten-Beobachter (Item)	Therapeuten-Patienten	Patienten-Beobachter (Skala)	Therapeuten-Beobachter (Skala)
Bez. zu anderen / Beziehungen	.733**	.682**	.561**	.601**	.608**
Beziehung zw. Patienten / *Beziehungen*	.662**	.568**	.656**	.484**	.596**
Einfühlsamkeit des Therpeuten / ***Therapeut. Beziehung***	.267	.080	.175	.401**	.117
Wertung d. Therapeuten (recod) / ***Therapeut. Beziehung***	.091	.257	.353**	.051	.370**
Distanz des Therapeuten (recod.) / ***Therap. Beziehung***	.147	.230	.144	.171	.263*
Verhalten / *Behav. Interventionen*	.591**	.377**	.131	.601**	.230
Direktivität des Therapeuten / *Direktivität*	.577**	.751**	.458**	.603**	.710**
Emotion / ***Emotion***	.196	.163	.231	.285*	.393**
Gedanken und Vorstellungen / ***Kogn Interventionen***	.323**	.270*	.263*	.294*	.168
Exploration des Therapeuten/ *Exploration*	.623**	.626**	.591**	.538**	.537**
Konfrontation des Therapeuten/ *Konfrontation*	.318*	.131	.247	.184	- .014
Gliederung der Sitzung/ *Strukturiertheit*	.469**	.634**	.680**	.515**	.619**
Bez. zu Therapeut / *Übertragung*	.554**	.664**	.437**	.534**	.653**
Vergangenheit / *Vergangenheit*	.471**	.354**	.504**	.530**	.399**
Ermutigung zur Unabhängigkeit / *Selbstwirksamkeit*	.218	.112	.205	.469**	.217

Anmerkungen. N = 64. Signifikante (p< .05) bzw. sehr signifikante (p< .01) Ergebnisse sind durch * bzw. ** gekennzeichnet. Korrelationen mit hoch ausgeprägten Effektstärken (r≥ .50) sind grau hervorgehoben.

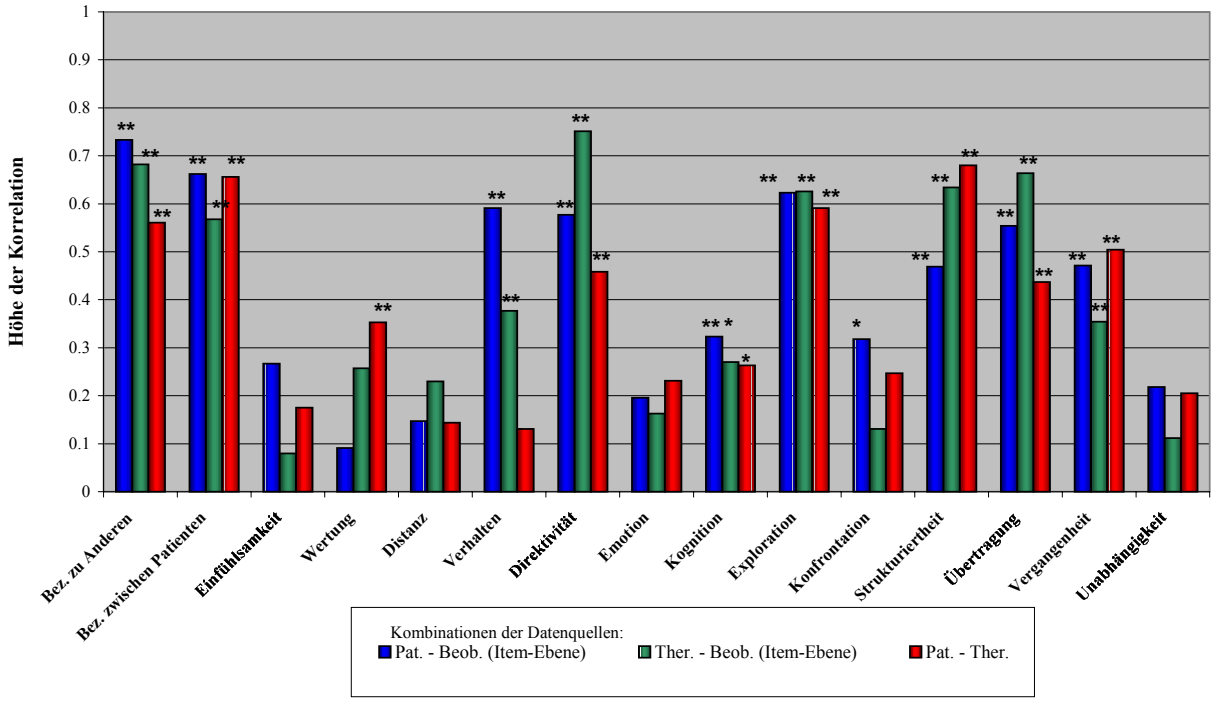

Abbildung 6. Übereinstimmung (Produkt-Moment-Korrelationen) zwischen der Beobachter-, Patienten- und Therapeutenperspektive.
N = 64. Signifikante (p< .05) bzw. sehr signifikante (p< .01) Ergebnisse sind durch * bzw. ** gekennzeichnet. Den abgebildeten Korrelationen sind als Bezugsdaten der Beobachterperspektive die einzelnen HaPPS-B-Items zugrunde gelegt (vgl. Tabelle 16, Spalte2 und 3).

aller drei Datenquellen M = 0.40 (SD = 0.21), wobei mit .08 ≤ r ≤ .75 ein weiter Range festzustellen ist. Als durchschnittliche Korrelation zwischen jeweils zwei Datenquellen resultiert zwischen Patienten und Therapeuten ein Mittelwert von $M_{Pat\text{-}Th}$ = 0.38 ($SD_{r_Pat\text{-}Th}$ = 0.19) mit einem Range von .13 ≤ $r_{Pat\text{-}Th}$ ≤ .68, zwischen Beobachtern und Therapeuten ein Mittelwert von $M_{Beob\text{-}Th}$ = 0.39 ($SD_{Beob\text{-}Th}$ = 0.24) mit .08≤ $r_{Beob\text{-}Th}$ ≤ .75 und zwischen Beobachtern und Patienten ein Mittelwert von $M_{Beob\text{-}Pat}$ = 0.42 ($SD_{Beob\text{-}Pat}$ = 0.21) mit .09 ≤ $r_{Beob\text{-}Pat}$ ≤ .73, also jeweils durchschnittliche Korrelationen von mittlerer Effektstärke.

Korrelationen hoher Effektstärke **zwischen den Beobachter- und den Patienteneinschätzungen** finden sich in den sechs Variablen *Beziehung zu Anderen*, *Beziehung zwischen Patienten, Exploration, Verhalten*, *Direktivität* und *Beziehung zum Therapeuten*, in weiteren vier Variablen (*Vergangenheit*, *Gliederung der Sitzung*, *Gedanken und Vorstellungen* sowie *Konfrontation*) ergeben sich Korrelationen von mittlerer Effektstärke. Die restlichen Korrelationen sind von allenfalls kleiner Effektstärke.

Zwischen den Beobachter- und den Therapeuteneinschätzungen weisen ebenfalls sechs Variablen Korrelationen mit hohen Effektstärken (*Beziehung zu Anderen*, *Beziehung zwischen*

Patienten, Exploration, Direktivität, *Beziehung zum Therapeuten* und *Gliederung der Sitzung*) sowie zwei weitere Variablen Korrelationen mit mittleren Effektstärken (*Verhalten* und *Vergangenheit*) auf. In den verbleibenden Variablen zeigen die Korrelationen zwischen diesen beiden Datenquellen höchstens noch kleine Effektstärken.

Bezüglich der Korrelationen **zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen** ergeben sich hohe Effektstärken in den Variablen *Beziehung zu Anderen*, *Beziehung zwischen Patienten*, *Exploration*, *Gliederung der Sitzung* sowie *Vergangenheit*. Mittlere Effekte bei den Korrelationen sind in drei Items (*Direktivität*, *Beziehung zum Therapeuten* und *Wertung des Therapeuten*) zu finden. Die verbleibenden Korrelationen weisen kleine Effektstärken auf.
Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge unter dem Blickwinkel, in welchen der Variablen es Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Beobachter und denen der beiden anderen Datenquellen gibt, lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

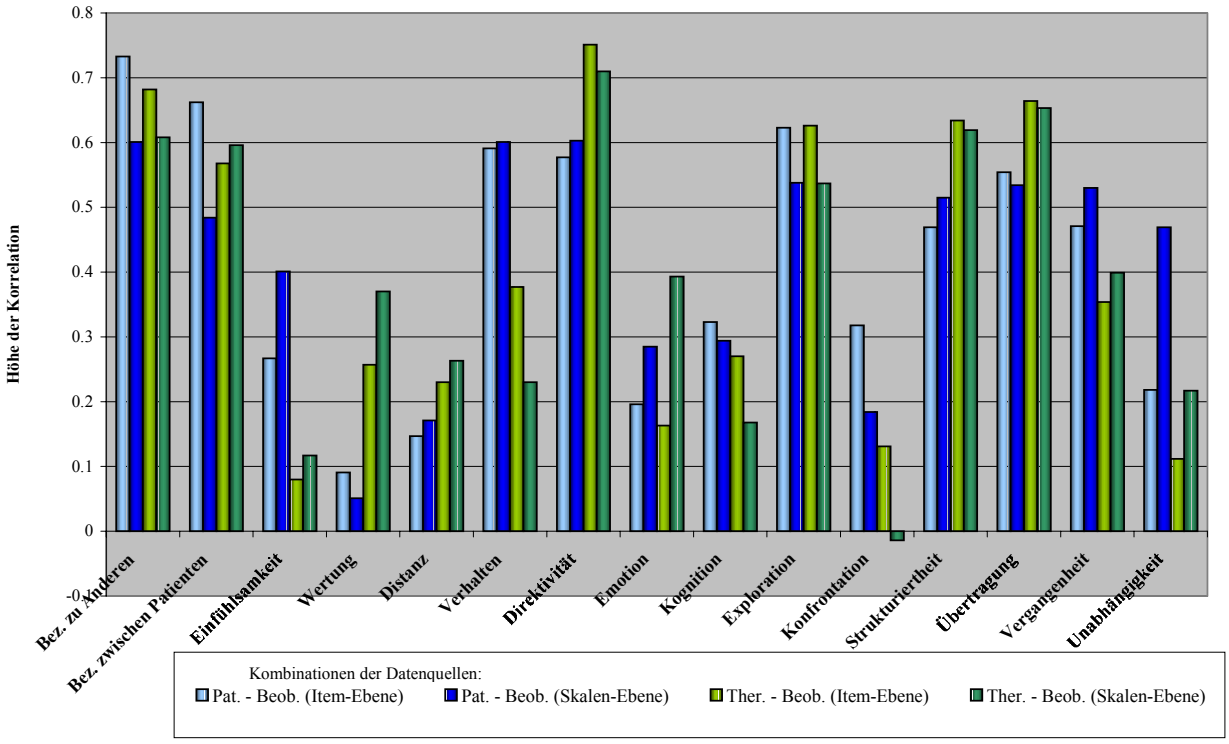

Abbildung 7. Vergleich der Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den drei Datenquellen in Abhängigkeit davon, ob als Bezugsdaten der Beobachterperspektive die einzelnen HaPPS-B-Items oder die HaPPS-B-Skalen für die Korrelationsberechnungen zugrunde gelegt werden.

In fünf Variablen (*Beziehung zu Anderen*, *Beziehung zwischen Patienten*, *Exploration, Direktivität* und *Beziehung zum Therapeut*) zeigen sich Korrelationen mit jeweils hoher Effektstärke zwischen den Beobachtereinschätzungen und jeder der beiden anderen Datenquellen.

In drei weiteren Variablen, *Gliederung der Sitzung*, *Vergangenheit* und *Verhalten*, zeigen die Beobachter-Ratings ebenfalls noch hohe bzw. mittlere korrelative Zusammenhänge sowohl zu den Patienten- als auch zu den Therapeuteneinschätzungen.

In den Bereichen *Gedanken und Vorstellungen* sowie *Konfrontation* resultiert darüber hinaus noch ein mittlerer korrelativer Zusammenhang der Beobachter-Ratings zu den Patienteneinschätzungen, während die Korrelationen zu den Therapeuten-Ratings sich als klein erweisen.

In den verbleibenden fünf Variablen (*Einfühlsamkeit des Therapeuten*, *Wertung des Therapeuten*, *Distanz des Therapeuten*, *Emotion*, und *Ermutigung zu Unabhängigkeit*) weist die Beobachterperspektive Zusammenhänge von allenfalls kleiner Größenordnung zu den beiden anderen Datenquellen auf.

Wählt man als Bezugsdaten der Beobachterperspektive anstelle der einzelnen Items der HaPPS-B deren Skalen für die Korrelationsberechnung (vgl. Tabelle 16, Spalte 5 und 6 sowie Abbildung 7), ergeben sich in den meisten Skalen nur schwach veränderte Korrelationswerte, wobei keine generelle Tendenz der Unterschiede feststellbar ist, da teilweise die Korrelationen auf Basis der Skalenwerte, und teilweise die Korrelationen auf Basis der Itemwerte leicht höhere Ausprägungen annehmen. Stärkere Abweichungen resultieren in den Variablen *Ermutigung zu Unabhängigkeit*, *Konfrontation* und *Emotion*.

11 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragestellung, inwieweit sich psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Gruppenpsychotherapien bei ihrer Realisierung in der Versorgungspraxis bezüglich zentraler therapeutischer Prozessvariablen unterscheiden.

Hierzu wurde eine Feldstudie in einer psychosomatischen Fachklinik, durchgeführt, bei der konsekutive Therapiesitzungen der beiden zu untersuchenden gruppentherapeutischen Behandlungsformen anhand der selbstentwickelten Fremdrating-Skala HaPPS-B videogestützt aus Perspektive nichtteilnehmender Beobachter eingeschätzt wurden. Zusätzlich wurden ergänzende Ratings der an den Therapiesitzungen teilnehmenden Patienten und Therapeuten erhoben.

Im folgenden werden die Ergebnisse einzeln für die fünf Hypothesen bzw. Fragestellungen diskutiert. Darauf aufbauend wird erörtert, inwieweit intern valide Schlussfolgerungen aus den Befunden gezogen werden können, was vor dem Hintergrund des gewählten naturalistischen, nicht-experimentellen Designs und der damit verbundenen Einschränkungen, Störvariablen zu kontrollieren, einen großen Stellenwert einnehmen soll. Es folgt eine Diskussion der Generalisierbarkeit der Befunde, d.h. der externen Validitätsaspekte, bevor abschließend eine generelle Einschätzung der Bedeutung der Untersuchungsergebnisse sowie ein Ausblick auf mögliche Folgestudien gegeben wird.

11.1 Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenverfahren aus Beobachterperspektive (Hypothese 1)

Bezüglich der in der vorliegenden Arbeit zentralen Hypothese 1 (Unterschiede zwischen den PA-G und den beiden VT-Gruppen) weisen die Ergebnisse der Varianzanalysen in Kombination mit den durchgeführten Apriori-Helmert-Kontrasten der Stufe 1 (PA-VT-Helmert-Kontraste) in nahezu allen untersuchten Prozess-Skalen auf eine Unterschiedlichkeit psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppenverfahren aus Beobachtersicht hin und stellen damit eine starke Unterstützung für das Zutreffen von Hypothese 1 dar. Hierbei sind die Mittelwertsunterschiede in 11 Bereichen so deutlich ausgeprägt, dass sie sich trotz der geringen Stichprobengröße von N = 19 und der daraus resultierenden geringen Teststärke signifikant absichern lassen. In den beiden Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Kognitive Interventionen* sind die Unterschiede etwas weniger deutlich

und erweisen sich aufgrund der kleinen Stichprobengröße als nur tendenziell bzw. nicht signifikant, obgleich jeweils auch hier eine hohe Effektstärke vorliegt.

Besonders überzeugend ist, dass die Richtungen der Unterschiede in allen 13 Skalen den Hypothesen und somit den theoretischen Therapiekonzeptionen entsprechen: So werden Verhaltenstherapeuten im Vergleich zu psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten hypothesenkonform als direktiver, aktiver explorierend und strukturierender eingeschätzt. Sie werden darüber hinaus - bei insgesamt hohen Ausprägungen in beiden Therapierichtungen - als unterstützender, einfühlsamer und weniger distanziert (Skala *Therapeutische Beziehungsgestaltung*) als die Psychoanalytiker wahrgenommen. Zudem benutzten Verhaltenstherapeuten erwartungsgemäß mehr behaviorale und edukative Interventionen, sie fördern stärker Selbstwirksamkeitserwartungen und setzen mehr kognitive Interventionen ein. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten benutzen in ihren Gruppenbehandlungen hingegen im Vergleich zu ihren verhaltenstherapeutischen Kollegen hypothesenkonform mehr Interpretationen, in denen intrapsychische Inhalte thematisiert werden, sie fokussieren häufiger oder/und intensiver die Beziehungen der Patienten, intervenieren in ausgeprägterem Maße konfrontativ (wiederum bezogen auf intrapsychische Inhalte) und arbeiten insgesamt mehr mit der Gruppe als Ganze. Wenn überhaupt Übertragungsinhalte thematisiert werden, geschieht dies bei psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten, so dass sich ebenfalls hier eine Unterschiedlichkeit feststellen lässt.

Die erwarteten Abstufungen hinsichtlich der Deutlichkeit der Unterschiede in den verschiedenen Skalen (d.h.: hohe bis mittlere Effektstärken in einigen Skalen, kleine bis mittlerer in den restlichen Skalen, vgl. Hypothese 1) lassen sich anhand der hier vorgenommenen Klassifikation der Effektstärken nicht nachweisen, da sich durchgängig hohe Effektstärken zeigen und somit die resultierenden Unterschiede in einigen Skalen höher als erwartet ausfallen. Die fehlende Differenzierung mag dadurch mitbegründet sein, dass die in dieser Studie gewählte Klassifikation der Effektstärken sich (aufgrund des Mangels an Informationen zur Einordnung von Effekten bei der hier speziell vorliegenden Fragestellung) an den konventionellen Grenzen für kleine, mittlerer und große Effekte orientiert. Möglicherweise würde man bei einer spezielleren Einteilung der Effektstärken, die insbesondere den hier als groß definierten Effektstärkenbereich noch weiter untergliedert, auch zu differenzierteren Ergebnissen kommen. Die unterschiedlichen Höhen der Effektstärken deuten zumindest in diese Richtung: So finden sich in den drei Skalen *Direktivität*, *Behaviorale Interventionen* und *Interpretation*, die mit zu denjenigen Skalen

gehören, für die in den Hypothesen die größte Unterschiedlichkeit zwischen den Therapierichtungen postuliert wurde, tatsächlich sehr hohe Effektstärken, die sich in ihrer Höhe deutlich von denjenigen der anderen Skalen abheben (d > 4.00).

Über die postulierten Unterschiede hinaus zeigt sich zusätzlich in der Skala*Vergangenheit*, d.h. hinsichtlich der Thematisierung von biographisch länger zurückliegenden Inhalten, eine höhere Ausprägung bei den psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten. Dieses widerspricht zwar den konkret vorausgesagten Zusammenhängen, bietet allerdings eine Unterstützung für die allgemein aufgestellte Hypothese, dass sich die Verfahren grundsätzlich in ihren Prozessvariablen unterscheiden. Die in den Hypothesen aufgestellte Annahme, in der Skala *Vergangenheit* keine Unterschiede zwischen den Richtungen zu finden, war ja aus den theoretischen Konzeptionen des fokalanalytischen Ansatzes, der eine Fokussierung im 'Hier- und Jetzt' (Heigl- Evers et al., 1997) vorsieht, abgeleitet worden. Dass doch Unterschiede resultieren, impliziert nicht, dass diese Fokussierung in den PA-G nicht realisiert wird, da sich insgesamt in den drei Gruppen relativ niedrigen Mittelwerte in allen Vergangenheitsitems ergeben mit Ausnahme des recodiert in den Skalenmittelwert einfließenden Items 36 (*Betonung der aktuellen Lebenssituation*), das hohe Ausprägungen zeigt. Dieses spricht für eine Gegenwartsfokussierung auch in den PA-G. Man muss somit von einer Unterschiedlichkeit auf geringem absoluten Niveau ausgehen.

Von diesen somit 14 Skalen, in denen sich Unterschiede zwischen psychoanalytisch orientierten und verhaltenstherapeutischen Gruppen nachweisen lassen, erweisen sich 12 Skalen als zufriedenstellend reliabel, wenn man als Reliabilitätsangabe die Interrater-Reliabilität, die gemäß den Überlegungen in Kapitel 9 die zuverlässigste diesbezügliche Schätzung darstellt, heranzieht. Die verbleibenden 2 Skalen *Selbstwirksamkeit* und *Exploration* unterschreiten den als zufriedenstellend anzusehenden Kennwert von f_a = .70 nur geringfügig. Selbst wenn man ein strenges Kriterium anlegt, und die beiden letztgenannten Skalen aufgrund ihrer Reliabilitätskennwerte unberücksichtigt lässt, ergeben sich somit immer noch in der überwiegenden Zahl der untersuchten Bereiche Unterschiede zwischen den Therapierichtungen und somit hypothesenkonforme Ergebnisse.

Der einzige Befund, der Hypothese 1 direkt widerspricht, sind die gleich hohen Einschätzungen beider Therapierichtungen bezüglich der Thematisierung und Bearbeitung von Emotionen: Das von den theoretischen Konzeptionen und empirischen Befunden anderer Studien (Getter et al., 1992; Goldfried et al., 1997; Jones & Pulos, 1993) her zu erwartende häufigere bzw. intensivere Vorkommen dieser Inhalte und Interventionen in der psychoanalytisch

begründeten Therapieform ist in dieser Studie nicht nachzuweisen. Auffällig bei den vorliegenden Befunden ist dabei, dass (bei gegebener zufriedenstellender Reliabilität der Skala von $f_a = .80$) insgesamt sehr geringe Itemwerte (Mittelwerte sowie Varianzen) in dieser resultieren und – sicherlich z.T. damit verbunden – sich die Skala als wenig homogen erweist, so dass sogar die Bildung eines Skalenmittelwertes nur bedingt vertretbar ist. Hierbei ergibt sich die Frage, ob dieses Ergebnis möglicherweise auf Aspekte der Itemauswahl zurückzuführen ist: Naheliegend ist die Vermutung, dass für die Skala *Emotion* in der HaPPS-B möglicherweise Items ausgewählt worden sind, die sich auf zu spezielle Prozessparameter beziehen, während grundlegende Parameter zu diesem Bereich vielleicht nicht berücksichtigt worden sind. Betrachtet man unter diesem Blickwinkel die vier Items der Skala, spricht allerdings wenig für die genannte Erklärungsmöglichkeit, da zumindest zwei Variablen (Item 17 *Förderung der Wahrnehmung von Gefühlen beim Patienten* und Item 60 *Betonung von Gefühlen*) sehr allgemein den Bereich erfragen. Trotzdem resultieren (bei der vorliegenden Skalierung von 1 bis 5) ebenfalls in diesen Variablen mit $M_{17} = 1.76$ und $M_{60} = 1.43$ niedrige Einschätzungen.

Das legt die Erklärung nahe, dass tatsächlich die Thematisierung und Bearbeitung von Emotionen sehr wenig Gegenstand sowohl der psychoanalytisch orientierten als auch der verhaltentherapeutischen Gruppen war. Diese Schlussfolgerung wird allerdings in Frage gestellt, wenn man die Befunde der Patienten- und Therapeutenperspektive einbezieht, bei denen sich interessanterweise deutlich höhere Einschätzungen bei dem entsprechenden Item (wenn auch bei einer leicht anderen Itemformulierung) ergeben. Hieraus wiederum könnte man ableiten, dass die Thematisierung von emotionalen Inhalten wohl in den Therapiesitzungen vorkommen, diese allerdings vor allem von den an der Therapie direkt Beteiligten intensiver erlebt und wahrgenommen werden, während aus einer unbeteiligten Beobachterposition dies weniger der Fall ist. Diese Erklärung stünde ferner im Einklang damit, dass sich die höchsten Einschätzungen aus Sicht der Patienten zeigen (alle $M > 4.00$), also aus Perspektive derjeniger, die am stärksten in den Therapieprozess involviert sein dürften.

Alternativ wäre es allerdings ebenfalls denkbar, dass nicht die Perspektive des nichtteilnehmenden Beobachters als Außenstehender, sondern eine nicht adäquate Operationalisierung der Variablen oder eine zu geringen Schulung der Rater verantwortlich für die geringen HaPPS-B-Ratings in der Skala *Emotion* sind.

Da diese grundsätzlichen (methodischen) Fragen hier nicht weiter geklärt werden können, ist es auch nicht möglich, die resultierenden Daten der Skala *Emotion* weiterführend hinsichtlich der Untersuchungsfragestellung, des Vergleichs zwischen PA- und VT-Gruppen, angemessen einzuordnen: Für die Beantwortung der Frage, ob tatsächlich keine Unterschiede hinsichtlich der Fokussierung von Emotionen zwischen den untersuchten Therapierichtungen vorliegen, wäre eine Folgestudie wünschenswert, bei der u.a. eine Weiterentwicklung der entsprechenden HaPPS-B-Skala bzw. ein Rater-Training, das genau diesen Bereich stärker fokussiert, in Betracht gezogen wird.

Abgesehen von den Variablen der beiden Skalen *Emotion* und *Vergangenheit* ergeben sich ebenfalls sehr niedrige Einschätzungen in den Items der Skala *Übertragung*, auch in den PA-G. Dies steht nicht unbedingt im Widerspruch zu den Erwartungen, da – wie in Abschnitt 4.1.2.1 ausgeführt - die Bedeutung der Arbeit an Übertragungsphänomenen im Rahmen von psychoanalytisch orientierten Kurzzeitansätzen bzw. fokalanalytischen Verfahren nicht eindeutig geklärt ist (Budman et al., 1994; Henry et al., 1994). In dieser Studie zeigt sich, dass selbst bei einer niedrigschwelligen Erfassung von Übertragungsinhalten, wie es in der HaPPS-B vorgenommen wird, diese sehr wenig in den PA-G auftreten.

Weitere Überlegungen bezüglich der absoluten Höhe der Einschätzungen der HaPPS-B werden bei der allgemeinen Bewertung der HaPPS-B in Abschnitt 11.5 gemacht.

Die generelle Annahme der Hypothese 1 beinhaltet gleichzeitig eine Übereinstimmung mit den meisten Befunden früherer Studien, die in Kapitel 5 vorgestellt wurden (z.B. Ablon & Jones, 1999; Getter et al., 1992; Goldfried et al., 1997; Luborsky et al., 1982).

Im Vergleich zu der Studie von Getter und Litt (1992), die für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz ist, da sie ebenfalls Befunde für das Gruppensetting vorlegt (vgl. Abschnitt 5.2.3), zeigt sich eine breite Übereinstimmung. Diejenigen Bereiche, die bei Getter und Litt (1992) untersucht wurden und die sich als differenzierende Prozessvariablen herausgestellt haben, gehören ebenso in der vorliegenden Arbeit zu denjenigen Prozessvariablen, die sehr deutliche Unterschiede aufweisen (*Beziehungen*, *Psychoedukation*, *Behaviorale Interventionen* bzw. Fokussierung der Verhaltensebene und *Gruppe*). Hierbei erfolgte allerdings die Operationalisierung der Variablen bei Getter und Litt (1992) auf einem allgemeineren Niveau, so dass die Befunde nicht direkt vergleichbar sind.

Lediglich hinsichtlich des Bereiches Thematisierung bzw. Bearbeitung von Emotionen lassen sich bei Getter und Litt (1992) Unterschiede nachweisen, die, wie im vorangehenden Abschnitt ausgeführt, sich in dieser Studie nicht finden lassen.

11.2 Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch zieloffenen und verhaltenstherapeutisch störungsspezifischen Gruppen (Hypothese 2)

In Hypothese 2 wird postuliert, dass innerhalb des internen VT-Vergleichs der indikativen und zieloffenen Gruppen Unterschiede hinsichtlich der in Frage stehenden Prozessparameter – soweit sie überhaupt vorliegen - geringer ausfallen als die Unterschiede zwischen PA- und VT-Gruppen. Der erste Teil der hierin enthaltenen Fragestellung, ob auch die VT-BG und die VT-IG untereinander Unterschiede aufweisen, konnte anhand der Helmert-Kontraste der Stufe 2, der BG-IG-Helmert-Kontraste, überprüft werden. Der zweite Teil der Fragestellung, ob die Unterschiede des internen VT-Vergleichs geringer als die des PA-VT-Vergleichs ausfallen, ist hingegen explorativ aufzufassen (und wurde mittels keines speziellen statistischen Verfahren überprüft). Somit können hierfür nur vorläufige Schlüsse gezogen werden.

Aus den BG-IG-Helmert-Kontrasten ergeben sich durchgängig bestätigende Befunde für die Gültigkeit von Hypothese 2:

Insgesamt zeigen sich bei den BG-IG-Helmert-Kontrasten in nur vier HaPPS-B-Skalen Unterschiede mit hoher Effektstärke sowie in fünf weiteren Skalen Unterschiede mit mittlerer Effektstärke, wobei jede dieser Effektstärken erwartungsgemäß geringer ausgeprägt ist als die entsprechende Effektstärke des PA-VT-Kontrastes. Verglichen mit den Befunden zur Unterschiedlichkeit von PA-G und den beiden VT-Gruppen (vgl. Abschnitt 11.1) ergeben sich demzufolge beim internen VT-Vergleich zum einen in wesentlich weniger Bereichen Unterschiede und zum anderen sind diese auch weniger deutlich ausgeprägt.

Inhaltlich zeigen sich die deutlichsten Unterschiede zwischen VT-BG und VT-IG hinsichtlich des Einsatzes behavioraler Interventionen, der Vermittlung psychoedukativer Inhalte, der Direktivität des Therapeuten und der Thematisierung von Vergangenheit (jeweils ausgeprägteres Vorkommen in den VT-IG), was ebenfalls größtenteils mit den Erwartungen übereinstimmt: Insbesondere die stärkere Ausrichtung auf psychoedukative Inhalte in den VT-IG steht im Einklang mit deren störungsspezifischer Konzeptionierung (vgl. Fiedler, 2001

sowie Abschnitt 4.2.2.1.1). Ebenso gut lässt sich der direktivere Stil der Verhaltenstherapeuten in diesen Gruppen erklären, da die VT-IG im Vergleich zu den VT-BG eine stärkere Zielgerichtetheit besitzen und darüber hinaus in größerem Maße manualisiert vorgehen. Aus denselben Gründen wurde eine deutliche Unterschiedlichkeit ebenfalls hinsichtlich des Strukturierungsgrads der Sitzung erwartet und immerhin resultiert in der Skala *Strukturierung* ein BG-IG-Kontrast von noch mittlerer Effektstärke.

Die deutliche Unterschiedlichkeit der beiden VT-Verfahren in der Skala *Vergangenheit* erstaunt auf den ersten Blick, bei genauerer Betrachtung lässt sich diese ebenfalls besser einordnen: Die Einschätzungen beider VT-Gruppen – auch die höher ausgeprägten der VT-IG – weisen eher geringe absolute Werte auf (alle Itemmittelwerte $M < 2.00$), so dass man davon ausgehen kann, dass insgesamt sehr selten biographisch zurückliegendes Material in den Sitzungen thematisiert wird, wie bereits bei der Diskussion der Hypothese 1 abgeleitet wurde. Die etwas höhere Ausprägung in den VT-IG könnte dadurch zustande gekommen sein, dass in den VT-IG aufgrund der dort vorgenommenen speziellen Bezugnahme auf die jeweiligen Störungsbilder möglicherweise in einigen (wenigen) Sitzungen etwas stärker auch auf den Verlauf der Störung oder andere anamnestische Aspekte eingegangen wird, wodurch die vereinzelt höheren Ausprägung in zumindest einem Teil der Vergangenheitsitems erklärbar würden (vgl. hierzu auch die oft in den verschiedenen störungsspezifischen VT-Manualen enthaltenen expliziten Störungsanamnesen).

11.3 Unterschiedlichkeit der untersuchten Gruppenverfahren aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Hypothese 3)

Bezüglich der Hypothese 3, in der postuliert wird, dass sich die Befunde der Beobachterperspektive ebenfalls aus Sicht der teilnehmenden Patienten und Therapeuten zeigen sollten, ergeben sich mehrheitlich bestätigende Ergebnisse: Auch aus Patienten- und Therapeutenperspektive sind Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppentherapien in der Mehrzahl der untersuchten Bereiche festzustellen. Allerdings fallen hier die Unterschiede jeweils geringer aus als auf Basis der Beobachterdaten, wobei die geringsten Unterschiede (d.h. sowohl die wenigsten Bereiche mit einer statistisch nachweisbaren Unterschiedlichkeit als auch die geringsten Effektstärken) aus Therapeutensicht resultieren: So ergeben sich bei den Patienten-Ratings in 11 Variablen (die 8

Skalen der HaPPS-B repräsentieren) PA-VT-Helmert-Kontraste mit hohen Effektstärken, während bei den Therapeuten-Ratings in lediglich 7 Bereichen (die 6 HaPPS-B-Skalen repräsentieren) entsprechende Befunde vorliegen.

Hierbei resultieren sieben Variablen in denen sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutenperspektive Unterschiede zwischen PA und VT nachweisbar sind. Es zeigt sich, dass es sich bei diesen Variablen (*Beziehung zwischen Patienten*, *Beziehungen zu Anderen*, *Exploration*, *Gliederung der Sitzung*, *Direktivität*, *Wertung* und *Verhalten*) um Bereiche handelt, die ebenso aus Beobachtersicht sehr deutliche Unterschiede aufweisen[36], und die zudem – was hier möglicherweise zusätzlich von Relevanz ist – sich relativ gut operationalisieren und beobachten lassen (im Gegensatz zu solchen Variablen wie z.B. *Ermutigung zu Selbständigkeit* und *Konfrontation*, bei denen dieses vermutlich schwieriger ist, da möglicherweise stärkere Inferenzschlüsse notwendig sind).

Abweichend von den Beobachterdaten ergeben sich sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutenperspektive in den Variablen *Beziehung zum Therapeuten*, *Konfrontation* und *Vergangenheit* keine deutlichen Unterschiede zwischen den PA-G und den VT-Gruppen. Hierbei sind die Befunde bezüglich der Variable *Konfrontation* besonders auffällig, da entgegen der Erwartung [Jones, 1993 #1763; vgl. auch Abschnitt 4.3] in dieser Variablen – zwar ohne Erreichen von statistischer Signifikanz - in beiden Perspektiven höhere Ausprägungen in den VT-Gruppen resultieren. Betrachtet man die zugrunde liegende Variable (Item 9: "Die Patienten wurden aufgefordert, sich mit ungewohnten oder unangenehmen Dingen auseinander zusetzen.") in ihrer Formulierung genauer, liegt die Vermutung nahe, dass die Reduzierung der Skala *Konfrontation* aus dem HaPPS-B auf dieses eine Item der HaPPS-P/T nicht wie beabsichtigt gelungen ist: Das Item scheint zu allgemein formuliert zu sein, um speziell konfrontierende Interventionen, wie sie mit der entsprechenden HaPPS-B-Skala erfasst werden, zu erheben, da ebenso andere Vorgänge (z.B. eine Aufforderung des Therapeuten an den Patienten, von seinem Problem zu berichten, Aufforderungen zu neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten o.ä.) als eine Aufforderung zur Auseinandersetzung mit unangenehmen oder ungewohnten Dingen aufgefasst werden können. Hiermit wäre ferner zu erklären, warum sich höhere Ausprägungen in den VT-Gruppen abzeichnen, da diese dann wahrscheinlich lediglich die höhere Aktivität und Ansprache des Verhaltenstherapeuten, die sich ja in verschiedenen Skalen andeutet, widerspiegeln würden. Darüber hinaus lässt sich als

zweiter großer Unterschied zwischen der HaPPS-B-Skala *Konfrontation* und der abgeleiteten HaPPS-P/T-Variable feststellen, dass erstgenannte sehr eng definiert ist und lediglich Konfrontationen hinsichtlich intrapsychischer Inhalte berücksichtigt. (Nur hieraus lässt sich aus den Therapiekonzeptionen eine höhere Ausprägung in den PA-G ableiten.) Hingegen wird mit der HaPPS-P/T-Variable diese Einschränkung nicht vorgenommen, so dass die erhaltenen Patienten- und Therapeuten-Ratings auch vor dem Hintergrund dieser Überlegungen gut einzuordnen sind.

Bei der Frage, ob auch bei dem internen VT-Vergleich ähnliche Befunde wie auf Grundlage der Beobachterdaten resultieren, erweisen sich die Patienten- und Therapeutendaten nur teilweise hypothesenbestätigend, wobei sich insbesondere aus der Therapeutenperspektive einige unerwartete Befunde ergeben:

Als hypothesenkonform erweist sich zunächst, dass vergleichbar zu den Beobachterdaten bei den Patienten- und Therapeuteneinschätzungen generell weniger Bereiche bei dem Vergleich der beiden VT-Gruppen als bei dem Vergleich zwischen PA und VT-Gruppen deutliche Unterschiede aufweisen. Entgegen der Erwartung gibt es allerdings bei den Patienten und noch stärker bei den Therapeuten einige Variablen, bei denen die Effektstärken des BG-IG-Helmert-Kontrastes höher ausgeprägt sind als diejenigen des entsprechenden PA-VT-Helmert-Kontrastes. Bei den Patienteneinschätzungen trifft dies auf vier Bereiche, insbesondere auf die Variable *Beziehung zum Therapeuten*, zu, bei den Therapeuten-einschätzungen auf insgesamt sechs Bereiche, wobei es dort in drei Variablen sehr deutliche Unterschiede zwischen den Effektstärken der beiden Kontrast-Stufen gibt. Hierbei handelt es sich um die Variablen *Vergangenheit*, *Emotion* und *Ermutigung zu Unabhängigkeit*, also Bereiche, bei denen schon bei den Beobachtereinschätzungen die entsprechenden Skalen der HaPPS-B Ergebnisse zeigen, die eher schwierig einzuordnen sind (bei *Emotion* bezüglich der fehlenden Unterschiede zwischen PA und VT und der hohen Itemschwierigkeiten, bei *Vergangenheit* bezüglich der vorliegenden Unterschiede zwischen PA und VT sowie bezüglich der höheren Ausprägungen der VT-IG beim internen VT-Vergleich und bei *Selbstwirksamkeit* bezüglich der relativ geringen Interrater-Reliabilität). Diese Bereiche sollten somit eher vorsichtig interpretiert werden.

[36] Bezüglich *Interpretation*, dem Bereich, der bei den Beobachter-Ratings darüber hinaus sehr deutliche Unterschiede zwischen den Therapierichtungen aufweist, können keine entsprechenden Aussagen gemacht werden, da dieser aus Patienten- und Therapeutensicht nicht erhoben wurde.

Zusammengefasst ergeben sich somit in zweierlei Hinsicht Abweichungen von den Ergebnissen der Beobachterperspektive: Zum einen sind dies die insgesamt weniger deutlichen Unterschiede in den PA-VT-Vergleichen und zum anderen die (im Vergleich zu den PA-VT-Kontrasten) stärkeren Unterschiede zwischen den beiden VT-Gruppen. Bei der Einordnung dieser nicht erwartungsgemäßen Befunde ergibt sich die Schwierigkeit, dass sie einen relativ weiten Interpretationsspielraum lassen, da im Rahmen dieser Studie nicht zu klären ist, zu welchen Anteilen die Abweichungen auf inhaltliche und zu welchen Anteilen sie auf methodische Gründe zurückführbar sind:

So kann man sich gut vorstellen, dass schon alleine durch die andere Perspektive und Rolle, die Patienten und Therapeuten in den Behandlungen einnehmen, sich von den Beobachtern abweichende Einschätzungen ergeben (vgl. hierzu exemplarisch die Überlegungen zu den Emotionseinschätzungen in Abschnitt 11.1). Wie bereits im Abschnitt 5.2.3 aufgeführt, stellt ja jede Perspektive für sich genommen eine eigenständige Informationsquelle dar (Gurman, 1977; Lietaer, 1983), die unterschiedlich wichtig für verschiedene Untersuchungsfragestellungen und -gegenstände sein kann (Horvath & Symonds, 1991).

Zusätzlich ist aber auch nicht auszuschließen, dass ebenso die unterschiedlichen Instrumente, die zur Anwendung gekommen sind, mit zu den Abweichungen beigetragen haben. Dieser Aspekt erscheint um so gewichtiger, als dass die Veränderungen, die bei der Ableitung der HaPPS-P/T aus der HaPPS-B vorgenommen werden mussten, relativ groß waren. Hierbei ist das Vorhaben, für jede HaPPS-B-Skala ein zentrales, repräsentatives Item auszuwählen, das sich zudem als verständlich für die Patienten erweist, sehr anspruchsvoll und es liegen wenige Informationen vor, wie gut dieser Anspruch erfüllt wird.[37]

Hierbei könnte man vermuten, dass eine Einschätzung von 15 Variablen (wie anhand der HaPPS-P/T) Prozessparameter möglicherweise nicht so differenziert erfassen kann wie ein Rating von 70 Items (wie mittels HaPPS-B). Hinzu kommt, dass leider keine Angaben zu den Gütekriterien der abgeleiteten HaPPS-P/T gemacht werden können, so dass sich hier ein weiterer methodischer Unsicherheitsfaktor ergibt, der ebenfalls Berücksichtigung bei der Einordnung der Daten finden sollte.

[37] Für eine repräsentative Item-Auswahl sprechen allerdings die korrelativen Befunde zwischen den Datenquellen, bei denen sich die Höhe der Korrelationen in den meisten Skalen (ausgenommen von *Emotion*, *Konfrontation* und *Ermutigung zu Unabhängigkeit*) nicht wesentlich ändert, unabhängig davon, ob man für die Beobachterperspektive die Werte der Skalen oder der Items, aus denen die HapPS-P/T entwickelt wurde, zugrunde legt. Auch die ermittelten Trennschärfen dieser Items sprechen bei den meisten Skalen für eine angemessene Itemauswahl (vgl. Anhang J).

Es ist anzunehmen, dass beide genannte Aspekte, der inhaltliche und der methodische, mit zu den resultierenden Abweichungen zwischen Beobachter- und Patienten-/Therapeuten-einschätzungen beigetragen haben. Hierbei sind ebenfalls Wechselwirkungen zwischen den Aspekten denkbar, die u.a. Ansatzpunkte für eine Erklärung der relativ geringen Unterschiede zwischen den Therapierichtungen gerade aus Therapeutenperspektive bieten: So könnte die HaPPS-P/T möglicherweise für die Therapeuten eine zu allgemein gehaltene Befragung dargestellt haben, bei der in einigen der Variablen das differenzierte Bild des Therapeuten bezüglich der einzuschätzenden Sitzung dazu geführt haben mag, dass die einzuschätzenden Variablen 'in irgendeiner Form' in allen drei Gruppenverfahren vorgekommen sind: So könnte z.B. ein Therapeut der PA-G bei der Frage, ob es um Gedanken und Vorstellungen ging (Item 6) in seinen Sitzungen diese hoch einschätzen, da es auf einer bestimmten Ebene – wenn vielleicht auch nicht im Schwerpunkt – um die Gedanken der Patienten gegangen ist. Ein Patient hingegen würde möglicherweise dieses Item erst dann hoch einschätzen, wenn es explizit um diesen Bereich, z.B. um eine Betonung und Bearbeitung der kognitiven Inhalte, in der Therapie gegangen wäre. Im Einklang mit diesen Überlegungen stehen auch die Befunde der korrelativen Zusammenhänge zwischen den Patienten- und Therapeuteneinschätzungen, die in fast der Hälfte der Skalen Korrelationen von lediglich kleiner Effektstärke aufweisen, während Korrelationen von hoher Effektstärke in nur fünf Skalen vorliegen (vgl. hierzu auch den sich anschließenden Abschnitt 11.4 bzw. Tabelle16).

Eine weitere denkbare Wechselwirkung zwischen den unterschiedlichen Beobachtungs-perspektiven und methodischen Aspekten, die zu den geringeren Unterschieden aus Therapeutensicht geführt haben könnten, besteht darin, dass die HaPPS-P/T möglicherweise einige Variablen beinhaltet, die stärker sozial erwünschtes Verhalten erfragen, wovon die Selbsteinschätzungen der Therapeuten stärker als die Fremdeinschätzungen der Beobachter und Patienten betroffen wären. Hierbei sind insbesondere Variablen wie *Einfühlsamkeit*, *Distanz* (recodiert) und *Ermutigung zu Unabhängigkeit* angesprochen und tatsächlich liegen in diesen Bereichen Abweichungen zwischen den Perspektiven vor.

Vor dem Hintergrund dieser relativ ausführlich dargestellten Aspekte, die Abweichungen zwischen den drei Datenquellen sehr plausibel und wahrscheinlich erscheinen lassen und auch mögliche Begründungen für die hier erhaltenen Abweichungen geben, erlangen die doch zahlreichen *übereinstimmenden* Ergebnisse, die hinsichtlich Hypothese 3 vorliegen, noch etwas mehr an Gewicht.

Hierauf aufbauend kann man insgesamt schließen, dass sich starke Hinweise auf eine Bestätigung der Hypothese 3 ergeben. Es kristallisieren sich dabei einige Skalen heraus, die robuste Befunde in allen drei Datenquellen ergeben, während die Befunde anderer Bereiche nicht so eindeutig sind und weitere detailliertere Analysen bedürfen. Hierfür wird es unbedingt nötig sein, Informationen insbesondere über die methodische Qualität der HaPPS-P/T (vor allem Gütekriterien wie Reliabilität und Validität) zu erhalten und ggf. eine Weiterentwicklung (z.B. der Variable *Konfrontation* oder derjenigen Variablen, die stärker Aspekte der sozialen Erwünschtheit beinhalten) anzustreben.

11.4 Vergleich der drei Datenquellen (Fragestellung 4)

Anknüpfend an den vorherigen Abschnitt wird explorativ in der Studie die zusätzliche Frage gestellt, welche der drei Datenquellen die größten Übereinstimmungen und welche die stärksten Unterschiede aufweisen. Operationalisiert wurde das Übereinstimmungsmaß als Korrelation, d.h. es wurden nur die *relative* Übereinstimmung bzw. die *Konsistenz* der Einschätzungen berechnet, absolute Niveauunterschiede bleiben hierbei somit unberücksichtigt.

Die resultierenden Korrelationen ergeben hinsichtlich der Fragestellung kein eindeutiges Bild: Betrachtet man die durchschnittlichen Korrelationen für jede der drei möglichen Perspektivenkombinationen (Beobachter-Patienten, Beobachter-Therapeut und Patient-Therapeut), resultieren ähnlich ausgeprägte Korrelationen für alle Kombinationen (von .38 bis .42).

Bestimmt man für jedes der drei Perspektivenpaare die Anzahl derjenigen Variablen, in denen sich Korrelationen mit hohen und mittleren Effektstärken zeigen, trifft dieses auf die meisten Variablen für die Übereinstimmung der Beobachter- und Patienteneinschätzungen zu (insgesamt 10 Variablen). Allerdings weisen auch die beiden anderen Perspektivenkombinationen noch 8 solcher Variablen auf, so dass hier die Unterschiede zwischen den Kombinationen als nicht sehr groß zu bezeichnen sind. So variiert die Korrelationshöhe *innerhalb* einer Variablen in den meisten Fällen nicht stark über die drei Perspektivenkombinationen, während *zwischen* den verschiedenen Variablen viel deutlichere Unterschiede in den Korrelationshöhen (d.h. also *variablen- oder bereichsspezifische* Unterschiede in den Höhe des Zusammenhangs) festzustellen sind.

Von besonderem Interesse für diese Studie ist der Blickwinkel, inwieweit die Beobachterperspektive in Übereinstimmung zu den beiden anderen Datenquellen steht. Hier zeigt sich, dass in fünf Bereichen (die drei Beziehungsvariablen sowie *Exploration* und *Direktivität*) sowohl die Patienten- als auch die Therapeuteneinschätzungen hoch mit den Beobachterratings übereinstimmen. Inhaltlich sind dies dieselben Bereiche, die ebenfalls insgesamt (d.h.: bezüglich der Hypothesen 1, 2 und 3) relativ eindeutige Ergebnisse aufweisen. Auch hinsichtlich *Gliederung der Sitzung* (bzw. *Strukturiertheit*) und *Verhalten* werden die Beobachtereinschätzungen aus zumindest einer weiteren Perspektive ähnlich eingeschätzt.

Dagegen zeigen sich eine Reihe an Variablen (*Einfühlsamkeit des Therapeuten*, *Wertung des Therapeuten*, *Distanz des Therapeuten*, *Emotion*, und *Ermutigung zu Unabhängigkeit*), bei denen die Beobachterratings nur sehr niedrig mit den beiden anderen Datenquellen korrelieren. Dies betrifft Variablen, die sich schon bezüglich Hypothese 3 als problematisch erwiesen haben (was durchaus ja so erwartet werden konnte). Bei der inhaltlichen Betrachtung dieser Bereiche fällt besonders auf, dass alle drei Variablen, die der therapeutischen Beziehungsgestaltung zuzuordnen sind (*Distanz*, *Wertung*, *Einfühlsamkeit*), zu denjenigen gehören, die sehr unterschiedlich aus allen drei Perspektiven eingeschätzt werden. Dieses ist vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung der Beziehungsvariablen innerhalb des Therapieprozesses (insbesondere in Hinblick auf das Outcome, siehe Kapitel 3) bemerkenswert, allerdings gleichzeitig auch nicht überraschend, da es im Einklang mit frühere Studien steht (z.B. Gurman, 1977, vgl. u.a. Abschnitt 5.2.3). Vor diesem Hintergrund erscheinen weitere Forschungsbemühungen, die diese Inkongruenz genauer analysieren, als sinnvoll: Hierbei ist sowohl an inhaltliche Untersuchungen (z.B. zur Identifikation von möglichen Mechanismen oder Faktoren, die zu der beobachtbaren geringen Übereinstimmung zwischen den Perspektiven führen) als auch an methodische Weiterentwicklungen (z.B. alternative Verfahren zur Erfassung dieses Variablenbereichs) zu denken.

Bezüglich der absoluten Höhe der Korrelationen ergibt sich insgesamt ein Mittelwert von M_r= .40 (SD_r= .21), d.h. ein durchschnittlicher Zusammenhang von nur mittlerer Ausprägung. Hierbei ist allerdings der weite Range der Werte, die – wie bereits ausgeführt – vor allem *bereichsspezifisch* variieren, zu beachten.

Bei der Einordnung der Korrelationen zeigt sich analog zu der Diskussion der Hypothese 3 hier ebenfalls die Schwierigkeit, die Befunde nicht eindeutig interpretieren zu können, da sowohl die unterschiedlichen Beobachtungspositionen der drei Datenquellen als auch

methodische Aspekte (leicht unterschiedliche Items; Güte der HaPPS-P/T) gleichzeitig die Höhe der Korrelationen beeinflussen dürften und diese Einflussgrößen in der vorliegenden Studie nicht separat betrachtet werden können.

Trotz dieser Einschränkungen lässt sich aus den vorliegenden Zusammenhangsmaßen Folgendes ableiten:

Es ergeben sich zum einen in ungefähr der Hälfte der untersuchten Variablen relativ konsistente Einschätzungen zwischen Beobachtern, Patienten und Therapeuten, so dass die Befunde der Beobachterperspektive zusätzlich durch die korrelativen Daten eine weitere Unterstützung erhalten (insbesondere vor dem Hintergrund der aus anderen Studien vorliegenden, grundsätzlich nicht sehr hohen Korrelationen zwischen diesen Datenquellen). Hierbei gibt es tendenziell eine etwas höhere Übereinstimmung zwischen Beobachtern und Patienten als zwischen Beobachtern und Therapeuten, dieser Unterschied ist allerdings sehr gering und bedarf weiterer Untersuchungen. Stärker als über die drei Perspektivenkombinationen variiert die Höhe der Korrelationen variablen- bzw. bereichsspezifisch.

11.5 Einschätzung des Instruments (Fragestellung 5)

Fragestellung 5 hebt sich inhaltlich etwas von den vorhergehenden ab, da es hier um eine Einschätzung des eingesetzten Rating-Verfahrens, der HaPPS-B, geht. Hierbei sollen die vorliegenden Befunde bezüglich des hier erstmalig eingesetzten Prozess-Rating-Verfahrens zusammengetragen und eingeordnet werden.

Gütekriterien

Wie in Kapitel 9 vorgestellt, kann die HaPPS-B als hinsichtlich der Durchführung und Auswertung sehr objektiv sowie - auf Grundlage der ersten vorläufigen Skalenanalysen - als zufriedenstellend reliabel eingeschätzt werden (vgl. Abschnitt 9.5.2). Für einige Skalen sind leichte Modifikationen denkbar, die entweder die Itemformulierung oder die Manualisierung (und darauf aufbauend das Rater-Training) betreffen sollten. (Dies betrifft vor allem die vier Items mit relativ niedrigen Interrater-Reliabilitäten, d.h. Item 25, 32, 45 und 70). Der Einsatz der HaPPS-B ist hinsichtlich der Schulung der Rater und der Durchführung der Ratings relativ zeitaufwendig, allerdings nicht aufwendiger als die meisten anderen Fremdratings von

Therapieprozessen wie aus Tabelle 4 ersichtlich wird. Die Akzeptanz des Instruments bei den Ratern ist hoch, diese berichten insgesamt von einer guten Handhabbarkeit des Verfahrens.
Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, sind mit der HaPPS-B Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren gut abzubilden. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass beim Einsatz des Instruments die aus den Therapiekonzeptionen abgeleiteten Erwartungen über einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der verschiedenen Skalen einerseits und jeweils einer (theoretisch vorhergesagten) Therapierichtung andererseits in hohem Maße erfüllt werden. Diesen Befund als Hinweis auf eine gegebene Kriteriumsvalidität zu deuten ist möglich, allerdings methodisch nicht unproblematisch, da der bei dieser Argumentationslinie inhärente Zirkelschluss - verursacht durch den Umstand, gleichzeitig eine inhaltliche Fragestellung zu untersuchen und Validitätsaussagen machen zu wollen - nicht auflösbar ist. Um diesbezüglich eindeutigere Daten zu erhalten, ist es notwendig, eine Validitätsprüfung der HaPPS-B an einer weiteren unabhängigen Stichprobe vorzunehmen. Dies könnte im Rahmen einer vergleichenden Untersuchung mit bereits validierten Prozessinstrumenten erfolgen, oder - was angemessener aufgrund des Fehlens solch abgesicherter Verfahren erscheint - als Kriteriumsvalidierung anhand von Expertenratings oder anhand der Einschätzung prototypischer Sitzungen vorgenommen werden. Das angesprochene methodische Problem gilt auch für die bestätigenden Befunde der Patienten- und der Therapeutenperspektive sowie für die Korrelationen zwischen den drei Perspektiven, die vorläufig als Hinweise auf eine gegebene konvergente Validität des Instruments aufgefasst werden könnten.

Eine Besonderheit der HaPPS-B gegenüber anderen Prozess-Ratingverfahren stellt die Bildung von Subskalen dar, in denen die in der HaPPS-B fokussierten Konstrukte jeweils mit Hilfe mehrerer Items operationalisiert werden, um so eine reliable und differenzierte Erfassung dieser Konstrukte zu ermöglichen. Hierbei steht eine faktorenanalytische Überprüfung der rational gebildeten Skalenstruktur (d.h. eine Überprüfung der faktoriellen Validität) noch aus, die in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der für diese Analysen zu geringen Stichprobengröße nicht vorgenommen werden konnte. Die stark theorie- und hypothesenkonformen Befunde der Studie können allerdings auch als erste Unterstützung für eine inhaltlich angemessene Skalenstruktur der HaPPS-B angesehen werden.

Beurteilung der Itemzusammensetzung

Aufgrund der sehr deutlichen Unterschiede, die hier zwischen PA und VT gefunden werden, stellt sich die Frage, inwieweit möglicherweise die HaPPS-B durch ihre Itemauswahl diese

Unterschiede (im Sinne eines methodischen Artefakts) überhöht. Dieses würde voraussetzen, dass vor allem solche Items in die HaPPS-B aufgenommen worden wären, in denen große Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenverfahren zu vermuten sind, während solche, die eher Gemeinsamkeiten beinhalten, nicht aufgenommen worden wären. Aufgrund der Gefahr, solch eine Skala zu entwickeln, die – überspitzt formuliert – diejenigen Unterschiede abbildet, die in ihrer Konstruktion schon angelegt sind, und durch deren Einsatz somit wenig Wissensgewinn zu erwarten wäre, wurden auf die Itemgenerierung und -selektion besonderen Wert gelegt: Hierbei wurde zum einen als Grundlage für den Itempool Prozessinstrumente herangezogen, die *allgemein relevante* Prozessvariablen erfassen, zum anderen wurde als Auswahlkriterium gerade nicht die Differenzierungsfähigkeit, sondern die inhaltliche Zentralität des Items für den psychotherapeutischen Prozess an erste Stelle gestellt (vgl. Kap. 8). Die Differenzierungsfähigkeit spielte zwar auch eine Rolle, um ebenfalls dafür Sorge zu tragen, dass eine *Unter*schätzung der Unterschiedlichkeit vermieden wird, sie stellte aber nicht das ausschlaggebende Kriterium für die Aufnahme eines Items in die HaPPS-B dar. Bei der Einschätzung der inhaltlichen Relevanz eines Items wurden dabei zwar nicht nur dessen Bedeutung für psychotherapeutische Behandlungen im Allgemeinen, sondern auch dessen Bedeutung für die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie im Speziellen berücksichtigt (woraus entsprechend Skalen resultierten, die insbesondere für die beiden zu untersuchenden Therapierichtungen zentral sind). Dieses ist allerdings nicht gleichzusetzen mit einer Auswahl an Items bzw. Skalen, die die meisten Unterschiede vermuten lassen. Vor solch einem Hintergrund ist die Gefährdung einer Überhöhung der Unterschiede durch die Itemauswahl des Instruments als nicht sehr hoch einzuschätzen.

Das gewählte Vorgehen bei der Itemgenerierung und -selektion beinhaltet gleichzeitig, dass das Instrument sich wahrscheinlich nicht nur für komparative bzw. differentielle Prozessfragestellungen und nicht nur zur Untersuchung psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeter Therapieformen, sondern ebenfalls für andere Prozessfragestellungen und andere Therapierichtungen eignet. Bei der Untersuchung anderer Therapierichtungen könnte man dabei erwägen, aufgrund der tendenziell vorhandenen Ausrichtung der HaPPS-B auf die psychoanalytischen und die verhaltenstherapeutischen Verfahren leichte Modifikationen vorzunehmen (z.B. bei der Untersuchung von Gesprächspsychotherapien stärker Items zur therapeutischen Haltung, zum Interaktionsstil o.ä. einzubeziehen). Auch für das Einzelsetting scheint der Einsatz des Instruments geeignet zu sein, da - abgesehen von den ausschließlich

gruppenspezifischen Variablen (das sind die Items der Skala *Gruppe* und ein Item der Skala *Beziehungen*) die überwiegende Zahl der Variablen sich theoretisch für beide Settings eignen (hier spiegelt sich wider, dass viele Items ja ursprünglich aus Prozessskalen für die Einzeltherapie stammen).

Niedrige Item- und Dimensionskennwerte

Als auffällig an der HaPPS-B erweisen sich (wie schon teilweise bei der Konstruktion vorausgesehen) die vielfach hohen Itemschwierigkeiten. Dies wird darauf zurückgeführt, dass es für psychotherapeutische Behandlungen sehr untypisch ist, dass viele Interventionen innerhalb einer einzelnen Sitzung vorkommen und somit in der Regel nur vereinzelte Items einer Skala hoch eingeschätzt werden können. Daraus folgt, dass die Skalenmittelwerte in vielen Bereichen generell niedrig ausfallen. Beinhaltet dabei eine Skala relativ viele Variablen (die jeweils nur sporadisch in den Sitzungen vorkommen) so resultiert - mit steigendem Nenner bei der Mittelwertsbildung - zwangsläufig ein niedriger Skalenskennwert. Daher kann man bei relativ niedrig ausgeprägten Skalenmittelwerten, wie sie in der vorliegenden Arbeit häufiger vorkommen, nicht direkt auf die Bedeutung, die eine Skala als Prozessparameter besitzt bzw. gerade nicht besitzt, schließen, da der Mittelwert stark von der Anzahl der Items einer Skala abhängt. Es müssen für solch eine Einschätzung dann immer die Ratings der einzelnen Items der Skala betrachtet werden.

Bei dieser Befundlage erscheint es überlegenswert, ob nicht Skalen mit jeweils gleich hoher Itemanzahl angestrebt werden sollten. Dieses würde ermöglichen, einen *Summen*wert pro Skala zu bilden, der direkte Aussagen über das Vorkommen (die Häufigkeit bzw. Intensität) der einzelnen Skalen macht und gleichzeitig eine Vergleichbarkeit zwischen den Skalen gewährleistet. Solch eine Modifikation wäre allerdings mit Konstruktionsschwierigkeiten verbunden und würde möglicherweise zu einer höheren inhaltlichen Eingeschränktheit des Instruments beitragen, da die unterschiedlich komplexen Konstrukte, die den Skalen zugrunde liegen, durch dieselbe Anzahl an Variablen operationalisiert werden müssten. Dementsprechend erscheint solch eine grundlegende Umgestaltung der HaPPS-B, wenn überhaupt, nur bei Fragestellungen sinnvoll, bei denen die *absolute* Höhe der Einschätzungen sowie die Vergleichbarkeit *zwischen* den Skalen zentral sind. Für die vorliegende Untersuchung, in der es bei dem PA-VT-Vergleich um die *relativen* Ausprägungen *innerhalb* einer Skala geht, erweist sich das hier gewählte Vorgehen als angemessen und wenig problematisch.

Unberücksichtigt soll bei der Betrachtung der niedrigen Kennwerte einiger Variablen allerdings auch nicht bleiben, dass nicht ganz auszuschließen ist, dass diese möglicherweise ebenfalls durch spezielle (methodische) Gegebenheiten der hier durchgeführten Studie bedingt sein könnten, d.h. etwa durch die Auswahl der erhobenen Variablen oder dadurch, dass die Rater keine vertiefte Ausbildung in den untersuchten Therapierichtungen besaßen, mit der sie – so könnte man argumentieren - vielleicht mehr Interventionen hätten identifiziert können. Diese Alternativerklärungen erscheinen nicht sehr plausibel wie an verschiedenen anderen Stellen diskutiert wird (Abschnitt 11.1 bezüglich der Skala *Emotion* sowie Abschnitt 11.7), sie können letztendlich aber nur in weiteren empirischen Studien untersucht und ggf. ausgeräumt werden.

11.6 Zusammenfassung der Befunde zu den einzelnen Hypothesen und Fragestellungen

Zusammengefasst resultieren in der vorgenommenen Analyse zu einem großen Teil hypothesenkonforme Befunde. Insbesondere für die Hauptfragestellung, die im Schwerpunkt in Hypothese 1 enthalten ist, ergeben die Daten ein überzeugendes Muster, dass stark für deren Gültigkeit spricht: Nahezu alle untersuchten Prozessparameter zeigen deutliche Unterschiede zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppentherapien, die im Einklang mit den theoretischen Konzeptionen stehen. Die Befunde bezüglich Hypothese 2 untermauern dieses Ergebnis, indem dort deutlich wird, dass zwar auch Unterschiede innerhalb der beiden untersuchten VT-Verfahren vorliegen, diese allerdings nicht so ausgeprägt wie die PA-VT-Unterschiede sind und sich zudem theoretisch gut einordnen lassen. Nimmt man die Ergebnisse der Patienten- und Therapeuten-Ratings (Hypothese 3 und Fragestellung 4) hinzu, zeigt sich, dass einige Prozessparameter besonders robuste Unterschiede zwischen PA und VT aus allen drei Perspektiven aufweisen. Dies trifft insbesondere auf die Thematisierung von Beziehungen, exploratives und direktives Verhalten des Therapeuten, behaviorale Interventionen sowie die Strukturiertheit des Vorgehens zu.
Bezüglich der Fragestellung 5 (Einschätzung der Rating-Skala) erscheint die HaPPS-B als ein gut einsetzbares, inhaltlich sinnvolles Instrument, das zumindest für die Untersuchung von Prozessparametern bei PA und VT sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting geeignet erscheint.

11.7 Weiterführende Einordnung der Ergebnisse

Im Anschluss an die Diskussion der einzelnen Hypothesen, die sich bisher relativ eng an die vorliegenden Daten gehalten hat, soll im folgenden hinsichtlich der Hauptergebnisses (Bestätigung von Hypothese 1) eine etwas allgemeinere Diskussion geführt werden, die sowohl Aspekte der internen als auch der externen Validität aufgreift:

Für die generelle Einordnung der Befunde ist eine Beurteilung wichtig, ob die hier resultierenden Ratings tatsächlich vorkommende Unterschiede in den therapeutischen Verhaltensweisen, Stilen und Therapieinhalten in Abhängigkeit von den verschiedenen Therapierichtungen widerspiegeln. Es stellt sich also die Frage, a) inwieweit es neben dem therapeutischen Verhalten innerhalb der untersuchten Therapiesitzungen weitere Faktoren gibt, die die unterschiedlichen Ratings bedingt bzw. erhöht haben könnten und b) ob bzw. wie sicher vorkommende Unterschiede im therapeutischen Verhalten auf die verschiedenen therapeutischen Orientierungen zurückzuführen sind.

Bezüglich des ersten Aspektes ist hierbei zunächst zu beurteilen, inwieweit die verwendete Rating-Skala, die HaPPS-B, durch ihre Itemauswahl möglicherweise zu einer Überhöhung der Unterschiede zwischen den Therapieverfahren geführt haben könnte, was bereits in Abschnitt 11.5 diskutiert und als nicht wahrscheinlich aufgrund des gewählten Vorgehens bei der Itemgenerierung und -selektion eingeschätzt wurde.

Als weiteres denkbares methodisches Artefakt, durch das die gefundenen Unterschiede entstanden bzw. verstärkt sein könnten, sind implizite Theorien (insbesondere bezüglich des gemeinsamen Auftretens von bestimmten Interventionen) und damit verbunden globale Inferenzschlüsse der Rater zu erwägen (vgl. hierzu Abschnitt 9.4.2, wo dieses näher beschrieben wird). Um eine Gefährdung durch solche Mechanismen möglichst gering zu halten, wurden Rater ausgewählt, die Hintergrundwissen zu den Therapierichtungen, allerdings keine vertiefte Ausbildung in den beiden Therapierichtungen aufwiesen. Ferner erschwert der Umstand, dass nur in Ausnahmefällen direkte Begrifflichkeiten aus den beiden Therapiekonzepten in den Itemformulierungen der HaPPS-B vorkommen und ansonsten überwiegend 'theorieneutrale' Ausdrücke benutzt werden, zusätzlich die beschriebenen Inferenzschlüsse, so dass insgesamt die Wahrscheinlichkeit hierfür ebenfalls als eher gering eingeschätzt werden kann. Hierfür liefern zudem die zwar nicht so ausgeprägten, aber immer noch deutlichen Befunde auf Basis der Patienten-Ratings ein weiteres Argument, da die Patienten mehrheitlich sehr wenig zu den theoretischen Konzeptionen und

Interventionsformen der beiden Therapierichtungen wissen dürften und somit diese Art von Bias für sie ausgeschlossen werden kann.

Mit der Entscheidung, Rater mit keiner vertieften Ausbildung in den untersuchten Therapierichtungen auszuwählen, wurde in Kauf genommen, dass aufgrund der fehlenden weiterführenden klinischen Erfahrung bestimmte (komplexere) Interventionen möglicherweise für die Rater nicht beobachtbar waren, was allerdings eher eine *Unter*schätzung der Unterschiede wahrscheinlicher werden lässt. Diesem wurde durch eine möglichst klare Operationalisierung der Variablen sowie durch ein ausführliches Rater-Training entgegen gesteuert, so dass – und die gefundenen, sehr deutlichen Unterschiede sprechen auch dafür – von einer Verzerrung der Ergebnisse in diese Richtung ebenfalls nicht auszugehen ist.

Gemäß der angeführten Überlegungen ist es relativ unwahrscheinlich, dass die in Betracht kommenden Faktoren substantiell für die resultierende Unterschiedlichkeit in den Ratings verantwortlich sind bzw. diese künstlich überhöht haben. Geht man demzufolge davon aus, dass die gefundenen Unterschiede mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf die tatsächlich unterschiedlichen therapeutischen Verhaltensweisen, Stile und Sitzungsinhalte zurückführbar sind, stellt sich als weiterführende Frage, inwieweit diese Unterschiedlichkeit – wie hier angenommen – auf die verschiedenen therapeutischen Orientierungen der Therapeuten zurückführbar sind (Aspekt b). Im Rahmen des ausgewählten Designs ist es nicht möglich, diesen angenommenen Kausalzusammenhang einer strengen Prüfung zu unterziehen. Daher sollen ebenfalls hierauf bezogen Alternativerklärungen ausführlicher diskutiert und eingeschätzt werden:

Ausgangspunkt ist dabei die Überlegung, ob es abgesehen von der theoretischen Orientierung der Therapeuten andere systematische Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppenverfahren gibt, die zu den unterschiedlichen Ausprägungen beim therapeutischen Verhalten in den Sitzungen geführt haben könnten. Vergleicht man diesbezüglich zunächst die teilnehmenden Therapeuten beider Therapierichtungen hinsichtlich weiterer erhobener (soziodemographischer) Merkmale, ergeben sich keine Hinweise auf eine Unterschiedlichkeit hinsichtlich Alter, Geschlecht sowie psychotherapeutische Berufserfahrung. Ein deutlicher systematischer Unterschied liegt hingegen bezogen auf den Ausbildungsweg (Studienfach, Art der Fortbildung) vor, dieser kann allerdings im weiteren Sinne zu der theoretischen Orientierung zugerechnet werden, insbesondere auch deshalb, weil die untersuchten Therapeuten jeweils die (zumindest für den deutschsprachigen Raum) 'typischen' Berufszugänge aufweisen, wobei psychoanalytische Therapeuten zu einem größeren Anteil

Ärzte, und Verhaltenstherapeuten zu einem größeren Anteil Diplom-Psychologen sind (in der Klinik gibt es hierbei noch relativ viele Verhaltenstherapeuten mit einem medizinischen Studium, was sicherlich auf die ebenso in der verhaltensmedizinischen Abteilung zu leistende medizinische Grundversorgung zurückzuführen ist.). Weitere diesbezügliche Therapeutenvariablen wurden nicht erhoben, wobei zusätzliche Informationen z.B. zur Art der beruflichen Vorerfahrung oder zu Persönlichkeitseigenschaften hilfreich gewesen wären, um die Therapeuten auf mehreren Ebenen vergleichen und somit die postulierte Alternativerklärung ausführlicher überprüfen zu können. Allerdings sind Vermittlungsmechanismen, wie sich aus einzelnen Therapeutenvariablen (z.B. aus bestimmten Persönlichkeitseigenschaften) das gefundene Muster von Unterschieden, das sehr klar im Einklang mit den entsprechenden Therapiekonzeptionen steht, alternativ hätte ergeben können, sehr schwer herzuleiten, während ein kausaler Zusammenhang zwischen Therapieausrichtung einerseits und therapeutischen Interventionen, Stilen und Inhalten andererseits sich auch theoretisch sehr gut begründen lässt, wie dies in Kapitel 3 im Rahmen des *Generic Models* (Orlinsky & Howard, 1997) vorgenommen wurde.

Eine anderer Aspekt beinhaltet einen stärkeren Einwand hinsichtlich der Aussagekraft der Ergebnisse: Ein wesentliches Merkmal der Studie besteht darin, dass die Patienten gemäß der Klinikkonzeption nicht zufällig, sondern *indikativ* den beiden Behandlungsrichtungen zugewiesen wurden. Dementsprechend liegen deutliche Unterschiede zwischen dem behandelten Klientel der PA-G und dem der VT-Gruppen vor, die insbesondere die Art der Ausbildung bzw. des Berufes sowie die Belastung des Patienten (im Sinne von: Anzahl der Diagnosen sowie Länge der AU-Zeiten vor der Reha) betreffen. (Der ‚typische' Patienten der PA-Abteilung besitzt im Vergleich zum Patienten der VT einen höheren Bildungsabschluss und ist - im Sinne der hier gewählten Definition - weniger belastet.) Hierbei ist es gut vorstellbar, dass aufgrund dieser systematischen Unterschiede, bzw. aufgrund von mit diesen Unterschieden korrelierenden Merkmalen (z.B. Moderatorvariablen wie Introspektions- oder Verbalisierungsfähigkeit) ein anderes Therapiesetting entsteht, auf das die Therapeuten unterschiedlich reagieren. Im Extremfall würde dies bedeuten, dass nicht durch die verschiedenen therapeutischen Orientierungen, sondern durch die unterschiedlichen Patienten die nachgewiesenen unterschiedlich stark ausgeprägten Prozessvariablen bedingt sein könnten. So wäre z.B. denkbar, dass bei Patienten, die eine höhere Introspektionsfähigkeit aufweisen, der Therapeut mit stärker interpretativen und konfrontativen Interventionen reagiert, während er vielleicht bei Patienten, die diese nicht in dem Maße besitzen, eher

behaviorale Interventionen einleitet. (Dies würde allerdings voraussetzen, dass Therapeuten unabhängig von ihrer Ausbildung die verschiedenen Interventionsformen prinzipiell beherrschen und sie sehr flexibel, genau angepasst an entsprechende Merkmale der Patienten, auswählen können.) In der untersuchten Klinik sind die beiden Komponenten, unterschiedliche therapeutische Orientierung und unterschiedliches Klientel, durch die differentielle Indikationsstellung zwangsläufig – und vor allem: beabsichtigterweise – miteinander verknüpft, da ja gerade der Grundgedanke der Indikationsstellung darin besteht, die Stärken des jeweiligen Therapieverfahrens bei denjenigen Patienten zur Anwendung kommen zu lassen, die von diesen besonders profitieren können und so zu einer Optimierung der 'Passung' zwischen Therapierichtung und Patientenmerkmalen beizutragen. Für eine getrennte Untersuchung von therapeuten- und klientenbedingten Variablen wäre in der vorliegenden Studie eine randomisierte Zuweisung der Patienten notwendig gewesen, was dem Anliegen, eine Analyse der normalerweise ablaufenden therapeutischen Prozesse durchzuführen, widersprochen hätte. Daher wird in Kauf genommen, dass im strengen Sinne die gefundenen Unterschiede nicht eindeutig bzw. nicht vollständig auf die unterschiedlichen Richtungen der Therapeuten zurückführbar sind. Allerdings gilt auch hier, dass das hypothesenkonforme Muster der Unterschiedlichkeit und die direkten Entsprechungen zu den theoretischen Therapiekonzeptionen sehr starke Argumente dafür liefern, dass die Ausrichtung des Therapeuten ganz wesentlich die gefundenen Unterschiede in den Prozessparametern bedingt hat. Die spezielle Patientenzusammensetzung in der vorliegenden Untersuchung war dabei wahrscheinlich förderlich für die Umsetzung der Interventionsformen der jeweiligen therapeutischen Richtung, so dass möglicherweise bei einer zufälligen Zusammensetzung der Patienten die unterschiedlichen Interventionsformen nicht so deutlich hätten realisiert werden können. In diesem Sinne würden die Ergebnisse tendenziell eine Überschätzung der Unterschiedlichkeit bezogen auf nicht indiziert zugewiesenen Patientengruppen darstellen.

Hiermit sind Aspekte hinsichtlich der Verallgemeinerbarkeit der Befunde angesprochen, die im folgenden noch eingehender erörtert werden sollen.

Bei der Diskussion der **Generalisierbarkeit der Befunde** ist zum einen die Frage nach der *Reaktivität der Messung* zu stellen, d.h. die Frage, ob bzw. wie stark das analysierte Verhalten durch den Messvorgang selbst beeinflusst worden ist. Hierbei mag insbesondere die Kamera (weniger die Fragebogen am Sitzungsende) eine zunächst künstliche Situation geschaffen haben, die möglicherweise zumindest am Beginn der Datenerhebung dazu geführt haben

könnten, dass die Patienten und Therapeuten sich anders verhalten haben als es ohne die begleitende Videoaufnahme der Fall gewesen wäre. Da den meisten Therapeuten zudem die Fragestellung der Untersuchung bekannt war, muss darüber hinaus theoretisch damit gerechnet werden, dass die Therapeuten ihr eigenes Verhalten gezielt verändert haben könnten, d. h. dass sie z. B. stärker Interventionen initiiert haben könnten, die sie für typische Formen der von ihnen vertretenen Therapierichtung hielten. Dieses würde beinhalten, dass die in der Studie resultierenden Unterschiede sich (zumindest in der vorgefundenen Deutlichkeit) nicht in der sonst üblichen Routine wiederfinden lassen würden. Dem sind verschiedene Umstände entgegenzuhalten, welche die Wahrscheinlichkeit für solch eine Verzerrung sehr reduzieren:

- Zum einen handelt es sich um ein Design, dass mit einem naturalistischen Ansatz großen Wert darauf gelegt hat, möglichst wenig Klinikroutinen zu stören und insgesamt möglichst wenig präsent zu sein (vgl. hierzu z.B. Abschnitt 9.2).

- Darüber hinaus ist anzunehmen, dass – falls Reaktivitätseffekte aufgetreten sind – diese insbesondere in frühen Sitzungen der Datenerhebungsphase zum Tragen gekommen sind, weshalb diese Sitzungen ja auch aus der Auswertung herausgenommen wurden. In den letzten Sitzungen des Aufnahmezeitraumes, die in die Auswertung einflossen, sollten hingegen bei den Patienten und Therapeuten Gewöhnungsprozesse eingesetzt haben. Tatsächlich berichteten viele Patienten (unter ihnen solche, die anfangs starke Bedenken hinsichtlich der Videoaufnahme geäußert hatten), dass sie sich nach den ersten Sitzungen sehr gut an die Kamera gewöhnt und größtenteils ihr Vorhandensein vergessen hätten (Zitat einer Patientin zum Abschluss der Datenerhebung: "Jetzt hätten Sie die Kamera auch noch stehen lassen können!"). Von den Therapeuten, die teilweise ohnehin durch ihre therapeutische Ausbildung (z.B. im Rahmen von videogestützten Supervisionen) Sitzungsdokumentationen kennen, wurde ähnliches berichtet. Zusätzlich äußerten einige von ihnen, dass eine Gruppentherapie eine solch komplexe Anforderung an den Gruppenleiter stelle, dass dadurch die Untersuchung 'zwangsläufig' in den Hintergrund trete.

- Speziell bezüglich der Frage, ob Therapeuten sich möglicherweise während der Untersuchung gezielt bei ihrem Handeln stärker an die entsprechenden Therapiekonzeptionen gehalten haben als es in ihrem therapeutischen Alltag sonst der Fall ist, ergibt sich als weitere Entkräftigung, dass, falls eine diesbezügliche Absicht von Seiten der Therapeuten bestanden hätte, sie diese auch sehr viel direkter und deutlicher in ihren eigenen Ratings zum Ausdruck hätten bringen können. In einem solchen Fall müssten größere Unterschiede zwischen den

Therapierichtungen auf Grundlage der Therapeuten-Ratings als auf Basis der Beobachterdaten resultieren. Dieses entspricht allerdings nicht den Befunden, im Gegenteil: Die Unterschiede in den Daten der HaPPS-T fallen von allen drei Datenquellen am geringsten aus, so dass nicht von einer entsprechen Absicht von Seiten der Therapeuten auszugehen ist.

- Dazu mag besonders beigetragen haben, dass versucht wurde, Bewertungsaspekte bei der Studie nicht im Vordergrund stehen und möglichst wenig 'Erfolgsdruck' auf Seiten der Therapeuten entstehen zu lassen. Dies ist wahrscheinlich u.a. dadurch beeinflusst worden, dass auf die Erhebung von Therapieerfolgsdaten verzichtet wurde und zudem durch die früheren katamnestischen Untersuchungen allgemein bekannt war, dass beide Therapie-richtungen als gleich erfolgreich hinsichtlich ihrer Behandlungsergebnisse gelten können.

Darüber hinaus ist generell anzumerken, dass – da es sich bei der Untersuchungsfragestellung um einen *Vergleich* handelt - die Gefährdung, verzerrte Ergebnisse zu erhalten, genau genommen nur dann gegeben ist, wenn man von einer Interaktion zwischen Reaktivität und Therpierichtung ausgeht, d.h. von einem stärkeren Vorkommen von Reaktivität in einer der beiden Therapierichtung. In der vorliegenden Studie gibt es allerdings keine Veranlassung, dieses anzunehmen, so dass reaktive Effekte, falls sie aufgetreten sind, sich gleichermaßen in beiden Therapierichtungen gezeigt haben und somit nicht von einer Verzerrung der Befunde auszugehen ist.

Gemäß dieser Überlegungen erscheint eine starke Einschränkung der Verallgemeinerbarkeit aufgrund von reaktiven Effekten als nicht naheliegend.

Als weitere mögliche Gefährdung, Daten zu erhalten, die wenig generalisierbar sind, ist die *Stichprobenrekrutierung* zu nennen: Hierbei lag in der vorgestellten Arbeit die Schwierigkeit vor, relativ viele Gruppen nicht dokumentieren zu können (vgl. Abschnitt 9.3.2) und somit möglicherweise eine stark selegierte Patientenstichprobe zu untersuchen. Dies kann jedoch aufgrund der Ergebnisse der Non-Responder-Analysen entkräftet werden, die nahezu keine systematischen Unterschiede zwischen den Studienteilnehmern und dem Gesamtklientel der Klinik im Jahre 1999 nachweisen können. Lediglich hinsichtlich der Zugehörigkeit zum Versicherungsträger ergibt sich ein systematischer Effekt in der Form, das diejenigen Patienten, die bei einer LVA versichert sind, in der Studie unterrepräsentiert sind.

Bezogen auf die teilnehmenden Therapeuten wurden keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt, doch könnte man annehmen, dass aufgrund der prinzipiellen Teilnahmebereitschaft aller Therapeuten, die tatsächlich teilnehmenden Therapeuten

sozusagen eine Zufallsstichprobe von der Grundgesamtheit darstellen. Hierbei wurde allerdings die Teilnahme nicht per Los, sondern darüber bestimmt, inwiefern die Patienten eines bestimmten Gruppentherapeuten mit der Teilnahme einverstanden waren, so dass auch hier Selektionsprozesse, denkbar sind: Vorstellbar ist dabei, dass die Entscheidung einer Gruppe möglicherweise nicht unabhängig von bestimmten Eigenschaften oder Einstellungen des Gruppenleiters getroffen wurde. Hierbei könnte z.B. eine Gruppe, deren Therapeut sich sehr kompetent oder/und sehr aufgeschlossen gegenüber der Studie gezeigt hat, eher ihre Zustimmung zur Studie gegeben haben als eine Gruppe mit unsicherem oder /und der Studie abgeneigtem Therapeuten. Daher könnten bestimmte Therapeuten in der Untersuchung überrepräsentiert vertreten sein. Dieses ist nicht ganz auszuschließen, das Ausmaß einer solchen Verzerrung ist allerdings als gering einzuschätzen, da ein Großteil der Therapeuten ja tatsächlich an der Studie teilgenommen hat (80%, siehe Anhang F).

Bezogen auf die Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift scheint hier somit eine relativ repräsentative Stichprobe untersucht worden zu sein. Es stellt sich nun als weiterführende Frage, inwiefern die in der Klinik gewonnenen Ergebnisse repräsentativ a) für andere psychosomatische Rehabilitationskliniken, b) für akut-stationäre psychotherapeutische Einrichtungen und c) für ambulante Behandlungsformen sind.

Hinsichtlich der *Übertragbarkeit der Befunde auf andere psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitationskliniken* ist davon auszugehen, dass sich diese vor allem in zwei Punkten von der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift unterscheiden: In der Regel wird dort lediglich eine der beiden hier untersuchten Therapierichtungen als Hauptverfahren vorgehalten (Potreck-Rose et al., 1994) und es wird keine explizite differentielle Indikationsentscheidung getroffen (z.B. Mans, 1994)., auch nicht im Vorfeld der Behandlung, z.B. bei der Auswahl einer Klinik mit bestimmter psychotherapeutischer Ausrichtung beim Medizinischen Dienst der Rentenversicherungsträger bzw. Krankenkassen
Hieraus folgt zum einen, dass - anders als im St. Franziska-Stift und somit in der vorliegenden Studie - in diesen Einrichtungen mehrheitlich ein in dieser Hinsicht unselegiertes Klientel behandelt wird. Da allerdings, wie schon weiter oben im Text ausgeführt, der Einfluss der Patientenzusammensetzung als nicht substantiell für die vorliegenden Befunde eingeschätzt wird, sollte hierdurch deren Übertragbarkeit auf andere Kliniken nicht erheblich eingeschränkt sein. Man könnte allenfalls vermuten, dass entsprechende Unterschiede an anderen Kliniken möglicherweise etwas schwächer ausgeprägt ausfallen könnten. Hierbei ist zusätzlich in Betracht zu ziehen, dass bezüglich anderer Aspekte, d.h. bezüglich Art und

Anzahl der Diagnosen, Beschwerdedauer, soziodemographische Angaben, die Patienten des St. Franziska-Stifts sehr gut mit den Patienten anderer psychosomatischen Rehabilitationskliniken vergleichbar sind.

Zum anderen könnte man argumentieren, dass die beiden Therapierichtungen im St. Franziska-Stift sich in ihren Prozessparametern deshalb besonders stark unterscheiden könnten, weil sie sich aufgrund der Vorhaltung in *derselben* Klinik besonders deutlich voneinander abgrenzen müssen. Anders herum könnte aber ebenso gerade hierin ein Argument dafür gesehen werden, dass sich die Verfahren besonders ähnlich sein müssten, da es ja viel Berührungspunkte gibt, wenn man 'unter einem Dach' zusammen arbeitet (z. B. gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, inoffizielle Treffen wie gemeinsames Mittagessen mit Gedankenaustausch usw.).

Es ist daher nicht ganz geklärt, in welchem Ausmaß eine Generalisierung der Befunde auf andere Rehabilitationskliniken vor speziell diesem Hintergrund gerechtfertigt ist. Hier wäre eine Replikation an einer Einrichtung mit rein verhaltenstherapeutisch und an einer Einrichtung mit rein psychoanalytisch begründeter Ausrichtung aufschlussreich, bei der möglicherweise zusätzlich der Frage nachgegangen werden könnte, ob sich die Befunde auch mit einem Klientel, das sich zu einem größeren Anteil aus LVA-Patienten zusammensetzt, replizierbar ist. Allerdings beinhaltet solch ein Design andere methodische Probleme, wobei insbesondere der nicht kontrollierbare Einfluss der verschiedenen Kliniksettings, der in der vorliegenden Studie durch die Untersuchung von nur *einer* Klinik konstant gehalten ist, zu nennen ist.

Abgesehen von den beiden genannten Besonderheiten erweist sich die Psychosomatische Fachklinik in vielerlei Hinsicht (insbesondere bezogen auf Alter, Geschlecht, Hauptbeleger bzw. Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdauer etc.) als eine repräsentative Vertreterin von anderen psychosomatischen Rehabilitationskliniken [z.B. \Lang, 2002 #2124; vgl. auch Abschnitt 6.1 und 6.2], so dass unter diesem Blickwinkel durchaus eine Vergleichbarkeit besteht.

Hinsichtlich der *Übertragbarkeit der Befunde auf das akut-stationäre Setting* stellt sich wiederum die Frage nach der Vergleichbarkeit der rehabilitativen und der akuten Behandlungen, auf die schon in Abschnitt 6.1 eingegangen worden ist. Wie dort ausgeführt, gibt es relativ wenig systematische empirische Daten für diesen Vergleich (insb. von Seiten des akut-staionären Settings); die bisherigen zur Verfügung stehenden Daten weisen allerdings eher darauf hin, dass eine genaue Abgrenzung schwierig ist (Schulz & Koch, im

Druck) und dementsprechend eine Übertragbarkeit der Befunde zunächst – unter Vorbehalt – möglich sein sollte. Allerdings gelten hier ebenso die Einschränkungen, die sich aus der speziellen Konzeption des St. Franziska-Stifts (d.i. insbesondere aus der differentiellen Indikation) ergeben, da diese auch für den akuten Bereich eine Besonderheit darstellt.

Inhaltlich zentral für eine Einschätzung der *Generalisierbarkeit auf das ambulante Setting* ist zum einen, inwieweit die Psychotherapeuten, die in stationären (rehabilitativen) Einrichtungen Behandlungen durchführen, vergleichbar sind mit denjenigen, die im ambulanten Setting arbeiten. Hierzu vorgenommene Vergleiche liegen nach eigenem Kenntnisstand in der Literatur nicht vor, so dass man diese Frage zur Zeit nicht empirisch beantworten kann. Vorstellbar ist hierbei einerseits, dass es sich bei beiden Therapeutengruppen um dieselbe bzw. um eine ähnliche Therapeutenpopulation handelt, da es viele Therapeuten gibt, die zeitlich parallel oder sequentiell sowohl stationär als auch ambulant arbeiten und man somit nicht von zwei distinkten Gruppen ausgehen kann. Anderseits sind aber ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich verschiedener Aspekte denkbar: Hierbei ist insbesondere an die psychotherapeutische Erfahrung bzw. der Länge der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit zu denken, die wahrscheinlich in den Kliniken geringer ausfallen (aufgrund eines höheren Anteils an Ausbildungskandidaten und Berufsanfängern), und an das unterschiedliche Ausmaß an Supervision und fachlichem Austausch, das in den Kliniken höher sein dürfte. Schon diese beiden genannten Merkmale könnten einen Einfluss auf die in Frage stehenden Prozessparameter haben: So sollten gemäß dem Modell von Skovhold und Ronnestad (1995), wie in Kapitel 2 ausgeführt, Therapeuten mit weniger Erfahrung stärker den theoretischen Konzeptionen ihrer Therapierichtung folgen. Eine kontinuierliche Supervision mag zusätzlich zu solch einer stärkeren Orientierung an der eigenen Therapieausrichtung beitragen. Geht man von den vermuteten Unterschieden zwischen ambulant und stationär arbeitenden Therapeuten aus, wäre dementsprechend zu erwarten, dass ambulante Therapeuten möglicherweise stärker eklektizistisch bzw. integrativ arbeiten und sich demzufolge bei ihnen weniger deutlich differentielle Prozessparameter zwischen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Verfahren zeigen sollten. Diese (allerdings lediglich auf Annahmen beruhenden) Überlegungen machen deutlich, dass eine Generalisierung der Befunde des stationären Settings auf das ambulante nicht direkt möglich erscheint.

Zusätzlich – und zu diesem Bereich liegen verschiedene empirische Belege vor (z.B. Huber, Brandl, Henrich & Klug, 2002; von Rad, Schors & Henrich, 1994) – unterscheiden sich die

Patientengruppen, die in den beiden Settings zu finden sind: Ambulant behandelte Patienten sind durchschnittlich weniger belastet, weisen meist eine kürzere Erkrankungsdauer auf und besitzen einen höheren Schul- und Bildungsstand als stationär behandelte Patienten (von Rad et al., 1994). Dieses könnte ebenfalls – wenn vielleicht auch nicht in einem so starken Maße wie Unterschiede in den Therapeutenmerkmalen – einen gewissen Einfluss auf die Ausgestaltung der Therapien und damit auf die hier relevanten Prozessparameter haben. Ferner könnte der Umstand, dass es sich im ambulanten Setting nicht um eine Patientengruppe handelt, die wie die stationären Patienten den Alltag zeitweise teilen, zu einem anderen therapeutischen Vorgehen führen. (Hierbei ist insbesondere an das psychoanalytisch begründete Arbeiten zu denken, dass ja im stationären Setting stark die Stationsgemeinschaft als 'sozialen Mikrokosmos' in die Behandlung einbezieht).

Eine Generalisierbarkeit der Befunde auf das ambulante Setting erscheint vor dem Hintergrund dieser Überlegungen zunächst einmal nur sehr begrenzt möglich, wobei allerdings für eine zuverlässigere Einschätzung der Generalisierbarkeit es unbedingt notwendig ist, genauere Angaben zu der Unterschiedlichkeit der beiden Therapeutengruppen (ambulant vs. stationär arbeitend) vorliegen zu haben.

Eine Übertragung der in dieser Studie gewählten Untersuchungs*methode*, d.h. der hier eingesetzten Instrumente, des Designs etc., scheint hingegen auf den ambulanten Bereich gut möglich zu sein und würde sich für eine entsprechende Folgestudie anbieten.

Eine weitere zentrale Frage betrifft darüber hinaus die *Übertragbarkeit* der erhaltenen Befunde *auf das (stationäre) Einzelsetting:* Hierzu liegen, wie in Kapitel 5 berichtet, eine Reihe an früheren Studien vor, die sich allerdings alle auf den englischsprachigen Raum beziehen. Inwieweit kann man aus den hier vorgefundenen Unterschieden zwischen den beiden Therapierichtungen auf Unterschiede in einzelpsychotherapeutischen Behandlungen für den deutschsprachigen Raum schließen? Auf den ersten Blick erscheint dies erst einmal nicht sehr naheliegend, da ja in sehr unterschiedlichen Settings gearbeitet wird. Allerdings ergeben sich bei näherer Betrachtung doch einige Aspekte, die eine Vergleichbarkeit nicht ganz abwegig erscheinen lassen: Hierbei ist zum einen zu nennen, dass in beiden untersuchten Therapierichtungen sowohl Einzel- wie auch Gruppentherapien sich jeweils auf dieselben Grundkonzeptionen berufen (vgl. Kapitel 4), wobei dieses vielleicht für die Verhaltenstherapie in einem noch größeren Maße als für die psychoanalytisch begründeten Verfahren gilt, da letztgenannte stärker spezielle spezifische Elemente für das Gruppensetting (insbesondere die Reinszenierung von Konflikten in der Gruppe) aufweisen. Bei einigen

Interventionsformen und Sitzungsinhalten ergibt sich der Hauptunterschied zwischen den beiden Settings lediglich daraus, dass diese im Einzelsetting ausschließlich vom Therapeuten initiiert werden, während im Gruppensetting immer die Möglichkeit besteht, dass ebenso andere Gruppenteilnehmer sie in Gang setzen bzw. fokussieren. Tatsächlich handelt es sich in der vorliegenden Studie bei der Mehrzahl der untersuchten Variablen um Interventionen, Stile und Inhalte, die sowohl für das Gruppen- als auch für das Einzelsetting von Relevanz sind, wie bereits in Abschnitt 11.5 erläutert wurde.

Zum anderen ist anzuführen, dass nahezu alle Therapeuten, also auch diejenigen, deren Verhalten in der Studie untersucht wurde, im Schwerpunkt für Einzelpsychotherapien ausgebildet werden und parallel in beiden Settings tätig sind. Dieses legt ebenfalls nahe, dass zu einem nicht geringen Anteil sich die hier erhobenen therapeutischen Prozessparameter in beiden Settings ähneln bzw. entsprechen.

Vor diesem Hintergrund und bestärkt durch die Befunde des Einzelsetting für den englisch-sprachigen Raum, liegen doch einige Hinweise dafür vor, dass auch hier in der einzel-psychotherapeutischen Versorgung Unterschiede zwischen den verhaltenstherapeutisch und den psychoanalytisch begründeten Behandlungen vorliegen müssten. Diesbezüglich zuverlässige Aussagen können allerdings nur anhand einer entsprechenden empirischen Überprüfung gewonnen werden. Dabei erscheint es möglich, die hier erprobte HaPPS-B mit lediglich leichten Modifikationen auch bei eine solche Untersuchung einzusetzen.

Zu den hier angestellten Überlegungen, auf welche Settings die Untersuchungsergebnisse generalisierbar erscheinen, gehört im weiteren Sinne auch die Betrachtung, für welche *Störungsbilder* die Befunde Gültigkeit besitzen. Die vorliegende Studie bezieht sich dabei auf Patienten mit einem breiten Spektrum von Diagnosen, vor allem aus Kapitel F der ICD-10 (vgl. 9.3.2), wobei allerdings die in den Abschnitten 6.1 und 6.2 genannten Ausschluss-diagnosen der psychosomatischen Rehabilitation [akute Psychosen, Suchterkrankungen oder Suizid-Gefährdung sowie geronto-psychiatrische Erkrankungen; z.B. \Paar, 2001 #1870] nicht vertreten sind. Da bei Patienten mit diesen Störungsbildern psychotherapeutische Behandlungen nur teilweise indiziert und möglich sind und – wenn psychotherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden (können) – diese spezielle Konzeptionen verfolgen (z.B. Kriseninterventionen bei Suizidalität; Situationsmanagement, etwa Reizabschirmung, bei psychotischen Patienten), ist eine Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse auf diese Störungsbilder – soweit überhaupt sinnvoll – nicht naheliegend. Als Ausnahme ist hierbei die Behandlung von (nicht mehr akuten) Suchterkrankungen zu nennen. Hier zeigen Getter et al.

(1992) und Luborsky et al. (1982), dass bei diesem Störungsbild durchgeführte psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Therapien deutliche Prozessunterschiede aufweisen. Allerdings wurden in beiden Studien zum einen speziell auf die Behandlung zugeschnittene Variablen erhoben, zum anderen die allgemeineren Prozessvariablen mit relativ wenigen Items erfasst (vgl. Tabelle 2 und 4). Es wäre somit interessant, hieran anzuknüpfen und mit einer nicht störungsspezifischen und relativ umfassenden Skala wie der HaPPS-B eine Untersuchung bei diesem Störungsbild anzuschließen. Ähnliches gilt für andere Störungsbilder, zu denen ebenfalls im verstärktem Maße störungsspezifische Konzepte (sowohl psychoanalytisch als auch verhaltenstherapeutisch orientiert) vorliegen, und die in dieser Studie keine Berücksichtigung finden konnten wie z.B. die Behandlung sexueller Störungen, die Arbeit mit chronisch körperlich erkrankten Menschen sowie die Behandlung von Störungen des Kindes- und Jugendalters: Auch hier wären anschließende Analysen wünschenswert, wobei die Ergebnisse der hier vorgestellten Arbeit die Vermutung nahelegen, dass sich ebenso bei diesen störungsspezifischen Behandlungen deutliche Unterschiede zwischen den Therapierichtungen finden lassen sollten. Diese Annahme wird insbesondere dadurch gestützt, dass sich in der Teilgruppe der hier untersuchten störungsspezifischen VT-Gruppen, in den VT-IG (die sich allerdings auf andere Diagnosegruppen bezogen haben), deutliche Unterschiede zu den PA-G zeigen, die sich in vielen HaPPS-B-Skalen sogar als ausgeprägter erweisen als die Unterschiede zwischen den zieloffenen VT-Basisgruppen und den PA-G. Das legt die Vermutung nahe, dass störungsspezifische Ansätze (zumindest in der Verhaltenstherapie) besonders typische Vertreter einer Therapierichtung sein könnten.

Zusammenfassend ergeben sich gute Argumente dafür, die gefundenen Unterschiede in den HaPPS-Ratings auf tatsächlich vorkommende Prozessunterschiede in den therapeutischen Behandlungen zurückzuführen und diese Prozessunterschiede wiederum als bedingt durch die verschiedenen theoretischen Orientierungen der Therapeuten anzusehen. Alternative Erklärungen hierzu werden als nicht sehr wahrscheinlich eingeschätzt. Lediglich die in der Klinik und damit auch in der Studie indikativ zugewiesenen Patienten könnten zu einer zusätzlichen Erhöhung der Unterschiedlichkeit in den Prozessparametern geführt haben, die möglicherweise in derselben Ausprägung an anderen Einrichtungen nicht vorzufinden ist. Hiermit werden Aspekte der Generalisierbarkeit der Ergebnisse angesprochen: Eine Übertragbarkeit erscheint mit den soeben genannten Einschränkungen angemessen bezogen auf andere stationäre psychotherapeutische Einrichtungen des Rehabilitations- und wahrscheinlich auch des Akut-Settings. Ob die Befunde ebenfalls auf den ambulanten Bereich

verallgemeinert werden können, ist nicht geklärt, dies erscheint aber als nicht naheliegend, während eine Generalisierung auf das Einzelsetting eher möglich zu sein scheint. Eine verstärkte Untersuchung (weiterer) störungsspezifischer Behandlungsformen der beiden Therapierichtungen können lohnende Anschlussforschungsvorhaben darstellen.

11.8 Bedeutung und Ausblick

In der Studie konnte gezeigt werden, dass psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Gruppenverfahren hinsichtlich konzeptuell zentraler Prozessparameter sehr unterschiedliche Profile aufweisen und dass dementsprechend Patienten der beiden Therapierichtungen verschiedene Behandlungen erhalten. Gemeinsame Prozessaspekte, die durch das Gruppensetting entstehen, scheinen demzufolge zumindest auf Ebene von therapeutischen Interventionen, Stilen und Sitzungsinhalten von eher marginaler Bedeutung zu sein. Auch Modifikationen, die sich in den Kurzzeitansätzen insbesondere der psychoanalytisch begründeten Verfahren ergeben, scheinen nach den vorgestellten Befunden nicht so weitgehend zu sein, dass es zu einer starken Annäherung zwischen der PA und der VT kommt.

Bei den deutlichen Befunden der vorliegenden Arbeit soll dabei nicht außer acht gelassen werden, dass die Therapien lediglich auf der hier untersuchten Ebene von Prozess deutliche Unterschiede zeigen. Dieses schließt nicht aus, dass die Therapierichtungen auf einer allgemeineren Ebene durchaus auch Gemeinsamkeiten aufweisen. Hierbei ist insbesondere an allgemeine gemeinsame Wirkfaktoren, wie sie u.a. schon von Frank (1961, 1971) postuliert werden, und an die Gruppenwirkfaktoren, wie sie von Yalom (1996) und Bloch und Crouch (1985) konzeptualisiert werden, zu denken.

Speziell bezogen auf Einrichtungen wie die Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift haben die Studienergebnisse Relevanz hinsichtlich verschiedener Aspekte: Zum einen kann der hier erbrachte Nachweis der *treatment differentiation* als Untermauerung bzw. als Legitimation der in der Klinik erfolgenden initialen differentiellen Indikation angesehen werden: Würde es keine deutlichen Unterschiede zwischen den Behandlungen der beiden Abteilungen geben, wäre die praktizierte Indikationsstellung, die in einem starken Maß Ressourcen bindet, sehr fraglich und kaum vertretbar. Ein Angebot von deutlich

verschiedenen Behandlungen ist die Voraussetzung für eine (aufwendige) Indikationsstellung zu Beginn der Behandlung.

Die Studie leistet in diesem Sinne auch einen Beitrag zur Sicherung der Prozessqualität in der Klinik. Dieser spezielle Aspekt der Qualitätssicherung wird in kommender Zeit insbesondere in der psychosomatischen Rehabilitation noch weiter an Bedeutung gewinnen, da zum einen Qualitätssicherungsmaßnahmen von Seiten der Kostenträger verstärkt eingefordert werden (z.B. Kawski & Koch, 2002) und gleichzeitig in zunehmendem Maße zumindest psychoanalytisch ausgerichtete Kliniken ihr Behandlungskonzept vermehrt erweitern, indem sie verhaltenstherapeutische Elemente aufnehmen, so dass eine Überprüfung von Art und Ausmaß der Implementierung verschiedener Therapien stärker in den Mittelpunkt rückt..

Darüber hinaus sind die Befunde für das St. Franziska-Stift von Bedeutung für die Einordnung der Ergebnisse hinsichtlich der katamnestischen Überprüfung des Therapieerfolges: Bei dieser zeigt sich, wie in Kapitel 6 dargestellt, dass die psychoanalytisch und die verhaltenstherapeutisch begründeten Behandlungen vergleichbare Ergebnisse erzielen, wobei angenommen wird, dass dies auf die differentielle Indikationsstellung zurückzuführen ist (Schulz et al., 1999a, vgl. Kapitel 6.2.3). Es existierte allerdings vor dieser Studie die Alternativerklärung, dass die Ergebnisäquivalenz ebenfalls durch eine unzureichende *treatment differentiation* zustande gekommen sein könnte, was jetzt durch die vorliegenden Befunde ausgeschlossen werden kann. Dementsprechend sind die Voraussetzungen geschaffen, in einem nächsten Schritt nun tatsächlich die Effektivität der differentiellen Zuweisung und somit die eigentlich vermutete Erklärung für die Ergebnisäquivalenz zu überprüfen.

Die vorliegende komparative Prozessanalyse kann demzufolge als Beispiel für die interne Validierung von Befunden zum (differentiellen) Therapieerfolg aufgefasst werden, wie sie zumindest im deutschsprachigen Raum leider noch nicht zur Routine gehört. Idealerweise sollte solch ein Vorhaben im Rahmen ein und derselben Studie realisiert werden, d.h. Prozessanalysen sollten generell als begleitende Untersuchung zum Standard von Therapieerfolgsstudien gehören, um die Behandlungen, über die Aussagen hinsichtlich des Outcomes gemacht werden, zuverlässig definieren zu können (vgl. Kap. 2 sowie Abschnitt 5.2.2.1) und damit zu genaueren Outcome-Aussagen vor allem vor dem Hintergrund des häufig resultierenden *Dodo-Verdicts* zu kommen.

Dazu möchte die Untersuchung einen methodischen Beitrag auch in der Form beisteuern, dass mit der HaPPS-B eine Skala entwickelt wurde, die, nach den bisherigen Daten beurteilt, für

solche Prozessanalysen geeignet erscheint. Anders als in den meisten anderen hierzu vorliegenden Verfahren werden in der HaPPS-B dabei die aus den Therapiekonzeptionen abgeleiteten Konstrukte über jeweils *mehrere* Items operationalisiert, um anhand der so entstehenden (Sub-)Skalen die fokussierten Prozessparameter reliabler und differenzierter erfassen zu können. Bezüglich der Variablenauswahl spricht das bei der Instrumentenentwicklung gewählte Vorgehen (Itemgenerierung und -selektion in nicht zu enger Orientierung an die hier untersuchte Fragestellung, vgl. Kap. 8 und Abschnitt 11.5 in diesem Kapitel) dafür, mit der HaPPS-B tatsächlich Prozessvariablen erfassen zu können, die nicht nur für psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Verfahren, sondern generell für psychotherapeutische Behandlungen Bedeutung besitzen. Mit der starken Bezugnahme auf größtenteils gut eingeführte Prozessinstrumente sollte dabei explizit dafür Sorge getragen werden, dass die bisherigen Entwicklungen der Prozessforschung nicht unberücksichtigt bleiben.

In der vorliegenden Studie konnte ferner gezeigt werden, dass auch von den an der Therapie teilnehmenden Therapeuten und vor allem den Patienten Prozessratings erhoben werden können, die mehrheitlich mit den Beobachterratings übereinstimmen. Hierbei sind zwar Kompromisse hinsichtlich der Differenziertheit einzugehen, die Einbezugnahme dieser beiden Perspektiven stellt aber möglicherweise - bei evtl. noch zu leistenden methodischen und inhaltlichen Weiterentwicklungen - einen sinnvollen Ansatzpunkt für eine zeitökonomischere Erfassung von Prozessparametern (z.B. bei Routine-Erhebungen) dar, die Beobachter-Ratings in der Form nicht leisten können.

Für die Identifizierung von spezifischen Wirkfaktoren liefert die Studie keine direkten Befunde, da hierfür ein Design notwendig wäre, in der die Prozessparameter mit Therapieerfolgsmaßen in Verbindung gesetzt werden. Allerdings kann sie als Vorarbeit in der Form herangezogen werden, dass sie Wissen zu differentiellen Prozessparametern bereitstellt, die hinsichtlich ihres potentiellen Einfluss auf den (differentiellen) Therapieerfolg in weiterführenden Analysen untersucht werden können. Dieses könnte dann zu Erkenntnissen führen, die für eine empirisch geleitete Entwicklung integrativer Therapiemodelle notwendig sind.

Über die genannten Aspekte hinaus kann die vorgenommene Analyse auch als Beispiel verstanden werden, eine versorgungsnahe Forschung zu realisieren, wobei in Kauf genommen wurde, tendenziell schwieriger zugängliche Untersuchungsinhalte (Prozessvariablen, Gruppensetting) zu analysieren und dabei zusätzlich ein eher nicht einfach umzusetzendes

Design (naturalistischer Ansatz, mehrperspektivisches Design mit u.a. nichtteilnehmender videogestützter Beobachtung) heranzuziehen. Hiermit ist ein relativ hoher Aufwand, sowohl was die Planung als auch die Durchführung der Studie betrifft, verbunden gewesen. Dieser rechtfertigt sich dabei vor allem vor dem Hintergrund, dass

- die Studienergebnisse Aussagen über die konkrete Versorgungspraxis machen und damit größere Relevanz für diese besitzen sollten,

- Prozessparameter untersucht wurden, deren Analyse letztendlich notwendig ist, um Veränderungsmechanismen psychotherapeutischer Behandlungen besser verstehen zu lernen,

- Befunde zu psychotherapeutischen Gruppen vorgelegt werden, für die nach wie vor ein Defizit an empirischer Forschung bestehen, die allerdings gleichzeitig eine hohe Relevanz für die zumindest stationäre Versorgungspraxis besitzen,

- verschiedene Perspektiven bezüglich therapeutischer Prozessvariablen erhoben und somit hoffentlich auch von methodischer Seite Weiterentwicklungen initiiert werden.

Der Aufwand der Untersuchung sollte vor allem auch dann als gerechtfertigt gelten, wenn die Arbeit dazu beitragen kann, in diesem bisher wenig untersuchten Gebiet weitere Untersuchungen anzuregen. Hierbei ist insbesondere an Folgestudien zu denken, die an verschiedenen Stellen in der Arbeit bereits erwähnt wurden. Interessante Projekte wären dabei vor allem weiterführende Analysen zu den Gütekriterien der HaPPS (u.a. zur faktoriellen Validität), die Untersuchung der Fragestellung auch im ambulanten Setting sowie – und dieses erscheint besonders lohnend - eine Überprüfung, welche Relevanz die untersuchten Prozessparameter für den Therapieerfolg besitzen, um letztendlich empirisch fundierte Aussagen auch über differentielle *Wirk*faktoren machen zu können.

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, psychoanalytisch (PA) und verhaltenstherapeutisch (VT) begründete Gruppenverfahren in der Form, wie sie in der Versorgungspraxis implementiert sind, hinsichtlich zentraler therapeutischer Prozessvariablen vergleichend zu untersuchen. Als Prozessparameter werden hierbei sogenannte *therapeutic operations*, d. h. therapeutische Interventionen, Inhalte und Stile, fokussiert.

Diese Form versorgungsnaher komparativer Prozessforschung hat – neben ihrer Wichtigkeit für das nähere Verständnis von Befunden der Therapieerfolgsforschung (insbesondere für den Befund des sogenannten Äquivalenz-Paradoxons / Dodo-Bird-Verdicts) – Bedeutung insbesondere für a) die Identifikation differentieller Prozessvariablen bzw. Wirkfaktoren, b) die Entwicklung weiterer Kriterien für eine differentielle Indikationsstellung zur systematischen Patientensteuerung, c) die Entwicklung therapieschulübergreifender integrativer Therapiebehandlungen und d) Ausbildungs- und Supervisionsangelegenheiten.

In der vorgestellten Arbeit wird auf einer Datenbasis von 104 Gruppensitzungen (36 verhaltenstherapeutisch-interaktionelle, 39 verhaltenstherapeutisch-störungsspezifische und 29 psychoanalytisch orientierte Gruppensitzungen) von insgesamt 19 Therapiegruppen ein Vergleich sowohl zwischen den beiden Therapierichtungen (PA mit VT) als auch zwischen den beiden Konzepten der Verhaltenstherapie (VT-interaktionell mit VT-störungsspezifisch) vorgenommen. Dazu wird ein mehrperspektivisches Design gewählt, indem nichtteilnehmende Beobachter Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen einschätzen und ergänzend sowohl Patienten (N=171) als auch Therapeuten (N=20) nach jeder dokumentierten Sitzung Prozess-Ratings vornehmen. Hierbei werden die Beobachter-, Patienten- und Therapeutenversionen der Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala (HaPPS) eingesetzt, deren Entwicklung im Rahmen des Projektes erfolgte und die die folgenden 15 Prozess-Subskalen beinhaltet: Behaviorale Interventionen, Beziehungen, Direktivität, Psychoedukation, Emotion, Exploration, Gruppe, Interpretation, Kognitive Interventionen, Konfrontation, Selbstwirksamkeit, Strukturiertheit, Therapeutische Beziehungsgestaltung, Übertragung, Vergangenheit.

Interrater- und Test-Retest-Analysen sowie Berechnungen der Internen Konsistenz der HaPPS ergeben zufriedenstellende Ergebnisse. Die Befunde hinsichtlich der Fragestellung zeigen, dass sich in einem naturalistischen Setting, implementierte psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründete Gruppenverfahren signifikant in zahlreichen Dimensionen

therapeutischer Interventionen, Inhalte und Stile unterscheiden: Für die im Mittelpunkt der Auswertung stehende Beobachterperspektive ergeben sich in 13 der 15 einzuschätzenden Skalen signifikante Unterschiede von großer Effektstärke; die Richtung der Unterschiedlichkeit entsprechen in überwiegendem Maße hypothesenkonform den theoretischen Konzeptionen der Therapierichtungen. Die Ergebnisse der vorgenommenen Apriori-Kontraste (Helmert) weisen darauf hin, dass erwartungsgemäß die Unterschiede zwischen den beiden Formen der verhaltentherapeutischen Gruppen geringer ausfallen als jene zwischen den verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch begründeten Gruppen. Die beiden zusätzlich erhobenen Datenquellen (Patienten- und Therapeutenratings) bestätigen die Befunde der Fremdratings, wobei die Ergebnisse dieser beiden Datenquellen insgesamt nicht ganz so deutlich ausfallen wie die der Beobachterperspektive. Die Korrelationen zwischen den drei Datenquellen weisen einen weiten Range auf und variieren stark je nach einzuschätzender Prozessdimension.

Die Ergebnisse werden hinsichtlich interner und externer Validitätsaspekte diskutiert sowie in Beziehung zu der bereits vorliegenden komparativen Forschung gesetzt. Die Wichtigkeit weiterer versorgungsnaher Prozess- und Prozess-Outcome-Studien wird herausgestellt; wofür die HaPPS als ein geeignetes Rating-Verfahren erscheint.

12 Literatur

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians prototyps of an ideal treatment correlate with outcome oin psychodynamic and cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.

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.

Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 331-339.

Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257

Ambühl, H. (1994). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des "Collaborative Research Network" (CRN). *Psychotherapeut, 39*, 336-338.

Ambühl, H. (1996). Die Heuristk-Rating-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Psychologie, Psychopathologie und Psychotherpie (ZKPPP), Jg. 44*, 391-414.

Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en The outcomes of psychotherapy viewed as the result of the interaction between therapeutic intervention and the client's openness to therapy. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 36*(4), 308-327.

Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J. & Willutzki, U. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 45*(3-4), 109-120.

Arnow, B. & Castonguay, L. (1996). Treatment goals and strategies of cognitive-behavioral and psychodynamic therapists: A naturalistic investigation. *Journal of Psychotherapy Integration, 6*(4), 333-347.

Asendorpf, J. & Wallbott, G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 10*, 243-252.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Barber, J. P. & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a Therapist Adherence/Competence Rating Scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy Research, 6*(2), 81-94.

Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 619-622.

Barlow, S. H., Burlingame, G. M. & Fuhriman, A. (2000). From Pratt´s "Thought Control Classes" to modern group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory and Research, 4*(1), 115-134.

Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (1998). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky - Möglichkeiten zur Evaluation von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*(1), 23-32.

Baur, C. & Scheel, S. (2001). *Überprüfung von Unterschieden in Gruppen-Prozessvariablen der psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie in der psychosomatischen Rehabilitation.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

Bednar, R. L. & Kaul, T. (1994). Experiential group research. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 631-663). New York: John Wiley & Sons.

Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review, 81*, 341-352.

Bergin, A. E. (1971). The Evaluation of Therapeutic Outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York.

Beutler, L. E. (1995). Common factors and specific effects. *Clinical Psychology: Science & Practice, 2*(1), 79-82.

Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 333-340.

Beutler, L. E., Machado, P. P. & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: John Wiley.

Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive feature of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science & Practice, 7*(2), 167-188.

Bloch, S. & Crouch, E. C. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Bogwald, K.-P., Hoglend, P. & Soerbye, O. (1999). Measurement of transference interpretations. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*, 264-273.

Bortz, J. (1995). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A. & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Bad Münstereifel: Westkreuz.

Brunink, S. A. & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 47*(3), 567-574.

Buckley, P., Toksoz, C. B. & Karasau, M. D. (1979). Theory and practice in psychotherapy. Some contradictions in expressed belief and reported practice. *Journal of Nervous and Mental Disease, 167*(4), 218-223.

Budman, S. H., Simeone, P. G., Reilly, R. & Demby, A. (1994). Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: Evidence and implications. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 319-339). New York: Wiley.

Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T. & Davis, M. S. (1990). Kohäsion, therapeutische Alliance und Therapieerfolg in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke & D. Czogali (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin: Springer.

Burlingame, G. M., Kircher, J. C. & Taylor, S. (1994). Methodological considerations in group psychotherapy research: Past, present, and future practices. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 41-80). New York: Wiley.

Butler, S. F., Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1995). Measuring adherence in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 32*(4), 629-638.

Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent und discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56*, 81-105.

Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Comer, R. J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.

Corsini, R. J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanism of group psychotherapy: processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 51*, 406-411.

Cranach, M. & Frenz, H.-G. (1969). Systematische Beobachtung. In C. F. Graumann (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie: Sozialpsychologie*. Göttingen.

Czabala, C. & Brykczynska, C. (1996). Die Hill-Interaktionsmatrix. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 259-293). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Czogalik, D. & Enke, H. (1997). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl- Evers, F. Heigl, J. Ott & U. Rüger (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (3. Aufl., S. 499-513). Lübeck: Gustav Fischer.

Davies-Osterkamp, S. (1996). Der Düsseldorfer Wirkfaktorenfragebogen - ein Instrument zur differenziellen Beschreibung von Gruppenprozessen. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 116-127). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Davies-Osterkamp, S., Heigl- Evers, A., Bosse- Steuernagel, G. & Alberti, L. (1987). Zur Interventionstechnik in der psychoanalytisch- interaktionellen und tiefenpsychologisch

fundierten Gruppentherapie- eine empirische Untersuchung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 23*, 22- 35.

DePalma, D. M., Gardner, K. G. & Zastowny, T. (1984). The development of an instrument for measuring leadership behaviors in therapy groups. *Group, 8*(3), 3-16.

Derogatis, L. R. (Hrsg.). (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version.* Baltimore: John Hopkins University School Medicine.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Evans, M. D. & 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*(5), 744-756.

Dies, R. R. (1993). Research on group psychotherapy: Overview and clinical applications. In A. Alonso & H. I. Swiller (Eds.), *Group therapy in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Dies, R. R. (1994). Therapist variables in group psychotherapy research. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 114-154). New York: Wiley.

Dilcher, K., Mestel, R., Klingelhöfer, J., Köbel, W., Sprenger, B. & Stauss, K. (2000). Psychosomatische Kliniken. In N. Gerdes, H. Weidemann & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Die Protos-Studie* (S. 173-202). Darmstadt: Steinkopff.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 166-203.

Eckert, J. (1976). Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 5*, 153-163.

Eckert, J. (1996). Die Grupenwirkfaktoren-Q-Sort nach Yalom. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 104-115). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-139). New York: John Wiley.

Elliot, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research, 1*(2), 92-103.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Evans, M. E., Piasecki, J. M., Kriss, M. R. & Hollon, S. D. (1984). *Raters' manual for the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale - Form 6*.Unpublished manuscript, University of Minneapolis and the St. Paul-Ramsey Medical Center.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.

Fiedler, P. (1994). Störungsspezifische und differentielle Indikation: Gemeinsame Herausforderung der Psychotherapieschulen oder: Wann ist endlich Schluss mit dem Unsinn der Konkurrenz? Ein Beitrag zur Diskussion. *Psychotherapie Forum, 2*(1), 20-29.

Fiedler, P. (1999). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. *Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 48*, 18-24.

Fiedler, P. (2001). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 343-348). Stuttgart; New York: Thieme.

Finn, R. H. (1970). A note on estimating the reliability of categorical data. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 71-76.

Fliegel, S., Groeger, W. M. & Künzel, R. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden* (4. Aufl.): Beltz.

Flowers, J. V. & Booraem, C. D. (1990). The frequency and effect on outcome of different types of interpretation in psychodynamic and cognitive-behavioral group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 40*(2), 203-214.

Frank, J. D. (1961). *Persuation and healing*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350-361.

Frank, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 49-79). New York: Plenum.

Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994a). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 3-40). New York: Wiley.

Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (Eds.) (1994b). *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley.

Fuhriman, A. & Packard, T. (1986). Group process instruments: Therapeutic themes and issues. *International Journal of Group Psychotherapy, 36*, 399-425.

Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 3-18). New York: John Wiley & Sons.

Gaston, L. & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies (ITS). *Journal of Psychotherapy Research and Practice, 1*, 1-13.

Getter, H., Litt, M. D., Kadden, R. M. & Cooney, N. L. (1992). Measuring treatment process in coping skills and interactional group therapies for alcoholism. *International Journal of Group Psychotherapy, 42*(3), 419-430.

Glier, B. & Rodewig, K. (2001). Integration verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologisch orientierter Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 349-354). Stuttgart; New York: Thieme.

Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(1), 5-25.

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 & Clinical Psychology, 65*(5), 740-748.

Goldfried, M. R., Newman, C. F. & Hayes, A. M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*.Unpublished manuscript, State University at Stony Brook.

Goldfried, M. R., Raue, P. J., Castonguay, L. & Terporten, G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66*, 803-810.

Goldsamt, L. A., Goldfried, M. R., Hayes, A. M. & Kerr, S. (1992). Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy, 29*(2), 167-176.

Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau, 43*(3), 132-162.

Grawe, K. (1995). *Allgemeine Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1978). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, *Handbuch der Psychologie* (Band 8, S. 2696-2724). Göttingen: Hogrefe.

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.

Grawe, K., Smith, E., Regli, D. & Dick, A. (1998). *Wirkfaktorenanalyse (WIFA). Ein Ratinginstrument zur Einschätzung des Psychotherapieprozesses*.Unveröffentlichtes Manuskript, Universiät Bern.

Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986a). Process research: Current trends and future perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The pschotherapeutic process: A research handbook* (pp.3-20) . New York: Guilford.

Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (Eds.) (1986b). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.

Greenson, R. R. (2000). *Technik und Praxis der Psychoanalyse* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York: Pergamon.

Haupt, E. & Delbrück, H. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten* (S. 15-24). München: Urban & Schwarzenberg.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D*. Weinheim: Beltz.

Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (1997). Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl, J. Ott & U. Rüger (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (3. Aufl., S. 3-270). Lübeck: G. Fischer.

Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 29*, 1-14.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In S. L. Garfield & A. Bergin, E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 467-508). New York: Wiley.

Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 131-159). New York: Guilford.

Hill, C. E., O'Grady, K. E. & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60*(1), 73-79.

Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Ehrig, C., Schmitz, E. & Fichter, M. (1999). Psychosomatische Erkrankungen bei LehrerInnen. Sozialer Kontext, Inhalte und Perspektiven stationärer Behandlungen im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49*(9-10), 375-380.

Hoffmann, S. O. (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut, 45*, 52-54.

Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (1999). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin* (6. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Hogue, A., Liddle, H. A., Rowe, C., Turner, R. M., Dakof, G. A. & LaPann, K. (1998). Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Counseling Psychology, 45*(1), 104-114.

Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist, 51*, 1025-1030.

Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A. H., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., Kriss, M., Grove, W., Tuason, V. B. & Piasecki, J. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal therapy, and clinical management pharmacotherapy*.Unpublished manuscript.

Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics, 6*, 65-70.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of working alliance inventory. In L. S. Greenberg & M. W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.

Horvath, O. A. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.

Hoyt, M. F., Marmar, C. R., Horowitz, M. J. & Alvarez, W. F. (1981). The Therapist Action Scale and the Patient Action Scale: Instruments for the assessment of activities during dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 18*, 109-116.

Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut, 47*, 16-23.

Irle, H., Grünbeck, P. & Amberger, S. (2002). Psychotherapeutische Rehabilitation: Diagnosespezifisches Prozessmanagement im Spiegel von KTL und ICD-10. *DRV-Schriften, 33*, 485-487.

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist, 51*, 1031-1039.

Jones, E. E. (1985). *Psychotherapy Process Q-Sort. Coding Manual*.Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Jones, E. E., Cumming, J. D. & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectivness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (1), 48-55.

Jones, E. E., Parke, L. A. & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatment. *Psychotherapy Research, 2*(1), 16-30.

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.

Kächele, H., Kordy, H., Richard, M. & Research Group TR-EAT. (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychotherapy Research, 11*(3), 239-257.

Kächele, H. & Schors, R. (1981). Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* (Band 4). Bern: Huber.

Kadden, R. D., Cooney, N. L., Getter, H. & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therpies: Postreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 698-704.

Kaminer, Y., Blitz, C., Burleson, J. A., Kadden, R. M. & Rounsaville, B. J. (1998). Measuring treatment process in cognitive-behavioral and interactional group therapies for adolescent substance abusers. *Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(7), 407-413.

Kawski, S. & Koch, U. (1999). Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 49*, 316-325.

Kawski, S. & Koch, U. (2002). Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 45*(3), 260-266.

Kerr, S., Goldfried, M. R. & Hayes, A. M. (1992). Interpersonal and intrapersonal focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies: A preliminary analysis of the Sheffield project. *Psychotherapy Research, 2*(4), 266-276.

Kessler, B. H. (1984). Psychotherapeutische Prozesse. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2. Aufl., S. 512-533). Stuttgart: Enke.

Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.

Klein, R. H., Brabender, V. & Fallon, A. (1994). Inpatient group therapy. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 370-415). New York: Wiley.

Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Koch, U. (1989). *Konzept zur Umstrukturierung des Akutkrankenhauses St. Franziska-Stifts Bad Kreuznach in eine Rehabilitationsklinik für psychosomatische Erkrankungen*. Freiburg. Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Psychologisches Institut, Universität Freiburg.

Koch, U., Lotz, W., Raabe, B., Rappat, S., Schulz, H. & Trabert, J. (1995). *Rekonstruktion des differentiellen Zuweisungsprozesses zur psychoanalytischen oder verhaltensmedizinischen Abteilung der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-*

Stift Bad Kreuznach am Beispiel einer Wochenkohorte (Forschungsberichte der Externen Evaluation der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach 6): Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Koch, U., Lotz, W., Schulz, H. & Trabert, J. (1995). *Delphi-Befragung von ausgewählten Experten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach zur differentiellen Indikation*.Unveröffentlichtes Manuskript, Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kordy, H. (2000). *Qualitätssicherung durch Qualitätsmanagement in der Panorama Fachklinik*. Stuttgart: Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart. Unveröfft. Forschungsbericht.

Kordy, H. & Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schnonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.), *Thure von Uexküll. Psychosomatische Medizin* (5. Aufl., S. 490-501). München: Urban & Schwarzenberg.

Kozlowski, S. W. J. & Hattrup, K. (1992). A disagreemant about within group agreement disentangling issues of consistency versus consensus. *Journal of Applied Psychology, 77*(2), 161-167.

Kriz, J. (1994). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Kubacki, S. R. & Chase, M. (1998). Comparing values and methods in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Commonalities and differences. *Journal of Psychotherapy Integration, 8*(1), 1-25.

Laireiter, A. R. & Vogel, H. (1997). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Wien: Springer.

Lambert, J. M. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & D. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* (pp. 72-113). New York: Wiley.

Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: Wiley.

Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2002). Vorzeitige Entlassungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Empirische Überprüfung eines Vorhersage- und Erklärungsmodells. *DRV-Schriften, 33*, 476-478.

Langer, A. & Frank, R. (1999). Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtung: Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie, 9*, 30-37.

Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.

Lermer, S. P. & Ermann, G. (1976). Der Stuttgarder Bogen (SB) zur Erfassung des Erlebens in der Gruppe. *Gruppendynamik, 2*, 133-140.

Lietaer, G. (1983). Methodologische und klinische Überlegungen zur mangelnden Übereinstimmung in der Wahrnehmung der therapeutischen Bedingungen durch Klient und Therapeut. *GwG-Info, 51*, 84-95.

Lotz, W., Rappat, S., Busche, W., Schulz, H. & Koch, U. (1996). *Differentielle Indikation zur verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Psychotherapie in der stationären*

Psychosomatik - Ergebnisse eines Symposiums (Forschungsbericht Nr. 8 der externen Evaluation der psychosomatischen Fachklinik Bad Kreuznach). Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Lotz-Rambaldi, W., Schulz, H., Gold, S., Grimmer, K. & Koch, U. (1998). *Dokumentation der Konsensuskonferenz vom 8. Mai 1998 zu klinikinternen Sollwerten zum verhaltenstherapeutischen bzw. psychoanalytischen Arbeiten in der Klinik St. Franziska-Stift*. Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Lotz-Rambaldi, W., Schulz, H. & Koch, U. (im Druck). Externe Evaluation einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. In E. Mans, G. Terporten & H. Rüddel (Hrsg.), *Modelle der psychosomatischen Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghhorn (Eds.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York.

Luborsky, L. & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Reviews, 4*, 5-14.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1976). Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prices?" *Evaluation of psychological therapies*, 995-1008.

Luborsky, L. W., G.E.; McLellan, A.T. & O´Brien, C.P. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies?An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 49-62.

Lutz, W. (1997). *Evaluation eines Qualitätssicherungsprogrammes in der Psychotherapie*. Regensburg: Roederer.

MacKenzie, K. R. (1981). Measuremant of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy, 31*, 287-295.

Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company.

Mans, E. J. (1994). Interkonzeptionelle Differentielle Indikation: Ein Beitrag zur Prozessqualität der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 27*, 193-199.

Margraf, J. (1996a). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, S. 1-30). Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer.

Margraf, J. (1996b). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1). Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer

McNair, D. M. & Lorr, M. (1964). Three kinds of psychotherapy goals. *Journal of Clinical Psychology, 20*(3), 390-393.

McNeilly, C. L. & Howard, K. I. (1991). The Therapeutic Procedures Inventory: Psychometric properties and Relationship to phase of treatment. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(3), 223-234.

Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenbeck.

Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (Band 1). Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens, W. (2000). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (2 Aufl., S. 130-167). Stuttgart: Thieme.

Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhoefer, J. & Stauss, K. (2000). Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 98-145). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Meyer, A., .E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 287-291.

Moncher, F. J. & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychological Review, 11*, 247-266.

Mühlberg, K. (1982). Zur Ermittlung des Fehlers von psychologischen Meßverfahren auf der Basis von Retestuntersuchungen. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 80*, 81-87.

Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. (1999). Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49*, 343-353.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, William E. (1999). Measuring Therapist Technique in Psychodynamic Psychotherapies: Development and Use of a New Scale. *Journal of Psychotherapy Practise and Research, 8*, 142-154.

O'Malley, S. S., Suh, C. S. & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development as a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 581-586.

Orlinsky, D. E. (1989). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review, 9*(4), 413-441.

Orlinsky, D. E. (1998). Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum, 6*, 69-79.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, G. S. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Exploarations with the Therapy Session Reports. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S. 477-502). New York: Guilford.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6-27.

Paar, G. H. (2001). Akutstationäre und rehabilitative Versorgung in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. *Info DGPM, 2*, 5-16.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-118.

Petermann, F. (1997). *Patientenschulung* (2 Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Pine, G. (1990). Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. *Forum Psychoanalyse, 6*, 232-249.

Piper, W. E. (1993). Group Psychotherapy Research. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Potreck-Rose, F. & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer.

Potreck-Rose, F., Matthey, K. & Neun, H. (1994). Psychosomatische Einrichtungen in der Übersicht: Bettenkapazität, Ausstattung und Versorgungsstruktur. In H. Neun (Hrsg.), *Psychosomatische Einrichtungen* (S. 121-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rachman, S. (1988). Verhaltenstherapie. In W. Arnold, H. J. Eysenck & R. Meili (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie* (6 Aufl., S. 2460-2469). Freiburg: Herder.

Rachman, S. J. & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

Regli, D., Grawe, K., Gassmann, D. & Dick, A. (1998). CIPA - eine Methode zur Verbindung von quantitativer und qualitativer Einzelfallanalyse. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 48*, 243-256.

Reimer, C. & Rüger, U. (2000). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien*. Berlin: Springer.

Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (2 Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.

Rohrmann, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 9*, 222-245.

Rohweder, R. & Wienands, H. (1993). *Entwicklung und Überprüfung der Kieler Gruppenpyschotherapie-Prozess-Skala (KGPPS).* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Christian Albrecht Universität, Kiel.

Rossi, P. H., Freeman, H. E. & Hofmann, G. (1988). *Programm-Evaluation*. Stuttgart: Enke.

Rost, J. (1996). *Testtheorie Testkonstruktion*. Bern: Huber.

Rüddel, H. (1998). Differentielle Behandlung in der Abteilung für psychoanalytische Psychosomatik und Psychotherapie oder in der verhaltensmedizinischen Abteilung einer Psychosomatischen Fachklinik. In R. Vandieken, E. Häckl & D. Mattke (Hrsg.), *Was tut sich in der stationären Psychotherapie?* (S. 369-380). Gießen: Psychosozial Verlag.

Rüddel, H. (1999). *Arbeitsgrundlage der Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach*.Unveröffentlichtes Manuskript, Bad Kreuznach.

Rüddel, H., Jürgensen, R. & Lotz-Rambaldi, W. (1999). 3-Jahres-Katamnese von Patienten nach psychosomatischer Rehabilitation. *DRV-Schriften, 12*, 375.

Rüger, U. (1994). Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: "Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession". *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 40*, 368-383.

Rüger, U. & Reimer, C. (2000). Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien* (S. 3-21). Berlin: Springer.

Sammons, M. T. & Gravitz, M. A. (1990). Theoretical orientations of professional psychologists and their former professors. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 131-134.

Sandweg, R., Sänger-Alt, C. & Rudolf, G. (1991). Erfolge in der stationaeren Psychotherapie. Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik fuer psychogene Erkrankungen. *Das öffentliche Gesundheitswesen, 53*(12), 801-809.

Satterfield, J. M. (1994). Integrating group dynamics and cognitive-behavioral groups: A hybrid model. *Clinical Psychology: Science & Practice, 1*(2), 185-196.

Schindler, A., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behavior therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology, 28*, 213-226.

Schmidt, J. (1991). *Evaluation einer psychosomatischen Klinik*. Frankfurt: VAS.

Schneider, W. (2000). Standards der Indikationsstellung zur Psychotherapie. In H. Freyberger, G. Heuft & D. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 145-158). Stuttgart: Schattauer.

Schuck, P. (2002). Alternativen zur Pearson-Produkt-Moment-Korrelation als Maß für die Reproduzierbarkeit von Messungen. *DRV-Schriften, 33*, 64-66.

Schulte, D. (1995). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D. (1996). Tailor-made and standardized therapy: Complementary tasks in behavior therapy: A contrarian view. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 27*(2), 119-126.

Schulz, H. & Koch, U. (im Druck). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland - Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 51*.

Schulz, H., Lang, K., Koch, U., Klosterhuis, H. & Sommhammer, B. (in Vorbereitung). Zum Anteil psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeter Psychotherapien in der psychosomatischen Rehabilitation.

Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüddel, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49*, 114-130.

Schulz, H., Watzke, B., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüddel, H. (2001). Ein-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische orientierter Behandlung. *DRV-Schriften, 26*, 383-385.

Sedlmeier, P. & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies? *Psychological Bulletin, 105*, 309-316.

Seidenstücker, G. (1992). Indikation und Entscheidung. In R. S. Jäger (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik: ein Lehrbuch* (S. 478-491). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.

Senf, W. & Broda, M. (1997). Methodenkombination und Methodenintegration als Standard der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 47*, 92-96.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions - a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*(4), 512-529.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Hardy, G. & Morrison, L. A. (1990). The Second Sheffield Psychotherapy Project: Rationale, design and preliminary outcome data. *British Journal of Medical Psychology, 63*, 97-108.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A. & Hardy, G. E. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 522-534.

Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581-604.

Shapiro, D. A. & Startup, M. (1992). Measuring therapist adherence in exploratory psychotherapy. *Psychotherpy Research, 2*(3), 193-203.

Shoham-Salomon, V. (1991). Studying therapeutic modules precedes the integration of models. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(1), 35-41.

Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass Correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420-428.

Silove, D., Parker, G. & Manicavasagar, V. (1990). Perceptions of general and specific therapist behaviors. *Journal of Nervous & Mental Disease, 178*(5), 292-299.

Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Smith, M., Glass, G. & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.

Snyder, D. K., Wills, R. M. & Faitler, S. L. (1988). Distinguishing specific from nonspecific interventions in comparative outcome studies: Reply to Collins and Thompson. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6)*, 934-935.

Soldz, S., Budman, S. H. & Demby, A. (1992). The relationship between main actor behaviors and treatment outcome in group psychotherapy. *Psychotherapy Research, 2*, 52-62.

Staats, H. & Rüger, U. (2000). Interaktionelle Psychotherapie. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien* (S. 83-91). Berlin: Springer.

Startup, M. & Shapiro, D. A. (1993). Therapist treatment fidelity in prescreptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 443-456.

Stiles, W. B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry, 42*, 49-62.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist, 41*(2), 165-180.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. (1988). Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56*(5), 727-733.

Stiles, W. B., Startup, M., Hardy, G. E., Barkham, M. & Reynolds, S. (1996). Therapist session intentions in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 404-414.

Stoppard, J. M. & Henri, G. S. (1987). Conceptual level matching and effects of assertion training. *Journal of Counceling Psychology, 34*, 55-61.

Strauß, B. (2001). Behandlungseffekte in therapeutischen Gruppen. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 180-187). Stuttgart: Thieme.

Strauß, B., Burgmeier-Lohse, M., Rohweder, R. & Wienands, H. (1996). Die Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozeß-Skala (KGPPS) zur Fremdbeurteilung therapeutischer Faktoren in der Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 128-139). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Strauß, B., Eckert, J. & Tschuschke, V. (1996a). *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Strauß, B., Eckert, J. & Tschuschke, V. (1996b). Die Gruppe - ein Stiefkind der Psychotherapieforschung? In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 11-14). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Strauß, B., Eckert, J. & Tschuschke, V. (1996c). Weitere Methoden der Gruppenpsychotherapieforschung. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 388-398). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Strauß, B., Strupp, H. H., Burgmeier-Lohse, M., Wille, H. & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 40*, 411-429.

Streeck, U. (2000). Psychoanalytische Therapieverfahren. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (2 Aufl., S. 168-184). Stuttgart: Thieme.

Strupp, H. H. (1957). A multidimensional system for analysing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry, 20*, 293-312.

Suh, C. S., Strupp, H. H. & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: the Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale. In L. S. Greenberg & M. W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (S. 285- 323). New York: The Guilford Press.

Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1992). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complemenarity in Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 304-307.

Task Force of Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clinical Psychology, 48 (1)*, 3-23.

Tinsley, H. E. A. & Weiss, D. J. (1975). Interrater reliability and agreementof subjective judgements. *Journal of Counseling Psychology, 22*(4), 358-376.

Tschuschke, V. (1996). Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung. Ein Handbuch* (S. 53-75). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Tschuschke, V. (1999a). Empirische Studien mit verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie-Behandlungen. Ein Literatur-Überblick. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 12*(48), 11-17.

Tschuschke, V. (1999b). Empirische Studien mit verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppentherapie-Behandlungen. *Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 48*, 11-17.

Tschuschke, V. (1999c). Gruppenpsychotherapie - die "dritte Säule" der psychotherapeutischen Versorgung? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 35*(2), 114-144.

Tschuschke, V., Kächele, H. & Hölzer, M. (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut, 39*, 281-297.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science, 185*(4157), 1124-1131.

von Rad, M., Schors, R. & Henrich, G. (1994). Stationäre psychoanalytische Psychosomatik. Konzepte - Basisdaten - Therapieziele. In B. Strauß & A. E. Meyer (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (S. 152-164). Stuttgart: Schattauer.

Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. & Jacobsen, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapeutic protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 620-630.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin, 122*, 203-215.

Weissman, M. M. & Markowitz, J. C. (1994). Interpersonal psychotherapy. Current status. *Archives of General Psychiatry, 51*(8), 599-606.

Wendisch, M. (2000). Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21*(4), 359-380.

Wiser, S. & Goldfried, M. R. (1993). Comparative study of emotional experiencing psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(5), 892-895.

Wiser, S. & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research, 6*(4), 309-319.

Wiser, S. L., Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Vakoch, D. A. (1996). Cognitive-behavioral and psychodynamic therapies: A comparison of change processes. In W. Dryden (Ed.), *Research in counselling and psychotherapy: Practical applications* (S. 101-132). London: Sage.

Wolfe, B. E. & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusion from a NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 448-451.

Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch* (4th ed.). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Young, J. & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale rating manual*.Unpublished manuscript.

Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Znoj, H. J., Grawe, K. & Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 52-59.

Verzeichnis der Anhänge

A **Arbeitsrichtlinien der therapeutischen Mitarbeiter der des St. Franziska-Stifts Bad Kreuznach, die im Rahmen der sogenannten Konsensuskonferenz am 08.05.1998 entwickelt wurden**

B **Items des HaPPS-B - Quellen und Dimensionszugehörigkeit**

C **Die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala – Beobachter / Gruppenform (HaPPS-B) mit Itemschlüssel**

D **Manual zur Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala – Beobachter (HaPPS-B)**

E **Die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala- Patienten (HaPPS-P) und die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala- Therapeuten (HaPPS-T)**

F **Angaben zu den dokumentierten Gruppentherapien**

G **Muster der Patienten-Informationsschreiben**

H **Muster der Patienten- und Therapeuten-Einverständniserklärung**

I **Adaptierte Fassung des Common Core Questionnaires (CCQ) zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**

J
- **Trennschärfen und Itemschwierigkeiten der HaPPS-Items sowie interne Konsistenzen der Dimensionen**
- **Interrater- und Retest-Reliabilitäten der Einzelitems nach Dimensionen geordnet**

K
- **Dimensionsmittelwerte und -standardabweichungen der HaPPS-B**
- **Item-Mittelwerte der HaPPS-B differerenziert nach Gruppenverfahren bzw. Therapierichtung**

Anhang A:

Arbeitsrichtlinien der therapeutischen Mitarbeiter der des St. Franziska-Stifts Bad Kreuznach, die im Rahmen der sogenannten Konsensuskonferenz am 08.05.1998 entwickelt wurden

a) **Arbeitsrichtlinien der PA**

Auszug aus Gold, Grimmer, Koch, Lotz-Rambaldi, 1998:

"[...]

Allgemeine Bemerkungen

Die stationäre analytische Psychotherapie ist eine eigenständige Therapieform, welche geprägt ist durch die Institutionen, in denen sie entwickelt wurde. Dieses bedeutet aber nicht**,** daß es nicht bestimmte basale Arbeitsprinzipien gibt, die in verschiedenen psychoanalytischen Therapieformen gleichermaßen zum Einsatz kommen. Dabei sind die Schwerpunkte jeweils unterschiedlich, abhängig u.a. vom Klientel und der Zielsetzung der beteiligten Institutionen. Drei Grundprinzipien sind benennbar:

1. Das Verständnis (aber nicht notwendigerweise auch die Bearbeitung) von Übertragung und Widerstand (auch diesen muß man nicht notwendigerweise analysieren, aber doch erkennen*,* wo sich etwas sträubt gegen Auflösung eines neurotischen, psychosozialen Arrangements).
2. Übertragung/Gegenübertragung als Diagnostikum, Widerstand und Intervention (muß nicht, kann aber Deutung enthalten).
3. Deskriptive Herausstellung des spezifischen pathogenen Konfliktes.

Die Art und und das Ausmaß, wie man auf diese Elemente zurückgreift, ist unterschiedlich. In der klassischen Analyse wird man jeden oder fast jeden Widerstand analysieren, in stationärer PA wird man das jedoch eher sehr selten tun. Gegenübertragung im stationären Feld hilft dem Team, Prozesse im „Kommen“ zu verstehen, auch wenn sie nicht in Form von Deutungen genutzt werden. Für die stationäre Therapie ist ein mittleres Widerstandsniveau des Patienten nötig.

Die stationäre psychoanalytische Psychotherapie benötigt (eventuell im Gegensatz zur VT) ein bestimmtes Setting, d.h. einen bestimmten institutionellen Rahmen, damit auf dieser Folie die unbewußten Prozesse und pathogenen Interaktionen erkannt werden können. Das Setting wird im Wesentlichen auch bestimmt durch Vorgaben der Klinik. Die PA braucht spezifische Indikationen, d.h. Patienten, die für PA geeignet sind. In der “verhaltenstherapeutischen” Klinik St. Franziska-Stift ist dieser Rahmen nicht in notwendigem Ausmaß realisiert.

Für frühgestörte Patienten, wie sie z.B. in Suchtkliniken behandelt werden ist es wichtig, ein Halt gebendes, stabilisierendes Globalobjekt zu haben, das auch über die Zeit der aktuellen Therapie trägt und den Bezug zur Klinik fördert. Für den Großteil der Patienten im St. Franziska-Stift ist dieses nicht nötig bzw. für manche u.U. auch schädlich.

Neben diesen allgemeinen Prinzipien wurden die folgenden, nicht immer streng voneinander unterscheidbaren, Aspekte ausführlicher erörtert und von uns – zumeist stichwortarig – zusammengefaßt.

Gesamtbehandlungsplan

- Jeder Therapeut sollte im Gesamtbehandlungsplan eingebunden sein.
- Verschiedene Behandlungsformen werden aneinander angeschlossen.
- Dieser Ansatz ist idealerweise in der stationären Therapie zu realisieren, weil es hier von der Konzeption her verschiedene Felder gibt, die unterschiedliche Aufgaben übernehmen können. Sie haben unterschiedlichen Zugang zu verschiedenen Teilen der Persönlichkeit (durch verschiedene Techniken).
- Aufgrund der Diagnostik werden den einzelnen Feldern unterschiedliche Aufgaben zugeteilt, wobei aber alles unter dem Dach einer verbindenden psychodynamischen Hypothese erfolgt und eine psychosozial-rehabilitative Zielbestimmung daraus abgeleitet wird.
- Voraussetzung für ein Gelingen dieses Ansatzes ist kontinuierlicher Austausch im Team. Dieses ist im St. Franziska-Stift – aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen jedoch nur unzureichend – realisiert, u.a. durch Aufnahmekonferenz, Bilanzkonferenz, Abschlußbesprechung und wiederkehrende Teamkonferenzen.
- Bei diesem Austausch ist wichtig, daß auch alle Behandlunsfelder vertreten sind. Mit dem im Austausch entstandenen Bild des Patienten wird dieser dann später therapeutisch konfrontiert.
- Zum Gesamtbehandlungsplan korrespondiert der ideelle "Gesamtbehandler" (d.h., daß der Patient nicht von einzelnen Therapeuten, sondern vom Gesamtteam behandelt wird).

Arbeit im Team

- Die Beziehungsebene erfährt eine zentrale Beachtung und Bearbeitung, sowohl die der Therapeuten zum Patienten, wie auch die der Therapeuten untereinander. Es werden dabei nicht nur einzelne Aspekte geklärt, sondern auch geprüft und reflektiert, was im Team insgesamt und im Gesamtbehandlungsplan auf der Beziehungsebene stattfindet (dieses steht vermutlich im Gegensatz zur VT).
- Im therapeutischen Raum können sich unterschiedliche, teils konträre Gegenübertragungen einstellen. Für das Verständnis der Gegenübertragungsphänomene ist Identität und Selbsterfahrung unbedingt nötig.
- Es ist davon auszugehen, daß die PA-Abteilung vermutlich deutlich stärker unter dem Rotationsprinzip leidet als die VT. Die VT-Abteilung verwirklicht vermutlich weniger intensive Arbeit im Rahmen des Konzeptes eines multidimensionalen Therapieraums und benötigt deshalb auch weniger teambezogene Abstimmungsprozesse (wobei es sich beim Rotationsprinzip erneut um eine scheinbar neutrale Vorgabe der Klinik für beide Abteilungen handelt, die aber der analytischen Abteilung eher schadet, weil sie eine aufgespaltene Übertragungsbeziehung benötigt, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, daß das Team möglichst kontinuierlich zusammenarbeiten sollte.

Stationsgemeinschaft als Prinzip

- Aktive Förderung der Interaktion der Patienten untereinander. Das ist für Arbeit mit dem Patienten von großer Bedeutung. Die Patienten ziehen sich auf vertraute Interaktionsmuster zurück, die am ehesten ihren inneren Konflikten Rechnung tragen und die sie am wenigsten rühren (Konzept des Widerstandes).
- Stationsaktivität ist ein wichtiges Instrument, die Interaktion zu beschreiben (z.B. auch Stationssport, bei dem Patienten in nicht-verbaler und weniger gesteuerten Interaktion Erfahrungen machen).
- Aufgegriffen werden diese Erfahrungen der Patienten dabei nicht nur in den analytischen Gruppen selbst sondern in verschiedensten Feldern des Gesamtbehandlungsplans.

Fokaltherapie

- Die analytische Psychotherapie weist in der Klinik sicher auch das Prinzip der Zurückhaltung auf, allerdings ist es wegen der begrenzten Behandlungsdauer in der Regel erforderlich, Fokaltherapie durchzuführen. D.h., daß ein bestimmter Konflikt eingestellt wird, was u.U. in jeder Gruppenstunde neu notwendig werden kann. Die Auswahl des zu fokussierenden Konfliktes erfolgt aufgrund des Materials, das die Patienten in der Gruppe anbieten sowie auf der Basis der Informationen, die z.B. in der Aufnahmekonferenz oder in Teambesprechungen kommuniziert werden. Es wird gewöhnlich derjenige Konflikt fokussiert, der auf die meisten Lebensbereiche zutrifft (höchste Transferqualität). Es fließt dabei auch das ein, was die Patienten selbst als Hauptproblem identifizieren (dieses aber eben nicht ausschließlich).
- Der Fokus und die Arbeitshypothese werden im Lauf der Therapie überprüft und gegebenenfalls verändert.
- In Gruppen werden die Patienten auch auf Parallelen zwischen Verhalten in der Gruppe und in der Stationsaktivität hingewiesen. Es erfolgt also bereits hier schon ein aktives Eingreifen, welches bei ambulanten Gruppen in dieser Form nicht nötig wäre.
- Es gilt das Arbeitsprinzip des bewußten Gestaltens von Seiten der Therapeuten. Das bedeutet mitunter auch, daß Patienten, die bestimmte Konflikte (z.B. Kindheitsprobleme) geradezu anbieten, angehalten werden, das Augenmerk auf nach Therapeutensicht wichtigere Konflikte zu richten. “Anbieten” eines Konfliktes kann also auch Widerstand sein.

Diagnostik

- Informationen werden aus verschiedensten Gesprächen des Patienten (u.a. mit Schwestern, Gestaltungstherapeuten, im Rahmen des Aufnahmegespräch etc.) gewonnen und aus dem, was beim Patienten auf der Station wahrgenommen wird.
- Die Diagnose wird ebenfalls ständig überprüft (in institutionalisierter Form z.B. im Rahmen der Zwischenbilanz, aber auch permanent auf der Basis von „Alltagsinformationen“). Es handelt sich dabei immer und eine diagnostische Hypothese, nicht um ein dauerhaftes Label.
- Der Therapeut selbst ist auch ein Instrument der Diagnostik, indem er die Patienten auf der Station wahrnimmt und erlebt und daraus Schlüsse zieht.

Potentielle Wirkfaktoren

- Interaktionen der Patienten.
- Kontinuität der Gruppen (eine Vielzahl verschiedener Gruppen, die jedoch in gleicher Zusammensetzung erfolgen).
- Ereignisse in Gruppen werden zwischen den Therapeuten kommuniziert.
- Selbsterkenntnis durch Beziehungserleben.
- Angestrebt wird weniger eine Besserung auf Symptomebene (obwohl auch hier Verbesserungen erzielt werden), als daß sich die Lebenserfahrung durch die analytische Psychotherapie verändert, in dem u.a. Probleme erkannt und neues Selbstvertrauen gewonnen werden kann.
- Hilfe zur Selbsthilfe ist ein zentrales Element
- Verantwortung für die Therapie wird dem Patienten nicht abgenommen

[...]"

b) **Arbeitsrichtlinien der VT**

Vorbemerkung:
Der folgende Auszug gibt Kernbestandteile ('Essentials') verhaltenstherapeutischer /verhaltensmedizinischer Arbeit wider, wie sie vom leitenden Psychologen der VT-Abteilung, Herr Dr. Terporten, in einem einleitenden Vortrag während der Konsensus-Konferenz dargestellt wurden, sowie die Ergebnisse einer dreistufigen Einschätzung dieser Kernbestandteile durch die verhaltenstherapeutischen Mitarbeiter der Klinik. Die Einschätzungen erfolgten hinsichtlich folgender drei Fragestellungen:

a) "Für wie wichtig halte ich ... für mein verhaltenstherapeutisches Arbeiten hier bei uns in der Klinik, also unter den gegebenen Bedingungen?"
   (Skala von 0-10, wobei 0 = gar nicht wichtig und 10 = extrem wichtig)
b) "Zu wieviel Prozent in unserem durchschnittlichen Arbeitsalltag auf der Verhaltensmedizinischen Abteilung wird ... als umgesetzt bewertet?"
   (0% = überhaupt nicht; 100% = immer)
c) "In Abgrenzung zur PA (aus meinem Erleben von PA-Arbeit hier in der Klinik): Wie stark erwarte ich bei ... Kontraste zur PA?"
   (Skala von 0-10, wobei 0 = kein Unterschied und 10 = maximale Diskriminierung zw. VT und PA)

Im Verlauf der Beschäftigung mit den vorformulierten Kernbestandteilen der VT-Arbeit in der Klinik wurden einige Modifizierungen (Ergänzungen, Umformulierungen, Streichungen) vorgenommen.

Auszug aus Gold, Grimmer, Koch, Lotz-Rambaldi, 1998:

"[...]
Im folgenden werden die insgesamt 19 Essentials mit den jeweiligen Einschätzungen der Teilnehmer genannt [...]:

1) VT/VM-Behandlung geht in der Regel eine Verhaltensanalyse voraus, die an die lebensgeschichtliche und lerngeschichtliche Entwicklung anknüpft; die Verhaltensanalyse differenziert eine horizontale und vertikale Verhaltensanalyse; Therapieziele werden abgeleitet und operationalisiert.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9	range: 8-10
b) Umsetzung:	∅ = 62%	range: 40%-70%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 8,9	range: 7-10

2) VT/VM setzt die operationalisierten Therapieziele in speziellen Schritten um.

a) Wichtigkeit:	∅ = 8,8	range: 6-10
b) Umsetzung:	∅ = 78%	range: 60%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 8	range: 7-9

3) VT/VM verordnet Übungen und Hausaufgaben.

a) Wichtigkeit:	∅ = 8,7	range: 7-10
b) Umsetzung:	∅ = 65%	range: 50%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 7,8	range: 5-10

4) VT/VM setzt in der Einführung zum Eingang der verhaltensmedizinischen Behandlung über Information an der Therapiemotivation und am Kompetenzerleben des Patienten an; zur VT/VM gehört Motivationsanalyse im Verlauf der Therapie (Thematisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen als Wirkfaktor).

a) Wichtigkeit:	∅ = 8,4	range: 7-9
b) Umsetzung:	∅ = 72%	range: 60%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 2,6	range: 0-10

5) VT/VM strukturiert den Therapieverlauf; genuin gehören Bilanz, Therapieschritte und Zeitplanung zur Behandlung.

a) Wichtigkeit:	∅ = 7,2	range: 5-9
b) Umsetzung:	∅ = 44%	range: 30%-50%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 3,2	range: 1-6

6) VT/VM impliziert psychoedukative Aspekte, z.B. Information.

a) Wichtigkeit:	∅ = 7,1	range: 5-9
b) Umsetzung:	∅ = 72%	range: 60%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 5,2	range: 3-8

7) VT/VM erstellt eine Behandlungsplanung auf der Basis von Reha-Aspekten und der Verhaltensanalyse (Stichwort: Sozialmedizinisches Krankheitsmodell).

a) Wichtigkeit:	∅ = 6,1	range: 4-10
b) Umsetzung:	∅ = 59%	range: 50%-70%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 0,9	range: 0-3

8) VT/VM erstellt eine differentielle Indikation und kombiniert Behandlungsangebote und -methoden; diese werden adaptiv auf den Patienten zugeschnitten.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,2	range: 7-10
b) Umsetzung:	∅ = 82%	range: 80%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 2,8	range: 0-8

9) VT/VM differenziert somatisch/pyhsiologische, kognitive, emotionale und Verhaltensziele des Pat.; diese werden mit dem Pat. abgestimmt.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9	range: 8-10
b) Umsetzung:	∅ = 72%	range: 60%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 4	range: 0-6

10) VT/VM führt Verhaltensbeobachtung durch und leitet den Pat. in der Behandlung zur Selbstbeobachtung an.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,6	range: 9-10
b) Umsetzung:	∅ = 84%	range: 80%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 3,4	range: 1-7

11) VT/VM vermittelt dem Pat. auf der Basis eines wissenschaftlich fundierten Störungskonzeptes und einer Störungstheorie ein glaubwürdiges/plausibles Störungsmodell und Änderungsmodell.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,3	range: 8-10
b) Umsetzung:	∅ = 74%	range: 50%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 8,2	range: 6-10

12) VT/VM verlangt Therapiekontrolle und begleitende Diagnostik, Prozeß- und Ergebnisevaluation (empirische Überprüfung, auf Einzelfall bezogen).

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,1	range: 8-10
b) Umsetzung:	∅ = 57%	range: 40%-70%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 6,7	range: 4-10

13) VT/VM setzt nach Aggregation der Diagnosen am akuten Beschwerdefokus an (Pat. wird dort abgeholt, wo er ist).

a) Wichtigkeit:	∅ = 8,3	range: 6-10
b) Umsetzung:	∅ = 74%	range: 50%-85%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 4,3	range: 1-7

14) VT/VM-Behandlung gestaltet die therapeutische Beziehung abhängig vom Störungsbild, vom individuellen Behandlungsangebot, vom Stadium der Therapie und von der spezifischen Situation, in der die Therapie stattfindet.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,6	range: 6-10
b) Umsetzung:	∅ = 62%	range: 30%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 1,9	range: 0-5

(im Sinne von: „Das kriegen beide nicht hin!“)

15) VT/VM bereitet den Transfer von Verhaltensschritten nach Abschluß der Therapie vor; Rückfallprävention!

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,8	range: 9-10
b) Umsetzung:	∅ = 68%	range: 50%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 2,7	range: 0-8

16) VT/VM-Basisgruppentherapie beinhaltet standardisiert: Krankheitsverständnis, soziale Kompetenz, Problemlösung etc. (Stichwort: Konzepte).

a) Wichtigkeit:	∅ = 8,7	range: 7-10
b) Umsetzung:	∅ = 61%	range: 40%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 10	range: /

17) Störungsspezifische Gruppentherapien beinhalten standardisiert: störungsspezifische Information, Änderungsmodell und Interventionen.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9	range: 7-10
b) Umsetzung:	∅ = 77%	range: 70%-80%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 10	range: /

18) VT/VM setzt eine tragfähige Patient-Therapeuten-Beziehung für die Therapie voraus.

a) Wichtigkeit:	∅ = 10	range: /
b) Umsetzung:	∅ = 86%	range: 80%-90%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 1,2	range: 0-5

19) VT/VM nutzt die Patienteninteraktion auf der Station.

a) Wichtigkeit:	∅ = 9,7	range: 9-10
b) Umsetzung:	∅ = 68%	range: 40%-95%
c) erwarteter Kontrast zur PA:	∅ = 5,9	range: 3-7

[...]"

Anhang B

Tabelle 1
Items des HaPPS-B - Quellen und Dimensionszugehörigkeit

Item-Nr. im HaPPS-B	Itemformulierung	Item-Quelle
Therapeutische Beziehungsgestaltung (6 Items)		
4	Der Therapeut geht vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten um, ist auf den Patienten eingestimmt und einfühlsam.	PQS 6[a]
7	Der Therapeut ist distanziert, entfernt (vs. interessiert und gefühlsmäßig beteiligt).	PQS 9
18	Der Therapeut vermittelt eine Atmosphäre nichtwertenden Akzeptierens.	PQS 18
21	Der Therapeut offenbart eigene Gefühle, Einstellungen, Werte oder Erfahrungen.[b]	VPPS 68
39	Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein.	PQS 45
64	Der Therapeut ist neutral.[b]	PQS 93
Direktivität (5 Items)		
10	Stille entsteht während der Stunde.	PQS 12
16	Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z.B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).	PQS 17
31	Der Therapeut gibt explizit Rat und Führung (vs. weicht aus, auch dann, wenn er aufgefordert wird).	PQS 27
3	Die Themen werden vom Therapeuten in die Sitzung eingebracht. (vs.: Die Themen werden vom Patienten in die Sitzung eingebracht.)	selbst entwickelt
40	Die Kommunikaton vollzieht sich direkt zwischen den Gruppenmitgliedern, ohne dass der Therapeut sich einschaltet.	selbst entwickelt
Strukturiertheit (5 Items)		
1	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.	PQS 4
28	Das Gespräch hat einen bestimmten Schwerpunkt / bestimmte Schwerpunkte.	PQS 23 erweitert
2	Der Therapeut vereinbart mit dem Patienten / der Gruppe einen Verlaufsplan, nach dem sich der Ablauf der Sitzung richtet bzw. es wird deutlich, dass es einen solchen Plan gibt.	CSPRS 1 (1)+(2) erweitert GP
68	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten / der Gruppe daran, ein größeres Vorhaben (Therapieziel) oder Problem in kleinere, einfache, spezielle Schritte aufzuteilen.	MTRS 3 + MTRS 12 modifiziert; AR Therap
32	Der Therapeut fasst die Schlüsselthemen dieser oder der vergangenen Sitzung zusammen, bzw. ermutigt den Patienten / die Gruppe, dies zu tun.	CSPRS 80 erweitert GP
Emotion (5 Items)		
23	Der Therapeut fokussiert Schuldgefühle bei Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 22 erweitert GP
58	Der Therapeut kommentiert Veränderung in der Stimmung oder den Gefühlen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 79 erweitert GP
60	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 81 modifiziert
17	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht ausdrücken oder wahrnehmen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	CSPRS 52 erweitert GP

15	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle und Impulse besser zu kontrollieren (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	VPPS 63 erweitert GP
Kognitive Interventionen (4 Items)		
33	Das Gespräch konzentriert sich auf kognitive Themen (z.B. Ideen, Glaubenssysteme).	PQS 30
54	Reale vs. eingebildete Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.	PQS 68
9	Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Erhebung, Diskussion oder Veränderung von Kognitionen) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	selbst entwickelt (Basis: CSPRS 57-68)
20	Der Therapeut ermutigt den Patienten, Stimmungen (emotionale Zustände), die der Patient erlebt hat (oder noch erleben wird) mit den ablaufenden Gedankengängen in Verbindung zu setzen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	CSPRS 54 erweitert GP
Exploration (3 Items)		
42	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen und Erläuterungen.	PQS 31
34	Der Therapeut exploriert die Situation des Patienten.	selbst entwickelt
52	Der Therapeut exploriert die Gefühle des Patienten.	selbst entwickelt
Konfrontation (5 Items)		
8	Der Therapeut weist den auf den Gebrauch von Abwehrmechanismen hin z.B. Ungeschehen machen, Verleugnung (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe)	PQS 36 erweitert GP
43	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Ärger, Neid, Aufregung) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	PQS 50 erweitert GP
46	Der Therapeut fordert den Patienten / die Gruppe auf, sich mit für sie ungewohnten oder unangenehmen Dingen auseinanderzusetzen.	selbst entwickelt
29	Der Therapeut ist konfrontierend.	VPPS 69 modifiziert
19	Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.	selbst entwickelt
Behaviorale Interventionen (7 Items)		
38	Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die der Patient außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen.	PQS 38 erweitert (auf Basis von CSRRS und MTRS); AR Therap
26	Der Therapeut leitet den Patienten / die Gruppe Gefühle, Gedanken, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen oder bespricht mit dem Patienten entsprechende Aufzeichnungen. (Ermutigung zu Selbstbeobachtung in unstrukturierter Form sollten gesondert notiert werden)	CSPRS 75 + 76 modifiziert AR Therap
24	Der Therapeut übt mit dem Patienten Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlöseverhalten ein.	TPI-R 48 modifiziert ; AR Therap
25	Es wird aus der lebensgeschichtlichen (lerngeschichtlichen) Entwicklung des Patienten eine Verhaltensanalyse erarbeitet bzw. es wird auf eine früher erstellte Verhaltensanalyse Bezug genommen.	selbst entwickelt; AR Therap
22	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, alternative Verhaltensweisen zu planen oder zu üben, um sie außerhalb der Therapie benutzen zu können.	CSPRS 70
37	Der Therapeut formuliert zusammen mit dem Patienten / der Gruppe Situationen, Ziele oder Probleme auf vier Ebenen: somatisch/ physiologisch, kognitiv, emotional und verhaltensmäßig.	selbst entwickelt; AR Therap
57	Der Therapeut bestärkt die Äußerungen / Verhaltensweisen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	selbst entwickelt

Selbstwirksamkeit (4 Items)		
41	Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 48 erweitert GP
56	Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 76 erweitert GP
51	Der Therapeut oder die Gruppe erkennt die Fortschritte des Patienten in der Therapie an oder beruhigt ihn, das sie sich in Kürze einstellen werden (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	TPI-R 45
55	Es geht in der Sitzung um positive Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen des Patienten.	WIFA modifiziert
70	Der Therapeut betont, dass der Patient selbst zur Verbesserung seines Befinden beitragen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	selbst entwickelt
Interpretation (5 Items)		
45	Der Therapeut identifiziert ein wiederkehrendesThema in den Erfahrungen oder Verhalten des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	PQS 62 erweitert GP
53	Der Therapeut interpretiert abgewehrte oder unbewußte Wünsche, Gefühle oder Ideen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	PQS 67 erweitert GP
5	Der Therapeut gibt eine Interpretation, bei der er die aktuellen Belange des Patienten erklärt in Begriffen von Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitstendenzen erklärt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	CSPRS 22 (1) gekürzt
12	Der Therapeut betont den Konflikt zwischen dem Wunsch des Patienten nach Unabhängigkeit und den nach Abhängigkeit (Angewiesensein) als einen wichtigen Faktor bei den Problemen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	CSPRS 23
44	Der Therapeut nimmt Interpretationen vor (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	ISTS modifiziert
Beziehungen (5 Items)		
47	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	PQS 63
49	Liebe oder romantische Beziehungen sind ein Thema.	PQS 64
14	Der Therapeut stellt Muster heraus, die sich in zwei oder mehr Beziehungen des Patienten wiederfinden lassen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	CSRRS 29 modifiziert (auch: erweitert GP)
48	Partnerschaft / intime Beziehungen sind ein Thema.	selbst entwickelt
63	Die Beziehungen zu den Mitpatienten bzw. Gruppenteilnehmern sind ein Thema.	selbst entwickelt
Gruppe (5 Items)		
66	Der Therapeut trägt dazu bei, dass die gesamte Gruppe sich mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst.	KPPS 7 modifiziert
59	Der Therapeut nimmt Bezug auf die Position Einzelner in der Gruppe (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	KPPS 11 erweitert GP
30	Das therapeutische Arbeiten in der Gruppe wird thematisiert.	selbst entwickelt (Basis: GSRC 7)
6	Das unmittelbare aktuelle Befinden der Patienten (in der Sitzung) wird thematisiert.	selbst entwickelt (Basis: GSRC 7)
69	An der Interaktion in der Sitzung ist der Therapeut und die Gruppe als Ganze beteiligt. (vs. Die Interaktion findet zwischen dem Therapeuten und einzelnen Patienten statt.)	KPPS 10 modifiziert
Vergangenheit (4 Items)		

36	Die aktuelle oder gerade vergangene Lebenssituation des Patienten wird betont.	PQS 69
62	Die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten werden auf die Vergangenheit bezogen.	PQS 92
11	Es geht in der Sitzung um wichtige vergangene Beziehungen.	CSPRS 46 verkürzt
50	In der Sitzung geht es um länger zurückliegende Ereignisse.	selbst entwickelt
Übertragung (3 Items)		
65	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	PQS 98
67	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	PQS 100 erweitert GP
61	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der Beziehung eines Patienten zu anderen Gruppenmitgliedern und dessen sonstigen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	selbst entwickelt
Edukation (3 Items)		
27	Der Therapeut gibt Informationen spezifisch sachlicher Natur.	TAS 17
35	Der Therapeut vermittelt ein Störungs- und Änderungsmodell.	selbst entwickelt; AR Therap
13	Im Gespräch geht es um körperliche Funktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit.	PQS 16

Anmerkungen.

AR Therap	Arbeitsrichtlinien entwickelt durch die Psychotherapeuten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stifts Bad Kreuznach (siehe Beschreibung im Text).
selbst entwickelt	Items, die von den Autoren des HaPPS-B selbst generiert worden sind.
erweitert GP	Das Originalitem wurde um die Gruppenperspektive. I. d. R. wurde der Zusatz "...(oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe)." ergänzt.
a	Die Abkürzungen der Instrumente in Spalte 3 beziehen sich auf die in Kapitel VIII eingeführten und in Tabelle 4 im Überblick dargestellten Verfahren. Die Ziffern geben die Nummern des Items in Originalinstrument an, z.B. ist mit "PQS 6" das Item Nr. 6 im Psychotherapy Process Q-Sort gemeint.
b	Item, das aufgrund der Ergebnisse der statistischen Itemanalysen nachträglich aus der Dimension herausgenommen wurde (vgl. Kap. X, Abschnitt 2)

Anhang C

Die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala – Beobachter / Gruppenform (HaPPS-B) mit Itemschlüssel

Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala – Beobachter / Gruppenform (HaPPS-B)

Datum: _____

RaterIn: _____

Therapiesitzung/Gruppe: _____

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel-mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1.	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.	1	2	3	4	5
2.	Der Therapeut vereinbart mit dem Patienten / der Gruppe einen Verlaufsplan, nach dem sich der Ablauf der Sitzung richtet bzw. es wird deutlich, dass es einen solchen Plan gibt.	1	2	3	4	5
3.	Die Themen werden vom Therapeuten in die Sitzung eingebracht. (vs.: Die Themen werden vom Patienten in die Sitzung eingebracht.)	1	2	3	4	5
4.	Der Therapeut geht vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten um, ist auf den Patienten eingestimmt und einfühlsam.	1	2	3	4	5
5.	Der Therapeut gibt eine Interpretation, bei der er die aktuellen Belange des Patienten in Begriffen von Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitstendenzen erklärt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
6.	Das unmittelbare aktuelle Befinden der Patienten (in der Sitzung) wird thematisiert.	1	2	3	4	5
7.	Der Therapeut ist distanziert, entfernt (vs. interessiert und gefühlsmäßig beteiligt).	1	2	3	4	5
8.	Der Therapeut weist den auf den Gebrauch von Abwehrmechanismen hin, z.B. Ungeschehen machen, Verleugnung (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
9.	Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Erhebung, Diskussion oder Veränderung von Kognitionen) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
10.	Stille entsteht während der Stunde.	1	2	3	4	5
11.	Es geht in der Sitzung um wichtige vergangene Beziehungen.	1	2	3	4	5
12.	Der Therapeut betont den Konflikt zwischen dem Wunsch des Patienten nach Unabhängigkeit und dem nach Abhängigkeit (Angewiesensein) als einen wichtigen Faktor bei den Problemen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
13.	Im Gespräch geht es um körperliche Funktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit.	1	2	3	4	5
14.	Der Therapeut stellt Muster heraus, die sich in zwei oder mehr Beziehungen des Patienten wiederfinden lassen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
15.	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle und Impulse besser zu kontrollieren (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
16.	Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z.B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).	1	2	3	4	5

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel-mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
17.	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht ausdrücken oder wahrnehmen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
18.	Der Therapeut vermittelt eine Atmosphäre nichtwertenden Akzeptierens.	1	2	3	4	5
19.	Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.	1	2	3	4	5
20.	Der Therapeut ermutigt den Patienten, Stimmungen, die der Patient erlebt hat (oder noch erleben wird) mit den ablaufenden Gedankengängen in Verbindung zu setzen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
21.	Der Therapeut offenbart eigene Gefühle, Einstellungen, Werte oder Erfahrungen.	1	2	3	4	5
22.	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, alternative Verhaltensweisen zu planen oder zu üben, um sie außerhalb der Therapie benutzen zu können.	1	2	3	4	5
23.	Der Therapeut fokussiert Schuldgefühle beim Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
24.	Der Therapeut übt mit dem Patienten Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlöseverhalten ein.	1	2	3	4	5
25.	Es wird aus der lebensgeschichtlichen (lerngeschichtlichen) Entwicklung des Patienten eine Verhaltensanalyse erarbeitet bzw. es wird auf eine früher erstellte Verhaltensanalyse Bezug genommen.	1	2	3	4	5
26.	Der Therapeut ermutigt den Patienten / die Gruppe, Gefühle, Gedanken, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen oder bespricht mit dem Patienten entsprechende Aufzeichnungen. (Ermutigung zur Selbstbeobachtung in unstrukturierter Form sollten gesondert notiert werden)	1	2	3	4	5
27.	Der Therapeut gibt Informationen spezifisch sachlicher Natur.	1	2	3	4	5
28.	Das Gespräch hat einen bestimmten Schwerpunkt / bestimmte Schwerpunkte.	1	2	3	4	5
29.	Der Therapeut ist konfrontierend.	1	2	3	4	5
30.	Das therapeutische Arbeiten in der Gruppe wird thematisiert.	1	2	3	4	5
31.	Der Therapeut gibt explizit Rat und Führung (vs. weicht aus, auch dann, wenn er aufgefordert wird).	1	2	3	4	5
32.	Der Therapeut fasst die Schlüsselthemen dieser oder der vergangenen Sitzung zusammen, bzw. ermutigt den Patienten/die Gruppe, dies zu tun.	1	2	3	4	5
33.	Das Gespräch konzentriert sich auf kognitive Themen (z.B. Ideen, Glaubenssysteme).	1	2	3	4	5
34.	Der Therapeut exploriert die Situation des Patienten.	1	2	3	4	5
35.	Der Therapeut vermittelt ein Störungs- und Änderungsmodell.	1	2	3	4	5
36.	Die aktuelle oder gerade vergangene Lebenssituation des Patienten wird betont.	1	2	3	4	5
37.	Der Therapeut formuliert zusammen mit dem Patienten / der Gruppe Situationen, Ziele oder Probleme auf vier Ebenen: somatisch/ physiologisch, kognitiv, emotional und verhaltensmäßig.	1	2	3	4	5

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel-mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
38.	Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die der Patient außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen.	1	2	3	4	5
39.	Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein.	1	2	3	4	5
40.	Die Kommunikaton vollzieht sich direkt zwischen den Gruppenmitgliedern, ohne dass der Therapeut sich einschaltet.	1	2	3	4	5
41.	Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
42.	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen und Erläuterungen.	1	2	3	4	5
43.	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Ärger, Neid, Aufregung) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
44.	Der Therapeut nimmt Interpretationen vor (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
45.	Der Therapeut identifiziert ein wiederkehrendes Thema in den Erfahrungen oder Verhalten des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
46.	Der Therapeut fordert den Patienten / die Gruppe auf, sich mit für sie ungewohnten oder unangenehmen Dingen auseinanderzusetzen.	1	2	3	4	5
47.	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	1	2	3	4	5
48.	Partnerschaft/intime Beziehungen sind ein Thema.	1	2	3	4	5
49.	Liebe oder romantische Beziehungen sind ein Thema.	1	2	3	4	5
50.	In der Sitzung geht es um länger zurückliegende Ereignisse.	1	2	3	4	5
51.	Der Therapeut erkennt die Fortschritte des Patienten in der Therapie an oder beruhigt ihn, das sie sich in Kürze einstellen werden (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
52.	Der Therapeut exploriert die Gefühle des Patienten.	1	2	3	4	5
53.	Der Therapeut interpretiert abgewehrte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Ideen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
54.	Reale vs. eingebildete Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.	1	2	3	4	5
55.	Es geht in der Sitzung um positive Fähigkeiten und Kompetenz-erwartungen des Patienten.	1	2	3	4	5
56.	Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
57.	Der Therapeut bestärkt die Äußerungen/Verhaltensweisen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
58.	Der Therapeut kommentiert Veränderung in der Stimmung oder den Gefühlen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
59.	Der Therapeut nimmt Bezug auf die Position Einzelner in der Gruppe (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel-mäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
60.	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
61.	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der Beziehung eines Patienten zu anderen Gruppenmitgliedern und dessen sonstigen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
62.	Die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten werden auf die Vergangenheit bezogen.	1	2	3	4	5
63.	Die Beziehungen zu den Mitpatienten bzw. Gruppenteilnehmern sind ein Thema.	1	2	3	4	5
64.	Der Therapeut ist neutral.	1	2	3	4	5
65.	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs	1	2	3	4	5
66.	Der Therapeut trägt dazu bei, dass die gesamte Gruppe sich mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst.	1	2	3	4	5
67.	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5
68.	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten / der Gruppe daran, ein größeres Vorhaben (Therapieziel) oder Problem in kleinere, einfache, spezielle Schritte aufzuteilen.	1	2	3	4	5
69.	An der Interaktion in der Sitzung ist der Therapeut und die Gruppe als Ganze beteiligt. (vs. Die Interaktion findet zwischen dem Therapeuten und einzelnen Patienten statt.)	1	2	3	4	5
70.	Der Therapeut betont, dass der Patient selbst zur Verbesserung seines Befindens beitragen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	1	2	3	4	5

Itemschlüssel

Bereich	**Items**
Kognitive Interventionen	9, 20, 33, 54
Behaviorale Interventionen	22, 24, 25, 26, 37, 38, 57
Interpretation	5, 12, 44, 45, 53
Emotion	17, 23, 58, 60
Beziehungen	14, 47, 48, 49, 63
Übertragung	61, 65, 67
Vergangenheit	11, 36*, 50, 62
Konfrontation	8, 19, 29, 43, 46
Selbstwirksamkeit	41, 51, 55, 56, 70
Psychoedukation	13, 27, 35
Exploration	34, 42, 52
Direktivität	3, 16, 31, 40*
Strukturiertheit	1, 2, 28, 32, 68
Therapeutische Beziehungsgestaltung	4, 7*, 18, 39
Gruppe	30, 59, 66, 69

Einzelitems:
6, 10, 15, 21, 64,

Anmerkung:
Über alle Items einer Skala wird der Skalenmittelwert berechnet, wobei die mit * gekennzeichneten Items recodiert in den Skalenwert einfließen.

Anhang D

Manual zur Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala – Beobachter (HaPPS-B)

Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala - Beobachter (HaPPS-B)

MANUAL

Birgit Watzke

Holger Schulz

Uwe Koch

Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf
Abteilung für Medizinische Psychologie
Arbeitsgruppe Stationäre Psychotherapieforschung

April 2000

1. Allgemeine Anmerkungen

1.1 *Einschätzungen von Verhalten des Therapeuten[38]:*

Unser Instrument ist entwickelt worden, um zentrale Prozessmerkmale von Psychotherapien zu erfassen. Dabei soll insbesondere die Therapeutenseite (Verhalten i.w.S.: Interventionen, Haltungen usw. des Therapeuten) eingeschätzt werden, nicht die Patientenseite. Daher ist es wichtig, das Verhalten des Therapeuten - soweit wie möglich –zu unterscheiden vom Verhalten des Patienten in Reaktion auf den Therapeuten. Dies ist nicht möglich bei Items, bei denen das Vorkommen bestimmter Themen während der Sitzung wie z.B. "Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema" (Item 47) eingeschätzt werden soll Für die überwiegende Mehrheit der Items gilt jedoch, dass die Rater versuchen sollen, nur das Therapeutenverhalten einzuschätzen, nicht die Reaktionen der Patienten.
Bei der Einschätzung des Verhaltens des Therapeuten soll der Rater das in Betracht ziehen, was der Therapeut versucht zu tun, nicht ob die Versuche erfolgreich oder nicht sind. Zum Beispiel soll bei Item 39 ("Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein.") eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß der Therapeut unterstützende und bestärkende Verhaltensweisen und Haltungen zeigt. Dieses Item soll eine hohe Einschätzung bekommen, wenn der Therapeut in einem hohen Maße versucht, unterstützend zu sein, unabhängig davon, ob der Patient sich unterstützen lässt.

1.2 *Förderung und Ermutigung von Verhaltensweisen durch den Therapeuten ("Faciliation")*

Unser Instrument soll vor allem die Therapeutenseite erfassen. Hierbei kann die Schwierigkeit entstehen, dass der Patient oder die Gruppe ein in Frage stehendes Verhalten initiiert oder behandelt, ohne dass der Therapeut involviert ist. In diesen Fällen muss nicht unbedingt eine niedrige Einschätzung vergeben werden.
Bedingung für eine Einschätzung größer als 1 ist hierbei, dass der Therapeut das gezeigte Verhalten, die gewählten Themen o. ä. zumindest toleriert.
Ist offensichtlich, dass ein Therapeut einen bestimmten Bereich nicht behandelt haben möchte (wechselt er z. B. das Thema oder fordert er dazu die Patienten auf), sollte dieser Bereich keine Einschätzung größer als 1 erhalten.

1.3 *Einschätzung des Ausmaßes, nicht der Qualität:*

Das Instrument ist entwickelt worden, um das Ausmaß, nicht die Qualität, mit der der Therapeut dieses Verhalten ausübt, einschätzen zu lassen. (Obwohl das Ausmaß nicht völlig unabhängig von der Qualität des therapeutischen Verhaltens ist, soll der Rater nicht die Qualität des Verhaltens an sich in die Einschätzung einbeziehen.)

[38] Ausschließlich der besseren Lesbarkeit halber wird im gesamten Text sowie in den Items des Einschätzungsinstrumentes durchgängig die maskuline Form verwendet, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

1.4 *Häufigkeit vs. Intensität*:

Die meisten Items erfordern eine Einschätzung, in welchem Ausmaß oder Grad bzw. wie "eingehend" ein bestimmtes Verhalten auftritt. Um das "Ausmaß" einschätzen zu können, muss der Rater sowohl die Häufigkeit, mit dem das Verhalten in der Sitzung auftritt, als auch die Intensität, mit dem das Verhalten verfolgt wird, einbeziehen.
Bei der Einschätzung gibt es für das Verhältnis der Wichtigkeit von Häufigkeit und Intensität keine festen Regeln. Dieses Verhältnis ist vom jeweiligen Item, d.h. von der Art des zu erfassenden Verhaltens (z.B. Konfrontation des Therapeuten vs. Hausaufgaben) abhängig, sowie von den Verfahren, die ein Therapeut zur Umsetzung bestimmter Interventionen benutzt.

1.5 *Vermeidung von Halo-Effekten:*

Unser Instrument ist entwickelt worden, um das Verhalten des Therapeuten in der Sitzung zu beschreiben. Um es korrekt anzuwenden ist es wichtig, dass der Rater das beurteilt, was er wirklich hört und nicht das, von dem er denkt, es hören zu müssen bzw. zu wollen.

Der Rater muss sicherstellen, für seine Beurteilung eines Items die gleichen Maßstäbe anzulegen - ungeachtet

a) der Therapieform, von der er denkt, sie gerade zu beurteilen;

b) der anderen Verhaltensweisen, die der Therapeut während der Sitzung zeigt;

c) dessen, wie die anderen Items eingeschätzt wurden;

d) dessen, wie der Rater den Therapeuten bezüglich seiner Qualifikation hinsichtlich einer bestimmten Modalität einschätzt;

e) dessen, wie sympathisch der Rater den Therapeuten findet;

f) dessen, ob der Rater von der Verhaltensweise, die er einschätzen soll, denkt, dass sie negativ bzw. positiv ist.

Beispiel für ein Halo Effekt, das aus dem Urteil des Raters über die Therapiemodalitäten entsteht (Punkt a) s.o.):
Der Rater denkt, dass das einzuschätzende Item einen Aspekt aus Modalität A messen soll. So könnte das Item eine höhere Einschätzung bekommen, wenn der Rater annimmt, dass der Therapeut auch Modalität A praktiziert. Umgekehrt könnte das Item eine niedrigere Einschätzung bekommen als angebracht, wenn der Rater annimmt das der Therapeut nicht Modalität A praktiziert.

Beispiel für ein Halo Effekt, das daraus entsteht, dass der Rater in die Einschätzung des Items andere Verhaltensweisen, die der Therapeut in der Sitzung zeigt, mit einbezieht (Punkt b) s.o.):
Bei der Entscheidung, welche Einschätzung einem Item zugewiesen werden soll, kann es passieren, dass der Rater fälschlicherweise seine Einschätzung auf Verhaltensweisen des Therapeuten basiert, die den zu beurteilenden ähneln bzw. mit denen sie kovariieren könnten. (Generelle Anmerkungen, *1.6 Unterscheidungen machen,* geht hierauf näher ein.)

Beispiel für ein Halo Effekt, das daraus entsteht, dass der Rater seine Einschätzung für ein bestimmtes Item darauf basiert, welche Einschätzungen er den anderen Items zugeschrieben hat. (Punkt c) s.o.):
Bei der Entscheidung, welche Einschätzung einem Item zugewiesen werden soll, kann es sein, dass der Rater fälschlicherweise diese darauf basiert, welche Einschätzung er den anderen Items des Instruments zugeschrieben hat. Dies geschieht meist, wenn der Rater denkt, dass die Einschätzung eines anderen Items

die des momentan einzuschätzenden Items beeinflusst. Bsp.: Der Rater schreibt dem Item „Einfühlung“ eine hohe Einschätzung zu, weil er dem Therapeuten eine hohe Einschätzung bei dem Item „Unterstützung“ zugeschrieben hat. Jedes Item sollte unabhängig von dem anderen eingeschätzt werden.

Beispiel für ein Halo Effekt, das daraus entsteht, dass der Rater in seine Einschätzung sein Urteil über die Qualifikation des Therapeuten miteinbezieht (Punkt d) s.o.):
Der Rater nimmt an, dass der Therapeut Modalität A praktiziert und außerdem dass das einzuschätzende Item einen Aspekt der Modalität A messen soll. Von diesen Annahmen ausgehend kann es sein, dass das Item eine niedrigere Einschätzung erhält als angebracht, wenn der Rater denkt, dass der Therapeut für Modalität A nicht qualifiziert ist; und eine höhere Einschätzung als angebracht, wenn er denkt, dass der Therapeut für Modalität A sehr qualifiziert ist.

Beispiel für ein Halo Effekt, das daraus entsteht, dass der Rater in seine Einschätzung miteinbezieht, wie sympathisch er den Therapeuten findet (Punkt e) s.o.):
Bei der Entscheidung welche Einschätzung einem Item wie z.B. „Unterstützung“ zugewiesen werden soll, kann es sein, dass dieses Item eine hohe Einschätzung bekommt, weil der Rater dem Therapeuten gegenüber allgemein positiv gestimmt ist.

Beispiel für ein Halo Effekt, das daraus entsteht, dass der Rater in seine Einschätzung miteinbezieht, ob er die einzuschätzende Verhaltensweise als positive oder negative bewertet (Punkt f) s.o.):
Der Rater weist einem Item eine niedrigere Einschätzung zu als gerechtfertigt, weil er denkt, dass der Therapeut ein guter Therapeut ist und die Verhaltensweise, die gemessen werden soll, nicht wünschenswert ist. Ähnlich mag der Rater dem Item eine höhere Einschätzung zuweisen als gerechtfertigt, weil der von dem Therapeuten denkt, dass er ein guter Therapeut ist und die zu messende Verhaltensweise wünschenswert ist.

1.6 ***Einschätzen von verbundene Beziehungen:***

Fälle von „UND“ und „ODER“, die besonders wichtig sind zu beachten, sind in Großschrift gedruckt. Wenn zwei Aspekte einer Verhaltensweise, die in einem Item spezifiziert sind, durch ein „UND“ verbunden sind, müssen beide Aspekte präsent sein, um dem Item eine hohe Einschätzung geben zu können. Wenn zwei Aspekte durch ein „ODER“ verbunden sind, kann dem Item eine hohe Einschätzung zugewiesen werden, auch wenn nur eins der beiden Aspekte präsent ist.

1.7 ***Unterscheidungen machen:***

Da die Items des Instruments bezüglich Ihrer Bandbreite, die sie thematisch abdecken, variieren, kann es vorkommen, dass dieselbe Verhaltensweise, die in einem Item angemessener Weise eingeschätzt wurde, auch in einem anderen Item eingeschätzt werden soll. Bsp.: Bespricht und überprüft der Therapeut die Gültigkeit bestimmter Überzeugungen des Patienten sollte Item 33 eine Einschätzung größer als 1 erhalten ebenso wie Item 9.

Andererseits muss der Rater oft feine Unterscheidungen zwischen ähnlichen Therapeutenverhaltesweisen vornehmen und diese unterschiedlich einschätzen:
Beispiel: Vgl. Abgrenzung des Items 57 von Item 51 unter den Erläuterungen von Item 57.
Der Rater sollte diese differenzierten Einschätzungen sehr vorsichtig und genau vornehmen. (Der Rater sollte ausschließlich den Grad der Ausprägung des spezifischen Verhaltens für eines der Items betrachten und hier kein anderes ähnliches Verhalten einschätzen.)

Der Rater sollte die subtilen Unterschiede zwischen einigen Items im Gedächtnis behalten und nicht exakt gleiche Verhaltensweisen verschiedenen Items zuordnen, sondern nur dem richtigen.
Die Erläuterungen zu den einzelnen Items enthalten z.T. zusätzlich eine Sektion: „Abgrenzungen zu anderen Items" mit zusätzlichen Vermerken für einige der Items. Diese Sektion enthält Informationen, die verdeutlichen inwiefern sich das „Ziel-Item" von „Vergleichsitems" in unserem Instrument unterscheidet oder ihnen ähnelt. Die Vergleichsitems enthalten einen Querverweis, welcher den Rater auf die genauen Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich des Ziel-Items hinweist. Der Rater sollte aber davon Abstand nehmen zu denken, dass die Existenz der Sektion „Wichtige Abgrenzungen" bedeutet, dass in ihr alle wichtigen Unterscheidungen und Gemeinsamkeiten enthalten sind, die identifiziert werden müssen. Jedes der Items ist in wichtigen Punkten von einem anderen Item zu unterscheiden oder ihm ähnlich. Der Rater sollte sich also nicht nur auf die „Wichtigen Unterscheidungen" verlassen, wenn er versucht alle existierenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

1.8 *Spezifische Beispiele sind für das Rating erforderlich:*

Bevor ein Rater ein Item (größer als „1") einschätzen kann, muss er zunächst ein spezifisches Beispiel für die einzuschätzende Verhaltensweise dargeboten bekommen. Der Rater sollte aufpassen, dass er nicht ein beliebiges Verhalten einschätzt, was nach seinem Wissen möglicherweise unter diesem bestimmten Item zu raten ist. Er muss es mit einem spezifischen Beispiel vergleichen.

1.9 *Begründete Ratings:*

Der Startpunkt des Ratings bei jedem Item in der Skala ist „1". Der Rater sollte eine Einschätzung, welche größer als „1" ist nur dann vergeben, wenn er Verhaltensbeispiele identifiziert, die für die Items spezifiziert sind. Das ist teilweise schwierig, bei Items wie "Unterstützung", wobei der Rater versucht sein kann ein „Durchschnittsrating" (z.B. „4") zu vergeben, obwohl es keine belegbaren Hinweise auf z.B. Unterstützung im Verhalten des Therapeuten gibt – Das darf der Rater aber nicht tun! Der Rater muss immer in der Lage sein, jedes Rating in jedem Item zu belegen und zu begründen.

2. Anleitungen für die Rater

1. Die vorliegende Skala umfasst 69 Items in Form von Aussagen entweder über Verhaltensweisen / Interventionen / Haltungen des Therapeuten oder über Merkmale der Sitzung. Jede Aussage soll hinsichtlich ihres Zutreffens abgestuft auf einer fünfstufigen Antwortskala eingeschätzt werden. Die Zahlwerte entsprechen dabei den folgenden Antworten:

1	**-**	**„stimmt nicht“**
2	**-**	**„stimmt etwas“**
3	**-**	**„stimmt mittelmäßig“**
4	**-**	**„stimmt ziemlich“**
5	**-**	**„stimmt sehr“**

Hierbei stellt die mittlere Antwortkategorie ("3") keine "Weiß nicht-Kategorie" dar, sondern beschreibt, dass das Verhalten in mittlerer Ausprägung (Intensität/Häufigkeit) vorhanden ist.
In den Erläuterungen zu den einzelnen Items gibt es ggf. konkretere Angaben zur Verankerung der Antwortskala, z.B. wie eine mittlere Ausprägung definiert ist und wann eine Einschätzung größer als 1 vorgenommen werden sollte.

2. Einschätzung von Gruppentherapien:
In den Items ist i. d. R. von Patienten im Singular die Rede. Werden Gruppentherapien eingeschätzt, sollen sich die Rater auf den Patienten beziehen, um den es in der Therapiesituation momentan hauptsächlich geht.

3. Einschätzung von Einzeltherapien:
Es gibt Items, die sich speziell auf das Gruppensetting beziehen (z. B. die Items 40, 59, 66)
Werden Einzeltherapien eingeschätzt, werden diese Items ausgelassen und nicht eingeschätzt.

4. Pro Therapiesitzung werden zwei Einschätzungsdurchgänge vorgenommen:
Zwar fließt pro Therapiesitzung nur eine Einschätzung in die Auswertung ein, es sollen aber pro Sitzung zwei Einschätzungsdurchgänge erfolgen: Eine erste vorläufige Einschätzung erfolgt, nachdem die erste Hälfte der Sitzung angeschaut worden ist. Diese vorläufige Einschätzung geht nicht direkt in die Auswertung ein, sondern dient nur der Vorbereitung der zweiten abschließenden Einschätzung: Die zweite Einschätzung erfolgt, nachdem die Sitzung zu Ende angeschaut worden ist, und soll unter Einbezug des ersten Rating-Durchgangs die gesamte Therapiestunde berücksichtigen. Sie ist diejenige, die in die Auswertung einfließt.

5. Es ist zu empfehlen, sich Notizen während der Sitzung zu machen. Es hat sich gezeigt, dass dieses Prozedere die Genauigkeit der Einschätzungen erhöht, weil es zum einen eine Gedächtnisstütze für die Rater bzgl. der Einschätzungen, die relevant für die Items sind und es zum anderen hilft, auf das zu fokussieren, was in der Sitzung passiert.
Da für die Einschätzungen feine Unterscheidungen und Entscheidungen getroffen werden müssen, ist es unbedingt notwendig, dass die Rater sich die Sitzung sehr aufmerksam

anschauen und anhören. Die Einschätzer sollen nicht versuchen, während des Zuschauens und Zuhörens der Therapiesitzung etwas anderes gleichzeitig zu tun.

6. Jedes Item soll eingeschätzt werden.
Bitte überzeugt Euch jeweils davon, dass Ihr bei Eurer Einschätzung kein Item ausgelassen oder übersprungen habt.

7. Lest Euch bitte jedes einzuschätzende Item vorher noch einmal vollständig durch.
Flüchtigkeitsfehler können leicht dadurch entstehen, dass nur Stichworte des Items gelesen werden und nicht das gesamte Item, wie es in der Skala definiert ist.
Es ist außerdem notwendig, die Erläuterungen aus dem Manual zu den einzelnen Items zu kennen und sich immer wieder auf sie zu beziehen, gerade auch wenn man schon viele Sitzungen eingeschätzt hat und vertraut mit den Items ist.

3. Erläuterungen zu den einzelnen Items

1. Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.

Stimmt, wenn während der Sitzung besprochen wird, was der Patient mit Hilfe der Therapie erreichten möchte. Diese Wünsche oder Ziele können sich auf persönliche oder innere Veränderungen beziehen. (z.B.: "Ich habe die Therapie begonnen, um über meine Depressionen hinwegzukommen") oder auf Veränderungen der Lebensumstände (z.B.: "Ich überlege, ob die Therapie dazu führt, dass ich heirate"). Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.
Werden Ziele des Patienten erörtert, die nicht explizit mit der Therapie in Zusammenhang gebracht werden, sollte eine niedrige oder mittlere Einschätzung („2“ oder „3“) vorgenommen werden. (z.B.: „Ich muss daran arbeiten, im Ganzen selbstsicherer zu werden.“)

Stimmt nicht, wenn auf mögliche Ergebnisse der Therapie weder vom Patienten noch vom Therapeuten Bezug genommen oder hingewiesen wird.

2. Der Therapeut vereinbart mit dem Patienten / der Gruppe einen Verlaufsplan, nach dem sich der Ablauf der Sitzung richtet, bzw. es wird deutlich, dass es einen solchen Plan gibt.

Stimmt, wenn der Therapeut sich am Beginn der Sitzung Zeit nimmt, mit dem Patienten Inhalte und Ablauf der anstehenden Sitzung festzulegen und dieser Festlegung zumindest ansatzweise versucht zu folgen.

Zwei Aspekte sollen einbezogen werden

(1) Wird ein Verlaufsplan für die Sitzung erstellt? Hierzu können gehören: Erarbeitung möglicher Sitzungsthemen, Auswahl der Sitzungsthemen, Festlegung einer Reihenfolge, Festlegung der benötigten Zeit; UND
(2) Wird versucht, dem festgesetzten Verlaufsplan zu folgen? Hierbei soll einbezogen werden: Übereinstimmung von Inhalten und Abläufen, wie sie vorher vereinbart wurden, Benennungen der Abweichungen vom Verlaufsplan.

Eine Einschätzung größer als 1 sollte nur dann vorgenommen werden, wenn (1) und (2) erfüllt sind. Hierbei reicht es allerdings aus, dass Aspekt (2) nur ansatzweise erfüllt wird, d.h. dass versucht wird, sich an dem erstellten Verlaufsplan zu orientieren. Nicht bewertet werden soll dabei die Qualität oder der Erfolg, mit dem der Verlaufsplan verfolgt wird (siehe auch Erläuterungen unter 1.3). So kann eine hohe Einschätzung z.B. dann vergeben werden, wenn ein Verlaufsplan sorgfältig erstellt wurde, die vereinbarten Sitzungsthemen aber nicht vollständig behandelt wurden (etwa aufgrund zeitlicher Aspekte).
Wird deutlich, dass es einen Verlaufsplan für die Sitzung gibt, dieser aber nicht explizit gemacht wird (weil z.B. in der ersten Sitzung dieser Gruppe ein Plan erstellt wurde, der für alle weiteren Sitzungen gelten soll), sollte ebenfalls eine Einschätzung größer als 1 vergeben werden.
Eine mittlere Einschätzung sollte dann vergeben werden, wenn ein Überblick lediglich über bestimmte Teile der Sitzung gegeben wird.
Eine niedrige Einschätzung sollte dann vergeben werden, wenn zwar ein Verlaufsplan erarbeitet wird, dieser aber sehr vage bleibt.
Beispiel für einen vagen Verlaufsplan:
T: "Es sieht so aus, als ob es wichtig für uns wäre, uns etwas Zeit dafür zu nehmen, um über Ihre Familie zu reden. Was halten Sie davon, dies zu unserem heutigen Thema zu machen?“

Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn kein Verlaufsplan für die anstehende Sitzung erstellt wird oder ein Verlaufsplan zwar erstellt, sich aber im Folgenden in keinerlei Hinsicht, implizit oder explizit, auf ihn bezogen wird.

3. Die Themen werden vom Therapeuten in die Sitzung eingebracht. (vs.: Die Themen werden vom Patienten in die Sitzung eingebracht.)

Stimmt, wenn ein inhaltlicher Bereich, über den in der Sitzung gesprochen werden soll, vom Therapeuten explizit vorgegeben bzw. vorgeschlagen wird.
Dies kann sowohl in allgemeiner (z.B. *T:"Heute könnten wir uns einmal über den Zusammenhang von Körper und Psyche unterhalten.*") als auch in spezieller (*T: " Frau X, vielleicht könnten Sie heute einmal die Sitzung beginnen und berichten, welche Schwierigkeiten sich in Ihrer Partnerschaft ergeben haben?")* Form geschehen.

Stimmt nicht, wenn nicht der Therapeut, sondern die Patienten die Themen in die Sitzung einbringen (möglicherweise als eine Reaktion auf eine offene Frage des Therapeuten) .

4. Der Therapeut geht vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten um, ist auf den Patienten eingestimmt und einfühlsam.

Stimmt, wenn der Therapeut die Fähigkeit zeigt, die „private Welt“ des Patienten mit so wahrzunehmen, als ob es seine eigene wäre; er ist feinfühlig gegenüber den Gefühlen des Patienten und kann dieses Verständnis auf eine Weise vermitteln, die auf den Patienten abgestimmt ist.
Bsp.: Der Therapeut macht eine Aussage, die zeigt, dass er die Gefühle des Patienten in einer bestimmten Situation richtig verstanden hat.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle oder Erfahrungen des Patienten zu besitzen scheint.
Bezugs- bzw. Vergleichspunkt sollte hierbei ein `normales´, nicht-therapeutisches Gespräch sein (d.h.: Vergleichspopulation ist nicht die Gruppe der Therapeuten, sondern die Normalbevölkerung).

5. Der Therapeut gibt eine Interpretation, bei der er die aktuellen Belange des Patienten in Begriffen von Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitstendenzen erklärt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, die aktuellen Belange des Patienten in Begriffen von Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitstendenzen zu erklären oder er entsprechende Interpretationen der Gruppenteilnehmer toleriert und unterstützt.
Von Persönlichkeitstendenzen sollte ausgegangen werden, wenn es um etwas geht, das

- als innerhalb der Person des Patienten und

- als relativ zeitlich stabil

angesehen wird.
Beispiel:
T: " Obwohl Sie die Sicherheit einer Beziehung wirklich mögen würden und sehr gerne eine eingehen würden, haben Sie trotzdem Angst davor und schrecken vor einer intimen Beziehung zurück."
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine solche Erklärung vornimmt oder entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern nicht toleriert / unterstützt.

6. Das unmittelbare aktuelle Befinden der Patienten (in der Sitzung) wird thematisiert.

Stimmt, wenn thematisiert oder betont wird, wie es den Patienten während der Sitzung geht, wie sie sich fühlen usw.
Dabei ist es nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.

Beispiele:
T: "Wie fühlen Sie sich, wenn hier in der Gruppe über Ihre Schwierigkeiten sprechen?"
T: „Ich sehe, wie betroffen Sie das macht, davon zu sprechen.
T: „Wie geht es den anderen damit, wenn Sie hören, was Frau X erzählt.“

Stimmt nicht, wenn nicht thematisiert wird, wie es den Patienten in der Sitzung geht. Dies ist auch der Fall, wenn zwar Gefühle des Patienten deutlich werden (z. B Weinen oder aufgebrachtes Sprechen), diese aber nicht angesprochen oder anders betont werden.

7. Der Therapeut ist distanziert, entfernt (vs. interessiert und gefühlsmäßig beteiligt).

Stimmt, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber kühl, formal und distanziert oder von emotionalem Abstand, Rückzug gekennzeichnet ist.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut ehrlich aufgeschlossen und gefühlsmäßig beteiligt ist.

Bezugs- bzw. Vergleichspunkt sollte hierbei ein `normales´, nicht-therapeutisches Gespräch sein.

8. Der Therapeut weist den auf den Gebrauch von Abwehrmechanismen hin, z.B. Ungeschehen machen, Verleugnung (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn das Gespräch sich mit den Abwehrmechanismen beschäftigt, die der Patient dazu benutzt, die Aufmerksamkeit von für ihn bedrohlichen Informationen oder Gefühlen abzulenken.

Bsp.:
a) Der Therapeut zeigt auf, dass der Patient gezwungen zu sein scheint, direkt nach jeder kritischen Bemerkung über seinen Vater zu bekunden, dass er ihn liebt.
b) [...]
P: „Was kommt eigentlich zuerst: Wut oder Traurigkeit?“
T: „Es kommt darauf an: Das, was als bedrohlicher erlebt wird, kommt erst mal nicht zum Ausbruch.“
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn diese Art der Interpretation von Abwehrmechanismen keine Rolle während der Sitzung spielt.

9. Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Erhebung, Diskussion oder Veränderung von Kognitionen) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut versuchen, Gedanken und Überzeugungen ("beliefs") des Patienten fokussiert und vertiefend zu bearbeiten oder entsprechende Beiträge der Gruppenteilnehmer toleriert und unterstützt.
Dazu kann u.a. gehören:

(1) Exploration der Gedanken und Überzeugungen, z.B. wörtliche Erhebung von Kognitionen; Exploration der persönlichen Bedeutung von Gedanken; Exploration kognitiver Verzerrungen (z.B. dichotomes Denken); ODER

(2) Bewertung der Gedanken und Überzeugungen, z.B. Überprüfung von Überzeugungen anhand verfügbarer Beweise/Informationen/ (Verhaltens)Experimenten; Suche nach Alternativ-Erklärungen; Besprechung der Funktionalität von Überzeugungen; ODER

(3) Versuch der Veränderung der Gedanken und Überzeugungen, z. B. Disputation/ didaktische Überredung; Ersetzen durch positivere Überzeugungen

Bei diesem Items kann auch schon das Vorkommen eines Teilaspektes bei entsprechender Intensität zu einer hohen Einschätzung führen, das Ausmaß ist also nicht unbedingt abhängig von der Vielfalt der Arbeit an Kognitionen.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht die Kognitionen des Patienten fokussiert bzw. nicht an ihnen gearbeitet wird.
Ein bloßes Erwähnen von Gedanken bzw. die Frage des Therapeuten *"Was haben Sie dabei gedacht?"*, ohne dass weiter hierauf eingegangen wird, sollte noch nicht zu einer Einschätzung von größer als 1 führen.

10. Stille entsteht während der Stunde.

Stimmt, wenn während der Stunde viele Schweigepausen, signifikante Pausen oder einige wenige ausgedehnte Perioden der Stille entstehen. Längere Pausen treten i. d. R. verstärkt auf, wenn der Therapeut nicht die Tendenz hat, bei auftretenden Pausen (moderierend) einzugreifen.

Stimmt nicht, wenn nur wenige Schweigepausen entstehen.

Anmerkung: Kurze Redepausen sollten nicht als Stille eingeschätzt werden, außer sie tauchen häufig auf bzw. dauern länger als einige Sekunden.

11. Es geht in der Sitzung um wichtige vergangene Beziehungen.

Stimmt, wenn es in der Sitzung um Beziehungen geht, die einen gewissen Zeitraum vor der momentanen Behandlung stattgefunden haben, so dass sie nicht zur gegenwärtigen Lebenssituation gezählt werden können. Die thematisierten Beziehungen sollten für den Patienten Wichtigkeit besitzen (z.B. vergangene Partnerschaft, frühere Mutter-Kind-Beziehung).
Es ist dabei nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.

> Abgrenzung zu 47 und 48:
> Die Items 47 und 48 sind im Gegensatz zu 11 ohne Zeitbezug definiert, d.h. sie umschließen vergangene und gegenwärtige Beziehungen.

Stimmt nicht, wenn Ereignisse aus vergangenen Beziehungen nicht thematisiert werden oder wenn der Therapeut lenkend eingreift, um diesen Bereich nicht weiter zu bearbeiten.

12. Der Therapeut betont den Konflikt zwischen dem Wunsch des Patienten nach Unabhängigkeit und dem nach Abhängigkeit (Angewiesensein) als einen wichtigen Faktor bei den Problemen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut Abhängigkeits- Autonomie-Konflikte fokussiert oder er entsprechende Beiträge der Gruppenteilnehmer toleriert und unterstützt. Dabei muss der Therapeut / die Gruppe diesen nicht explizit so bezeichnet haben. So könnte er / sie diese Art von Konflikt bezeichnet haben als z.B. einen Kampf, um unabhängiger zu sein, eine Anstrengung, um sich zu trennen oder einen Versuch, eine weniger abhängige Beziehung zu entwickeln.

Beispiel:
T: „Sie haben mir klargemacht, dass Sie möchten, dass Ihre Mutter sich mehr aus Ihren Angelegenheiten raushält, insbesondere in Bezug auf das neue Geschäft, mit dem Sie anfangen. Es klingt so, als hätten Sie ihr gesagt, dass Sie sie gebeten hätten sich rauszuhalten und dass Sie es alleine meistern würden."
P: „Das ist richtig. Ich wünschte, sie würde mich für immer in Ruhe lassen."
T: „Kann es sein, dass Sie Ihre Mutter trotzdem einbeziehen, ohne dass Ihnen das bewusst ist? Sie haben mir z.B. erzählt, dass Sie einem Kunden gesagt haben, im Geschäft vorbeizukommen, obwohl Sie hier sind. Das würde bedeuten, dass sich Ihre Mutter um ihn kümmern müsste."
P: „Ich habe das nicht als ein Problem angesehen."
T. „ Es ist nur insoweit ein Problem, dass Sie ihr gleichzeitig einerseits sagen, dass sie Sie in Ruhe lassen soll, und andererseits ihr das Gefühl geben, dass Sie sie beteiligt haben möchten."
P: „Ich verstehe, dass es für sie verwirrend sein könnte, diese beiden gegensätzlichen Botschaften zu erhalten."
T: „Kann es sein, dass Sie ihr diese beiden gegensätzlichen Botschaften vermitteln, weil Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie beteiligt haben möchten? Es würde nicht verwundern, wenn Sie gemischte Gefühle diesbezüglich hätten. Denn obwohl Sie gerne in Ruhe gelassen

werden möchten, kann es sein, dass Sie es beruhigend finden, Ihre Mutter zumindest ein wenig beteiligt zu haben.“
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe keine Abhängigkeits- bzw. Autonomie-Konflikte fokussiert.

13. Im Gespräch geht es um körperliche Funktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit.

Stimmt, wenn in der Sitzung somatische Belange oder körperliche Symptome betont werden.
Bsp.: Der Patient klagt über Erschöpfung oder Krankheit, oder über Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit o.ä..

Stimmt nicht, wenn in der Sitzung körperliche Beschwerden kein Thema sind.

14. Der Therapeut stellt Muster heraus, die sich in zwei oder mehr Beziehungen des Patienten wiederfinden lassen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut dem Patienten dabei hilft, ehemalige oder gegenwärtige Beziehungen zu explorieren, um Regelhaftigkeiten zu identifizieren, die in zwei oder mehreren dieser Beziehungen deutlich werden, oder wenn er entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Es ist bei diesem Item nicht notwendig, dass die Beziehungen jeweils explizit benannt werden. Entscheidend ist vielmehr, dass deutlich wird, dass es sich um ein Muster des Patienten handelt, das sich in mehr als einer Beziehung zu anderen zeigt.
Beispiel:
T: „Es scheint für Sie sehr einfach gewesen zu sein, sowohl in Ihrer jetzigen Beziehung als auch in wichtigen vergangenen Beziehungen, sich zu verbiegen, um des anderen Wünsche zu erfüllen, und sich selbst dabei zu vernachlässigen.“
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut oder die Gruppe eine Exploration der ehemaligen oder gegenwärtigen Beziehungen nicht vornimmt bzw. solch eine Exploration wohl vorgenommen wird, diese aber nicht der Zielsetzung, Regelhaftigkeiten zu identifizieren, dient.
Wird die Beziehungsgestaltung des Patienten zu Mitpatienten in Zusammenhang gesetzt zu einer Beziehung außerhalb des Therapiesettings, sollte dies alleine noch nicht als Identifikation eines Beziehungsmuster im oben genannten Sinne gewertet werden. (Dies ist vielmehr gesondert bei Item 61 einzuschätzen!).

15. Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle und Impulse besser zu kontrollieren (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut mit dem Patienten Wege erörtert, für den Patienten problematische Gefühle oder Impulse zurückzuhalten oder zu lindern oder er entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert und unterstützt. Die Diskussion darüber kann das Gespräch über konkrete Mittel und Methoden beinhalten, mehr Kontrolle zu erreichen oder Empfehlungen, wie diese Methoden erlernt werden können.
Beispiel: Der Therapeut bespricht mit den Patienten, alte Denkmuster durch neue zu ersetzen, um so Gefühle der Angst zu reduzieren.

Stimmt nicht, wenn o. g. Themen nicht bearbeitet werden.

16. Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z.B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).

Stimmt, wenn der Therapeut häufig interveniert. Nicht auf Basis von Angemessenheit der Interventionen einschätzen.
Bsp.: Höher eingeschätzt soll werden, wenn der Therapeut so aktiv ist, dass er häufig unterbricht oder interveniert, um Fragen zu stellen oder seine Ansicht darzulegen bzw. während der Stunde die meiste Zeit die Gesprächsrichtung angibt.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut relativ unregelmäßig interveniert und wenig Anstrengung unternimmt, die Interaktion zu strukturieren; oder der Therapeut neigt dazu, sich der Führung durch den Patienten anzuschließen.
Bsp.: Der Therapeut erlaubt dem Patienten, die hauptsächlichen Gesprächsthemen einzubringen und verhilft ihm auf diese Art dazu, seinem Gedankenfluss zu folgen.

17. Der Therapeut oder die Gruppe versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht ausdrücken oder wahrnehmen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut versucht beim Patienten, Wahrnehmung und Bewusstsein für dessen Gefühle zu erhöhen, indem er ihm hilft, Gefühle zu erkennen und zu benennen, die
(1) dem Patienten nicht bewusst sind; ODER
(2) dem Patienten bewusst sind, aber die er nicht ausdrücken kann; ODER
(3) der Patient nonverbal, aber nicht verbal ausdrückt.

Dieses Item sollte größer als 1 eingeschätzt werden, wenn der Therapeut die Gefühle des Patienten anspricht (i. w. S.), um dem Patienten zu helfen, diese wahrzunehmen oder anzuerkennen/zuzugeben oder wenn er entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert und unterstützt.
Beispiel:
T: „Sie klangen sehr sachlich, als Sie mir die Geschichte erzählten. Was für Gefühle haben Sie Ihrer Chefin gegenüber aufgrund der Tatsache, dass sie das mit Ihnen gemacht hat?“
P: „Wo Sie das jetzt so sagen, bin ich ziemlich wütend darüber. Ich glaube, dass ich mehr darauf fixiert war, dass ich nicht befördert worden bin, als dass mir klar war, welches Gefühl ich ihr gegenüber aufgrund dieser Geschichte habe.“

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht den Versuch unternimmt, die Gefühle des Patienten anzusprechen (i. w. S.), um dem Patienten zu helfen, diese wahrzunehmen oder anzuerkennen/zuzugeben.

18. Der Therapeut vermittelt eine Atmosphäre nichtwertenden Akzeptierens.

Stimmt, wenn der Therapeut es unterlässt, offene oder unterschwellige negative Wertungen in Bezug auf den Patienten zu machen; „unakzeptables“ oder problematisches Verhalten des Patienten kann exploriert werden, wenn dem Patienten gleichzeitig das Gefühl vermittelt wird, dass er wertgeschätzt wird. Der Therapeut zeigt eine Haltung bedingungslosen Akzeptierens.

Stimmt nicht, wenn die Kommentare des Therapeuten oder sein Tonfall Kritik oder einen Mangel an Akzeptanz vermitteln. Eine extremere Wertung dieses Items zeigt an, dass der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass dessen Charakter oder Persönlichkeit auf irgendeine Weise unangenehm, nicht einwandfrei oder gestört ist.

19. Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, ein Thema zu fokussieren, auf ihm zu insistieren (z.B. durch wiederholtes Nachfragen) oder es noch einmal (evtl. später im Gesprächsverlauf) aufzunehmen, wenn deutlich wird, dass das Thema dem Patienten unangenehm ist, dieser es gerne wechseln möchte bzw. vom Thema ablenkt.

Bei den Einschätzungen kann auch ein indirektes Vorgehen des Therapeuten, bei einem Thema zu bleiben, ggf. (bei entsprechender Intensität oder/und Häufigkeit) zu einer hohen Einschätzung führen. Entscheidend ist nicht die Direktheit, sondern das Ausmaß des "Beim – Thema-Bleibens" bzw. entsprechende Versuche.
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut es zulässt, das ein Patient das Thema wechselt, wenn es letzterem unangenehm wird, ohne dass vorher der Therapeut den Versuch unternommen hat, beim alten Thema zu bleiben.
Es sollte ebenfalls eine Einschätzung von "1" vergeben werden, wenn es in der Sitzung keine Situation gibt, in der es dem Patienten unangenehm wird, bzw. er versucht auszuweichen

20. Der Therapeut ermutigt den Patienten, Stimmungen , die der Patient erlebt hat (oder noch erleben wird) mit den ablaufenden Gedankengängen in Verbindung zu setzen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten dabei zu helfen, den Zusammenhang zwischen dessen Gedanken und Gefühlen zu realisieren, oder wenn Gruppenmitglieder entsprechende Äußerungen beitragen, die der Therapeut toleriert und unterstützt.
Dies kann z.B. erreicht werden durch

(1) die Exploration von Situationen, in denen der Patient sich in einer bestimmten Gefühlslage befand, um zu bestimmen, was für Gedanken er in dieser Situation hatte;
(2) eine Ermutigung des Patienten, aufmerksam dafür zu sein, welche Gedanken er hat, wenn er bestimmte ausgeprägte Stimmungen erlebt.

Als Teil dieses Versuchs, kann der Therapeut möglicherweise erwähnen, dass für Leute Gedanken und Gefühle in der Regel miteinander in Zusammenhang stehen
Das Item soll dabei erst dann hoch eingeschätzt werden, wenn der Therapeut eigene zurückliegende Erfahrungen des Patienten benutzt oder den Patienten ermutigt, die eigenen diesbezüglichen Erfahrungen zukünftig zu beobachten, um zu überprüfen, dass für ihn Gedanken und Gefühle zusammenhängen.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht den Versuch unternimmt, den Zusammenhang, der zwischen seinen Gedanken und Gefühlen existiert, aufzuzeigen.

21. Der Therapeut offenbart eigene Gefühle, Einstellungen, Werte oder Erfahrungen.

Stimmt, wenn der Therapeut dem Patienten persönliche Informationen oder persönliche Reaktionen auf ihn als Patienten enthüllt.
Bsp.: Der Therapeut erzählt dem Patienten, wo er aufgewachsen ist oder sagt dem Patienten „Sie sind mir sehr sympathisch."
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut sich solcher Selbstenthüllungen enthält.

Anmerkung: Extremere Ratings in dieser Richtung zeigen an, dass der Therapeut sich nicht öffnet (auch dann nicht, wenn der Patient ihn dazu drängt).
Bsp.: Der Therapeut beantwortet die Frage, ob er verheiratet sei, nicht direkt.

22. Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, alternative Verhaltensweisen zu planen oder zu üben, um sie außerhalb der Therapie benutzen zu können.

Stimmt, wenn der Therapeut mit dem Patienten daran arbeitet, offenes (beobachtbares) Verhalten des Patienten zu planen oder zu üben, um es außerhalb der Therapiesitzung einzusetzen. Obwohl bei diesem Item eine hohe Einschätzung vergeben werden sollte, wenn der Therapeut dem Patienten hilft, alternative Verhaltensweisen zu planen und zusätzlich diese Verhaltensweisen mit dem Patienten in der Sitzung übt (z.B. durch Rollenspiele), muss nicht Beides vorhanden sein, um eine Einschätzung größer als 1 zu erreichen. Bei der Einschätzung dieses Items bezieht sich `alternatives Verhalten´ auf offenes/beobachtbares Verhalten, nicht auf verdecktes Verhalten, wie z.B. Kognitionen.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut zusammen mit dem Patienten nicht daran arbeitet, offenes (beobachtbares) Verhalten des Patienten zu planen oder es zu üben.

23. Der Therapeut fokussiert Schuldgefühle beim Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut Schuldgefühle des Patienten fokussiert oder auf irgendeine Weise seine Aufmerksamkeit auf diese lenkt oder wenn entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern vom Therapeuten toleriert und unterstützt werden.
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass die Patientin sich schuldig zu fühlen scheint, wenn sie manchmal nicht auf eine der ständigen Bitten ihrer Tochter um Hilfe reagiert.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht betont.

24. Der Therapeut versucht beim Patienten, Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder die Problemlösefähigkeiten zu fördern.

Stimmt, wenn der Therapeut Zeit damit verbringt, dem Patienten spezielle Fertigkeiten bzgl. Selbstsicherheit oder im sozialen Bereich zu vermitteln. Auch die Vermittlung von Verhaltensweisen zur Problemlösung sollen bei diesem Item berücksichtigt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine Zeit damit verbringt, die oben aufgeführten Fertigkeiten (Selbstsicherheit, sozialer Bereich, Problemlösung) dem Patienten zu vermitteln.

25. Es wird aus der lebensgeschichtlichen (lerngeschichtlichen) Entwicklung des Patienten eine Verhaltensanalyse erarbeitet bzw. es wird auf eine früher erstellte Verhaltensanalyse Bezug genommen.

Stimmt, wenn der Therapeut mit dem Patienten daran arbeitet, zu behandelndes Verhalten (Problemverhalten, Symptome) im Hinblick auf ursächliche und aufrechterhaltende Bedingungen zu analysieren.
Deutliche Hinweise hierfür sind die Erarbeitung /Besprechung von:
(1) Frequenz, Dauer, Intensität des zu behandelnden Verhaltens oder Beschreibung auf den Ebenen: beobachtbares Verhalten/Kognitionen/Emotionen/Physiologie;
(2) Entstehungsbedingungen
(3) Erstauftrittsbedingungen
(4) Aufrechterhaltende Bedingungen
(5) Funktionalität des zu behandelnden Verhaltens (z.B. sekundärer Krankheitsgewinn)
(6) Ressourcen (Verhaltensaktiva)
Die Lebens- oder Lerngeschichte sollte hierbei zumindest ansatzweise einbezogen werden.

Für eine Einschätzung größer als 1 sollten zumindest 2 der 6 Aspekte erarbeitet/besprochen werden. Die Höhe der Einschätzung sollte sich hingegen nicht primär nach der Anzahl der angesprochenen Aspekte richten, sondern vor allem nach der Intensität der Bearbeitung.

Eine Einschätzung größer als 1 sollte ebenfalls vergeben werden, wenn es eindeutige Hinweise darauf gibt, dass eine Verhaltensanalyse zu einem früheren Zeitpunkt erarbeitet wurde und in der jetzigen Sitzung auf diese sich bezogen wird. Das Ausmaß der Einschätzung sollte dabei davon abhängen, wie sehr in der jetzigen Sitzung mit der erstellten Verhaltensanalyse gearbeitet wird.

Stimmt nicht, wenn keine Verhaltensanalyse im oben definierten Sinne vorgenommen wird und es keine eindeutigen Hinweise darauf gibt, dass zu einem früheren Zeitpunkt eine solche erstellt worden ist.

26. Der Therapeut ermutigt den Patienten, Gefühle, Gedanken, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen oder bespricht mit dem Patienten entsprechende Aufzeichnungen.

(Ermutigung zur Selbstbeobachtung in unstrukturierter Form sollten gesondert notiert werden.)

Stimmt, wenn der Therapeut zur Selbstbeobachtung anleitet, d. h. wenn der Therapeut
(1) den Patienten ermutigt, Ereignisse in seinem Leben oder seine Aktivitäten , Stimmungen, Gefühle oder Gedanken zu beobachten und festzuhalten; ODER
(2) mit dem Patienten dessen Aufzeichnungen von Ereignissen, Aktivitäten, Stimmungen, Gefühlen oder Gedanken, die der Patient zuvor angefertigt hat, bespricht
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.
Beispiel:
T: „Lassen Sie uns über die Selbstbeobachtung sprechen, die Sie diese Woche gemacht haben. Was haben Sie dabei bemerkt?“
P: „Es war interessant, wie abhängig meine Stimmung davon war, was um mich herum geschah.“
T: „Gab es bestimmte Momente in der Woche, an denen sie besonders gut- bzw. schlechtgelaunt waren?“
P: „Ja, einmal war ich richtig schlechtgelaunt. Das war Freitag nachmittag.“
T: „Was war da los?“

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht zu oben beschriebenen Selbstbeobachtungen anleitet.
Unspezifische Ermutigungen des Therapeuten zur Selbstbeobachtung (*"Es kann sehr aufschlussreich sein, sich einmal selber dabei zu beobachten." o.ä.*), die nicht vertieft werden, sollen nicht bei diesem Item berücksichtigt werden, sondern gesondert notiert werden.

27. Der Therapeut gibt Informationen einer spezifisch sachlichen Natur.

Stimmt, wenn der Therapeut dem Patienten sachliche bzw. psychoedukative Inhalte vermittelt, z. B. Informationen über die Häufigkeit, Vorkommen, Ursachen usw. eines bestimmten Störungsbildes.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut den Patienten keine sachlichen bzw. psychoedukativen Inhalte vermittelt.

28. Das Gespräch hat einen bestimmten Schwerpunkt / bestimmte Schwerpunkte.

Stimmt, wenn die Interaktion sich auf einen einzigen oder einige wenige vordringliche Themen konzentriert.

Bsp.: Das Hauptthema der Sitzung war das Gefühl des Patienten, dass er es im Laufe seines Lebens in vielen verschiedenen Bereichen nicht geschafft hat, den Ansprüchen seines Vaters an ihn gerecht zu werden.

Stimmt nicht, wenn viele verschiedene Themen besprochen werden oder der Dialog irgendwie diffus wirkt.

29. Der Therapeut ist konfrontierend.

Stimmt, wenn der Therapeut Diskrepanzen zwischen geäußerten Gedanken, Einstellungen und Verhaltensweisen des Klienten anspricht. Er weist dabei darauf hin, dass der Klient etwas anderes sagt als er meint oder etwas anderes tut als er sagt. Es kann z. B. auf die therapeutische Beziehung zutreffen, wenn der Therapeut Diskrepanzen anspricht zwischen verbaler und faktischer Mitarbeit. "Sie sind zu mir gekommen, um Hilfe zu suchen, aber über viele Dinge wollen Sie mit mir nicht sprechen."
Dies ist auch der Fall, wenn der Therapeut Widersprüche sieht zwischen verbalen und nonverbalen Merkmalen bei Patienten-Äußerungen oder wenn der Therapeut Gefühle anspricht ("Sie sind traurig und lachen dabei.").
Es muss sich dabei nicht immer um einen klar ersichtlichen Widerspruch handeln. Auch das unverblümte Benennen eines bestimmten Verhaltens kann Konfrontation sein, wenn der Therapeut dem Klienten eine bestimmte Beobachtung drastisch vor Augen hält. Diese Form der Konfrontation tritt erfahrungsgemäß häufiger auf. ("Sie geben mir sehr globale Antworten." ; "Sie erzählen häufiger von negativen Ereignissen als von Ihren Erfolgen.")

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine konfrontierenden Äußerungen vornimmt.

30. Das therapeutische Arbeiten in der Gruppe wird thematisiert.

Stimmt, wenn die Gruppentherapie als Methode zum Thema in der Sitzung wird, wenn z.B. über Sinn, Vorgehen, Ziele, Schwierigkeiten usw. der gruppentherapeutischen Arbeit gesprochen wird.
Dabei ist es nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.

Stimmt nicht, wenn die Gruppentherapie als Methode nicht zum Thema in der Sitzung wird.

31. Der Therapeut gibt explizit Rat und Führung (vs. weicht aus, auch dann, wenn er aufgefordert wird).

Stimmt, wenn der Therapeut klare Ratschläge gibt oder bestimmte Vorschläge macht, wobei der Patient frei entscheiden kann, ob er darauf eingeht oder nicht.
Bsp.: Der Therapeut sagt: „Sie wissen, dass es hilfreich sein könnte, bezüglich der Handhabung ihrer Erbschaft einen Anwalt aufzusuchen.“
Oder der Therapeut könnte den Patienten dahin führen, sich eine Bandbreite von Möglichkeiten auszudenken und jede einzelne Alternative zu explorieren.
Bsp.: Der Therapeut kann Möglichkeiten aufzeigen, die der Patient übersieht und den Patienten anleiten, mögliche Konsequenzen jeder Handlungsperspektive zu explorieren.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut davon Abstand nimmt, Ratschläge zu erteilen. Eine Einschätzung von 1 sollte vergeben werden, wenn der Therapeut eine solche Führung nicht übernimmt (selbst wenn er vom Patienten dazu gedrängt wird oder es sinnvoll wäre).

32. Der Therapeut fasst die Schlüsselthemen dieser oder der vergangenen Sitzung zusammen, bzw. ermutigt den Patienten / die Gruppe, dies zu tun.

Stimmt, wenn eine Zusammenfassung entweder vom Therapeuten oder vom Patienten mit Ermutigung des Therapeuten vorgenommen wird. "Zusammenfassen" bezieht sich darauf, zentrale Aspekte, die in der Sitzung besprochen worden sind, noch einmal komprimiert wiederzugeben (entweder direkt nachdem sie besprochen worden sind, oder am Ende der Sitzung). Zusammenfassung von Aspekten, bei denen erkannt wird, dass sie Thema der vorangegangenen Sitzung waren, sollen ebenfalls bei der Einschätzung einbezogen werden.
Bei der Einschätzung dieses Items dient die Zusammenfassung dazu, ein gegenseitiges Verständnis dessen, was zwischen Therapeut und Patient besprochen wurde, zu erzielen. Sie schließt keine neuen Informationen, Bewertungen oder Interpretationen der vorher besprochenen Inhalte ein.
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.
Beispiele:
1)
T: „Es klang so, dass Sie besorgt darüber sind, wie sich die Beziehung zu Ihrem Freund verändert hat. Sie haben bemerkt, dass er Dinge, die er früher mit Ihnen gemacht hat, jetzt lieber mit anderen macht. Außerdem scheint es so, als hätten Sie nicht mehr so viele Dinge, über die Sie sprechen können, wohingegen Sie beide sich früher stundenlang unterhalten konnten. Wir haben einige mögliche Gründe diskutiert, von denen Ihnen einige plausibel erschienen. Was meinen Sie, wie Sie es angehen könnten, die tatsächlichen Gründe zu erfahren?“
2)
Das folgende Beispiel sollte eine Einschätzung größer als 1 erhalten, weil der Therapeut den Patienten ermutigt und ihm hilft, die Sitzung zusammenzufassen:
T: „Unsere Zeit ist fast um. Ich würde gerne von Ihnen hören, was Ihrer Meinung nach die Hauptpunkte unserer heutigen Diskussion waren.“
P: „Gut. Wir haben über die Probleme gesprochen, die ich im Umgang mit anderen Menschen habe. Es scheint als ob ein Großteil meiner Reizbarkeit mit meinen Gedanken darüber, wie trostlos alles im Moment für mich aussieht, zusammenhängt. Vielleicht können wir da ja etwas gegen tun.“
T: „Gut. Ich denke, das beschreibt ganz gut, was wir heute besprochen haben.“

Stimmt nicht, wenn Zusammenfassungen der oben beschriebenen Art nicht vorkommen bzw. Gesagtes über reine Zusammenfassungen hinausgehen und z.B. Informationen, Bewertungen oder Interpretationen enthalten.

33. Das Gespräch konzentriert sich auf kognitive Themen (z.B. Ideen, Glaubenssysteme).

Stimmt, wenn im Dialog bestimmte bewusste vorstellungsverbundene Themen, Überzeugungen oder Konstrukte hervorstechen, die benutzt werden, um andere, sich selbst oder die Welt einzuschätzen.

(Hinweise dafür, dass es sich um persönliche Überzeugungen im oben genannten Sinne handelt, sind vor allem gegeben, wenn es sich um Vorstellungen handelt, die beim Patienten situationsübergreifend in Erscheining treten.)
Bsp.: Der Therapeut schlägt vor, die Vorstellung oder Überzeugung des Patienten näher zu betrachten, dass er wertlos sei, wenn er nicht alles, was er versuche, perfekt ausführe.

Stimmt nicht, wenn wenig über solche Ideen oder Konstrukte gesprochen wird.

34. Der Therapeut exploriert die Situation des Patienten.

Stimmt, wenn der Therapeut Fragen bzw. Nachfragen zur (vergangenen oder gegenwärtigen) Situation (i. w. S.: Lebensumstände, Befinden usw.) des Patienten bzw. zur Situation, die aktuell in der Sitzung erörtert wird, stellt.
Die Exploration von Gefühlen soll hier nicht einbezogen, sondern gesondert bei Item 52 eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine Fragen bzw. Nachfragen zur Situation des Patienten stellt.

35. Der Therapeut vermittelt ein Störungs- oder Änderungsmodell.

Stimmt, wenn der Therapeut den Patienten ein Modell vermittelt, wie Störungen entstehen oder /und wie sie behoben werden können.
Das ansatzweise Aufzeigen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen bzgl. Störung und Veränderung ohne die Darstellung eines zusammenhängenden Modells sollte eine entsprechend niedrige Einschätzung bekommen.

> Abgrenzung zu Item 27:
> Werden Informationen in Form eines Störungs- oder Änderungsmodells vermittelt, so sollten sowohl Item 27 als auch Item 35 größer als 1 eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn kein Störungs- und Änderungsmodell (wie oben beschrieben) vom Therapeuten vermittelt wird.

36. Die aktuelle oder gerade vergangene Lebenssituation des Patienten wird betont.

Stimmt, wenn der Therapeut oder die Gruppe sehr aktuelle oder gerade vergangene Lebensereignisse bzw. -situationen hervorheben. ("Hier- und Jetzt-Fokus")
Beispielsweise erzählt ein Patient von seiner Niedergeschlagenheit durch den kürzlich eingetretenen Tod seiner Ehefrau.

Stimmt nicht, wenn das Besprechen aktueller Lebensereignisse und -situationen kein wichtiger Aspekt der Sitzung ist.

37. Der Therapeut formuliert zusammen mit dem Patienten Situationen, Probleme oder Ziele auf vier Ebenen: somatisch/ physiologisch, kognitiv, emotional und verhaltensmäßig.

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, Situationen, Probleme oder Ziele differenziert bezüglich somatischer/physiologischer, kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Aspekte zu beschreiben bzw. den Patienten (z.B. durch gezielte Fragen) zu ermutigen, dieses zu tun.

Bezieht sich die Differenzierung nicht auf alle 4 Ebenen (sondern nur auf 2 oder 3) können Einschätzungen vergeben werden, die größer als 1 sind, wenn deutlich wird, dass es sich bei der Beschreibung um die o. g. systematische Differenzierung handelt, bei der die restlichen Ebenen umständehalber nicht mehr bzw. noch nicht behandelt werden. Wird diese Differenzierung deutlich, können somit auch bei der Besprechung von weniger als der 4 Ebenen - bei einer entsprechenden Intensität des Verhaltens - hohe Einschätzungen vorgenommen werden.

Stimmt nicht, wenn bei der Beschreibung von Sachverhalten nicht gemäß der o. g. 4 Ebenen differenziert wird.

38. Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die der Patient außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen.

Stimmt, wenn über eine spezifische Aktivität, die der Patient außerhalb der Therapie erproben könnte bzw. erprobt hat, gesprochen wird, z.B. die Gültigkeit bestimmter Überzeugungen zu prüfen, sich anders zu verhalten als es typischerweise der Fall ist oder Bücher zu lesen.
Bsp.: Es wird darüber gesprochen, dass der Patient sich einer angstbesetzten Situation oder einem gefürchteten Objekt aussetzt, dass er normalerweise meidet.

Stimmt nicht, wenn nicht über eine spezifische Aktivität dieser Art gesprochen wird, die der Patient außerhalb der Therapie ausprobieren könnte.

39. Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein.

Stimmt, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber eine unterstützende Haltung einnimmt, die der eines Fürsprechers ähnelt. Das kann verbal oder nonverbal geschehen, in Form von Anerkennung für etwas, das der Patient getan hat, oder in Form einer Ermutigung, z.B. in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstbehauptung. Der Therapeut kann auch einer positiven Aussage des Patienten über sich selbst zustimmen oder die Stärke des Patienten unterstreichen.
Bsp.: „Sie haben das in der Vergangenheit getan und können es wieder tun.“

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht geneigt ist, eine unterstützende Rolle dieser Art einzunehmen.

Bezugs- bzw. Vergleichspunkt sollte hierbei ein `normales´, nicht-therapeutisches Gespräch sein

40. Die Kommunikaton vollzieht sich direkt zwischen den Gruppenmitgliedern, ohne dass der Therapeut sich einschaltet.

Stimmt, wenn es längere Passagen innerhalb der Sitzung gibt, in denen die Patienten sich untereinander austauschen, ohne dass sich der Therapeut verbal oder nonverbal aktiv "einschaltet".

Stimmt nicht, wenn der Therapeut durchgängig an dem Sitzungsgespräch durch verbale oder nonverbale Beiträge beteiligt ist.

41. Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit bei dessen Handlungen oder Meinungen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe)

Stimmt, wenn der Therapeut den Patienten dazu auffordert, für sich selbst zu denken und so zu handeln wie er/sie es für richtig hält oder wenn der Therapeut entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert und unterstützt.
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass er von der Patientin nun gehört habe, was ihre Mutter oder ihre Kollegen meinen, was sie tun solle, aber dass es noch nicht klar sei, was sie selbst wolle oder denke.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe das Problem der Unabhängigkeit oder Initiative nicht als Thema in das Gespräch einbringt.

42. Der Therapeut fragt nach mehr Informationen und Erläuterungen.

Stimmt, wenn der Therapeut Fragen stellt, die darauf abzielen, Informationen ans Licht zu bringen oder den Patienten zu veranlassen, eine detailliertere Schilderung eines Ereignisses abzugeben (generelle Haltung des Therapeuten: „Info-Seeker“)
Bsp.: Der Therapeut stellt Fragen bezüglich der Lebensgeschichte der Patientin oder erkundigt sich, welche Gedanken der Patientin durch den Kopf gingen, als sie zufällig eine Bekannte auf der Straße traf.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht aktiv Informationen ans Licht bringt.

43. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält, z.B. Ärger, Neid, Aufregung (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut sich über Gefühle äußert, die von dem Patienten für verkehrt, unpassend oder gefährlich gehalten werden oder diese hervorhebt oder wenn der Therapeut entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert und unterstützt.

Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass der Patient seinem erfolgreicheren Bruder gegenüber manchmal Gefühle von Eifersucht und Hass empfindet.
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe nicht dazu tendiert, gefühlsmäßige Reaktionen des Patienten, die von diesem als schwierig wahrzunehmen oder zu akzeptieren erlebt werden, zu betonen.

44. Der Therapeut nimmt Interpretationen vor. (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut interpretative Aussagen macht oder entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert oder unterstützt.
Unter Interpretation ist zu verstehen, dass der Therapeut einer Äußerung bzw. dem Verhalten des Klienten eine Deutung gibt, die dieser nicht selbst angeboten hat. Sie unterstellt bestimmte Zusammenhänge, hat meist die Form einer Feststellung oder geschlossenen Frage bzw. suggeriert dem Klienten eine Erklärungsmöglichkeit. (Wichtig: Beachtung des Kontextes!)
Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

> Abgrenzung zu Item 29 (Konfrontation):
> "Konfrontation" beinhaltet immer ein konkretes Verhalten des Patienten und/oder eine konkrete Erfahrung des Therapeuten. "Interpretation" beinhaltet demgegenüber immer einen Rückschluss oder einen Bezug auf ein Konstrukt.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine interpretativen Aussagen macht, sondern seine Interventionen z. B. aus Reflexionen, Fragen, Informationsvermittlung, Klärung, Konfrontation u.ä. bestehen.

45. Der Therapeut identifiziert ein wiederkehrendes Thema in den Erfahrungen oder Verhalten des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut auf ein wiederkehrendes Erfahrungs- oder Verhaltensmuster im Leben des Patienten hinweist oder entsprechende Beiträge von Gruppenteilnehmern toleriert und unterstützt.
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass die Patientin sich immer wieder in Situationen zu bringen scheint, in denen sie sich dann als "ausgenutzt" und als "Opfer" fühlt.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe kein solches Thema oder wiederkehrendes Muster identifiziert.

46. Der Therapeut fordert den Patienten / die Gruppe auf, sich mit für ihn / sie unangenehmen Dingen auseinanderzusetzen.

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, mit dem Patienten (der Gruppe) auf ein Thema zu kommen, das für den Patienten (die Gruppe) ungewohnt ist, das er (sie) nicht von selber anspricht bzw. aktiv vermeidet.

`Auffordern´ ist dabei im weiteren Sinne zu verstehen, es kann sich z.B. auch um eine indirekte Aufforderung des Therapeuten in Form einer Bemerkung o.ä. handeln.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden

Stimmt nicht, wenn der Therapeut nicht den Versuch unternimmt, auf ein Thema zu kommen, das für die Gruppe unangenehm ist, das sie nicht von selber ansprechen würde bzw. eher sogar aktiv vermeiden würde.

47. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.

Stimmt, wenn ein Hauptfokus des Gespräches auf sozialen oder Arbeitsbeziehungen oder auf persönlichen, emotionalen Beziehungen liegt (dies schließt sowohl ein Gespräch über die therapeutische Beziehung als auch die Diskussion von romantischen und Liebesbeziehungen aus!; siehe entsprechende Items 49, 61, 65, 67).
Bsp.: Der Patient spricht ziemlich ausführlich über seine Sorgen bezüglich eines Konfliktes mit seinem Chef.

Stimmt nicht, wenn ein großer Anteil der Sitzung der Besprechung von Themen gewidmet ist, die nicht in direkter Verbindung mit Beziehungen stehen, *z.B. dem (inneren) Zwang zur Arbeit, dem (inneren) Druck, etwas erreichen zu müssen oder der ständigen Besetztheit von Gedanken um Nahrung und Essen.*

Anmerkung:
- Das Item bezieht sich nicht auf die Diskussion von Beziehungen der entfernteren Vergangenheit (siehe Item 11).
- Wenn Beziehungen als Thema kurz angesprochen werden, kann trotzdem eine Einschätzung von 1 vorgenommen werden, da es im Item um ein "Hauptthema" geht.

48. Partnerschaft / Intime Beziehungen sind ein Thema.

Stimmt, wenn es in der Sitzung um Partnerschaft und/oder intime Beziehungen geht. Dabei ist es nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.
Eine hohe Einschätzung sollte nur dann vergeben werden, wenn ein Großteil der Sitzung dieses Themengebiet behandelt

Stimmt nicht, wenn es in der Sitzung nicht um Partnerschaft und/oder intime Beziehungen geht oder wenn der Therapeut lenkend eingreift, um diesen Bereich nicht weiter zu bearbeiten.

49. Liebe oder romantische Beziehungen sind ein Thema.

Stimmt, wenn während der Sitzung über romantische Beziehungen oder Liebesbeziehungen gesprochen wird.
Bsp.: Der Patient spricht über romantische Gefühle einem Partner gegenüber.

Stimmt nicht, wenn Liebesbeziehungen als Thema in der Stunde nicht vorkommen.

Anmerkung:
Dieses Item bezieht sich auf die Qualität der thematisierten Beziehungen, der Familienstand des Patienten spielt dabei keine Rolle. Das bedeutet, dass das Sprechen über eine eheliche Beziehung nicht hoch eingeschätzt wird, wenn damit keine Liebe oder romantischen Gefühle in Verbindung stehen.

50. In der Sitzung geht es um länger zurückliegende Ereignisse.

Stimmt, wenn es in der Sitzung um Ereignisse geht, die einen gewissen Zeitraum vor der momentanen Behandlung stattgefunden haben, so dass sie nicht zur gegenwärtigen Lebenssituation gezählt werden können. Ereignisse, die sehr weit in der Vergangenheit liegen (z. B. die Kindheit des Patienten) sollen ebenfalls bei diesem Item berücksichtigt werden mit einer Einschätzung größer als 1.
Es ist dabei nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.

Stimmt nicht, wenn es in der Sitzung nicht um länger zurückliegende Ereignisse geht oder wenn der Therapeut lenkend eingreift, um diesen Bereich nicht weiter zu bearbeiten.

51. Der Therapeut erkennt die Fortschritte des Patienten in der Therapie an oder beruhigt ihn, dass sie sich in Kürze einstellen werden (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut (Teil-)Erfolge, die der Patient hinsichtlich seiner Therapieziele erreicht, benennt bzw. hervorhebt ODER wenn der Therapeut den Patienten beruhigt bzw. die Hoffnung bei ihm fördert, dass dieser bald Therapieerfolge erzielen wird. Einschätzungen größer als 1 sollen auch dann vergeben werden, wenn der Therapeut entsprechende Beiträge von Seiten des Patienten oder der Gruppe unterstützt.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.
Bsp.: Der Therapeut sagt dem Patienten, es gebe keinen Grund zur Sorge; er sei sicher, dass das Problem gelöst werden könne

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe keine Ermutigungen und Bestätigungen der o. g. Art gibt**.**

52. Der Therapeut exploriert die Gefühle des Patienten.

Stimmt, wenn der Therapeut Fragen bzw. Nachfragen zu (momentanen oder früheren) Gefühlen des Patienten stellt.

Abgrenzung zu Item 60:
Fragt der Therapeut den Patienten nach dessen Gefühlen, können damit gleichzeitig die Gefühle des Patienten betont werden. Item 52 und Item 60 können dann gleichzeitig eine Einschätzung größer als 1 erhalten. In Fällen, in denen der Therapeut eher beabsichtigt, reine Informationen zu erhalten,

sollte Item 52 höher eingeschätzt werden. Wenn es Hinweise darauf gibt, dass es dem Therapeuten eher um eine Betonung als um einen Informationsgewinn geht, sollte Item 60 höher eingeschätzt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine Fragen bzw. Nachfragen zu Gefühlen des Patienten stellt.

53. Der Therapeut interpretiert abgewehrte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Ideen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf Gefühle, Gedanken oder Impulse lenkt, die diesem nicht klar bewusst waren, oder wenn der Therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt. Der Rater muß versuchen, aus dem Kontext der Sitzung auf die Qualität der geistigen Inhalte zu schließen (z.B. in welchem Umfang dem Patienten etwas bewusst ist).

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe Dinge fokussiert, die in der bewussten Wahrnehmung des Patienten klar zu sein scheinen.

54. Reale vs. eingebildete Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.

Stimmt, wenn der Therapeut oder der Patient bemerkt, dass die Vorstellungen des Patienten über eine Begebenheit nicht mit der objektiven Realität übereinstimmen.
Bsp.: Der Therapeut weist daraufhin, dass - obwohl der Patient dem Verstorbenen früher den Tod gewünscht hat - der Patient nicht wirklich den Herzinfarkt verursacht hat.
Verzerrungen oder falsche Annahmen sollten hier auch Beachtung finden.
Bsp.: Der Therapeut fragt den Patienten, womit er es begründet, dass der Patient die Welt wiederholt als gefährlich bezeichnet.

Stimmt nicht, wenn Realitätsverzerrungen kein Thema der Sitzung sind.

55. Es geht in der Sitzung um positive Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen des Patienten.

Stimmt, wenn positive Ressourcen des Patienten (Stärken, Kompetenzen) in der Sitzung thematisiert und/oder für den Patienten erlebbar gemacht werden (z.B. durch Übungen). Der Therapeut kann in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass der Patient die Ressourcen für das Erreichen seiner positiven Ziele einsetzen kann.

Stimmt nicht, wenn es nicht um positive Ressourcen des Patienten geht.

56. Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt.

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten davon zu überzeugen, dass er etwas tun oder irgendwie ändern muss, um seine Situation zu verbessern oder wenn der therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Beispiel:
T:"Sehen wir einmal, was Sie selber hätten tun können, damit die Situation, in die Sie hineingeraten sind, besser für Sie hätte ausgehen können."

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe nicht das Ziel hat, den Patienten zu überzeugen, mehr Verantwortung zu übernehmen oder der Therapeut dem Patienten suggeriert, dass er schon zuviel Verantwortung übernimmt.

57. Der Therapeut bestärkt die Äußerungen/Verhaltensweisen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut auf Aussagen oder Verhalten des Patienten direkt verstärkend und/oder zustimmend reagiert. Dies kann in Form von kurzen oder längeren Reaktionen des Therapeuten und sowohl verbal (z.B. ein zustimmendes "Das haben Sie gut hinbekommen") als auch oder nonverbal (z.B: Nicken) geschehen.
Beispiele:
(1) T: " Das haben Sie gut hinbekommen!"
(2) Zustimmendes Nicken des Therapeuten
(4) Bestätigendes "Ja"
Eine Einschätzung größer als 1 sollte auch dann vergeben werden, wenn Bestärkungen im oben genannten Sinn von der Gruppe gegeben werden und vom Therapeuten toleriert und unterstützt werden.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe nicht explizit verstärkend oder zustimmend auf die Äußerungen des Patienten reagiert.

> Abgrenzung zu Item 51:
> Bei Item 57 soll nicht wie bei Item 51 eingeschätzt werden, ob der Therapeut den Patienten ermutigt oder beruhigt, dass seine Therapie erfolgreich sein wird.

58. Der Therapeut kommentiert Veränderung in der Stimmung oder den Gefühlen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut häufige oder hervorstechende Bemerkungen über Veränderungen in der Stimmung oder Erfahrungsqualität des Patienten macht oder wenn der Therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass sich die Einstellung des Patienten seinen (des Therapeuten) Stellungnahmen gegenüber von „wen kümmert´s" zu einem Gefühl der Verletztheit hin verändert hat, was aber einer ernsthafteren Arbeit an seinen Problemen entspricht.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe nicht dazu neigt, während der Sitzung zu Veränderungen des Gemütszustandes des Patienten Stelllung zu nehmen.

59. Der Therapeut nimmt Bezug auf die Position Einzelner in der Gruppe (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe)..

Stimmt, wenn der Therapeut einzelne Gruppenmitglieder anspricht und auf ihre Stellung innerhalb der Gruppe hinweist oder entsprechende Äußerungen von Gruppenteilnehmern vom Therapeuten toleriert und unterstützt werden.
Beispielsweise wäre dieses Item hoch einzuschätzen, wenn der Therapeut ein Gruppenmitglied explizit anspricht und auf seine Zurückhaltung im Zusammenhang mit Gruppengesprächen oder auf seine Position im Stationsalltag.

Stimmt nicht, wenn die Position einzelner Gruppenteilnehmer in der Gruppe nicht angesprochen wird.
Eine explizite Ansprache einzelner Gruppenmitglieder lediglich mit einer Aufforderung zur Beteiligung am Gespräch sollte dabei nicht zu einer Einschätzung höher als 1 führen.

60. Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient beschrieben hat, betont, um ihn beim Erleben von Gefühlen zu unterstützen oder wenn der Therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Bsp.: Der Therapeut äußert die Annahme, dass die Interaktion, die der Patient gerade beschrieben hat, als sei er ein unbeteiligter Erzähler, den Patienten im Grunde sehr verärgert hat.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut und die Gruppe die affektiven Erfahrungen des Patienten nicht hervorhebt oder eher an objektivierten Beschreibungen interessiert zu sein scheint.

61. Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der Beziehung eines Patienten zur Gruppe/zu Mitpatienten und dessen sonstigen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut mehrere oder wenige, aber hervorstechende Bemerkungen macht, mit denen er eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten der Gruppe, (bzw. einzelnen Gruppenmitgliedern) oder anderen Mitpatienten gegenüber und den Gefühlen des Patienten anderen wichtigen Personen in seinem Leben gegenüber herstellt. Dies schließt aktuelle Beziehungen und die Beziehung zu den Eltern in der Vergangenheit und der Gegenwart ein (Übertragung/Bindung zu den Eltern). Eine Einschätzung größer als 1 sollte auch dann vergeben werden, wenn der Therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass er glaube, die Patientin fürchte sich davor, von der Gruppe genauso kritisiert zu werden wie früher von ihrer Mutter.

Stimmt nicht, wenn die Aktivität des Therapeuten und der Gruppe während der Stunde keine Versuche einschließt, interpersonelle Aspekte bzgl. Patient-Mitpatienten-Verhältnissen mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verbinden.

62. Die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten werden auf die Vergangenheit bezogen.

Stimmt, wenn zwischen den jetzigen emotionalen Erfahrungen oder Wahrnehmungen aktueller Ereignisse des Patienten und denen der Vergangenheit prägnante Verbindungen gezogen werden.
Bsp.: Der Therapeut merkt an (oder der Patient erkennt), dass aktuelle Verlustängste vom Verlust eines Elternteils in der Kindheit herrühren.

Stimmt nicht, wenn vergangene und gegenwärtige Erfahrungen diskutiert, aber nicht miteinander in Verbindung gebracht werden.

63. Die Beziehungen zu den Mitpatienten bzw. Gruppenteilnehmern sind ein Hauptthema.

Stimmt, wenn es in der Sitzung um die Beziehungen zwischen den Gruppenteilnehmern oder um die Beziehungen zwischen den Gruppenteilnehmern und anderen Mitpatienten geht. Dabei ist es nicht notwendig, dass das Thema vom Therapeuten initiiert wird.
Siehe hierzu auch den Abschnitt 1.2 zu "Faciliation".
Eine hohe Einschätzung sollte nur dann vergeben werden, wenn (nahezu) die gesamte Sitzung dieses Themengebiet behandelt.

Stimmt nicht, wenn es in der Sitzung nicht um die Beziehungen zwischen den Gruppenteilnehmern oder um die Beziehungen zwischen den Gruppenteilnehmern und anderen Mitpatienten geht oder wenn der Therapeut lenkend eingreift, um diesen Bereich nicht weiter zu bearbeiten.

64. Der Therapeut ist neutral.

Stimmt, wenn der Therapeut dazu tendiert, sich einer Meinung oder der Preisgabe der eigenen Sichtweise in Bezug auf die vom Patienten angesprochenen Themen zu enthalten. Der Therapeut nimmt die Rolle eines neutralen Kommentators ein und die Sicht des Patienten der einzelnen angesprochenen Themen wird im Gespräch hervorgehoben.
Bsp.: Der Therapeut fragt, wie es für den Patienten wäre, wenn der Ausdruck von Ärger von ihm als Therapeuten anerkannt würde und fragt anschließend, wie der Patient auf eine Mißbilligung des Ärgerausdrucks reagieren würde.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut seinen Meinungen Ausdruck gibt oder Stellung zu bestimmten Themen nimmt; dies kann sowohl explizit als auch implizit geschehen.
Bsp.: Der Therapeut gibt dem Patienten zu verstehen, dass es sehr wichtig sei, zu lernen, seinem Ärger Ausdruck zu verleihen; oder er kommentiert, dass die Beziehung, die der Patient momentan führt, keine besonders gute sei und der Patient in Erwägung ziehen sollte, diese zu beenden.
Anmerkung.: Neutralität ist kein Synonym für Passivität. Der Therapeut kann aktiv sein und trotzdem eine neutrale Haltung einnehmen.

65. Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Stimmt, wenn die therapeutische Beziehung Thema der Sitzung ist.
Bsp.: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Besonderheiten der Interaktion oder des zwischenmenschlichen Prozesses zwischen ihm und dem Patienten.

Stimmt nicht, wenn der Therapeut keine Stellung zum Charakter der Transaktion zwischen sich und dem Patienten nimmt, das bedeutet, sich auf den Inhalt des Gespräches konzentriert.

66. Der Therapeut trägt dazu bei, dass die gesamte Gruppe sich mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst.

Stimmt, wenn der Therapeut durch seine Interventionen dazu beiträgt, dass sich die gesamte Gruppe mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst. Besonders hohe Bewertungen wären hier zu vergeben, wenn der Therapeut aktiv dazu beiträgt, dass derartige Konflikte im Gespräch der Gruppenmitglieder untereinander eine Klärung erfahren.

Stimmt nicht, wenn Konflikte der Gruppe nicht thematisiert werden.

67. Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut mehrere oder wenige, aber hervorstechende Bemerkungen macht, mit denen er eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten ihm selbst gegenüber und den Gefühlen des Patienten anderen wichtigen Personen in seinem Leben gegenüber herstellt. Dies schließt aktuelle Beziehungen und die Beziehung zu den Eltern in der Vergangenheit und der Gegenwart ein (Übertragung/Bindung zu den Eltern).
Eine Einschätzung größer als 1 sollte auch dann vergeben werden, wenn der Therapeut entsprechende Beiträge der Gruppe toleriert und unterstützt.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden
Bsp.: Der Therapeut merkt an, dass er glaube, die Patientin fürchte sich davor, von ihm genauso kritisiert zu werden wie früher von ihrer Mutter.

Stimmt nicht, wenn die Aktivität des Therapeuten und der Gruppe während der Stunde keine oder Versuche einschließt, interpersonelle Aspekte bzgl. des Therapeut-Patient-Verhältnisses innerhalb der Therapie mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verbinden.

68. Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, ein größeres Vorhaben (Therapieziel) oder Problem in kleinere, einfache, spezielle Schritte aufzuteilen.

Stimmt, wenn der Therapeut versucht, zusammen mit dem Patienten ein größeres bzw. komplexeres Vorhaben oder Problem in kleinere, einfacher zu verwirklichende Schritte

aufzuteilen oder es deutlich wird, dass solch eine Aufteilung zu einem früheren Zeitpunkt stattgefunden hat.
Dieses Item kann schon bei einer geringen Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden

Stimmt nicht, wenn kein Versuch unternommen wird, ein größeres bzw. komplexeres Vorhaben oder Problem in kleinere, einfacher zu verwirklichende Schritte aufzuteilen und auch kein Hinweis vorliegt, dass eine solche Aufteilung stattgefunden hat.

69. An der Interaktion in der Sitzung ist der Therapeut und die Gruppe als Ganze beteiligt.
(vs. Die Interaktion findet zwischen dem Therapeuten und einzelnen Patienten statt.)

Stimmt, wenn die Sitzung durch ein Miteinander der Beteiligten in der Gruppe geprägt ist, d.h. alle oder fast alle Gruppenmitglieder einschließlich dem Therapeuten dazu beitragen, dass ein Thema durchgearbeitet wird.

Stimmt nicht, wenn sich die Interaktion innerhalb der Sitzung auf ein Gruppenmitglied und den Therapeuten beschränkt ("Einzel" in der Gruppe).

70. Der Therapeut betont, dass der Patient selbst zur Verbesserung seines Befindens beitragen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).

Stimmt, wenn der Therapeut die Eigenaktivität des Patienten bei der Verbesserung seines Befinden betont bzw. herausarbeitet oder wenn der Therapeut entsprechende Aussagen des Patienten oder der Gruppe unterstützt.
Eine Einschätzung größer als 1 sollte z.B. dann vergeben werden, wenn der Therapeut mit einem Patienten die Frage erörtert, was dieser zur Linderung seiner Depression tun kann.

Stimmt nicht, wenn die Eigenaktivität des Patienten bei der Verbesserung seines Befinden nicht thematisiert wird.

Anhang E

Die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala- Patienten (HaPPS-P) und die Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala- Therapeuten (HaPPS-T)

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte schätzen Sie im folgenden ein, wie Sie die **vergangene** Sitzung erlebt haben. Kreuzen Sie bitte jeweils die Möglichkeit an, die am ehesten zutrifft.

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1.	Es wurde über **Beziehungen** zu anderen Menschen (z.B. Ehemann, Lebenspartner, Eltern, Freunde) gesprochen.	1	2	3	4	5
2.	Das **Verhalten** der Patienten wurde besprochen (z.B. Verhaltensänderungen oder praktische Aufgaben besprochen, Rollenspiele durchgeführt).	1	2	3	4	5
3.	Der Therapeut war **einfühlsam**.	1	2	3	4	5
4.	Der Therapeut war **bestimmend** oder **lenkend**.	1	2	3	4	5
5.	**Gefühle** wurden besprochen.	1	2	3	4	5
6.	**Gedanken** und **Vorstellungen** wurden besprochen.	1	2	3	4	5
7.	Der Therapeut war **wertend**.	1	2	3	4	5
8.	Der Therapeut fragte nach mehr **Informationen** und **Erläuterungen**.	1	2	3	4	5
9.	Die Patienten wurden aufgefordert, sich mit **ungewohnten** oder **unangenehmen** Dingen **auseinanderzusetzen**.	1	2	3	4	5
10.	Die Sitzung wurde deutlich **gegliedert**, z.B. wurden bestimmte Themen der Reihe nach besprochen.	1	2	3	4	5
11.	Die **Beziehungen** zwischen dem Bezugstherapeuten und den Patienten waren ein Thema der Sitzung.	1	2	3	4	5
12.	Die **Beziehungen** zwischen den Patienten (innerhalb der Gruppe oder auf Station) waren ein Thema.	1	2	3	4	5
13.	Der Therapeut war **distanziert**.	1	2	3	4	5
14.	In der Sitzung ging es um **länger zurückliegende Ereignisse**.	1	2	3	4	5
15.	Die Patienten wurden ermutigt, in ihren Handlungen und Meinungen **unabhängiger** zu sein.	1	2	3	4	5

Wie viele Sitzungen haben Sie mit dieser Gruppe bislang gehabt (incl. der heutigen)? _____

Ihr Alter: _____ Jahre

Ihr Geschlecht: ❒ männlich ❒ weiblich

Haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Wir bitten Sie, den Bogen jetzt in den dafür vorgesehenen Behälter einzuwerfen.

HaPPS-P
©MedPsych, UKE

Sehr geehrte Therapeutin, sehr geehrter Therapeut,

bitte schätzen Sie im folgenden ein, wie Sie die **vergangene** Sitzung erlebt haben. Kreuzen Sie bitte jeweils die Möglichkeit an, die am ehesten zutrifft.

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1.	Es wurde über **Beziehungen** zu anderen Menschen (z.B. Ehemann, Lebenspartner, Eltern, Freunde) gesprochen.	1	2	3	4	5
2.	Das **Verhalten** der Patienten wurde besprochen (z.B. Verhaltensänderungen oder praktische Aufgaben besprochen, Rollenspiele durchgeführt).	1	2	3	4	5
3.	Ich war **einfühlsam**.	1	2	3	4	5
4.	Ich war **bestimmend** oder **lenkend**.	1	2	3	4	5
5.	**Gefühle** wurden besprochen.	1	2	3	4	5
6.	**Gedanken** und **Vorstellungen** wurden besprochen.	1	2	3	4	5
7.	Ich war **wertend**.	1	2	3	4	5
8.	Ich fragte nach mehr **Informationen** und **Erläuterungen**.	1	2	3	4	5
9.	Die Patienten wurden aufgefordert, sich mit **ungewohnten** oder **unangenehmen** Dingen **auseinanderzusetzen**.	1	2	3	4	5
10.	Die Sitzung wurde deutlich **gegliedert**, z.B. wurden bestimmte Themen der Reihe nach besprochen.	1	2	3	4	5
11.	Die **Beziehungen** zwischen mir und den Patienten waren ein Thema der Sitzung.	1	2	3	4	5
12.	Die **Beziehungen** zwischen den Patienten (innerhalb der Gruppe oder auf Station) waren ein Thema.	1	2	3	4	5
13.	Ich war **distanziert**.	1	2	3	4	5
14.	In der Sitzung ging es um **länger zurückliegende Ereignisse**.	1	2	3	4	5
15.	Die Patienten wurden ermutigt, in ihren Handlungen und Meinungen **unabhängiger** zu sein.	1	2	3	4	5

Haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Wir bitten Sie, den Bogen jetzt in den dafür vorgesehenen Behälter einzuwerfen.

HaPPS-T
©MedPsych, UKE

Anhang F

Angaben zu den dokumentierten Gruppentherapien

Tabelle 1:
Erhebungszeiträume, dokumentierte Gruppen und Gruppen mit dem Versuch der Dokumentation

Erhebungs-zeitraum	Datum	Dokumentierte Gruppen	Gruppen mit Versuch der Dokumentation
1	09.09. – 24.09.1999	PA-G: 6A[a]; VT-BG: 4A, 4B, 4C, 7A, 7B; VT-IG: Angst, Depression, Schmerz, Trauma;	PA-G: 5A, 5B;
2 [b]	28.10.1999		PA-G: 3A, 3B; VT-BG: 1A, 1B,2A, 2B, 2C;
Nacherhebung 1	25.11.-10.12.1999	PA-G: 3A; VT-BG: 1B; VT-IG: Adipositas, Tinnitus;	PA-G: 5A,5B; VT-BG: 1A, 1C, 2A, 2B, 2C; VT-IG: Ess-Störung;
Nacherhebung 2	02.02 – 21.02.2000	PA-G: 3B;	
Nacherhebung 3	05.05. –29.05.2000	PA-G: 5A; VT-BG: 2A, 2B, 2C; VT-IG: Ess-Störung;	PA-G: 5B;

Anmerkungen.

PA-G psychoanalytisch orientierte Gruppenpsychotherapien

VT-BG verhaltenstherapeutische zieloffenen Gruppenpsychotherapien ("Basisgruppen")
VT-IG verhaltenstherapeutische störungsspezifische (indikative) Gruppenpsychotherapien

a Die Bezeichnungen der Gruppen kennzeichnen die Station, auf der sie vorgehalten werden. Die zusätzlichen Buchstaben (A,B,C) kennzeichnen parallel vorgehaltene Gruppen einer Station.

b Der Erhebungszeitraum 2 wurde letztendlich nicht durchgeführt, da nur vereinzelte Gruppen hätten einbezogen werden können.

Tabelle 2:
Dokumentierte und einbezogene Sitzungen zur Auswertung der Beobachterperspektive

Gruppe[a]	**Anzahl der dokumentierten Sitzungen**	**Anzahl der in die Auswertung einbezogenen Sitzungen**[b]
4A	5	3
4B	5	3
4C	4	0[c]
	5	3
7B	5	3
1B	5	3
2A	3	3
2B	4	3
2C	4	3
∑ VT-BG	**40**	**24**
VT-IG		
Trauma	5	3
Angst	9	3
Depression[e]		3
Schmerz	6	3
Adipositas	5	3
Tinnitus[f]		3
Ess-Störung	3	3
∑ VT-IG	**39**	**21**
PA-G		
PA 6B[f]		4[d]
	6	5
PA 3B	8	5
PA 5	8	5
∑ PA-G	**29**	**19**
Sitzungen insgesamt	**104 +4**[b]	

Anmerkungen.

PA-G psychoanalytisch orientierte Gruppenpsychotherapien

VT-BG verhaltenstherapeutische zieloffenen Gruppenpsychotherapien ("Basisgruppen")

VT-IG verhaltenstherapeutische störungsspezifische (indikative) Gruppenpsychotherapien

a Die Bezeichnungen der Gruppen kennzeichnen die Station, auf der sie vorgehalten werden. Die zusätzlichen Buchstaben (A,B,C) kennzeichnen parallel vorgehaltene Gruppen einer Station.

b Ausgewählt wurden in der Regel die jeweils letzten drei bzw. (bei den PA-G) die letzten fünf konsekutiven Sitzungen einer Gruppe. Weitere Erläuterungen werden im Text (Kap. IX) gegeben.

c Die vier Sitzungen der Gruppe 4C (VT-BG) wurde aufgrund technischer Probleme, die zu Beeinträchtigung von zwei Bändern führte, und aufgrund eines zusätzlichen Therapeutenwechsels innerhalb der Erhebungsphase nachträglich aus der Auswertung herausgenommen

d In dieser Gruppe erwiesen sich zwei Bänder aufgrund der akustischen Qualität als nicht auswertbar, so dass abweichend von den restlichen PA-G lediglich vier Sitzungen analysiert wurden.

e Diese Gruppe wurde von dem Therapeuten geleitet, der auch die verhaltenstherapeutische Basisgruppe 1B durchführte.

f Hier gab es einen Therapeutenwechsel während der Erhebungssequenz.

Tabelle 3:

Dokumentierte Gruppen und Therapeuten

	PA-G	**VT-BG**	**VT-IG**	**Σ VT**	**Σ**
Anzahl dokumentierter **Gruppen**	4	8	7	15	**19**
(Anzahl vorgehaltener Gruppen im St. Franziska-Stift)[a]	(7)	(11)	(7)	(18)	**(25)**
prozentualer Anteil (Quotient: dokumentierte Gruppen / vorgehaltenen Gruppen)	57,14%	72,72%	100%	83,33%	**76,00%**
Anzahl dokumentierter **Therapeuten**	5			15	**20**
(Anzahl Therapeuten insgesamt im St. Franziska-Stift)[a]	(8)			(17)	**(25)**
prozentualer Anteil (Quotient: dokumentierte Therapeuten / Therapeuten insgesamt)	62,5%			88,24%	**80%**

Anmerkungen.

a Stand: September 1999

Anhang G

Muster für die Patienten-Einverständniserklärung

a) **für die erste Datenerhebungssequenz**

b) **für die zweite Datenerhebungssequenz**

a)

- KLINIKBRIEFKOPF-

Patienteninformation zur Implementationsdokumentation

Bestimmte Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind an allen Einrichtungen der Rehabilitation so auch am St. Franziska-Stift gesetzlich vorgeschrieben, z.B. Dokumentationen zur Behandlung, zu den Versorgungsabläufen und Behandlungsergebnissen. Diese dienen dem Ziel, die Qualität der Behandlungen, die Sie als Patienten während der Rehabilitation erhalten, zu verbessern.
Wie Ihnen ja schon in der vergangenen Woche in den Gruppen und Morgenrunden angekündigt wurde, führen wir momentan in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg eine Dokumentation durch, die ebenfalls der Qualitätssicherung dient. Diese ist zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, schon alleine aufgrund des großen Aufwandes, der mit dieser Dokumentation verbunden ist, trotzdem sind wir sehr an ihrer Durchführung interessiert, weil wir es wichtig finden, genau hinzuschauen, wie Behandlungen hier durchgeführt werden und wie sie für die Patienten optimiert werden können.
Der erste Teil der Dokumentation, bei denen ungefähr die Hälfte der Stationen teilnimmt, wird momentan durchgeführt, der zweite Teil der Dokumentation findet im Anschluss statt. Das ganze Haus wird also untersucht, dies kann lediglich aus Gründen der Durchführbarkeit (Zeit, Personal, etc.) nicht gleichzeitig geschehen.
Ziel der Dokumentation ist es, therapeutisches Vorgehen innerhalb der Gruppensitzungen zu untersuchen. Die Patienten werden nicht untersucht, es geht lediglich um die Therapeuten.
Es ist uns dabei wichtig, unterschiedliche Perspektiven und Meinungen zu erfassen: Wir möchten darum erstens Ihre Meinung, also die Patientensicht, erfragen, zweitens die Sicht der Therapeuten und drittens sollen Beobachtern, die eine Videoaufzeichnung von der Sitzung sehen, Einschätzungen vornehmen.

Wie sieht die Dokumentation konkret aus?
Während der nächsten 2 ½ Wochen, ab nächsten Donnerstag, werden - vorausgesetzt wir bekommen Ihre Zustimmung - auf den Stationen 4, 5, 6 und 7 alle therapeutischen Gruppensitzungen auf Video aufgezeichnet. Das sind für jede Gruppe – je nach dem, wie oft Sie in der Woche Sitzungen haben - 5 bis 8 Sitzungen. Außerdem werden die indikativen Gruppen „Angst“, "Depression", „Schmerz“ und „Trauma" aufgezeichnet (Die restlichen indikativen Gruppen werden im Anschluß aufgenommen.)

Das Aufzeichnen sieht dabei so aus, daß vor der Sitzung eine Kamera von Mitarbeitern der Universität Hamburg aufgebaut und angeschaltet und nach der Sitzung abgeschaltet und abgebaut wird. Während der Sitzung selber verläßt der Mitarbeiter selbstverständlich den Raum.

Nach jeder aufgezeichneten Stunde werden Sie gebeten, einen kurzen Fragebogen mit 15 Fragen auszufüllen. Der Therapeut bekommt einen entsprechenden Fragebogen. So erfassen wir Ihre Sicht und die Sicht des Therapeuten.

Die Bänder und Fragebögen werden dann nach Hamburg gebracht und dort von Mitarbeitern der Universität ausgewertet. Niemand außer diesen Mitarbeitern, also auch niemand aus der Klinik, wird Zugang zu den Bändern oder den Fragebögen haben. Auch die Auswertung erfolgt anonym in dem Sinne, dass nicht auf den einzelnen Therapeuten zurückgeschlossen werden kann.

Nach der Auswertung werden die Bänder gelöscht. Dies geschieht unter Aufsicht des Datenschutzes, d.h. die Datenschützer werden informiert und können sich vor Ort von der Richtigkeit der Vorgänge überzeugen, also insbesondere über die Löschung der Bänder nach der Auswertung.

Alle Personen, die auf den Bändern aufgenommen worden sein könnten, müssen natürlich gefragt werden, ob Sie hiermit einverstanden sind. Von den Therapeuten haben wir schon diese Einverständniserklärung. Nun möchten wir Sie als Patienten ebenfalls um Ihr Einverständnis bitten: Obwohl es in der Dokumentation nicht um Sie geht, benötigen wir dies, da einige von Ihnen mit auf den Bändern sein werden.

Unsere zweite Bitte besteht darin, dass Sie sich bereit erklären, während der 2 ½ Wochen der Dokumentation, also nach den 5 bis 8 Sitzungen, die Sie während dieser Zeit haben werden, ebenso wie der Therapeut, einen kurzen Fragebogen auszufüllen

Wir hoffen, dass wir Sie dafür gewinnen können, mitzumachen und uns zu unterstützen. Uns wäre es dann möglich, die Dokumentation durchzuführen und damit die Behandlung zu optimieren.

(Für Fragen stehen wir Ihnen jetzt und auch jederzeit später gern zur Verfügung.)

b)

- KLINIKBRIEFKOPF-

Patienteninformation zur Implementationsdokumentation

Bestimmte Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind an allen Einrichtungen der Rehabilitation so auch am St. Franziska-Stift gesetzlich vorgeschrieben, z.B. Dokumentationen zur Behandlung, zu den Versorgungsabläufen und Behandlungsergebnissen. Diese dienen dem Ziel, die Qualität der Behandlungen, die Sie als Patienten während der Rehabilitation erhalten, zu verbessern.
Wie Ihnen ja schon in der vergangenen Woche in den Gruppen und Morgenrunden angekündigt wurde, führen wir momentan in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg eine Dokumentation durch, die ebenfalls der Qualitätssicherung dient. Diese ist zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, schon alleine aufgrund des großen Aufwandes, der mit dieser Dokumentation verbunden ist, trotzdem sind wir sehr an ihrer Durchführung interessiert, weil wir es wichtig finden, genau hinzuschauen, wie Behandlungen hier durchgeführt werden und wie sie für die Patienten optimiert werden können.
Der erste Teil der Dokumentation wurde bereits im September dieses Jahres durchgeführt. Damals wurden die Stationen 4, 6 und 7 untersucht. Jetzt im zweiten Teil, der innerhalb der nächsten 2 ½ Wochen stattfinden soll, werden die Stationen 1, 2 und 3 dokumentiert. Das ganze Haus wird also untersucht, dies kann lediglich aus Gründen der Durchführbarkeit (Zeit, Personal, etc.) nicht gleichzeitig geschehen.
Ziel der Dokumentation ist es, therapeutisches Vorgehen innerhalb der Gruppensitzungen zu untersuchen. Die Patienten werden nicht untersucht, es geht lediglich um die Therapeuten.
Es ist uns dabei wichtig, unterschiedliche Perspektiven und Meinungen zu erfassen: Wir möchten darum erstens Ihre Meinung, also die Patientensicht, erfragen, zweitens die Sicht der Therapeuten und drittens sollen Beobachtern, die eine Videoaufzeichnung von der Sitzung sehen, Einschätzungen vornehmen.

Wie sieht die Dokumentation konkret aus?
Während der nächsten 2 ½ Wochen, ab nächsten Donnerstag, werden - vorausgesetzt wir bekommen Ihre Zustimmung - auf den Stationen 1, 2 und 3 alle therapeutischen Gruppensitzungen auf Video aufgezeichnet. Das sind für jede Gruppe – je nach dem, wie oft Sie in der Woche Sitzungen haben - 5 bis 8 Sitzungen. Außerdem werden die indikativen

Gruppen „Adipositas“, „Eßstörung“ und „Tinnitus“ aufgezeichnet (Die restlichen indikativen Gruppen wurden schon im September aufgenommen.)

Das Aufzeichnen sieht dabei so aus, daß vor der Sitzung eine Kamera von Mitarbeitern der Universität Hamburg aufgebaut und angeschaltet und nach der Sitzung abgeschaltet und abgebaut wird. Während der Sitzung selber verläßt der Mitarbeiter selbstverständlich den Raum.

Nach jeder aufgezeichneten Stunde werden Sie gebeten, einen kurzen Fragebogen mit 15 Fragen auszufüllen. Der Therapeut bekommt einen entsprechenden Fragebogen. So erfassen wir Ihre Sicht und die Sicht des Therapeuten.

Die Bänder und Fragebögen werden dann nach Hamburg gebracht und dort von Mitarbeitern der Universität ausgewertet. Niemand außer diesen Mitarbeitern, also auch niemand aus der Klinik, wird Zugang zu den Bändern oder den Fragebögen haben. Auch die Auswertung erfolgt anonym in dem Sinne, dass nicht auf den einzelnen Therapeuten zurückgeschlossen werden kann.

Nach der Auswertung werden die Bänder gelöscht. Dies geschieht unter Aufsicht des Datenschutzes, d.h. die Datenschützer werden informiert und können sich vor Ort von der Richtigkeit der Vorgänge überzeugen, also insbesondere über die Löschung der Bänder nach der Auswertung.

Alle Personen, die auf den Bändern aufgenommen worden sein könnten, müssen natürlich gefragt werden, ob Sie hiermit einverstanden sind. Von den Therapeuten haben wir schon diese Einverständniserklärung. Nun möchten wir Sie als Patienten ebenfalls um Ihr Einverständnis bitten: Obwohl es in der Dokumentation nicht um Sie geht, benötigen wir dies, da einige von Ihnen mit auf den Bändern sein werden.

Unsere zweite Bitte besteht darin, dass Sie sich bereit erklären, während der 2 ½ Wochen der Dokumentation, also nach den 5 bis 8 Sitzungen, die Sie während dieser Zeit haben werden, ebenso wie der Therapeut, einen kurzen Fragebogen auszufüllen

Wir hoffen, dass wir Sie dafür gewinnen können, mitzumachen und uns zu unterstützen. Uns wäre es dann möglich, die zweite Hälfte der Dokumentation durchzuführen und die Dokumentation zu vervollständigen und damit die Behandlung zu optimieren.

(Für Fragen stehen wir Ihnen jetzt und auch jederzeit später gern zur Verfügung.)

Anhang H

- Muster für die Patienten-Einverständniserklärung

- Muster für die Therapeuten-Einverständniserklärung

- KLINIKBRIEFKOPF-

Einverständniserklärung

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Klinik werden ab September 1999 für jeweils ca. drei Wochen systematisch alle therapeutischen Gruppensitzungen mit Video aufgezeichnet. Nach jeder Sitzung werden Sie gebeten, einen kurzen Fragebogen (eine Seite) zum Erleben der jeweils aufgezeichneten Sitzung auszufüllen. Die Videoaufzeichnungen und Fragebögen werden nicht an Mitarbeiter der Klinik weitergegeben, sondern ausschließlich von der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Dr. Uwe Koch im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf in Hamburg ausgewertet und nach der Auswertung vernichtet. Sie werden nicht zu Fort- oder Weiterbildungszwecken verwendet.

Ich bin damit einverstanden, daß diese Aufzeichnungen durchgeführt werden und daß ich im Anschluß an die Gruppensitzungen einen kurzen Fragebogen vorgelegt bekomme.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit frei widerrufen, ohne daß Nachteile für die Rehabilitation entstehen.

Bad Kreuznach, den ___ / ___ / 1999

_____ _____

(Vor- und Nachname) (Unterschrift)

Einverständniserklärung

Mit der Aufzeichnung meiner Therapiegruppe im Rahmen der Implementierungsdokumentation bin ich einverstanden.

Bad Kreuznach, den 07.09.1999

Name:

_____

_____

Unterschrift

Anhang I

Adaptierte Fassung des Common Core Questionnaires (CCQ) zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Adaptierte Fassung des Common Core Questionnaires (CCQ) zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Sehr geehrte Therapeutin, sehr geehrter Therapeut,

der Common Core Questionnaire (CCQ) kann helfen, im Rahmen der Implementierungsdokumentation im St. Franziska-Stift Unterschiede und Gemeinsamkeiten der psychoanalytisch und der verhaltenstherapeutisch orientierten Abteilung zu untersuchen. Dieser Fragebogen wurde von klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen ursprünglich für eine internationale Studie zur professionellen Entwicklung von TherapeutInnen erarbeitet. Für die Implementierungsdokumentation ist der Originalfragebogen gekürzt und adaptiert worden, um der Fragestellung und dem speziellen Setting Ihrer Arbeit gerecht zu werden.
Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zur Ihrer beruflichen Entwicklung und ihrer derzeitigen beruflichen Praxis. Wir bitten Sie, alle Fragen zu beantworten. In den meisten Fällen genügt es, die am ehesten zutreffende Antwort anzukreuzen. Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Um dies zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Umschlag zu stecken, diesen zuzukleben und ihn in Ihrem Stationszimmer abzugeben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Die Arbeitsgruppe der externen Evaluation

PS: Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 040/42803-4883 gerne zur Verfügung.

---

1. Station: _____

2. Alter: _____ Jahre

3. Geschlecht: ❒ männlich ❒ weiblich

4. Wurde eine Ihrer therapeutischen Gruppen im Rahmen der Implementierungs-dokumentation auf Video aufgezeichnet?

❒ nein

❒ ja ➢ Um welche Gruppe handelt es sich hierbei? _____

(Bitte die klinikinterne Bezeichnung, z.B. "4B" oder "6A"; bzw. bei Indikativen Gruppen die Indikation, z.B. "Adipositas", angeben.)

Zu Ihrer beruflichen Ausbildung

1-0 Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung bzw. als was bezeichnen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext?

- Markieren Sie alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen.
- Falls angemessen, ergänzen Sie bitte die markierte Bezeichnung durch Angabe einer speziellen Bezeichnung oder Unterkategorie.
- Falls Sie sich für einen bestimmten Beruf noch in der Ausbildungsphase befinden, kreuzen Sie bitte "in Ausbildung" an.

	Beruf	**trifft zu**	**Spezialisierung/ nähere Bezeichnung (z.B. AiP oder PiP)**	**in Aus-bildung**
1-1.	Psychologin/ Psychologe			
1-2.	Psychotherapeutin/ Psychotherapeut			
1-3.	Ärztin/ Arzt			
1-4.	Fachärztin/ Facharzt			
1-5.	Andere Berufsbezeichnung: _____			

1-6. Wann haben Sie Ihr Hochschulstudium beendet ?
(Bei Doppel- und Zweitstudium: Bitte beziehen Sie sich auf das Studium, das Sie als letztes abgeschlossen haben!)

Monat _____ Jahr _____

1-7.1 Verfügen Sie über die Approbation zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten?

Nein ❒

Ja, ich verfüge über die Approbation
zur/zum ärztlichen Psychotherapeutin/en ❒ ➢ Seit wann (Jahr)? _____

Ja, ich verfüge über die Approbation
zur/zum psychologischen Psychotherapeutin/en ❒ ➢ Seit wann (Jahr)? _____

1-7.2 Verfügen Sie über eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung?

Nein ❒

Ja ❒ ➢ Um welche Form der Zulassung handelt es sich hierbei?

Bedarfsabhängig ❒

Bedarfsunabhängig ❒

1-7.3 Verfügen Sie für Ihre klinische Tätigkeit über eine andere berufliche Qualifikation im Sinne einer Zertifizierung (z.B. den Titel "Klinische/r Psychologe/in BDP")?

Nein ❒

Ja ❒

Bitte notieren Sie möglichst genau, um was für eine Qualifikation (Zertifizierung) es sich handelt:

_____

1-8. Sind Sie Mitglied von Fachgesellschaften oder -vereinigungen?

Nein ❒

Ja ❒

Bitte genaue Bezeichnung angeben:

_____

_____

_____

_____

1-9. Haben Sie eine <u>Ausbildung</u> in einer bestimmten Therapieform (oder mehreren) <u>abgeschlossen</u> (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächs-psychotherapie, Familientherapie)?

Nein ❒ ➢ Gehen Sie bitte weiter zu Frage 1-14.

Ja ❒ ➢ Machen Sie bitte nähere Angaben zu Ihren wichtigsten Ausbildungserfahrungen:

	Therapieform (abgeschlossene Ausbildung)	**Beginn (Monat/ Jahr)**	**Ende (Monat/ Jahr)**	**Bei welchem Institut?**	**Nutzen für Ihre derzeitige Praxis 0 = keiner, 5 = sehr groß**
1-10.					0 1 2 3 4 5
1-11.					0 1 2 3 4 5
1-12.					0 1 2 3 4 5
1-13.					0 1 2 3 4 5

1-14. Befinden Sie sich <u>zur Zeit in Ausbildung</u> für eine bestimmte Therapieform?

Nein ❒ ➢ GehenSie bitte weiter zu Frage 1-17.

Ja ❒ ➢ Machen Sie bitte nähere Angaben zu Ihren wichtigsten Ausbildungserfahrungen:

	Therapieform (begonnene Ausbildung)	**Beginn (Monat/ Jahr)**	**Ende (voraus-sichtlich) (Monat/ Jahr)**	**Bei welchem Institut?**	**Nutzen für Ihre derzeitige Praxis 0 = keiner, 5 = sehr groß**
1-15.					0 1 2 3 4 5
1-16.					0 1 2 3 4 5

1-17. Gibt es andere Formen der Aus- oder Weiterbildung, an denen Sie teilnehmen oder teilgenommen haben und die für Ihren therapeutischen Hintergrund wichtig sind (z.B. Praktikum, Selbsterfahrung, Balint-Gruppe)?

_____

_____

_____

1-18. Befinden Sie sich derzeit in regelmäßiger Supervision für irgendwelche Ihrer Psychotherapien?

Nein ❒ ➢ Gehen Sie bitte weiter zu Frage 1-26.

Ja ❒ ➢ Machen Sie bitte nähere Angaben zur Art Ihrer Supervision (Fragen 1-19 bis 1-26)

1-19. Um welche Form von Supervision handelt es sich hierbei?

- Geben Sie bitte für alle Formen der Supervision jeweils an, wie häufig diese stattfindet und welcher therapeutischen Orientierung der Supervisor angehört (z.B. psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch).
- Kreuzen Sie bitte "Kliniksupervision" an, wenn diese sich auf PatientInnen des St. Franziska-Stifts bezieht.
- Zusätzlich für TherapeutInnen in Ausbildung: Falls es sich um eine Supervision speziell im Rahmen Ihrer Therapieausbildung handelt, kreuzen Sie bitte „Ausbildungssupervision“ an.

	Form der Supervision	**Häufigkeit (pro Monat)**	**Therapeutische Orientierung des Supervisors**	**Klinik-supervision**	**Aus-bildungs-supervision**
1-20.	Intern (Einzelsupervision)	___ Std. pro Monat			
1-21.	Intern im Stationsteam (Gruppensupervision)	___ Std. pro Monat			
1-22.	Intern stationsübergreifend (Gruppensupervision)	___ Std. pro Monat			
1-23.	Extern (Einzelsupervision)	___ Std. pro Monat			
1-24.	Extern (Gruppensupervision)	___ Std. pro Monat			

1-25. Wie viele PatientInnen im St. Franziska-Stift betreuen Sie momentan als BezugstherapeutIn?

____ PatientInnen

Wie viele dieser PatientInnen stellen Sie innerhalb der Supervision(en) vor?

Ca. _____ Prozent dieser PatientInnen stelle ich innerhalb der Supervision(en) vor.

1-26. Behandeln Sie zusätzlich zu Ihrer Tätigkeit im St. Franziska-Stift PatientInnen therapeutisch (z. B. in freier Praxis) ?

Nein ❒ ➢ Gehen Sie bitte weiter zu Frage 2-1.

Ja ❒ ➢ **Wie viele PatientInnen behandeln Sie momentan zusätzlich?**

_____ PatientInnen

➢ **Wie viele dieser PatientInnen stellen Sie innerhalb der Supervision(en) vor?**

Ca. _____ Prozent dieser PatientInnen stelle ich innerhalb der Supervision(en) vor.

Zu Ihrer praktischen Berufserfahrung

2-1. Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig?
Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.

_____ Jahre _____ Monate

2-2. Seit wann arbeiten Sie im St. Franziska-Stift?

_____ Monat _____ Jahr

2-3. Auf welchen Stationen sind Sie bisher gewesen?

Aufnahmestation: _____ Monate

Station _____: _____ Monate

Station _____: _____ Monate

Station _____: _____ Monate

2-4. In welchen Gruppen waren Sie bisher im St. Franziska-Stift als <u>TherapeutIn</u> tätig ?
(Mehrfachnennungen möglich)

1. Analytische Gruppen ❒
2. TZI- oder ähnliche Gruppen ❒
3. VT-Basisgruppen ❒
4. Indikative Gruppen ❒

(Gruppen, in denen Sie weniger als 3 Sitzungen abgehalten haben, bitte <u>nicht</u> angeben!)

2-5. In welchen Gruppen waren Sie bisher im St. Franziska-Stift als <u>Co-TherapeutIn</u> tätig ?

(Mehrfachnennungen möglich)

1. Analytische Gruppen ❒
2. TZI- oder ähnliche Gruppen ❒
3. VT-Basisgruppen ❒
4. Indikative Gruppen ❒

(Gruppen, in denen Sie weniger als 3 Sitzungen abgehalten haben, bitte nicht angeben!)

Zu Ihrer theoretischen Orientierung

Als Sie mit Ihrer therapeutischen Arbeit begannen, wie sehr wurde Ihre therapeutische Tätigkeit durch die folgenden theoretischen Konzepte jeweils bestimmt?		**0 = überhaupt nicht 5 = sehr**
3-1.	Analytisch/Psychodynamisch	0 1 2 3 4 5
3-2.	Verhaltenstherapeutisch	0 1 2 3 4 5
3-3.	Kognitiv	0 1 2 3 4 5
3-4.	Humanistisch	0 1 2 3 4 5
3-5.	Systemisch	0 1 2 3 4 5
3-6.	Andere (bitte spezifizieren):	0 1 2 3 4 5

Wie stark wird Ihre derzeitige therapeutische Praxis von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?		**0 = überhaupt nicht 5 = sehr**
3-7.	Analytisch/Psychodynamisch	0 1 2 3 4 5
3-8.	Verhaltenstherapeutisch	0 1 2 3 4 5
3-9.	Kognitiv	0 1 2 3 4 5
3-10.	Humanistisch	0 1 2 3 4 5
3-11.	Systemisch	0 1 2 3 4 5
3-12.	Andere (bitte spezifizieren):	0 1 2 3 4 5

Für wie wichtig halten Sie es in Ihrer derzeitigen therapeutischen Tätigkeit, daß die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten folgende Ziele verwirklicht?

Lesen Sie bitte zuerst alle Ziele durch und markieren Sie dann jene 4 Ziele, die Sie im Allgemeinen für die wichtigsten halten.

3-13. Ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben. ❒

3-14. Realistisch über die Bedeutung von Ereignissen im Leben nachzudenken. ❒

3-15. Das Erleben von Gefühlen ganz zuzulassen. ❒

3-16. Zu lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen. ❒

3-17. Ihre emotionalen Konflikte in der Beziehung zu Ihnen als TherapeutIn zu lösen. ❒

3-18. Eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder Verhaltensweisen zu erlangen. ❒

3-19. Zu lernen, übermäßige, unangemessene oder irrationale Gefühlsreaktionen zu mindern. ❒

3-20. Den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen. ❒

3-21. Unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren. ❒

3-22. Eine Abschwächung von Symptomen zu erleben. ❒

3-23. Sinnvoller über mögliche Konsequenzen des eigenen Verhaltens nachzudenken. ❒

3-24. Die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern. ❒

3-25. Problematische Verhaltensweisen zu verändern oder zu kontrollieren. ❒

3-26. Sich selbst realistisch einzuschätzen. ❒

3-27. Die eigenen Ziele zu erkennen und zu verfolgen. ❒

3-28. Anderes (bitte spezifizieren): _____ ❒

Bitte nur die 4 wichtigsten Ziele angeben!

Wie möchten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein?

		0 = überhaupt nicht 3 = sehr						0 = überhaupt nicht 3 = sehr			
3-29.	Akzeptierend	0	1	2	3	3-44.	Beteiligt	0	1	2	3
3-30.	Mit Autorität	0	1	2	3	3-45.	Wertend	0	1	2	3
3-31.	Herausfordernd	0	1	2	3	3-46.	Sorgend	0	1	2	3
3-32.	Kühl	0	1	2	3	3-47.	Systematisch	0	1	2	3
3-33.	Engagiert	0	1	2	3	3-48.	Permissiv/Gewährend	0	1	2	3
3-34.	Verwirrt	0	1	2	3	3-49.	Pragmatisch/Sachbezogen	0	1	2	3
3-35.	Kritisch	0	1	2	3	3-50.	Beschützend	0	1	2	3
3-36.	Fordernd	0	1	2	3	3-51.	Rezeptiv/Empfänglich	0	1	2	3
3-37.	Distanziert	0	1	2	3	3-52.	Zurückhaltend	0	1	2	3
3-38.	Entschlossen	0	1	2	3	3-53.	Geschickt	0	1	2	3
3-39.	Direktiv/Bestimmend	0	1	2	3	3-54.	Feinsinnig	0	1	2	3
3-40.	Effizient	0	1	2	3	3-55.	Tolerant	0	1	2	3
3-41.	Freundlich	0	1	2	3	3-56.	Konfrontierend	0	1	2	3
3-42.	Vorsichtig	0	1	2	3	3-57.	Einfühlsam	0	1	2	3
3-43.	Intuitiv	0	1	2	3	3-58.	Anderes:_____	0	1	2	3

Zu Ihrer derzeitigen therapeutischen Praxis

4-1. Welche Verfahren innerhalb Ihrer therapeutischen Ausrichtung setzen Sie ein? Bitte genau benennen!

- _____
- _____
- _____
- _____

4-2. Wie viele Gruppen und Gruppensitzungen haben Sie durchschnittlich in einer Woche?

_____ Gruppen mit je _____ Gruppensitzungen

_____ Gruppen mit je _____ Gruppensitzungen

4-3. Wie viele Einzelkontakte mit wie vielen PatientInnen haben Sie durchschnittlich in einer Woche?

_____ Einzelkontakte mit _____ PatientInnen

4-4. Wenn Sie für sich persönlich die Bedeutung von Einzelkontakten und Gruppentherapie gewichten: Wie sieht das prozentuale Verhältnis aus?

_____ % Einzelgespräche : _____ % Gruppentherapie

4-5. Wenn Sie alle Einzelkontakte in einer Woche betrachten: In welchem prozentualen Verhältnis stehen üblicherweise Beratungsgespräche und therapeutische Gespräche?

_____ % Beratungsgespräche : _____ % therapeutische Gespräche

4-6. Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem therapeutischen Hauptarbeitsfeld?

(-3 = sehr unzufrieden, +3 = sehr zufrieden)

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Was sind die Gründe für Ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit?

_____

_____

_____

4-7. Wie sehr fühlen Sie sich im <u>Hauptfeld</u> Ihrer therapeutischen Tätigkeit in der Klinik unterstützt?

(0 = überhaupt nicht, 5 = völlig)

0 1 2 3 4 5

4-8. Wie würden Sie sich als Therapeutin bzw. Therapeut beschreiben, d.h. Ihren <u>tatsächlichen</u> Stil bzw. Ihre Art, mit Patienten bzw. Patientinnen umzugehen?

		0 = überhaupt nicht 3 = sehr						0 = überhaupt nicht 3 = sehr			
4-9.	Akzeptierend	0	1	2	3	4-24.	Beteiligt	0	1	2	3
4-10.	Mit Autorität	0	1	2	3	4-25.	Wertend	0	1	2	3
4-11.	Herausfordernd	0	1	2	3	4-26.	Sorgend	0	1	2	3
4-12.	Kühl	0	1	2	3	4-27.	Systematisch	0	1	2	3
4-13.	Engagiert	0	1	2	3	4-28.	Permissiv/Gewährend	0	1	2	3
4-14.	Verwirrt	0	1	2	3	4-29.	Pragmatisch/Sachbezogen	0	1	2	3
4-15.	Kritisch	0	1	2	3	4-30.	Beschützend	0	1	2	3
4-16.	Fordernd	0	1	2	3	4-31.	Rezeptiv/Empfänglich	0	1	2	3
4-17.	Distanziert	0	1	2	3	4-32.	Zurückhaltend	0	1	2	3
4-18.	Entschlossen	0	1	2	3	4-33.	Geschickt	0	1	2	3
4-19.	Direktiv/Bestimmend	0	1	2	3	4-34.	Feinsinnig	0	1	2	3
4-20.	Effizient	0	1	2	3	4-35.	Tolerant	0	1	2	3
4-21.	Freundlich	0	1	2	3	4-36.	Konfrontierend	0	1	2	3
4-22.	Vorsichtig	0	1	2	3	4-37.	Einfühlsam	0	1	2	3
4-23.	Intuitiv	0	1	2	3	4-38.	Anderes:_____	0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Anhang J

Tabelle 1:
Trennschärfen und Itemschwierigkeiten der HaPPS-Items sowie interne Konsistenzen der Dimensionen

Therapeutische Beziehungsgestaltung				
Item-nr.	**Item**	**t_{korr} mit Item 21 u. 64**	**t_{korr} ohne Item 21 und 64**	**Item-schwierig-keit**
4	Der Therapeut geht vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten um, ist auf den Patienten eingestimmt und einfühlsam.	.77	**.84**	4.18
7	Der Therapeut ist distanziert, entfernt (vs. interessiert und gefühlsmäßig beteiligt).(recodiert)	.73	**.76**	4.16
18	Der Therapeut vermittelt eine Atmosphäre nichtwertenden Akzeptierens.	.66	**.73**	4.47
39	Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein.	.78	**.84**	4.21
21	Der Therapeut offenbart eigene Gefühle, Einstellungen, Werte oder Erfahrungen	.11		2.48
64	Der Therapeut ist neutral.	- .51		2.49
Cronbach`s Alpha		mit Item 21 und 64: .55	**ohne Item 21 und 64 .91**	

Gruppe				
Item-nr.	**Item**	**t_{korr} mit Item 10**	**t_{korr} ohne Item 10**	**Item-schwierig-keit**
30	Das therapeutische Arbeiten in der Gruppe wird thematisiert.	.43	**.34**	1.61
59	Der Therapeut nimmt Bezug auf die Position Einzelner in der Gruppe (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	.54	**.55**	1.24
66	Der Therapeut trägt dazu bei, dass die gesamte Gruppe sich mit der Exploration von Anspannungen und Konflikten der Gruppe befasst.	.36	**.41**	2.62
69	An der Interaktion in der Sitzung ist der Therapeut und die Gruppe als Ganze beteiligt. (vs. Die Interaktion findet zwischen dem Therapeuten und einzelnen Patienten statt.)	.20	**.40**	3.47
6	Das unmittelbare aktuelle Befinden der Patienten (in der Sitzung) wird thematisiert.	- .01		2.41
Cronbach`s Alpha		mit Item 6 .47	**Ohne Item 6: .61**	

Beziehungen				
Item-nr.	**Item**	**t_{korr} mit Item 49**	**t_{korr} ohne Item 49**	**Item-schwierig-keit**
14	Der Therapeut stellt Muster heraus, die sich in zwei oder mehr Beziehungen des Patienten wiederfinden lassen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	**.39**	.41	1.47

47	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	**.63**	.62	3.06
48	Partnerschaft / intime Beziehungen sind ein Thema.	**.28**	.24	1.45
49	Liebe oder romantische Beziehungen sind ein Thema.	**.12**		1.05
63	Die Beziehungen zu den Mitpatienten bzw. Gruppenteilnehmern sind ein Thema.	**.30**	.31	1.57
Cronbach`s Alpha		**mit Item 49** **.57**	Ohne Item 49: .60	

Emotion

Item-nr.	Item	t_{korr} mit Item 15	t_{korr} ohne Item 15	Item-schwierig-keit
17	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht ausdrücken oder wahrnehmen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	.15	**.27**	1.76
23	Der Therapeut fokussiert Schuldgefühle bei Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	.11	**.13**	1.29
58	Der Therapeut kommentiert Veränderung in der Stimmung oder den Gefühlen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	.17	**.17**	1.65
60	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	.23	**.36**	1.43
15	Der Therapeut versucht dem Patienten zu helfen, Gefühle und Impulse besser zu kontrollieren (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	- .04		1.98
Cronbach`s Alpha		mit Item 15 .23	**ohne Item 15:** **.40**	

Behaviorale Interventionen

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
22	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, alternative Verhaltensweisen zu planen oder zu üben, um sie außerhalb der Therapie benutzen zu können.	,56	1,99
24	Der Therapeut versucht beim Patienten, Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder die Problemlösefähigkeiten zu fördern. Der Therapeut übt mit dem Patienten Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlöseverhalten ein.	,44	1,73
25	Es wird aus der lebensgeschichtlichen (lerngeschichtlichen) Entwicklung des Patienten eine Verhaltensanalyse erarbeitet bzw. es wird auf eine früher erstellte Verhaltensanalyse Bezug genommen.	,17	1,05
26	Der Therapeut ermutigt den Patienten / die Gruppe, Gefühle, Gedanken, Aktivitäten oder Ereignisse zwischen den Sitzungen aufzuzeichnen (oder bespricht mit dem Patienten entsprechende Aufzeichnungen).	,40	1,38
37	Der Therapeut formuliert zusammen mit dem Patienten / der Gruppe Situationen, Ziele oder Probleme auf vier Ebenen: somatisch/ physiologisch, kognitiv, emotional und verhaltensmäßig.	,39	1,38
38	Spezifische Aktivitäten oder Aufgaben, die der Patient außerhalb der Stunde zu erledigen versuchen soll bzw. sollte, werden besprochen.	,41	1,61

57	Der Therapeut bestärkt die Äußerungen/Verhaltensweisen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,51	1,34
Cronbach`s Alpha		,71	

Direktivität

Item-nr.	Item	t_{korr} mit Item 10	t_{korr} ohne Item 10	Item-schwierig-keit
3	Die Themen werden vom Therapeuten in die Sitzung eingebracht. (vs.: Die Themen werden vom Patienten in die Sitzung eingebracht.)	.70	**.71**	2.64
16	Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z.B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).	.80	**.78**	3.83
31	Der Therapeut gibt explizit Rat und Führung (vs. weicht aus, auch dann, wenn er aufgefordert wird).	.69	**.68**	2.62
40	Die Kommunikaton vollzieht sich direkt zwischen den Gruppenmitgliedern, ohne dass der Therapeut sich einschaltet. (recodiert)	.71	**.72**	3.32
10	Stille entsteht während der Stunde. (recodiert)	.42		4.61
Cronbach`s Alpha		mit Item 10 .84	**ohne Item 10:** **.87**	

Exploration

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
34	Der Therapeut exploriert die Situation des Patienten.	,76	2,84
42	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen und Erläuterungen.	,74	3,38
52	Der Therapeut exploriert die Gefühle des Patienten.	,54	2,30
Cronbach`s Alpha		,82	

Interpretation

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
5	Der Therapeut gibt eine Interpretation, bei der er die aktuellen Belange des Patienten erklärt in Begriffen vor Konflikten zwischen verschiedenen Persönlichkeitstendenzen erklärt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,40	1,33
12	Der Therapeut oder die Gruppe betont den Konflikt zwischen dem Wunsch des Patienten nach Unabhängigkeit und dem nach Abhängigkeit (Angewiesensein) als einen wichtigen Faktor bei den Problemen des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,31	1,23
44	Der Therapeut nimmt Interpretationen vor (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,59	1,91
45	Der Therapeut identifiziert ein wiederkehrendes Thema in den Erfahrungen oder Verhalten des Patienten (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,20	1,91
53	Der Therapeut interpretiert abgewehrte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Ideen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,62	1,47

Cronbach`s Alpha	,65	

Kognitive Interventionen

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
9	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Erhebung, Diskussion oder Veränderung von Kognitionen) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe)	,62	2,81
20	Der Therapeut ermutigt den Patienten, Stimmungen (emotionale Zustände), die der Patient erlebt hat (oder noch erleben wird) mit den ablaufenden Gedankengängen in Verbindung zu setzen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,46	1,57
33	Das Gespräch konzentriert sich auf kognitive Themen (z.B. Ideen, Glaubenssysteme).	,51	1,91
54	Reale vs. eingebildete Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.	,44	1,42
Cronbach`s Alpha		,71	

Konfrontation

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
8	Der Therapeut weist den auf den Gebrauch von Abwehrmechanismen hin z.B. Ungeschehen machen, Verleugnung (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,57	1,68
19	Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.	,58	1,91
29	Der Therapeut ist konfrontierend.	,46	2,14
43	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Ärger, Neid, Aufregung) (oder unterstützt entsprechende Äußerungen in der Gruppe).	,34	1,46
46	Der Therapeut fordert den Patienten / die Gruppe auf, sich mit für sie ungewohnten oder unangenehmen Dingen auseinanderzusetzen.	,68	1,70
Cronbach`s Alpha		,75	

Psychoedukation

Item-nr	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
13	Im Gespräch geht es um körperliche Funktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit.	,65	1,82
27	Der Therapeut gibt Informationen spezifisch sachlicher Natur.	,67	2,01
35	Der Therapeut vermittelt ein Störungs- oder Änderungsmodell.	,56	1,47
Cronbach`s Alpha		,77	

Selbstwirksamkeit

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
41	Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,22	1,26
51	Der Therapeut erkennt die bisherigen Erfolge während der Therapie an oder bestärkt ihn darin, dass sich die Erfolge in Kürze einstellen werden (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,54	1,73
55	Es geht in der Sitzung um positive Fähigkeiten und Kompetenzerwartungen des Patienten.	,38	1,92
56	Der Therapeut schlägt vor, daß der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,43	1,80
70	Der Therapeut betont, dass der Patient selbst zur Verbesserung seines Befindens beitragen kann (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,57	1,18
Cronbach`s Alpha		,67	

Stukturiertheit

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
1	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.	,47	1,87
2	Der Therapeut vereinbart mit dem Patienten /der Gruppe einen Verlaufsplan, nach dem sich der Ablauf der Sitzung richtet bzw. es wird deutlich, dass es einen solchen Plan gibt.	,35	2,91
28	Das Gespräch hat einen bestimmten Schwerpunkt / bestimmte Schwerpunkte.	,43	3,93
32	Der Therapeut fasst die Schlüsselthemen dieser oder der vergangenen Sitzung zusammen, bzw. ermutigt den Patienten / die Gruppe, dies zu tun.	,39	2,39
68	Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten / der Gruppe daran, ein größeres Vorhaben (Therapieziel) oder Problem in kleinere, einfache, spezielle Schritte aufzuteilen.	,38	1,64
Cronbach`s Alpha		,64	

Übertragung

Item-nr.	Item	t_{korr}	Itemschwierigkeit
61	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der Beziehung eines Patienten zu anderen Gruppenmitgliedern und dessen sonstigen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,49	1,22
65	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	,53	1,26
67	Der Therapeut stellt Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her (oder unterstützt entsprechende Äußerungen der Gruppe).	,74	1,08
Cronbach`s Alpha		,72	

Vergangenheit			
Item-nr.	**Item**	**t_{korr}**	**Itemschwierigkeit**
11	Es geht in der Sitzung um wichtige vergangene Beziehungen.	,76	1,50
36	Die aktuelle oder gerade vergangene Lebenssituation des Patienten wird betont.	,37	1,40
50	In der Sitzung geht es um länger zurückliegende Ereignisse.	,59	1,47
62	Die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten werden auf die Vergangenheit bezogen.	,67	1,43
Cronbach`s Alpha		,78	

Anmerkungen. Die grau unterlegten Items wurden aufgrund der Skalenanalysen aus der jeweiligen Dimension herausgenommen.

Tabelle 2 a) bis p):
Interrater- und Retest-Reliabilitäten der Einzelitems nach Dimensionen geordnet

a)

Behaviorale Interventionen

Item	f_a	r_{tt}
22	0.64	0.57
24	0.80	0.72
25	.	
26	0.86	1.00
37	0.82	0.95
38	0.71	0.96

b)

Beziehungen

Item	f_a	r_{tt}
Item 14	0.63	0.12
47	0.78	0.85
48	0.89	0.84
49	0.97	
63	0.82	0.93

c)

Direktivität

Item	f_a	r_{tt}
3	0,75	0.95
16	0,77	0.84
31	0,65	0.94
40	0,83	0.86

d)

Emotion

Item	f_a	r_{tt}
17	0.75	0.36
23	0.9	-.26
58	0.83	0.76
60	0.84	0.47

e)

Exploration

Item	f_a	r_{tt}
34	0.61	0.78
42	0.68	0.66
52	0.66	0.85

f)

Gruppe

Item	f_a	r_{tt}
30	0.76	0.41
59	0.94	1.00
66	0.93	0.67
69	0.62	0.83

g)

Interpretation

Item	f_a	r_{tt}
5	0.76	0.50
12	0.88	0.38
44	0.85	0.94
45	0.48	0.08
53	0.79	0.74

h)

Kognitive Interventionen

Item	f_a	r_{tt}
9	0.62	0.73
20	0.81	0.50
33	0.64	0.72
54	0.82	0.50

i)

Konfrontation

Item	f_a	r_{tt}
8	0.77	0.95
19	0.7	0.61
29	0.84	0.96
43	0.9	-.17
46	0.73	0.79

j)

Psychoedukation

Item	f_a	r_{tt}
13	0.84	0.66
27	0.8	0.88
35	0.91	0.78

k)

Selbstwirksamkeit

Item	f_a	r_{tt}
41	0.76	0.90
51	0.69	-.09
55	0.7	0.46
56	0.57	0.60
70	0.5	0.23

l)

Strukturiertheit

Item	f_a	r_{tt}
1	0.81	-.20
2	0.7	0.71
28	0.81	0.67
32	0.45	0.34
68	0.74	0.74

m)

Therap. Beziehungsgestaltung

Item	f_a	r_{tt}
4	0,75	0.84
7	0,68	0.96
18	0,67	0.81
39	0,88	0.93

n)

Übertragung

Item	f_a	r_{tt}
61	0.89	1.00
65	0.94	0.96
67	0.95	

o)

Vergangenheit

Item	f_a	r_{tt}
11	0.83	0.18
36	0.84	0.76
50	0.86	0.53
62	0.84	0.65

p)

Einzelitems

Item	f_a	r_{tt}
6	0.72	0.97
10	0.86	0.82
15	0.59	0.91
21	0.7	0.61
64	0.68	0.96

Anmerkungen.

f_a Adjustierter Finn-Koeffizient als Schätzung der Interrater-Reliabilität

r_{tt} Produkt-Moment- Korrelation als Schätzung der Retest-Reliabilität. Für die mit diesem Schätzwert verbundenen Interpretationsschwierigkeiten bei eingeschränkter Variabilität der Itemwerte siehe Kapitel IX, Abschnitt 5.2.2.

Für eine Übersicht der aggregierten Interrater- und Retest-Reliabilitäten der 15 Dimensionen siehe Tabelle 10 ebenfalls in Kapitel IX, Abschnitt 5.2.2.

Anhang K

Tabelle1:
Dimensionsmittelwerte und -standardabweichungen der HaPPS-B

Dimension des HaPPS-B	M	SD
Behaviorale Interventionen	1,85	,51
Beziehungen	1,67	,46
Therap. Beziehungsgestaltung	4,26	,66
Direktivität	3,29	1,00
Psychoedukation	1,84	,76
Emotion	1,53	,30
Exploration	2,93	,78
Gruppe	1,82	,53
Interpretation	1,50	,44
Kognitive Interventionen	1,97	,45
Konfrontation	1,70	,60
Selbstwirksamkeit	1,82	,42
Strukturierung	2,62	,54
Übertragung	1,17	,33
Vergangenheit	1,42	,34

Tabelle 2 a) bis p):

Item-Mittelwerte der HaPPS-B differerenziert nach Gruppenverfahren bzw. Therapierichtung

a)

Behaviorale Interventionen

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
24	1.11 (0.10)	2.00 (0.90)	2.02 (0.63)	2.01 (0.76)
25	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.14 (0.26)	1.07 (0.19)
26	1.00 (0.00)	1.23 (0.38)	1.85 (0.65)	1.52 (0.59)
37	1.00 (0.00)	1.25 (0.44)	1.85 (0.60)	1.53 (0.59)
38	1.00 (0.00)	1.33 (0.46)	2.44 (1.1)	1.85 (0.97)

b)

Beziehungen

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
14	1.94 (0.50)	1.38 (0.26)	1.26 (0.32)	1.32 (0.29)
47	4.13 (0.28)	2.89 (0.86)	2.37 (1.33)	2.65 (1.09)
48	2.14 (0.52)	1.18 (0.26)	1.1 (0.13)	1.14 (0.21)
49	1.15 (0.24)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)
63	2.17 (1.17)	1.58 (0.69)	1.13 (0.13)	1.37 (0.55)

c)

Direktivität

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
3	1.18 (0.15)	2.75 (0.89)	3.83 (0.87)	3.25 (1.01)
16	2.34 (0.35)	4.45 (0.27)	4.52 (0.45)	4.48 (0.35)
31	1.19 (0.13)	3.10 (0.94)	3.40 (0.74)	3.24 (0.84)
40r	1.96 (0.46)	3.67 (0.56)	4.21 (0.66)	3.92 (0.65)

d)

Emotion

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
17	2.09 (0.29)	1.67 (0.31)	1.63 (0.47)	1.65 (0.38)
23	1.44 (0.39)	1.13 (0.19)	1.33 (0.42)	1.22 (0.33)
58	1.36 (0.30)	1.91 (0.87)	1.63 (0.36)	1.78 (0.67)
60	1.28 (0.31)	1.52 (0.50)	1.40 (0.32)	1.46 (0.42)

e)

Exploration

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
34	1.78 (0.51)	3.21 (0.74)	3.27 (0.46)	3.25 (0.68)
42	2.10 (0.51)	3.84 (0.62)	3.85 (0.68)	3.85 (0.63)
52	1.76 (0.34)	2.50 (0.68)	2.53 (0.66)	2.51 (0.65)

f)

Gruppe

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
30	1.86 (0.60)	1.63 (0.55)	1.37 (0.33)	1.50 (0.46)
59	1.78 (1.15)	1.10 (0.15)	1.02 (0.04)	1.06 (0.12)
66	1.76 (0.81)	1.00 (0.00)	1.08 (0.21)	1.04 (0.14)
69	4.80 (0.18)	3.11 (0.69)	2.63 (0.77)	2.89 (0.75)

g)

Interpretation

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
5	1.70 (0.18)	1.09 (0.10)	1.25 (0.36)	1.16 (0.26)
12	1.40 (0.37)	1.08 (0.18)	1.21 (0.37)	1.14 (0.28)
44	3.30 (0.57)	1.39 (0.22)	1.33 (0.22)	1.36 (0.21)
45	2.44 (0.42)	1.78 (0.64)	1.63 (0.31)	1.70 (0.39)
53	2.39 (0.32)	1.08 (0.13)	1.12 (0.19)	1.10 (0.15)

h)

Kognitive Interventionen

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
9	2.08 (0.1)	2.89 (0.67)	3.38 (0.79)	3.12 (0.75)
20	1.10 (0.12)	1.71 (0.52)	1.87 (0.51)	1.79 (0.50)
33	1.96 (0.2)	1.97 (0.73)	1.82 (0.73)	1.90 (0.71)
54	1.16 (0.20)	1.72 (0.55)	1.29 (0.30)	1.52 (0.49)

Tabelle 1 (Fortsetzung)

i)

Konfrontation

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
8	2.47 (0.84)	1.21 (0.25)	1.40 (0.32)	1.30 (0.29)
19	2.34 (0.96)	1.95 (0.76)	1.56 (0.66)	1.77 (0.72)
29	3.58 (0.90)	1.69 (0.44)	1.40 (0.25)	1.56 (0.38)
43	1.83 (0.35)	1.28 (0.29)	1.33 (0.25)	1.31 (0.27)
46	2.21 (1.30)	1.53 (0.74)	1.53 (0.50)	1.53 (0.62)

j)

Psychoedukation

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
13	1.11 (0.14)	1.69 (0.59)	2.58 (1.29)	2.10 (1.05)
27	1.20 (0.27)	2.00 (0.63)	2.78 (102)	2.36 (0.90)
35	1.18 (0.29)	1.44 (0.33)	1.81 (0.56)	1.61 (0.47)

k)

Selbstwirksamkeit

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
41	1.13 (0.25)	1.29 (0.51)	1.33 (0.22)	1.31 (0.39)
51	1.20 (0.16)	1.86 (0.70)	2.05 (0.53)	1.95 (0.61)
55	1.26 (0.05)	2.43 (0.87)	1.91 (0.37)	2.19 (0.71)
56	1.76 (0.09)	1.78 (0.28)	1.79 (0.39)	1.79 (0.32)
70	1.60 (0.18)	2.49 (0.74)	2.35 (0.82)	2.42 (0.75)

l)

Strukturiertheit

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
1	1.48 (0.16)	1.88 (0.42)	2.26 (0.87)	2.06 (0.67)
2	1.74 (0.34)	3.47 (0.69)	3.23 (0.57)	3.36 (0.63)
28	3.34 (0.34)	3.99 (0.72)	4.40 (0.21)	4.18 (0.57)
32	1.83 (0.38)	2.43 (0.74)	2.79 (1.10)	2.59 (0.91)
68	1.05 (0.06)	1.76 (0.43)	2.03 (0.70)	1.89 (0.57)

m)

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
4	3.33 (0.79)	4.32 (0.42)	4.51 (0.56)	4.41 (0.48)
7r	2.69 (0.53)	4.41 (0.58)	4.71 (0.32)	4.55 (0.48)
18	3.86 (0.75)	4.55 (0.29)	4.72 (0.49)	4.63 0.39
39	3.21 (0.33	4.33 (0.49)	4.64 (0.39)	4.48 (0.46)

n)

Übertragung

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
61	1.76 (0.96)	1.13 (0.29)	1.00 (0.00)	1.07 (0.22)
65	1.52 (0.63)	1.21 (0.53)	1.06 (0.17)	1.15 (0.40)
67	1.24 (0.30)	1.02 (0.06)	1.00 (0.00)	1.01 (0.04)

o)

Vergangenheit

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
11	2.00 (0.45)	1.13 (0.29)	1.45 (0.54)	1.28 (0.44)
36r	1.52 (0.13)	1.25 (0.18)	1.48 (0.51)	1.36 (0.38)
50	1.88 (0.53)	1.24 (0.35)	1.41 (0.46)	1.32 (0.40)
62	1.75 (0.31)	1.21 (0.19)	1.48 (0.48)	1.33 (0.37)

p)

Einzelitems

Item	M_{PA-G} (SD)	M_{VT-BG} (SD)	M_{VT-IG} (SD)	M_{VTGes} (SD)
6	1.96 (0.24)	2.81 (0.78)	2.37 (0.93)	2.61 (0.85)
10r	4.01 (0.69)	4.90 (0.23)	4.81 (0.43)	4.86 (0.33)
15	1.26 (0.12)	1.98 (0.61)	2.61 (0.93)	2.27 (0.82)
21	1.26 (0.19)	2.83 (0.77)	2.79 (0.34)	2.81 (0.59)
64r	1.96 (0.46)	3.67 (0.56)	4.21 (0.66)	3.92 (0.65)

Anmerkungen.
PA-G Psychoanalytisch orientierte Gruppen
VT-BG Verhaltenstherapeutische zieloffene (Basis-) Gruppen
VT-IG Verhaltenstherapeutische indikative Gruppen
VT-Ges Beide verhaltenstherapeutische Gruppen (VT-BG + VT-IG)
r Item in recodierter Form