

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität zu Köln

Leiter: Professor Dr. med. C. Albus
Abteilung für Medizinische Psychologie
Kommissarischer Leiter: Dr. rer. medic. R. Weber

Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept (therapist adherence)
in der Psychotherapie?

Überlegungen zur Spezifitäts-Debatte in der Psychotherapie-Forschung

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines
doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Miriam Christin Köhler aus Köln

promoviert am 29. Oktober 2014

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum V. Tschuschke

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistung erhalten von Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten in Form von Tonbandaufzeichnungen und Psychodiagnostik wurden ohne meine Mitarbeit in Kooperation mit der Schweizer Charta für Psychotherapie unter der wissenschaftlichen Leitung von Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke (Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Uniklinik Köln) sowie Prof. Dr. Agnes von Wyl (Abteilung Forschung, Psychotherapie und psychische Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte) schweizweit erhoben.

Assesement-Center zur Durchführung der Psychodiagnostik befanden sich in Basel, Bern, Lausanne, St. Gallen und Zürich. Die Tonbandaufzeichnungen wurden eigenständig von den an dem Forschungsprojekt (Praxisstudie ambulante Psychotherapie – PAP-S) teilnehmenden schweizer Therapeuten erstellt und zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt.

Des Weiteren waren folgende Doktoranden an dieser Studie beteiligt:

Pia Staczan, Katharina Wielandner und Jessica Berglar.

Die Auswertung der Tonbandaufzeichnungen erfolgte durch ein Team von Ratern, welches aus mir und den oben genannten Doktorandinnen sowie der Psychologin Antonia Roth-Ehrang bestand.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen, die mich in den letzten fünf Jahren bei der Entstehung meiner Doktorarbeit unterstützt haben, ganz herzlich bedanken.

Ein besonderes Wort des Dankes möchte ich an meinen Betreuer, Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke, richten. Er konnte während des Projektes stets Forschergeist und Begeisterungsfähigkeit verbinden und hatte für alle Fragen ein offenes Ohr.

Darüber hinaus möchte ich allen Patienten danken, die freiwillig an der PAP-S-Studie teilgenommen haben. Ferner danke ich allen Mitarbeitern und Therapeuten der Schweizer Charta, welche im Rahmen der Studie ermöglichten, durch Tonbandaufzeichnungen einen Einblick in ihre Therapiesitzungen nehmen zu dürfen.

Mein besonderer Dank gilt Pia Staczan, die mich stets bestärkt hat und eine enorme moralische und fachliche Unterstützung für mich war.

Für meine Kinder

Inhalt

Einleitung.....	8
Historischer Überblick der Psychotherapieforschung.....	8
Definition und Begriffsabgrenzung von Adherence.....	11
Implementierung von Behandlungsintegrität.....	12
Stand der Adherenceforschung	13
Fragestellung.....	16
Zusammenfassung der Hypothesen.....	16
Publikationen	17
Psychodynamische Psychotherapie (Vorabveröffentlichung)	17
Psychotherapy research (zum Druck angenommen)	38
Diskussion.....	75
Einschränkungen und Nutzen der vorliegenden Arbeit.....	81
Konsequenz für die klinische Praxis und Ausblick.....	83
Zusammenfassung.....	85
Literaturverzeichnis.....	86
Anhang	92
Lebenslauf	129

Einleitung

Ein wichtiges Anliegen der modernen Psychotherapieforschung ist es, in Verbindung von Outcome-Forschung und Prozessanalyse Wirkfaktoren zu identifizieren, die einen positiven Therapieverlauf begünstigen. Bis heute ist in diesem Zusammenhang ungeklärt, welchen Einfluss die technische Interventionsspezifität (Konzepttreue oder therapist adherence) auf den Psychotherapieverlauf und das -ergebnis hat. Bislang wurde dieser spezifische Wirkfaktor (Therapeutenvariable) und die damit in Verbindung stehenden Therapieprozesse in der evidenzbasierten Psychotherapieforschung kaum kontrolliert, sondern lediglich unterstellt, dass das Behandlungskonzept, was angegeben wird, auch zur Anwendung kommt. Aufwendige Prozess-Ergebnisstudien scheinen nötig zu sein, um Klarheit über den Stellenwert des vom Psychotherapeuten gelernten schultheoretischen Konzepts zu gewinnen. Erste Ergebnisse der PAP-S-Studie (Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz; Tschuschke et al., 2014) deuten darauf hin, dass die reine Konzepttreue und die daraus abgeleiteten angewandten spezifischen Interventionen eine nachrangige Bedeutung für das Therapieergebnis haben. Vielmehr stehen spezifische und unspezifische Wirkfaktoren, wie beispielsweise die therapeutische Arbeitsbeziehung, in einer hochkomplexen Interaktion miteinander und haben neben der Behandlungskompetenz des Therapeuten eine größere Bedeutung als die Konzepttreue, zumal die Komplexität des zwischenmenschlichen psychotherapeutischen Prozesses einen flexiblen Einsatz von spezifischen und allgemeinen Interventionen erforderlich macht.

Historischer Überblick der Psychotherapieforschung

Die Entwicklung der Psychotherapieforschung wird in Übersichtsarbeiten häufig mit Hilfe einer Einteilung in Phasen dargestellt (z.B. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Lambert, 2013; Grawe, 1992; Kächele & Kordy, 1992; Meyer, 1990).

Die Frühphase der Psychotherapieforschung war zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt von wenigen Einzelfallbeschreibungen von

Behandlungen, die das Ziel verfolgten, Psychotherapie als Heilverfahren zu legitimieren (z.B. „Der Wolfsmann“, Freud, 1918).

In den folgenden Jahrzehnten wurden Bemühungen verzeichnet, durch Outcome-Forschung zu belegen, dass Psychotherapie einen positiven Effekt hat. Viel Beachtung fand in diesem Zusammenhang Eysencks Untersuchung (1952), bei der er die Besserungsraten von Patienten aus 24 Studien verglich und zu dem Ergebnis kam, dass es eine negative Korrelation zwischen Heilung und psychotherapeutischer Behandlung gebe. Aufgrund von Kritik an der Stichprobenzusammensetzung der verglichenen Therapiestudien revidierte Eysenck später seine Aussage, indem er Psychotherapie nicht als schädlich, sondern als nicht nützlich bezeichnete (Eysenck, 1993).

In den folgenden zwanzig Jahren entwickelte sich ein reges Forschungsinteresse und es wurde in einer Vielzahl von Studien unterschiedlichster Güte der Versuch unternommen, Psychotherapie zu evaluieren und einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit zu erlangen. Die Forschung hat vielfach bestätigt, dass Psychotherapie im Durchschnitt positive Effekte hat, welche dem Verlauf von unbehandelten Fällen überlegen sind (vgl. Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Lambert, 2013).

Die folgende Phase der Psychotherapieforschung war durch ein Konkurrenzdenken der verschiedenen Therapierichtungen charakterisiert. Der Therapieerfolg wurde durch Ermittlung von Effektstärken gemessen, um zu klären, welche psychotherapeutische Methode die besseren Ergebnisse erzielt. Das randomisiert-kontrollierte Studiendesign (randomizes-controlled studies = RCT) wurde zum „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung erhoben, um Therapiekonzepte oder Merkmale, die ein günstiges Behandlungsergebnis erwarten lassen, zu identifizieren. Die Metaanalyse als ein Instrument zur Quantifizierung von Ergebnissen unterschiedlicher Formen von Psychotherapien nahm deutlich an Bedeutung zu. So unternahmen Grawe et al. (1994) mittels einer Metaanalyse von 897 Studien den Versuch, Vorteile der Verhaltenstherapie gegenüber der psychoanalytischen Methode herauszustellen. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Schlussfolgerungen aus der Metaanalyse bezüglich der Überlegenheit der Verhaltenstherapie nahmen Tschuschke, Heckrath & Tress (1998) vor. Sie revidierten die Aussagekraft der Metaanalyse, weil gravierende methodische

Fehler bei dem Vergleich der Therapiemethoden festzustellen waren (vgl. auch Fähr & Fischer, 1998).

Zur damaligen Erfolgsbewertung der verschiedenen Therapieschulen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass anhand von Metaanalysen (z.B. Sloane et al., 1975; Smith, Glass & Miller, 1980) kaum methodenabhängige Unterschiede in der Effektivität von Therapien festgestellt werden konnten. Smith et al. belegten in diesem Zusammenhang, dass – unabhängig von den verschiedenen Arten der Psychotherapien, Patienten, Therapeuten und Erfolgskriterien – der durchschnittliche Patient bessere Ergebnisse erzielt als 75% der unbehandelten Patienten.

Im Anschluss an diese Phase der Psychotherapieforschung fand eine Hinwendung zur differentiellen Indikation mit dem Ziel statt, zu erforschen, welche Therapie bei welchem Störungsbild zu welchem Zeitpunkt am besten wirkt.

Der Umstand, dass trotz unterschiedlicher Therapieformen und unterschiedlichem Therapeutenverhalten ähnliche Effekte resultieren, wird in der vergleichenden Psychotherapieforschung als „equivalence paradox“ (Elliot, Stiles & Shapiro, 1993) oder „Dodo bird verdict“ (z. B. Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky et al., 2002; Budd & Hughes, 2009) bezeichnet.

Dieses Äquivalenzparadoxon leitete die dritte Phase der Psychotherapieforschung ein, die bis heute anhält und als Phase der Prozessforschung bezeichnet wird. Spätere Meta-Analysen bestätigten das Äquivalenzparadox, welches Luborsky et al. 1975 erstmals beschrieben hatten (Wampold et al., 1997; Grissom, 1996). Trotz des Nachweises genereller Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren, ist es bisher nicht gelungen, die differentielle Wirkweise der Therapieverfahren zu erklären. Wurde in der zweiten Phase eher variablenorientiert geforscht und vergleichende Forschung betrieben, so vollzog sich ab 1980 eine Hinwendung zum therapeutischen Prozess, um Wirkfaktoren, die Einfluss auf den Therapieverlauf haben, aufzuklären. Um die Komplexität des Therapieprozesses sowie mögliche einflussnehmende Therapeutenvariablen erfassen zu können, wurde eine größere Praxisnähe und eine Erweiterung der angewandten Forschungsmethoden nötig. Bislang werden die Einflussfaktoren, die in der Person des Therapeuten liegen, in vielen Forschungsdesigns nicht

berücksichtigt, da dies einen erhöhten Aufwand mit sich brächte. Auch wird in der Praxis die Möglichkeit der Kombination von Prozess- und Ergebnisforschung bislang zu wenig genutzt. Die PAP-S-Studie, auf deren Ergebnisse die vorliegende Arbeit beruht, berücksichtigt hingegen Therapeutenvariablen - wie bspw. die Behandlungsintegrität (im engeren Sinne Konzepttreue) - und ihren Einfluss auf den Prozess und das Therapieergebnis.

Definition und Begriffsabgrenzung von Adherence

Der aus dem Englischen stammende Begriff Adherence (die Einhaltung, Befolgung) kann vor dem Hintergrund der Psychotherapieforschung mit „Konzepttreue“ des Therapeuten (bezüglich des von ihm gelernten schultheoretischen Behandlungskonzeptes) übersetzt werden.

Waltz, Koerner & Jacobson (1993, S. 620) definieren Adherence als „das Ausmaß, mit welchem ein Therapeut die Interventionen und Anwendungen des Behandlungsmanuals anwendet und gleichzeitig diejenigen Interventionen vermeidet, welche durch das Manual verboten werden.“ Die Adherence gibt demnach den Grad an, inwiefern ein Therapeut vom vorgegebenen Manual bzw. Konzept abweicht.

Adherence ist ein Teilaspekt der Behandlungsintegrität, die darüber hinaus die Differenzierbarkeit und Kompetenz umfasst (Waltz et al., 1993). Differenzierbarkeit beschreibt laut Weck et al. (2011) in Abgrenzung zur Adherence „inwiefern sich die Behandlung von anderen Behandlungsformen unterscheidet (falls unterschiedliche Behandlungen verabreicht wurden).“ Kompetenz bezieht sich darauf, dass der Therapeut die Interventionen richtig einsetzt und dabei den Behandlungskontext, die Therapiephase sowie die Lebensumstände des Patienten usw. berücksichtigt.

Zwischen den drei Teilaspekten der Behandlungsintegrität herrscht ein enger Zusammenhang. So kann eine Differenzierbarkeit leichter vorliegen, wenn die Therapeuten konzepttreu intervenieren. Zwischen Adherence und Kompetenz besteht ein Zusammenhang in dem Sinne, dass sie aufeinander aufbauen. Nach Waltz et al. (1993) ist ein konzepttreues Vorgehen nicht gleichzusetzen

mit einem kompetenten Vorgehen, aber für ein kompetentes Vorgehen muss auch ein gewisses Maß an Adherence vorliegen.

Implementierung von Behandlungsintegrität

Die Wirksamkeit von spezifischen Interventionen lässt sich empirisch nur überprüfen und belegen, wenn Studien so konzipiert sind, dass Behandlungsintegrität nachvollziehbar sichergestellt und gemessen werden kann. Einige Autoren äußern kritisch, dass die Behandlungsintegrität in empirischen Studien bisher weitestgehend vernachlässigt wurde und somit die Schwierigkeit besteht, valide Schlussfolgerungen auf der Grundlage der angewandten psychotherapeutischen Technik zu ziehen (Perepletchikova, 2011; Perepletchikova, Treat & Kadzin, 2007; Moncher & Prinz, 1991). Perepletchikova (2009) vertritt die Auffassung, dass die unzureichende Kontrolle des tatsächlich gezeigten Therapeutenverhaltens nicht dazu beisteuert, das *Dodo Bird Verdict* aufzuklären, sondern dieses aufrechterhält. Der hohe Aufwand, der mit einer Sicherstellung der Kontrolle von Behandlungsintegrität verbunden ist, scheint von vielen Forschern dennoch gescheut zu werden.

Eine weitere Problematik besteht darin, dass es kein einheitliches Maß für die Erfassung von Adherence gibt, sondern dies abhängig ist von der für die jeweilige Studie zugrundeliegende Skala (Markowitz et al., 2000). Eine Vergleichbarkeit von Studien wird somit erschwert. Erst in jüngerer Zeit werden Vorschläge zur adäquaten Erfassung und Messung von Behandlungsintegrität dargestellt (Weck et al., 2011; Wiltink et al., 2010; Staats, Bär & Linden, 2003).

Die PAP-S-Studie hat die Konzepttreue von acht verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten durch ein aufwendiges Ratingverfahren erhoben, indem zufällig ausgewählte Tonbandaufzeichnungen der Behandlungssitzungen von unabhängigen und für die Therapierichtung blinde Rater vollständig hinsichtlich des Einsatzes von therapeutischen Interventionen bewertet wurden. Somit ist die Implementierung und Erfassung der Adherence in dieser naturalistischen Studie sichergestellt und es wird durch das

Ratingverfahren ermöglicht, ein Augenmerk auf das Ausmaß an Behandlungsintegrität zu legen.

Gleichwohl ist anzumerken, dass das psychotherapeutische Geschehen und die zwischenmenschliche Kommunikation ein hochkomplexer Prozess ist, der sowohl von spezifischen als auch unspezifischen Wirkfaktoren beeinflusst wird, sodass der Einfluss der Konzepttreue nicht vollständig isoliert betrachtet und kontrolliert werden kann, sondern als Therapeutenvariable, die von vielen anderen Komponenten beeinflusst wird, betrachtet werden muss.

Stand der Adherenceforschung

Nach Sichtung der Forschungsergebnisse zur Adherence ist festzustellen, dass die Forschungslage uneinheitlich ist, zumal lange Zeit keine Metaanalyse zur Behandlungsintegrität vorgelegen hat. Es gibt eine Vielzahl von Studien, die keinen Beweis dafür gefunden haben, dass Adherence Einfluss auf das Therapieergebnis hat (Castonguay et al., 1996; Loeb et al., 2005; Godfrey et al., 2007; Huppert et al., 2001). Aus manchen Studien resultierte sogar ein nachteiliger Effekt von Adherence (z. B. Henry et al., 1993a; 1993b). So stellten Castonguay et al. (1996) bei der Behandlung von Depressionen mittels kognitiver Verhaltenstherapie fest, dass bei Beziehungsproblemen ein zu konzepttreues therapeutisches Vorgehen mit einer Zunahme von depressiven Symptomen einhergeht. Darüber hinaus scheint Adherence den Effekt durch Kompetenz zu unterdrücken (Elkin, 1994). Wenn man sich dabei Adherence als recht starre Interventionsanwendung vorstellen mag, ist verständlich, dass diese zu Lasten der Kompetenz geht, die für ein flexibleres Reagieren auf den Patienten und den Stand der Behandlung steht.

Bei der Behandlung von Panikstörungen fanden Huppert et al. (2006) jedoch eine Interaktion von Adherence und Therapiemotivation. In dieser Interaktion waren beide Komponenten Prädiktoren für den Therapieerfolg, obwohl Adherence allein keinen signifikanten Effekt auf das Therapieergebnis hatte.

Dem gegenüber stehen Studienergebnisse, die Hinweise darauf geben, dass Adherence Einfluss nimmt. So fanden Hogue et al. (2008) bei der Behandlung

von Jugendlichen, dass eine hohe Konzepttreue des Therapeuten mit einem reduzierten Drogenkonsum der Patienten einherging. Ein mittleres Adherence-Niveau hatte im Gegensatz zu einem hohen oder niedrigen Niveau einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Verhaltensproblemen. Ferner sind erfolgreiche Behandlungen durch ein sehr konzepttreues Verhalten des Therapeuten charakterisiert (Luborsky et al., 1985). Einschränkend ergab sich in dieser Studie jedoch auch, dass das Arbeitsbündnis als allgemeiner Wirkfaktor ein größerer Prädiktor für den Therapieerfolg war als technische Interventionsspezifität. Darüber hinaus fanden Strunk et al. (2010) heraus, dass Adherence signifikant mit Kurzzeit-, aber nicht mit Langzeit-Outcome derselben Therapeut-Patient-Dyade korreliert. Außerdem konnte Adherence die Symptomveränderung in dieser Studie von einer auf die nächste Sitzung voraussagen, dennoch korrelieren die Adherence-Ratings über die ersten vier Sitzungen hinweg nicht signifikant mit der Symptomänderung der letzten vier Sitzungen.

Betrachtet man Adherence nicht in Bezug auf das Therapieergebnis, sondern im Kontext des Behandlungsverlaufes, ergeben sich interessante Ergebnisse: wenn der Therapeut die Gefahr sieht, dass ein negatives Behandlungsergebnis resultieren könnte, interveniert er konzepttreuer (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998); d. h., dass die Konzepttreue erhöht wird, wenn der Therapeut sich mit Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf konfrontiert sieht (Castonguay et al., 1996; Piper et al., 1999). Im Gegensatz dazu scheint aber auch eine frühe Symptomverbesserung den Therapeuten zu veranlassen, konzepttreuer zu intervenieren (Loeb et al., 2005). Ferner erleichtern motivierte, kooperative Patienten die technische Interventionsspezifität des Therapeuten (Bright, Baker & Neimeyer, 1999).

Betrachtet man die kontroversen Studienergebnisse zu der Konzepttreue des Therapeuten, so lässt sich mit Wampold (2001) zusammenfassen, dass es keinen überwältigenden Beleg dafür gibt, dass Adherence ein wichtiger Aspekt ist, denn die Untersuchungen der Beziehung zwischen Konzepttreue und dem Ergebnis ergeben höchstens einen schwachen Beweis für die therapeutische Bedeutsamkeit der spezifischen Aspekte. Wenn jedoch eine Beziehung zwischen technischer Interventionsspezifität und dem Therapieergebnis

festgestellt werden konnte, war es eher der strukturierende Anteil der Adherence – denn die theoretischen Hintergründe – der den Effekt verursacht hat. Zudem bezieht sich der gefundene Effekt bei dem Großteil der Studien stets auf die detaillierte Prozessebene statt auf die Beziehung zum Behandlungsergebnis.

Die bislang einzige Metaanalyse zu der Beziehung zwischen Konzepttreue und dem Therapieergebnis stammt von Webb, DeRubeis & Barber (2010). Berücksichtigt wurden 36 Adherence- und Competence-Studien in Relation zum Therapieergebnis, mit dem Resultat, dass Behandlungsintegrität, im engeren Sinne Adherence und Competence, insgesamt eine geringe Rolle bei der Veränderung der Symptomatik hat. Auf einem nichtsignifikanten Niveau gab eine positive Effektstärke der Studien jedoch an, dass eine höhere Konzepttreue auch mit einem besseren Therapieergebnis verbunden ist. Die Autoren machen zumeist eine Konfundierung mit einer dritten Einflussgröße (z. B. der therapeutische Beziehung, der Art der Störung oder anderer Patientenvariablen) für den geringen Einfluss der Konzepttreue verantwortlich.

Die Resultate der Metaanalyse sind insofern interessant, als dass auch andere Studien, die spezifische Inhalte von Behandlungen untersuchten, weitere, generelle Faktoren fanden, die das Therapieergebnis beeinflussten. So schlussfolgerten beispielsweise Hill, O'Grady & Elkin (1992), dass es durch spezifische Inhalte zu einer Unterscheidbarkeit von Behandlungsformen kommt, allerdings auch über alle untersuchten Behandlungen hinweg ein auffälliger genereller Faktor, der „Unterstützung“ genannt wurde, gefunden werden konnte. Darüber hinaus nehmen auch Patientenvariablen als unspezifischer Wirkfaktor, wie z. B. die Veränderungsmotivation, Einfluss auf das Therapieergebnis (Clarkin & Levy, 2004).

Generelle, unspezifische Wirkfaktoren wie z. B. das Arbeitsbündnis bzw. die therapeutische Beziehung, oder deren Interaktion mit spezifischen Wirkfaktoren werden demnach herangezogen, um ein vergleichbares Outcome von verschiedenen Therapieformen zu erklären (Norcross, 2011; Lambert, 2013).

Fragestellung

Im Rahmen dieser Arbeit werden auf der Grundlage der Schweizer PAP-S-Studie im naturalistischen Setting verschiedene Fragestellungen diskutiert. Ausgehend von dem derzeitigen Forschungsstand interessiert dabei vornehmlich, welche Variablen mit einem positiven Behandlungsergebnis zusammenhängen. Insbesondere erfolgt eine theoriegeleitete Diskussion der Bedeutung der Konzepttreue des Psychotherapeuten vor dem Hintergrund der fehlenden Erfassung von technischer Interventionsspezifität im aktuell vorherrschenden Forschungsparadigma der RCT-Studien.

Wie im vorangegangenen Abschnitt erläutert, ergibt die Adherenceforschung ein uneinheitliches Bild zu dem Einfluss dieses spezifischen Faktors auf das Therapieergebnis, da in der Literatur sowohl signifikante als auch nicht signifikante Resultate beschrieben werden.

In Übereinstimmung mit der Metaanalyse von Webb, DeRubeis & Barber (2010) stellen wir die Hypothese auf, dass Behandlungsintegrität keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat.

Auf der Grundlage der bisherigen Psychotherapieforschung (Chatoor & Krupnick, 2001) fußt die Hypothese, dass die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses statistisch signifikant positiv mit dem Therapieergebnis korreliert.

Zusammenfassung der Hypothesen

Auf der Grundlage der berichteten Literatur (Lambert, 2013; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) werden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Das Ausmaß der Konzepttreue (als Anwendung von theoriegeleiteten spezifischen Interventionen) hat keinen bedeutsamen Einfluss auf das Therapieergebnis.
2. Die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses hat eine statistisch signifikante positive Relation zum Therapieergebnis.

Publikationen

Psychodynamische Psychotherapie (Vorabveröffentlichung)

Mit freundlicher Genehmigung durch den Schattauer-Verlag ist die Originalpublikation mit dem Titel „Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? Zur technischen Interventionsspezifität (treatment adherence) in der Psychotherapie“ auf den folgenden Seiten abgedruckt.

Der Artikel wurde im September 2013 in der *Psychodynamische Psychotherapie – Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (PDP)* vorabveröffentlicht.

In der Publikation werden die Ergebnisse meiner Arbeit beschrieben und dargelegt.

Die Publikation ist beim Schattauer-Verlag (zitierweise des Quellenhinweises hier nach Vorgaben des Verlages) erhältlich:

Köhler M, Tschuschke V. Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? PDP 2013; 12: 138-47.

Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? Zur technischen Interventionsspezifität (treatment adherence) in der Psychotherapie

Miriam Köhler; Volker Tschuschke

Schlüsselwörter

Konzeptintegrität, Prozessforschung, spezifische Wirkfaktoren, unspezifische Wirkfaktoren, Prozess-Ergebnis-Forschung

Zusammenfassung

Die Arbeit befasst sich mit dem Stellenwert des vom Psychotherapeuten gelernten schultheoretischen Konzepts. Evidenzbasierte Psychotherapieforschung führt zu keinem Kenntniszuwachs, insofern sie auf

dem Paradigma der randomisiert-kontrollierten Studie basiert. Im Gegenteil führt sie zu falschen Ergebnissen, weil sie die Untersuchung der Therapieprozesse ausblendet und unterstellt, dass das zur Anwendung kommende Behandlungskonzept auch tatsächlich realisiert wird, was aber in den meisten Studien bisher nicht kontrolliert wurde. Aufwendige Prozess-Ergebnisstudien dagegen zeigen, dass die Bedeutung des gelernten schultheoretischen Konzepts und die aus ihm abgeleiteten technischen Interventionen in psychotherapeutischen Behandlungskonzepten offenbar eine zu relativierende Rolle spielen. Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren sind auf eine hochkomplexe Weise miteinander verwoben und spielen neben der Professionalität und Kompetenz des Behandlers eine wesentlich größere Rolle als die puristische Umsetzung eines gelernten schultheoretischen Konzepts.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. emer. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke
Sigmund Freud – Privatuniversität Berlin
Forsthaus 1
36132 Eiterfeld
E-Mail: volker.tschuschke@uk-koeln.de

Keywords

treatment integrity, treatment fidelity, treatment adherence, process-outcome research, specific and unspecific therapeutic factors

Summary

This paper discusses the importance of the school oriented psychotherapeutic concept once learned by the therapist. Evidence-based research in psychotherapy does not bring forth accumulated knowledge in the field as long as it is based on the paradigm of randomized-controlled studies (RCT). Such research generates wrong results because it fades out the investigation of interactional processes and suggests at the same time that the practiced therapeutic intervention concept was in fact realized – which was not the case in most studies, actually. However, complex process-outcome studies document that the impact of the learned school based concept and the

associated technical interventions play a modified role in psychotherapeutic treatments. Specific and unspecific, common therapeutic factors are highly complex intertwined and play – besides the professionalism and competence of the therapist – a more prominent role in their complicated interaction than a purely delivered transformation of a learned concept.

How Relevant is the Treatment Concept in Psychotherapy? Towards the Impact of Concept-True Technical Interventions (Treatment Adherence)

PDP 2013; 12:138 – 147

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist heutzutage nicht mehr in Frage zu stellen (Lambert, 2013a). Um die differenzielle Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsansätze allerdings erregen sich aber nach wie vor die Gemüter, seitdem die vergleichende Psychotherapieforschung auf den Plan trat (Lambert, 2013b).

Die vergleichende Psychotherapieforschung befasst sich seit den ersten großen Metaanalysen (Luborsky et al., 1975; Sloane et al., 1975; Smith et al., 1980) mit dem so genannten *Äquivalenzparadox* (demzufolge es bezüglich der Wirksamkeit keine wesentlichen Unterschiede zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten gibt, in der amerikanischen Version *Dodo Bird Verdict*), zu dem es sehr kontroverse Auffassungen gibt (Wampold, 2001; Lambert und Ogles, 2004; Strauß und Kächele, 2001; Strauß, 2001; DeRubeis et al., 2005; Luborsky et al., 2002; Beutler, 2002). In den 90er Jahren – im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland – löste die Berner Studie von Grawe und Mitarbeiterinnen große Kontroversen um die vergleichende Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und anderen Psychotherapiekonzepten aus (Grawe et al., 1994; Tschuschke et al., 1994; 1997; 1998; Fähr und Fischer, 1998).

Die Mehrzahl der publizierten Metaanalysen legt heute eine vergleichbare Wirkung unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungskonzepte nahe

(Wampold, 2001; Lambert, 2013a). Gleichwohl gibt es kritische Stimmen, die eine Überwindung dieser metaphorischen Umschreibung vergleichbarer psychotherapeutischer Effektivität fordern, weil sich mittlerweile ein Fundus an Studien ergeben habe, der die spezifische Überlegenheit bestimmter Behandlungsschemata bei einer Reihe von Störungen nachgewiesen habe (Strauß und Kächele, 2001; Strauß, 2001; DeRubeis et al., 2005; Beutler, 2009). Die mittlerweile über 30 Jahre veröffentlichten Metaanalysen allerdings haben – entgegen mancher gegenläufigen Argumente – keineswegs zu einer objektiven Akkumulation von wissenschaftlich nachgewiesenen Fakten und damit zu einer Klärung und Versachlichung, sondern zu einer andauernden Debatte theoretischer Perspektiven geführt (Budd und Hughes, 2009).

Der Eindruck, dass es sich um ideologisch geführte „wissenschaftliche“ Debatten handelt, lässt sich nicht ohne weiteres von der Hand weisen. Die Debatte wäre am ehesten zu versachlichen, indem angemessenere Forschung – konkret: aufwendige Prozessforschung – betrieben würde, die über psychotherapeutische Veränderungsprozesse in natürlichen psychotherapeutischen Behandlungssettings stattfände (effectiveness studies) und nicht in RCT-Studien in Laborsettings (efficacy studies) (Tschuschke et al., 2010). Der Einsatz von randomisiert-kontrollierten Studien (randomized-controlled studies = RCT) habe zwar dazu geführt, der Psychotherapie in Vergleichsstudien eine grob ähnliche Effektivität wie Psychopharmaka zu attestieren, jedoch versage das RCT-Paradigma bei dem Versuch, einem Therapieverfahren aufgrund von unterschiedlichen therapeutischen Prozessen kohärent die Überlegenheit über ein anderes zu bescheinigen bzw. nachzuweisen (Budd und Hughes, 2009).

Konzeptrealisierung in der Psychotherapie („treatment adherence“ bzw. „treatment integrity“)

Aus den kritischen Argumenten gegen das RCT-Paradigma sticht ein Argument ganz besonders hervor, nämlich das der mangelnden Kontrolle realer psychotherapeutischer Interventionen in der großen Mehrzahl der RCT-Studien: die fehlende Überprüfung der Konzepttreue und der Kompetenz des jeweiligen

Therapeuten. Eine verschwindend geringe Anzahl aller Studien (auch der Laborstudien!) habe bislang überhaupt überprüft, ob Therapeuten das vermeintlich zur Anwendung gebrachte therapeutische Behandlungskonzept auch tatsächlich realisierten (Stichwort „treatment adherence“) (Budd und Hughes, 2009; Perepletchikova, 2009; Tschuschke et al., 2010). Im Gegenteil sei das fast vollständige Forschungswissen in der Psychotherapie kontaminiert durch eine mangelnde Kontrolle realer therapeutischer Aktivitäten, mithin sei auch nicht sicher, ob überhaupt „drin ist, was drauf steht“ (Moncher und Prinz, 1991; Bhar und Beck, 2009; Perepletchikova, 2009; Perepletchikova et al., 2010). Eine mangelnde Kontrolle der tatsächlichen therapeutischen Interventionshandlungen in den Forschungsstudien – speziell eben in RCT-Studien – arbeite den Zweifeln am *Dodo Bird Verdict* in die Hände und könne auch nicht belegen, dass irgendein Verfahren einem anderen überlegen sein könnte (Budd und Hughes, 2009; Perepletchikova, 2009).

Das Ausmaß der therapeutischen Behandlungsintegrität wird als kritischer Punkt der Wissenschaftlichkeit psychotherapeutischer Behandlungskonzepte angesehen (Bhar und Beck, 2009; Baldwin und Imel, 2013). Die wenigen verfügbaren Studien zur Behandlungsintegrität zeigen gemischte Ergebnisse (Wampold, 2001; Miller und Binder, 2002; Webb et al., 2010). Obwohl im Rahmen der evidenzbasierten Medizin empirisch begründete und auf klinischen Richtlinien fußende klinisch-technische Interventionen in Psychotherapie-Studien Standard wurden (Stichwort Manualisierung), ist in fast allen empirischen Studien das Ausmaß der Behandlungsintegrität dennoch weitestgehend vernachlässigt worden (Perepletchikova et al., 2009). Somit sei zu schlussfolgern, dass immer noch nicht klar sei, welche die essenziell wirksamen psychotherapeutischen Ingredienzen der Behandlungsverfahren darstellten (Bhar und Beck, 2009).

Zahllose Psychotherapie-Forschungsstudien untersuchten die wichtigsten psychotherapeutischen Konzepte hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (z.B. Verhaltenstherapien, kognitive Therapien, psychodynamische, interpersonelle, systemische oder humanistische Therapien), ohne in den meisten Fällen die Behandlungsintegrität der therapeutischen Interventionen zu überprüfen. Das

Resultat ist eine grob gesehen vergleichbare Wirksamkeit, was wiederum die *Dodo Bird Verdict*-Hypothese unterstütze (Wampold, 2001; Lambert und Ogles, 2004; Luborsky et al., 2002) – auch wenn es einige kritische Stimmen gibt (Strauß und Kächele, 2001; De Rubeis et al., 2005; Beutler, 2002; Beutler et al., 2004).

Theoretisch wird das Ausmaß an Behandlungsspezifität als der kritische Punkt in der Psychotherapie angesehen, da ja gerade die angemessene Umsetzung des theoretischen Konzepts für die Behandlungseffekte als „Verum“ angesehen wird (Perepletchikova et al., 2010), was dann sicherstellen würde, dass der Therapeut seine Behandlung konzepttreu durchführen würde (Waltz et al., 1993). Die grob vergleichbaren Behandlungsergebnisse verschiedener psychotherapeutischer Ansätze indes legten die Vermutung nahe, dass unspezifische, allgemeine Wirkfaktoren eine bedeutsame Rolle spielten (Lambert und Barley, 2002; Duncan et al., 2010).

Die Annahme, dass in psychotherapeutischen Behandlungen das vom Therapeuten gelernte Konzept alleine zur Anwendung komme, basiert im Grunde auf dem „medizinischen Modell“, das dem der experimentellen Pharmaforschung entlehnten Paradigma der randomisiert-kontrollierten Studie folgt. Alleine der „wahre Wirkstoff“ (das Verum) des pharmazeutischen Produkts kann für die Wirkung der Verabreichung (des Medikaments) verantwortlich sein. Alle anderen möglichen Einflüsse müssen kontrolliert ausgeschaltet werden, damit ein zweifelsfreier Nachweis der therapeutisch wirksam werdenden Substanz erbracht werden kann. Randomisiert-kontrollierte Studien in der Psychotherapie zielen genau dieses Prinzip an, um eine vermeintlich exakte Wissenschaftlichkeit auch in der Psychotherapie herzustellen (Tschuschke et al., 2009). Genau dies ist das derzeit herrschende Forschungsparadigma in der Psychotherapie und genau dies ist das derzeitige Problem für die Psychologie und die Psychotherapie (Tschuschke und Freyberger, unveröff. Man.).

Es gibt vergleichsweise sehr wenige Studien, die die Konzeptspezifität von psychotherapeutischen Interventionen kontrolliert haben. Shadish und Mitarbeiter (2000) fanden von 1.000 naturalistischen Psychotherapie-

Forschungsstudien außerhalb von Universitäten – die also in der Regel keine RCT-Studien durchführten – lediglich 56 Studien. Wie bereits weiter oben angesprochen, vernachlässigen die meisten RCT-Studien die Kontrolle der tatsächlich erfolgten Behandlungsintegrität bzw. -kompetenz (Borelli et al., 2005; Perepletchikova, 2009; Perepletchikova et al., 2007).

Wenn wir also dem derzeitigen Standard der internationalen Psychotherapieforschung mit dem beherrschenden Paradigma „randomisiert-kontrollierte Studie“ folgen (sh. z.B. den Forderungen der mächtigen *American Psychological Association* oder lange Zeit des deutschen *Beirats für Psychotherapie*), dann ordnen wir uns einer Regelung unter, die dem Gegenstandsbereich der Psychologie und Psychotherapie so konträr zuwider läuft, wie dies überhaupt nur möglich sein kann (Tschuschke et al., 2010). Nicht nur wird eine vermeintlich vollständig puristisch realisierte Konzeptumsetzung durch die behandelnden Psychotherapeuten unterstellt, dieser zentrale Aspekt der RCT-Studien wird hinsichtlich seiner sauberen Durchführung nicht einmal sichergestellt („kontrolliert“, wie es ja heißt), sondern eben nicht kontrolliert und ist auch grundsätzlich nicht kontrollierbar. Auch werden alle möglichen anderen Einflüsse nicht kontrolliert, einfach, weil dies mit Menschen in ihren komplexen Lebensvollzügen gar nicht möglich ist (Tschuschke et al., 2010; Tschuschke und Freyberger, 2014). Darüber hinaus geht es in der Psychotherapie eben nicht nur um das vermeintlich zentrale „Verum“ Behandlungskonzept, wie im Folgenden gezeigt werden wird.

Welche Rolle spielt das Behandlungskonzept wirklich?

Es gibt bislang nur sehr wenig Forschung zur Auswirkung von relativ hoher Konzepttreue (Behandlungsintegrität) auf den Verlauf und das Ergebnis von psychotherapeutischen Behandlungen. Einige wenige Studien haben nachgewiesen, dass eine Behandlungsintegrität „um jeden Preis“ sogar kontraproduktiv sein kann (Boswell et al., 2010; Godfrey et al., 2007). Eine eigene große Studie in der Schweiz (PAP-S-Studie) erbrachte das Ergebnis, dass von acht psychotherapeutischen Behandlungskonzepten in 83 untersuchten Behandlungsfällen nicht eines über eine durchschnittliche

Behandlungsspezifität (Konzepttreue) von 27% hinaus kam (Streuung zwischen 2.5% und 26.7% in 83 Behandlungen, durchgeführt von mehr als 30 Therapeuten mit acht verschiedenen Behandlungskonzepten) (Tschuschke et al., 2013).

Wenn man das *Generic Model of Psychotherapy* – in dem sich jahrzehntelange Forschung kondensiert – von Orlinsky und Mitarbeitern (2004) zugrunde legt, dann ist das spezifisch eingesetzte Behandlungskonzept in der Psychotherapie zwar zentral zu finden, zugleich aber wird eine Unmenge an anderen Einflussgrößen abgebildet, die untereinander höchst komplex verschaltet und aufeinander bezogen sind: soziale, persönliche Merkmale von Behandler und Behandeltem, die Arbeitsbeziehung, das unmittelbare soziale Umfeld, die gesellschaftliche Einbettung usw. Damit wird auch sofort deutlich, dass es keine vollständige Kontrolle aller dieser möglichen Einflussgrößen, die auf den Behandlungsprozess einwirken, geben kann, und dass das Paradigma der RCT-Studie in der Psychotherapieforschung paradox ist.

Wenn nun aber das eigentlich vom Therapeuten gelernte Behandlungskonzept in so geringem Maße eingesetzt wird – und die psychotherapeutischen Behandlungen dennoch sehr erfolgreich sind, wie die Effektstärken der Schweizer PAP-S-Studie z.B. zeigen – was ist dann verantwortlich für die psychotherapeutische Wirkung? Menschliche Kommunikation – also auch die zwischen Therapeut und Patient – umfasst eben mehr als nur auf konzeptuelle Grundannahmen aufbauende und von konzeptuellen Überlegungen abgeleitete Techniken der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, seien es nun psychodynamische, behaviorale, humanistische oder systemische. Hierbei handelt es sich um so genannte „unspezifische“ Wirkfaktoren, Wirkfaktoren also, die nicht unmittelbar oder gar nicht auf das theoretische Konzept, das der behandelnde Psychotherapeut seiner Behandlung zugrunde legt, zurückzuführen sind. Dazu würden – entsprechend auch dem *Generic Model of Psychotherapy* – insbesondere die therapeutische Arbeitsbeziehung, Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, seiner Störung sowie Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten zählen. Es kämen weitere, entscheidende Variablen noch hinzu, wie der zeitliche Verlauf der

therapeutischen Arbeit, das angemessene Timing von speziellen Interventionen (Stichwort „Therapeutenkompetenz“), die möglichen Einflüsse von außerhalb der Behandlung und wie sie günstig in die Behandlung integriert werden könnten etc.

Es gibt praktisch kaum Forschung bezüglich der Rolle von spezifischen Wirkfaktoren – das wäre ein relativ hohes Ausmaß an technischer Behandlungsintegrität – wenn unspezifische Faktoren ausgeprägt sind (z.B. eine schlechte oder gute Arbeitsbeziehung) bzw. wie sie letztere beeinflussen. Beispielsweise, ob eine günstige Arbeitsatmosphäre den Weg für spezifische Interventionen bahnt oder umgekehrt (Shaw et al., 1999).

Die Schweizer PAP-S-Studie fand einen interessanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Konzepttreue durch die Therapeuten und der Qualität der Arbeitsbeziehung. War die Arbeitsbeziehung schlecht oder belastet, dann war es für den weiteren Behandlungsverlauf bzw. das Behandlungsergebnis günstig, wenn der Therapeut in seinen Interventionen unspezifischer wurde, d.h. seine Konzepttreue lockerte (wir stellten fest, dass er dann mehr stützte, empathischer auf den Patienten einging und technisch weniger sein gelerntes Konzept verfolgte, allgemeiner kommunizierte). Und umgekehrt: je besser die Arbeitsbeziehung war, desto enger konnte der Therapeut an seinem gelerntem Konzept arbeiten und spezifischer (konzepttreuer) intervenieren, und das Behandlungsergebnis war besser. Blieb er in diesem Falle unspezifischer, dann schien er die Patienten zu unterfordern und das Behandlungsergebnis war schlechter (Tschuschke et al., 2013).

Vielleicht muss das „therapeutische Verum“ in der Psychotherapie neu gedacht werden. Vermutlich ist Psychotherapie nicht durchgängig die Umsetzung von gelernten Techniken, die auf bestimmten theoretischen Grundannahmen basieren. Eine durchgängig „spezifische“ psychotherapeutische Behandlung wäre die rigide Umsetzung von gelernten, theoretischen Annahmen in der psychotherapeutischen Interaktion mit einem individuellen Menschen, der psychotherapeutische Hilfe benötigt. Entsprechend schall muten die Visionen der Apologeten manualgeleiteter Psychotherapie an. Es ist evident und braucht

nicht weiter begründet zu werden, dass professionelle Psychotherapie ein einfühlsamer, gemeinsam gestalteter Arbeitsprozess sein muss, in den ungemein viele momentane, sich in der Beziehung ergebenden Einflüsse einfließen, die es zwingend erforderlich machen, dass variabel und angemessen darauf reagiert wird und das Timing eine besondere Rolle spielt und nicht ein Vorgehen nach „Schema F“.

Welche Berechtigung haben die Therapieschulen angesichts der relativ geringen Bedeutung des gelernten Behandlungskonzepts?

Wenn die auf bestimmten traditionellen Schulen, mit jeweils einem ganz spezifischen Menschenbild, gründenden psychotherapeutischen Konzepte (scheinbar) keine so durchschlagende Bedeutung in der Psychotherapie haben, welche Daseinsberechtigung haben sie dann noch?

Zunächst bedeuten die bisherigen Überlegungen keineswegs, dass das gelernte Behandlungskonzept unwichtig würde. Es gibt mannigfache Gründe, warum professionelle Psychotherapie seriöse, fundierte Ausbildung in einem oder mehreren unterschiedlichen Konzepten benötigt. Wie es scheint, und dies legt das *Dodo Bird Verdict* ja auch nahe, erreichen verschiedene psychotherapeutische Behandlungskonzepte vergleichbare Behandlungseffekte. Dies deutet darauf hin, dass entweder das Konzept keine Rolle spielt, sondern ausschließlich die Professionalität des Behandlers, seine integrative Leistung aus konzeptuellen und unspezifischen Versatzstücken, dass das gelernte Konzept nicht die alleinige Rolle im Veränderungsprozess spielt, oder dass die vermeintlich unterschiedlichen psychotherapeutischen Konzepte ganz Ähnliches bezwecken (versehen zwar mit unterschiedlichen Labels) und dann technisch auch Ähnliches umsetzen, wie dies auch plausibel erscheint angesichts der Entwicklung der auseinander hervorgehenden verschiedenen Schulen und ihrer Stammbaumgeschichte (Kriz, 2001). Es gibt aber auch noch einen weiteren, nicht zu vernachlässigenden Grund für eine schulengebundene Ausbildung von Psychotherapeuten. Eine seriöse Ausbildung in einem anerkannten Konzept vermittelt Sicherheit und das Selbstverständnis, Verantwortung in der Behandlung eines leidenden Menschen übernehmen zu

können (durch ein „inneres Ordner-System ... beim Therapeuten“, Czogalik und Enke, 1993, S. 517), demzufolge die gelernte Methode den Informationen im Behandlungsprozess „mehr und mehr vertraute und überschaubare Wege“ bahnten.

Grawe (1995) stellte mit seinem Entwurf einer „Allgemeinen Psychotherapie“ die Behauptung auf, die „psychotherapeutischen Theorien erster Generation“ (heutzutage oft ironisiert als „eminenzbasiert“ bezeichnet) hätten sich überlebt und gefordert seien „psychotherapeutische Theorien zweiter Generation“ (aktuell dazu passendes Stichwort „evidenzbasiert“), er plädierte sogar für ein „Begräbnis“ der herkömmlichen Therapieschulen zugunsten einer neuen, „forschungsbasierten“ (research-informed) Psychotherapie (Grawe, 1997). Nun wissen wir heute zum einen, dass es die Psychotherapieschulen herkömmlicher Orientierung immer noch gibt, zum anderen aber ist heute zu konstatieren, dass die Forschung, die sich alleine auf eine so genannte „Evidenzbasierung“ stützt, wie sie heutzutage in der internationalen Psychotherapieforschung gefordert und weitestgehend praktiziert wird (und wie sie Klaus Grawe wahrscheinlich auch goutiert hätte), keine erntszunehmende Alternative darstellt. Und zwar aus den bereits dargelegten Gründen: ein dominierendes Forschungsparadigma wie das der randomisiert-kontrollierten Studie ist in der Psychotherapieforschung fehl am Platze. Weil es erstens nichts kontrolliert (und aufgrund der hochkomplexen menschlichen Natur und der immens vielfältigen Einflüsse auf die Behandlung auch nicht kontrollieren kann), weil zweitens Psychotherapie nicht nach dem Manual funktionieren kann, weil drittens eine ausreichend präzise und umfangreiche Prozessforschung in der Psychotherapie immer noch fehlt – und damit auch nicht abgeklärt ist, was eine konzepttreue psychotherapeutische Behandlung in Kombination mit vielen anderen am Veränderungsprozess beteiligten Einflussgrößen bewirken würde. Eine solche „evidenzbasierte“ Forschung ist nachgewiesenermaßen nicht nur unzureichend (weil relevante, evidente Ereignisse eben nicht erfasst werden), sondern sogar irreleitend (Budd und Hughes, 2009) und ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht werden kann. Unserer Auffassung nach handelt es sich um ein „szientistisches Selbstmissverständnis“ der Psychologie und Psychotherapie, wenn sie im vermeintlichen Gehorsam (und der Sorge, als nicht wissenschaftlich genug

abgestempelt zu werden) dem Paradigma einer evidenzbasierten Medizin folgt, das für den Gegenstandsbereich der Psychotherapie nicht angemessen ist, weil vollständig „unterkomplex“ (Henningsen und Rudolf, 2000) und völlig verzerrend (Henry, 1998). Darüber hinaus mehren sich die Stimmen, dass ein solches Forschungsparadigma selbst für die meisten medizinischen Fachdisziplinen unangemessen ist.

Ganz abgesehen von den genannten Gründen ist auch klar, dass die Psychotherapien „erster Generation“ noch gar nicht ausreichend untersucht worden sind, eben weil eine klar konzepttreue Umsetzung (konzeptspezifische technische Vorgehensweise) in ihrer Wirkung bei unterschiedlichsten Patientengruppen noch gar nicht in dem differenzierten Umfang – unter Einbeziehung aller möglichen relevanten Variablen – erfolgt ist. Eine Abschaffung bzw. ein „Begräbnis“ der klassischen, althergebrachten psychotherapeutischen Theorien bzw. Schulen wäre vollkommen verfrüht, auch wenn sich durch neuere Forschung abzeichnet, dass dem gelernten therapeutischen Konzept nicht die Bedeutung zuzukommen scheint, die die Schulen selbst postulieren und unterstellen.

Die relativierte Bedeutung der vom Psychotherapeuten erlernten Theorie und der aus ihr abgeleiteten Behandlungstechnik bedeutet ja noch nicht, dass eine grundlegende Orientierung an einem spezifischen Konzept keine Relevanz für die Therapie, ihren Fortgang und das Endergebnis hätte. Sie bedeutet zunächst, dass Therapeuten anscheinend nicht durchgängig 100 Prozent reine, konzeptkonforme technische Interventionen anwenden, sondern ein Großteil der Interventionen „unspezifisch“, also über allgemeine, zwischenmenschlich nützliche Kommunikationsformen erfolgt (Tschuschke et al., 2013). Der Bereich optimierter menschlicher Beziehungsgestaltung dürfte eine Grundlage aller psychotherapeutischen Theorien, Schulen bzw. Konzepte sein. Insofern dürften auch die Wirkfaktoren, die Grawe (1995) seinerzeit argumentativ für eine „Allgemeine Psychotherapie“ ins Feld führte: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfen zur Problembewältigung, Klärungsperspektive, den Vertretern aller Psychotherapieschulen nur ein müdes Lächeln abringen, handelt es sich doch um typische unspezifische

Wirkfaktoren, die vermutlich jede Theorie – neben ihren postulierten spezifischen Interventionen – auf ihre Fahnen schreiben würde.

Da die RCT-Forschungsstudien per definitionem keine Prozessforschung darstellen, konnte auch nicht überprüft werden, ob die Therapeuten – und falls so, wann – spezifische, konzepttreue Interventionen durchführten. Insofern kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, wie viel der psychotherapeutischen Wirkung auf die Anwendung eines bestimmten Konzepts bei bestimmten Störungsbildern bzw. wie viel auf unspezifische Interventionen, auf gutes Timing, kompetente menschliche Kommunikation und optimierte Beziehungsgestaltung zurückzuführen ist (Muran und Barber, 2010; Norcross, 2011). Die Bedeutung einer konzeptspezifischen psychotherapeutischen Arbeit wird auf maximal 1% - 15% der Varianzaufklärung veranschlagt, während unspezifischen Faktoren wie Beziehungs-, und Persönlichkeitsvariablen von Patient und Therapeut mehr als 80% zugeschrieben wird (Hubble et al., 2001; Wampold, 2001). Quantität muss aber nicht Qualität bedeuten.

Eine völlig unspezifische, konzeptfreie psychotherapeutische Behandlung andererseits ist auch nicht denkbar. Auch wenn wir in unserer Studie fanden, dass das Ausmaß spezifischer Intervention durchschnittlich zwischen 2.5% und 26.7% für unterschiedliche theoretische Konzepte variierte, so ergaben sich doch große Streuungen für die einzelnen Behandlungen innerhalb desselben Konzepts, sogar in derselben Behandlung. Derselbe Therapeut setzte beim selben Patienten zuweilen technisch sehr wenig von seinem gelernten Konzept um (in manchen Sitzungen null bis wenigen Prozent), während es aber auch vorkam, dass er in einer Sitzung einmal zu 100 Prozent konzepttreu arbeitete und entsprechend intervenierte.

Die Forschungsdebatte kreiste lange Zeit um die Frage, ob die Behandlungsintegrität in der Psychotherapie eine bedeutsame Beziehung zum Behandlungsergebnis aufweist oder nicht (Bhar und Beck, 2009; Budd und Hughes, 2009; Baldwin und Imel, 2013). Die Diskussion innerhalb der Forschungslandschaft tendiert aber mittlerweile in eine andere Richtung: Eine

durchgängig hohe Behandlungsintegrität erscheint nicht länger als sinnvoll und wird demzufolge auch nicht mehr erwartet. Einige Studien haben sogar nachgewiesen, dass eine Behandlungsintegrität „um jeden Preis“ sogar kontraproduktiv sein kann (Boswell et al., 2010; Godfrey et al., 2007). Forscher votieren gegen eine lineare Beziehung zwischen Behandlungsintegrität und Behandlungseffekten und erwarten eher heterogene Behandlungsinterventionen, die von Sitzung zu Sitzung stark variieren könnten (Shaw et al., 1999; Imel et al., 2011) oder in Abhängigkeit von der Etablierung einer ausreichend guten therapeutischen Arbeitsbeziehung eine Rolle spielen (Muran und Barber, 2010; Bohart und Greaves Wade, 2013).

In der Tat fanden wir in unserer Untersuchung, dass das Ausmaß behandlungsspezifischer Interventionen sogar in denselben Behandlungen stark von Sitzung zu Sitzung variierte („within-therapist adherence“, Baldwin und Imel, 2013). Im extremsten Fall variierte das Ausmaß der Behandlungsintegrität desselben Therapeuten in derselben Behandlung von Sitzung zu Sitzung zwischen null und 100 Prozent Konzeptspezifität. Die Bedeutung der individuellen Persönlichkeit des Psychotherapeuten lässt sich auch daraus ersehen, in welchem Ausmaß er spezifisch arbeitet. Baldwin und Imel (2013) berichten von Studienergebnissen, bei denen die Konzepttreue desselben Therapeuten zwischen verschiedenen Sitzungen derselben Behandlung mehr variierte („within-therapists adherence“) als zwischen verschiedenen Therapeuten unterschiedlicher schulischer Orientierung („between-therapists adherence“).

Die Gründe für das Oszillieren des Ausmaßes der Behandlungsintegrität durch denselben Therapeuten in derselben Behandlung werden in verschiedenen Ursachen gesehen. Psychotherapeuten sollten sensibel und einfühlsam sein, sie sollten auf spezifische Zeichen in einzelnen Sitzungen und während der gesamten Behandlung reagieren, z.B. bei komplizierten Patienten, problematischen therapeutischen Arbeitsbeziehungen, sich verändernden Stimmungen in aufeinander folgenden Sitzungen (Webb et al., 2010; Imel et al., 2011). Dem widerspräche eine manualisierte Behandlung fundamental.

Castonguay et al. (1996) wie auch Barber et al. (2006) fanden, dass Therapeuten das Ausmaß ihrer Behandlungsintegrität in kognitiven Therapien steigerten, wenn sie mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeitsbeziehung konfrontiert waren. Die Autoren spekulieren, ob die Therapeuten versuchten, Probleme in der Arbeitsbeziehung dadurch zu kompensieren, dass sie die Konzepttreue in der Behandlung erhöhten – damit letztlich aber eine Verschlechterung des Therapieergebnisses erreichten. Unsere eigenen Studienergebnisse liefen in die entgegengesetzte Richtung: bei komplizierten Arbeitsbeziehungen senkten erfolgreiche Therapeuten eher das Ausmaß ihrer Behandlungsspezifität (Tschuschke et al., 2013).

Das Wechselspiel zwischen spezifischen (konzeptkonformen) und unspezifischen (allgemeinen) Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Man vermutet, dass unspezifische, allgemeine Wirkfaktoren in Kombination mit spezifischen eine kritische Rolle spielen (Barber et al., 2006; Webb et al., 2010; Chatour und Krupnick, 2001; Castonguay et al., 1996). Die Ergebnisse unserer Studie zeigen (Tschuschke et al., 2013), dass so genannte unspezifische, allgemeine Wirkfaktoren wie die psychische Belastung der Patienten zu Behandlungsbeginn und die Beziehungszufriedenheit während der Behandlung eine bedeutsame Rolle im Zusammenhang mit therapeutischen Effekten spielen – und das in unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungskonzepten. Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, welche Faktoren denn dann bedeutsam sind im psychotherapeutischen Veränderungsprozess, wenn nicht das spezifische angewandte Konzept; vor allem: wie kommt es zu einer guten therapeutischen Beziehung und welche weiteren, unentdeckten Faktoren sind weiterhin maßgeblich? Ist die Kompetenz des Psychotherapeuten nicht über das Ausmaß der realisierten Konzeptintegrität zu definieren? Über was dann? Therapeuten-Kompetenz konnte in unserer Arbeit bislang nicht untersucht werden und wird im Prinzip anhand derselben Aufzeichnungen, die für die Behandlungsintegrität verwendet wurden, in zukünftigen Auswertungen kontrollierbar sein.

Womöglich stellt der Leidensdruck von Patienten einen hohen motivationalen Faktor dar und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines günstigen Behandlung-Outcomes (Bohart und Greaves Wade, 2013). Es könnte sein, dass andere Wirkfaktoren wie z.B. bestimmte (konzeptunabhängige) Interventionsmerkmale eine bedeutsame Rolle spielen und auch das therapeutische Arbeitsbündnis beeinflussen. Damit könnten einige der gemischten Ergebnisse zur Bedeutung der professionellen Erfahrung der Therapeuten erklärbar werden (Hill und Knox, 2013): die Bedeutung des Ausmaßes der professionellen Erfahrung ist vermutlich sehr verschränkt mit anderen sogenannten unspezifischen, allgemeinen Wirkfaktoren wie Störungsausmaß der Patienten, Qualität der Arbeitsbeziehung – und vermutlich auch mit dem Ausmaß der Konzepttreue des Therapeuten – usw., so dass eine lineare Beziehung zwischen Berufserfahrung und Outcome gar nicht zu erwarten ist.

Die Ergebnisse aufwendiger Prozessstudien in der Psychotherapie, am besten im Rahmen von naturalistischen Studien (effectiveness studies), allein können Aufschluss über die Bedeutung von Konzepttreue bzw. –intensität und Behandlungskompetenz von Psychotherapeuten geben und nicht RCT-Studien. Die Vorherrschaft des Forschungsparadigmas vermeintlich kontrollierter, randomisierter Studien hat die Psychotherapieforschung in die Sackgasse geführt. Das so genannte Äquivalenzparadox (*Dodo Bird Verdict*) der Psychotherapieforschung ist so nicht aufzulösen und vermeintliche, scheinbare Überlegenheiten bestimmter psychotherapeutischer Verfahren bzw. Techniken mit so genannten spezifischen Störungsbildern sind das, was sie sind: scheinbare Überlegenheiten, gespeist aus einer unzulänglichen Forschung, die nicht sicher stellen konnte, was sie behauptete, gesichert zu haben, einfach weil sie die Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses nicht erfasste.

Literatur

Baldwin SA, Imel, ZE (2013) Therapist effects. In MJ Lambert (Ed.), Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed., pp. 258-297). New York: Wiley.

Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, Connolly Gibbons MB (2006) The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.

Barber, J. P., Khalsa, S.-R., und Sharpless, B. A. (2010) The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. Ch. Muran und J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice.* (pp. 29-43). New York: Guilford.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. und Wong, E. (2004) Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.

Beutler LE. The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9: 30-34

Bhar, B. S., Beck, A. T. (2009) Treatment integrity of studies that compare short-term psychodynamic psychotherapy with cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 370-378.

Bohart, A. C. und Greaves Wade, A. (2013) The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed., pp. 219-257). New York: Wiley.

Borelli B, Sepinwall D, Ernst D, Bellg AJ, Czajkowski S, Breger R, Orwig D. A new tool to assess treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 852-860

Boswell, J. F., Castonguay, L. G. und Wasserman, R. H. (2010) Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 717-723.

Brown, G. S., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Jones, E. und Vaccaro, J. (2001) Pushing the quality envelope: A new outcomes management system. *Psychiatric Services*, 52, 925-934.

Budd R, Hughes I. (2009) The Dodo Bird Verdict-controversial. Inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 510-522.

Castonguay, L. G., Goldfried, L. G., Wiser, S., Raue, P. J. und Hayes, A. M. (1996) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.

Chatour, I. und Krupnick, J. (2001) The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child und Adolescent Psychiatry*, 10, 19-25.

Crits-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B. und Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 298-340). New York: Wiley.

Czagalik D, Enke H (1993) Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*. Gustav Fischer, Stuttgart, 511 - 522

De Rubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. Conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005; 12: 174-183

Duncan, B.L, Miller, S.D., Wampold, B.E. und Hubble, M.A. (Eds.) (2010) *The heart und soul of change. Deliverng what works in therapy*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Fäh M, Fischer G (Hrsg.) (1998) *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen, Psychosozial-Verlag

Godfrey, E., Chalder, T., Ridsdale, L., Seed, P., Ogden, J. (2007) Investigating the active ingredients of cognitive behaviour therapy and counseling for patients with chronic fatigue in primary care: Developing a new process measure to assess treatment fidelity and predict outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 253-272.

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe

Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130 - 145

Grawe K (1997) Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7, 1 - 19

Henningsen P, Rudolf G (2000) Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50, 366-375

Hill, C. E. und Knox, S. (2013) Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 775-811). New York: Wiley.

Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hrsg.) (2001) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund, Verlag Modernes Lernen

Imel ZE, Baer JS, Martino S, Ball SA, Carroll KM. Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence* 2011; 115: 229-236

Kriz J (2001) *Grundkonzepte der Psychotherapie*. 5. Auflage. Weinheim: Beltz PVU

Lambert, M.J. (2013a) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). New York: Wiley.

Lambert, M.J. (2013b) Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 3-20). New York: Wiley.

Lambert, M. J und Barley, D. E. (2002) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.): *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford Universities Press.

Lambert, M.J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C. und Burlingame, G. M. (2004) *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Provo: Brigham Young University.

Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry* 1975; 32: 995-1008

Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED. The dodobird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9: 2-12

Miller, S. J. und Binder, J. L. (2002) The effects of manual-based training on treatment fidelity and outcome: A review of the literature on adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/ Research/ Practice/ Training*, 39, 184-198.

Muran, J.Ch. und Barber, J.P. (2010) The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice. New York: Guilford Press.

Norcross JC (ed.): Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness, 2nd ed. New York: Oxford Universities Press, 2011

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U. (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (ed): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.

Perepletchikova, F. (2009) Treatment integrity and differential treatment effects: Commentary. Clinical Psychology: Science and Practice, 16, 379-382.

Perepletchikova, F., Chereji, E., Hilt, L. M., Kazdin, A. E. (2010) Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77, 210-218.

Perepletchikova F, Treat TA, Kazdin AE. Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2007; 75: 829-841

Shadish WR, Navarro AM, Matt GE, Phillips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. Psychological Bulletin 2000; 126: 512-529

Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T.M., Dobson, K.S. und Imber, S. D. (1999) Therapist competence in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 837-846.

Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975). Psychotherapy versus Behavior Therapy. Cambridge: Harvard University Press

Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Strauß, B. (2001) Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51, 425-429.

Strauß B, Kächele H. The writing on the wall: Comments on the current discussions about empirically validated treatments in Germany. Psychotherapy Research 2001; 8: 158-170

Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D. und Wampold, B. E. (2003) Concept mapping of therapeutic common factors. Psychotherapy Research, 13, 401-413.

Tschuschke V, Bänninger-Huber E, Faller H, Fikentscher E, Fischer G, Frohburg I, Hager W, Schiffler A, Lamprecht F, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Rudolf G, Kächele H (1998). Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. 1994. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48, 430-444

Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A, Weber R (2010) Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal of Psychotherapy*, 14, 23-35.

Tschuschke V, Freyberger H (2014) Zu den Problemen der derzeitigen Psychotherapieforschung. Unveröff. Manuskript

Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (1997). Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39, 281-297

Tschuschke V, Köhler M, Blawath S, Berglar J, Muth K, Staczan P, Cramer A, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda M, (2013). The role of therapists' treatment adherence and the therapeutic alliance: prediction of treatment outcome in eight different psychotherapeutic approaches. *Psychotherapy Research* (zum Druck eingereicht)

Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. und Jacobsen, N. S. (1993) Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.

Wampold, B. E. (2001) *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum, 2001.

Watzke, B., Koch, U. und Schulz, H. (2006) Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 234-248.

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Barber, J.P. (2010) Therapist adherence / competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.

Psychotherapy research (zum Druck angenommen)

Der Artikel mit dem Titel „The role of therapists’ treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients’ severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study“ wurde am 15. Februar 2014 von der englischsprachigen *Psychotherapy research* zum Druck angenommen.

Das eingereichte Originalmanuskript, welches in dieser Form veröffentlicht wird, ist auf den folgenden Seiten abgedruckt.

In der Publikation werden insbesondere die statistischen Auswertungen und Ergebnisse meiner Arbeit beschrieben und dargelegt.

The role of therapists’ treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients’ severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study

Volker Tschuschke¹, Aureliano Cramer², Margit Koemeda³, Miriam Köhler¹, Jessica Berglar¹, Katharina Wielandner¹, Pia Staczan¹, Agnes von Wyl², Peter Schulthess³

¹ *Department of Medical Psychology, University Hospital Cologne, Cologne, Germany*

² *School of Applied Psychology, Zurich University of Applied Sciences (ZHAW), Zurich, Switzerland*

³ *Swiss Charta for Psychotherapy; private practices, Zurich, Switzerland*

Correspondence regarding this article should be addressed to Volker Tschuschke, Department of Medical Psychology, University of Cologne, Kerpener Strasse 62, 50937 Cologne, Germany. E-mail: volker.tschuschke@uk-koeln.de .

Abstract

In this naturalistic study, 262 audiotaped psychotherapy sessions -, randomly drawn from 81 individual therapies from eight different psychotherapy approaches - were rated completely on treatment adherence using a newly developed rating manual. In the therapy sessions, a relatively low percentage of treatment specific interventions (range from 4.2% to 27.8%) was found for all eight approaches, 50% to 73% of the interventions were nonspecific or common, and approximately 18% to 27% were intervention techniques from other approaches. Different types of psychotherapy differed highly significantly in levels of treatment adherence. There was no statistically significant association between type of psychotherapy and outcome, or between degree of therapists' treatment fidelity and treatment outcome. However, there were significant associations between therapists' degree of professional experience, clients' initial psychological burden and treatment response. Clients' severity of psychological problems prior to treatment predicted quality of therapeutic alliance while therapists' treatment adherence in turn was predicted by therapists' professional experience and by the quality of the therapeutic alliance. We discuss the seemingly indirect importance of treatment adherence for psychotherapy outcome that we found in this study in relation to findings from other studies and in the context of the role of schools within psychotherapy.

Keywords

treatment adherence; specific therapeutic factors; common therapeutic factors; treatment alliance; professional experience; severity of psychological problems

The securing of treatment integrity in psychotherapy is considered to be a major point in judging the scientific credibility of a particular psychotherapy approach (Moncher & Prinz, 1991; Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank, Thase, Weiss, & Connolly Gibbons, 2006; Perepletchikova, Chereji, Hilt, & Kazdin, 2010; Boswell, Castonguay, & Wasserman, 2010). However, the real degree of treatment adherence has been widely neglected in psychotherapy research up to now (Moncher & Prinz, 1991; Perepletchikova et al., 2010). There are only a few adherence-outcome studies, and the results are mixed, providing little evidence that adherence to a treatment approach in fact impacts outcome substantially (Webb, DeRubeis & Barber, 2010; Baldwin & Imel, 2013). It is also not clear whether the degree of treatment adherence is more important in some types of treatment than in others.

Baldwin and Imel (2013) nevertheless argue that the current state of the evidence is not sufficient to fully draw the conclusion that therapists' treatment adherence does not play a role in treatment outcomes. They see the complex combinations of therapist influence, client influence and their mutual influence on each other as a possible result of relevant process variables, such as therapists' treatment adherence, competence, and therapeutic alliance. Therapeutic alliance is a presumably common or nonspecific therapeutic factor of essential importance in psychotherapy, as evidenced by a growing number of research studies (Muran & Barber, 2010). Barber et al. (2006) and Barber, Khalsa, and Sharpless (2010) found an interesting relationship between therapist adherence and therapeutic alliance. Clients with lower therapeutic alliances seemingly made it necessary for the therapist to adhere more closely to treatment protocol than clients with higher alliance did. This suggests that adherence is not a thing per se and a unique feature of a given therapist but rather is due to therapist-client dyads. A more recent study found that specific techniques (the 'active' ingredients of a treatment) may explain less variability in symptom change due to lower levels of depressive symptoms (Webb et al., 2012), since nonspecific factors such as response expectancies or spontaneous remission may tend to account for a relatively larger proportion of treatment outcomes in milder cases compared to more severe clinical depression.

Thus, client and therapist x client features may play a more prominent role in psychotherapy, as Orlinsky, Rønnestad, and Willutzki's (2004) Generic Model of Psychotherapy describes. The diversity of the many variables – presumably nonspecific or common factors – contributing to the psychotherapeutic process and its outcome is hypothesized to surmount the theory-specific factors by far (Lambert, 2013). As Lambert suggests, "It seems imperative that we continue moving toward an understanding of how change occurs in psychotherapy through common and unique mechanisms" (p. 202). There are strong arguments for process research in psychotherapy that takes into account therapist and client variables as well as relationship variables, e.g., aspects of the therapeutic alliance, characteristics of particular technical interventions and so on (Hatcher, 2010; Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013; Lambert, 2013; Baldwin & Imel; 2013). Although the role of the therapeutic alliance might be a complex one with regard to treatment outcome, the bulk of this research "... supports the potential causal role that a positive therapeutic alliance plays in leading to relatively better treatment outcomes." (Crits-Christoph et al., 2013, p. 308). It is still not known what the relationship is between the degree of treatment adherence and quality of the therapeutic alliance.

Other crucial variables in the therapist-client relationship are the professional experience of the therapist and the severity of the client's problems. Research on both of these variables also leads to mixed results if they were looked at in terms of treatment outcome (Bohart & Greaves Wade, 2013; Hill & Knox, 2013). Therapists' competence is considered to be another important variable in treatment integrity (Carroll et al., 2000; Barber et al., 2006), but "few studies have examined whether competence predicts outcome, and here too the findings are inconsistent, with competence showing moderate effects in some studies." (Hogue et al., 2008; p. 545). Adherence and competence are used to "... refer to the core, theory-specified techniques or methods that are prescribed for a given treatment modality." (Webb et al., 2010; p. 200). Whereas adherence is considered to be "the degree to which therapists are delivering the theory-specified techniques," competence is seen as "the skill with which these techniques or methods are implemented" (Webb et al., 2010; p. 201).

This paper examines therapeutic interventions in several psychotherapy approaches and their effects under naturalistic conditions (effectiveness study), concentrating, in a first step, solely on therapist treatment adherence. The aim is to look at therapists' treatment adherence in relation to common or so-called nonspecific factors, such as the therapeutic alliance, the severity of clients' problems, and the role of therapists' professional experience. The results of this study are part of the Practice Study Outpatient Psychotherapy – Switzerland (PAP-S) (Tschuschke et al., 2010) conducted by the Swiss Charta for Psychotherapy. The main goal of the PAP-S is to compare different types of psychotherapy with regard to specific and nonspecific, common therapeutic factors. More details on the study design are described elsewhere (von Wyl, Cramer, Koemeda, Schulthess, & Tschuschke, 2013).

This paper is the first with PAP-S data to address the adherence issue and its possible relationships with several common factors.

To our knowledge, the relationships between treatment fidelity, therapeutic alliance, severity of clients' problems, and therapists' professional experience have not been addressed in research up to now.

To study these issues, we developed a new rating system (Tschuschke, Koemeda & Schlegel, 2013) that allows objective identification of each intervention by the therapist with regard to approach fidelity (treatment adherence), use of nonspecific / common interventions, and use of intervention techniques stemming from other approaches. In the first step it was not possible to control for therapists' competence but rather for therapists' treatment adherence across different types of psychotherapies.

Based on the previous research mentioned above, we hypothesized that (1) the amount of treatment adherence has a statistically relevant impact on treatment outcomes across all approaches under study, and that (2) the quality of the therapeutic alliance significantly predicts positive psychotherapy outcome. In addition, we were also interested in investigating the role of other (common) therapy factors that are important for the change process but show inconsistent and mixed research results, such as the initial severity of clients' psychological problems and the therapists' professional experience in connection with

treatment fidelity (Bohart & Greaves Wade, 2013; Baldwin & Imel, 2013). Does the severity of the client's initial psychological burden significantly predict treatment alliance or treatment outcome?

Method

The PAP-S study conducted by the Swiss Charta for Psychotherapy (see www.psychotherapiecharta.ch) is studying outpatient psychotherapeutic treatment from 10 different theoretical psychotherapy approaches. Therapists from 8 of these 10 types of therapy provided complete audiorecordings of client sessions. In brief, the approaches are the following (name of founder shown in parentheses):

- Analytical psychology. Main orientation: Psychodynamic (C. G. Jung); Psychoanalysis. Main orientation: Psychodynamic (S. Freud)
- Bioenergetic analysis. Main orientation: Body-oriented (A. Lowen)
- Existential analysis and logotherapy (GES). Main orientation: Humanistic (V. E. Frankl)
- Gestalt therapy. Main orientation: Humanistic (F. Perls; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951)
- Integrative body psychotherapy. Main orientation: Body-oriented (J. L. Rosenberg)
- Art and expression-oriented psychotherapy. Main orientation: Integrative (P. J. Knill; Knill, Nienhaus, Barba, & Fuchs, 1995)
- Process oriented psychotherapy. Main orientation: Integrative (A. Mindell)
- Transactional Analysis. Main orientation: Humanistic (E. Berne)

Psychotherapists working with these eight types of psychotherapy cooperate across major cities of Switzerland (Basel, Bern, Chur, Lausanne, Lucerne, Neuchatel, St. Gallen, Zurich / Winterthur). The PAP-S was started in 2007 and was completed by the end of 2012 (follow-up-data will be collected for 12 more months). This paper gives an account of data from audiorecorded therapy sessions from 8 of the the 10 approaches (2 of the 10 approaches did not

provide enough audiotaped sessions). We thus report preliminary data from 81 different individual therapies from eight types of psychotherapy (Figure 1).

Method

Ten of the 23 institutes of the Swiss Charta for Psychotherapy agreed to cooperate in the PAP-S study. It was decided to carry out a naturalistic study (effectiveness study). The participating institutes were interested in empirical investigations that did not impact everyday practice (frequency of sessions, duration of treatment, client selection, and so on) other than the necessary audiorecording and testing of clients. The institutes agreed to have no influence on the scientific utilization of all project data.

All data were coded (ID number) by the therapists, so that the researchers worked with anonymous data and had no access to client identification. Therapists had no access to client session ratings (ratings were sealed in an envelope by clients) or outcome battery test results, because the clients were tested by independent testers and raters outside the therapists' practice. Psychotherapists practicing behavior therapy, client-centered therapy, and system therapy approaches were invited to take part in the study but declined.

Client Recruitment and Session Selections

From March 2007 to June 2011 cooperating psychotherapists at all of the participating institutes / approaches asked their new clients if they would participate in the study on a voluntary basis. There were no restrictions on client inclusion regarding diagnosis, age, and so on. The therapists agreed to ask all clients entering psychotherapeutic treatment in their practices to participate in the study on a voluntary basis. The 81 therapies in this study were drawn randomly as a representative audiorecorded subsample of the study, taking into account the available number of cases from each type of psychotherapy. From each of the 81 cases three to five sessions were randomly drawn from the early, middle, and advanced sessions of each treatment for objective ratings of the therapist's interventions.

Client Sample

Demographic Information

Forty-six of the 81 clients were women and 35 men. Their average age was 39.6 years and ranged from 17 to 71 years with a median of 41 years ($s = 11.8$ years). Forty-two clients (51.9%) were single, 21 married (25.9%), 17 (21.0%) separated or divorced, and one widowed. Fifty of the 81 clients (61.7%) lived in a stable relationship, and 31 did not (38.3%). As their highest education level attained, seven clients had completed elementary school (8.6%), 33 had an apprenticeship certificate (40.7%), 16 had a high school diploma (19.8%), 12 had a polytechnical degree (14.8%), and 13 a university degree (16.0%).

Diagnostic Information

To date, PAP-S includes 379 clients. The 81 clients in this paper are representative of the total sample, taking into account demographic information (sex, age, education, etc., as well as diagnostic issues). A total of 147 DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) diagnoses were given, including:

- substance related disorders: 7 diagnoses (= 4.8%), exclusively as second or third diagnoses
- mood disorders: 35 diagnoses (= 23.8%); 28 of these were first diagnoses, and 7 were second or third diagnoses
- anxiety, posttraumatic stress disorders, and somatoform disorders: 50 diagnoses (= 34.0%); 39 of these were first diagnoses, and 11 second or third diagnoses
- eating and sexual disorders: 8 diagnoses (= 5.4%); two of them were first diagnoses, and six were second or third diagnoses
- personality disorders: 15 diagnoses (= 10.2%); eight of these were first diagnoses, and 7 were second or third diagnoses
- four clients had other first diagnoses (2.7%)

Mood, anxiety, and personality disorders covered 68% of the diagnostic range of the 147 diagnoses of the 81 clients under study.

Informed Consent

Each participating client signed a written informed consent. The document included the warranty that all participants were free to withdraw from the study at any time and without any justification. Also, each client was assured of having the right to not participate in the study and to receive therapeutic treatment from the same therapist. A research application was submitted to the ethical committees of each of the Swiss cantons involved prior to project start; all of the applications were approved by the local ethical committees.

Therapists

Demographic Information

The 81 cases of this study were brought in by 30 therapists (18 female and 12 male) who had an average age of 50.4 years (range from 38 to 64 years) and an average professional experience of 9.4 years (range from 0 to 28 years; $sd = 7.3$ years). Twenty-seven therapists were psychologists, one was physician, and two studied another field at university. All therapists were licensed by their institute (and awarded state recognition) after having successfully completed their psychotherapy training.

Supervision was not controlled for the purposes of this study. One major goal of this study was to investigate psychotherapists' treatment fidelity (adherence) in a natural setting to find out how many of the therapies practiced in a day-by-day setting with a typical outclient clientele are being implemented in accordance with the treatment approach once-learned by the therapist. Thus, the design of the study did not aim at controlling for maintenance of a therapist's fidelity to his or her chosen intervention model but at ensuring what a therapist really does and with what consequences for treatment process and outcome.

Outcome Battery

The three tests in the outcome battery were administered by independent and trained psychotherapists (not identical with clients' therapists and not involved in the study as therapists). The *Global Severity Index (GSI)* of the *Brief Symptom Inventory (BSI)* (Franke, 2000), completed by clients, comprises 53 items and nine subscales covering a broad range of psychological symptoms. This short version of the *Symptom Check-List (SCL-90-R)* has satisfactory high internal

consistencies of its scales, ranging between .70 and .89, and .96 for the *GSI* (Cronbach's alpha). Concurrent or convergent validity was estimated by high positive correlations with a number of clinical self-rating scales (Geisheim et al., 2002). It is an overall measure and stands for general symptom load.

The *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (Lambert, Hannoever, Nisslmueller, Richard, & Kordy, 2002), also completed by clients, is a measure for capturing symptom load, interpersonal relationship functioning, and quality of social integration. The internal consistency of the German version ranges from .59 to .93 for the different scales (Cronbach's alpha) and the convergent or concurrent validity was estimated by positive correlations between .45 (German version of the *SCL-90-R*) and .76 (German version of the *Inventory of Interpersonal Problems – IIP*).

Finally, we used the *Global Assessment Functioning Scale (GAF)* (American Psychiatric Association, 1989), which is a global psychiatric rating carried out by independent clinical raters after having interviewed clients. The German version revealed an acceptable intraclass correlation coefficient (ICC) for the interrater reliability of .62 between 45 German clinicians judging 12 cases and for validity a satisfactory positive correlation with client responses on the *SCL-90-R Global Severity Index* (Siebel et al., 1997).

The three tests were employed within the first probationary sessions before the start of treatment (t 1), immediately after the last therapy session (t 2), and at follow-up one year after the completion of therapy (t 3).

Outcomes for each of the 81 therapies were operationalized using the strategy of multiple outcome criteria (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980). Rather than use a single outcome criterion, we combined several outcomes from different outcome measures to measure up to the complexity of therapeutic effects. For this, T-score transformations for each score of each outcome measure (*BSI-GSI*, *GAF*, and *OQ-45.2*) at each measurement point were made. T-scores were then summed up across the three outcome measures each at pre (t 1) and post (t 2), and the total at t 2 was subtracted from the total at t 1, resulting in a final "outcome T-score." T-score sum at pre measurement (t 1) served also as a measure of the client's initial severity of psychological problems prior to treatment.

Process Measure

Clients rated the therapeutic relationship (alliance) after each fifth session using Luborsky's *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)* (Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995). Internal consistencies (Conbach's alpha) of the two subscales (*HAQ-1*: satisfaction with therapeutic relationship [six items] and *HAQ-2*: satisfaction with treatment [four items]) range from .85 to .88 thereby providing evidence for a sufficient reliability of the measure. Satisfying positive correlations with several outcome measures indicate the validity of the measure. Scale 1 (*HAQ-1*) was used as a measure for clients' experience of the quality of the therapeutic relationship.

Treatment Adherence Rating

Rationale and Development of a Manual

The aim of this study was to objectively rate in-session processes, particularly the type of psychotherapy being used by the therapist. For this, it was necessary to develop a new instrument that would allow very precise identification of the content of the therapist's interventions prescribed by their psychotherapy concept. Treatment adherence in psychotherapy is generally meant to refer to the core of the treatment, the theory-specified intervention techniques and methods prescribed for a given treatment modality (Castonguay & Holtforth, 2005; Webb et al., 2010), also called *specific factors* in psychotherapy. The focus was on in-session processes and not on a general session rating. Moreover, it was necessary to develop a very specific rating manual that covers all basic intervention techniques of the participating institutes and their types of psychotherapies. This would allow us to tap the presumably unique intervention techniques of each cooperating type of therapy, used by a therapist trained in that approach (*specific factor*).

Cooperating therapy schools / institutes were asked to describe 6 to 12 technical interventions that are typical and unique to their approach, following a suggested structure: name of the technique, definition, operational definition, and some examples (see Table 1 for the principal structure of each rating category). Other relevant psychotherapy approaches that were not participating in the study were also integrated in the manual (techniques from cognitive-

behavior therapy, client-centered therapy, and systemic therapy; each of them described by acknowledged theoretical and clinical experts). Finally, 25 common, general intervention techniques that are presumably part of all psychotherapy treatments, were also gathered in the manual. These common intervention techniques were elaborated based on the available research literature and were then integrated in the manual (e.g., Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003; Pfammatter, Junghan, & Tschacher, 2012) (*common factors*). An independent team from the scientific board of the *PAP-S* study worked two years to develop the manual in continuous consultation with the institutes and with external experts. We therefore expect that the manual has conceptual (construct) validity, because all categories – with the exception of the 25 general (unspecific) categories – were defined and constructed by clinicians and lecturers from the cooperating institutes (and additionally by colleagues from non-participating institutes) and not by the researchers. The final manual (Tschuschke, Koemeda & Schlegel, 2013) comprises 100 intervention techniques.

The rater version of the manual does not include information about intervention techniques and their psychotherapy school relatedness. Ratings can be made on the basis of a grammatical clause (the rating unit) of a therapist's intervention.

To test the degree of treatment adherence of the therapeutic interventions, complete therapy sessions were audiorecorded. Therapists used digital recorders for taping complete sessions across the entire course of therapy (with pre-agreement of clients). Both therapists and raters were blind with regard to what sessions in the entire treatment would be chosen for ratings later on. Independent researchers drew three to five sessions from each therapy by chance for intensive ratings by blind raters who did not know the session number or the type of therapy that they were rating.

Rating Procedure and Rater Training

Using the manual, each therapy session was rated completely regarding the therapist's interventions (by also listening to client utterances in order to understand the therapist's intervention = the *context unit*). The intervention

categories of the manual exclude each other, so that one rating can be given exclusively. A whole therapy session serves as the *calculation unit*. Scores were calculated for a total session by adding up the simple numbers of (1) theory-specified (specific), (2) common, and (3) other approach interventions. These numbers were then transformed into percentages per session. The numbers of interventions across each of the three clusters add up to 100%. Technical interventions that are theory specified (prescribed by the theory) were taken in a first step as a measure for treatment adherence. In a second step prescribed intervention techniques and common (unspecific) interventions together were taken as a measure for treatment adherence (see section 'Results').

Since the percentage of treatment specific interventions of each therapist varied extremely across different sessions within each treatment, we decided to average treatment adherence ratings across the three to five chosen sessions of each case.

The training of four raters was extremely time consuming and took 500 to 600 hours across two years. Interrater reliabilities were administered by using session segments (5-minute segments) of several total therapy sessions from different psychotherapy approaches as well as different therapists. Rater agreement was given when two raters rated exactly the same category (out of all 100 categories) within the same therapist intervention at the same time independently of each other. The resulting interrater reliability (Cohen's Kappa) across the five sessions between the remaining three raters is moderate to acceptable: $\text{Kappa}_{\text{rater 1/rater 2}} = .62$; $\text{Kappa}_{\text{rater 2/rater 3}} = .57$; $\text{Kappa}_{\text{rater 1/rater 3}} = .71$ (mean Kappa = .63).

The average number of ratings per session across all 262 rated therapy sessions from all 81 treatments ranged from 30 to 60 ratings.

After having reached a sufficient interrater reliability, the three raters split up the 262 sessions of all cases, and each rater rated approximately 80 to 100 sessions.

RESULTS

Treatment Outcome

Table 2 shows the treatment effects of 81 cases. Scores were tested on a pre-post basis, because follow-up data were not available for all 81 therapies at this point. Changes in all three tests between pre- and post-assessments were highly significant. The effect sizes in the *BSI-GSI* were slightly below average; however, the scores on this test were relatively low before treatment started. The effect size in the *GAF* was large given the relatively low initial scores, whereas the effect size in *OQ-45.2* was moderate. All in all, the initial level of clients' psychological problems was between slightly below average and moderate. On average, clients benefitted from their therapies.

Therapists were very experienced on average. Their average number of years of professional experience with their learned and licensed treatment concept was 9.4 years (with more than two thirds of the distribution ranging between 2.1 and 16.7 years).

Prediction of Treatment Adherence

Figure 1 gives an overview of psychotherapists' average amounts of treatment adherence, common, nonspecific interventions, and interventions from approaches other than their own across the eight approaches. As can be seen, treatment adherence was relatively low across all eight treatment approaches, on average, it ranged from 4.2% at the low to 27.8% at the high end. Nonspecific, common intervention techniques were used much more often by the therapists; they ranged between 49.6% and 72.9%. Interventions from approaches other than the therapist's own ranged from 15.9% to 26.9%.

The nested data structure (clients are nested within therapists) made it necessary to calculate a mixed model taking into account several cases from the same therapist. As can be seen, the degree of treatment adherence differed significantly between different types of psychotherapy (Table 3; see also Figure 1). Adherence was also significantly predicted by therapists' professional experience and the therapeutic alliance. The statistical analysis of the covariance of the variable "therapist" reveals that the person of the therapist

does not significantly contribute to the model, although it explains 9% of the variance (test of random effects).

Therapists varied considerably in their degree of treatment adherence within the same treatment (within-therapist relationship), from session to session. The most extreme variation was given in one therapy, where the therapist stuck to his treatment protocol 100% in one session and 0% in another. The amount of treatment adherence differed among therapists working with the same therapy approach to a similar extent as it did among therapists working with different types of therapy.

A mixed model analysis of theory-specific plus common interventions (as another measure for treatment adherence) revealed no significance for either variable. Theory-specific and common interventions were highly negatively correlated ($- .77$; $N = 81$; $p \leq .0001$) and were significantly negatively correlated with interventions from other concepts than one's own ($- .24$; $N = 81$; $p \leq .03$).

Prediction of Treatment Outcome

Table 4 shows the results of a mixed model calculation, again taking into account several cases from the same therapist. Specific ("treatment adherence") and important common variables such as "type of therapy," quality of the "therapeutic alliance," "therapists' professional experience," "the severity of clients' psychological problems" at treatment entry, were tested with regard to treatment outcome. Since the relationship between the two variables "severity of psychological problems" and "professional experience" might not be linear (an interaction of the two variables did not predict treatment outcome although either variable alone did), another approach used the two variables dichotomized (by using the median of each variable): Higher "severity of psychological problems," lower "severity of psychological problems," higher "professional experience," and lower "professional experience."

Table 4 shows the results of a mixed model analysis with alliance, treatment adherence, types of therapy approaches, the extreme groups of the two variables (problems and experience), and the interaction between them (group 1 comprised clients with lower severity of problems and therapists with lower

professional experience, clients with higher severity of problems and therapists with lower professional experience, clients with lower severity of problems and therapists with higher professional experience, and group 2 comprised clients with higher severity of problems and therapists with higher professional experience).

As the results in Table 4 show, a certain combination of subgroups of the two variables was highly significant: Highly experienced therapists working with clients with more severe problems achieved highly significantly better treatment outcomes compared to all other combinations. Professional experience of therapists' and severity of psychological problems alone also play a significant role in respect to treatment outcome. Type of psychotherapy did not predict treatment outcome, as did neither the therapeutic alliance nor the degree of treatment adherence, although there was a strong tendency for the latter. Again, the person of the therapist did not play a significant role (test of random effects), although explaining 13 % of the variance.

Prediction of Therapeutic Alliance

Table 5 shows that the quality of the therapeutic alliance is predicted by the severity of clients' psychological problems. None of the other variables (type of therapy, degree of treatment adherence, professional experience) predicted the quality of the therapeutic alliance. Again, the person of the therapist did not have an impact (test of random effects) (explaining 7 % of the variance).

DISCUSSION

This paper presents findings concerning the importance of treatment adherence in selected types of psychotherapy. No conclusions can be drawn about other forms of psychotherapy that were not examined in this study. This is particularly true for behavioral and cognitive-behavioral, person-centered, systemic, and psychodynamic therapies (the four psychodynamic cases in this study are far too small an empirical basis to draw any further conclusions). But also the cases in this study do not allow us to generalize the results of the selected samples of each type of psychotherapy that participated in the study. Some approaches were represented by only very few therapists, so that the results

may be due to the therapists' individual personalities or due to the very few clients being treated by some types of psychotherapy.

However, the results of this study contribute to the debate on the role of treatment fidelity / adherence in psychotherapy and should be taken as contributing towards the generation of hypotheses.

One major finding of this study is that different types of psychotherapy differ significantly in their degree of treatment adherence, if we look at either theory-prescribed, theory specific interventions, or common interventions. The relatively higher degrees of adherence for some types of psychotherapy (integrative body psychotherapy, psychoanalysis, existential analysis and logotherapy) as well as the relatively lower degrees of common, nonspecific interventions or vice versa – compared to the other types examined in this study – cannot fully be explained at this point. It appears that different psychotherapy approaches tend to be more specific than others (see below), notwithstanding the fact that the degree of adherence is not correlated with treatment outcome.

Theory-specific and common intervention techniques are highly negatively correlated and seem to complement each other. The more treatment specific that therapists work, the relatively less commonly they intervene and vice versa. Both summed up, they do not contribute to a discrimination between different types of psychotherapy. Although one can assume that any type of psychotherapy uses helpful, sensitive human communication (a common factor) besides theory-specific interventions – in order to further the working alliance and the change process, this result suggests that both seem to play a different role. This calls for further investigation.

One explanation for the relatively highest level of adherence of the integrative body psychotherapy approach (24 cases, 8 therapists) – with a relatively lower level of common interventions at the same time – in our study might lie in the nature of the treatment. Therapists of body oriented psychotherapies should use different intervention techniques than other types of therapy – just body oriented techniques, besides the commonly used pathways of human communication. Nevertheless, the absolute amount of treatment adherence

levels remain relatively low across all eight types of therapy compared to nonspecific interventions and interventions stemming from other approaches.

Although any type of psychotherapy contains some combination of treatment specific and nonspecific therapeutic interventions, the large proportion of nonspecific, common interventions in the eight therapy approaches was still surprising. What the best proportion of specific and nonspecific interventions in psychotherapy is, cannot be said at this point. It might be that the correct timing of certain interventions plays a major role in the psychotherapeutic endeavor. But what is the right moment for a treatment-specific or a nonspecific intervention? This question probably will remain unanswered until we know more about the role of therapists' competence.

Our results suggest that treatment adherence in psychotherapy – be it theory-specific, theory prescribed interventions alone or in combination with nonspecific, common interventions – does not contribute to treatment outcome per se. Thus, hypothesis 1 can not be supported. The amount of treatment adherence is – besides the type of therapy – significantly predicted by the therapist's level of professional experience and by the quality of the therapeutic alliance. More experienced psychotherapists use significantly fewer theory-specific intervention techniques than less experienced therapists. They use more nonspecific intervention techniques (common factor) but they do not differ from less experienced therapists in their use of techniques from other theoretical concepts.

This result leaves room for speculations. It is often heard that over the years of clinical practice psychotherapists acquire techniques from other treatment concepts and integrate them into their own repertoire of techniques. We do not find a difference between old hands and beginners in this regard. Both subgroups use approximately 20% techniques from other schools that are not prescribed by their own approach. However, this result is compatible with the assumption that over the years, psychotherapist learn to handle their prescribed repertoire of techniques more flexibly, being more 'conservative' in their use of treatment specific interventions. This does not necessarily mean that specific techniques are less important than for example unspecific techniques. It might be important to be guided by a theoretical concept and its related technical

intervention equipment which would allow therapists to use specific interventions from time to time (keyword “timing”) due to the needs of the treatment course.

PAP-S-Rating Manual (PAP-S-RM)

In this study 262 therapy sessions from 81 therapies were investigated by objective session ratings and process-outcome relationships (therapists’ treatment adherence, therapeutic alliance) to generate hypotheses about complex process-outcome relationships between so-called specific (adherence) and common therapeutic factors (alliance, professional experience, severity of psychological problems).

We aimed at precise investigation of psychotherapeutic treatments under natural conditions by using a highly dissolving instrument that allows a precise look at each therapeutic intervention in a given course of therapy by therapists from different types of psychotherapy. The interrater reliability of most available adherence and competence rating scales are found in critical ranges around or even below 0.50 (Wiltink, Edinger, Haselbacher, Imruck, & Beutel, 2010). The average Kappa coefficient of our rating system was 0.63 and should be considered as moderate to acceptable, particularly given the very detailed rating process where each intervention by the therapist is rated. The main problem with this procedure is identifying new interventions and deciding where the previous intervention ends in cases where therapists’ interventions comprise complex issues and exceed one grammatical clause.

Extensive rater training is required to achieve an acceptable interrater reliability. This might preclude the application of this manual in other studies or in clinical practice, although the instrument allows for sophisticated research.

The results of this study were planned to deliver a deeper understanding of the relationships between relevant variables of the psychotherapeutic endeavor: the relationships between psychotherapists’ treatment fidelity and the therapeutic alliance as perceived by clients, clients’ psychological burden when entering treatment, therapists’ level of professional experience, and treatment outcomes.

The results from multi-level modeling (mixed model) calculations suggest that the degree of treatment adherence is determined by type of therapy, therapists' experience, and the quality of the therapeutic relationship, and that treatment outcome is significantly moderated by the severity of clients' problems. A closer look at different combinations is merited.

Treatment Adherence and Outcome

The results show that – on the basis of these eight different therapeutic approaches – the level of treatment adherence per se does not play a significant role with regard to treatment outcome, thus confirming the results of a recent meta-analysis (Webb et al., 2010). The amount of treatment adherence most likely plays an indirect and significant role in combination with other relevant variables, such as the severity of clients' psychological problems. It might be that therapists – across different types of psychotherapy – adapt their intensity of treatment adherence to their clients' level of psychological burden. We found that very experienced psychotherapists adhered less to their treatment protocol with clients in general than their less experienced fellows. Obviously very experienced therapists adapt to their clients' elevated severity of psychological problems in some ways (see Table 5 and Figure 2). Unfortunately our limited sample size does not allow us to answer more sophisticated questions, such as the role of complex interrelations between specific and common therapeutic factors, e.g. the relationships between clients' level of psychological problems, its impact on the degree of treatment adherence (on the background therapists' level of experience), and on the quality of the therapeutic alliance, and the impact of them all on treatment outcome.

Treatment Adherence, Therapeutic Alliance, and Other Common Factors

Therapeutic alliance was not directly connected with treatment outcome, thus not confirming the hypothesis. A mixed model calculation (taking into account that some therapists were repeatedly involved by treating different clients) reveals that therapeutic alliance was not significantly correlated with outcome. Therefore hypothesis 2 is also not supported. As can be seen in Figure 2, therapeutic alliance is significantly related to other crucial common factors and may play an indirect role in the change process.

Barber et al. (2006) refer to a possibly complex interrelation: “It is also possible that competence moderates the relation between adherence and outcome.” (p. 230). It is a methodological challenge to detect fidelity-outcome relations since these may be confounded by third-variable influences that “... account indirectly for observed fidelity-outcome effects.” (Hogue et al., 2008; p. 545). The competence of a therapist may be the crucial variable that binds the variables investigated in this study together: Clients’ severity of psychological problems, their ability to bond with the therapist, therapists’ specific or unspecific interventions, timing of the interventions, as well as the content and tone of these interventions, and last but not least the role of the therapists’ professional experience.

We found that the level of treatment adherence varies considerably from therapist to therapist (between-therapist relationship) – even within the same treatment concept, as well as within the same therapy (within-therapist relationship) – and also as a consequence of the quality of the therapeutic alliance, thus confirming Barber et al. (2006) and Baldwin and Imel’s (2013) conclusions regarding an important relationship between the quality of alliance (clients’ experience of the therapeutic relationship) and therapists’ adherence reaction emerged (see above).

The results mentioned above argue for the fact that treatment adherence is not a thing per se in psychotherapy – even if we find that more experienced psychotherapists tend to be less specific and more unspecific, general in their intervention techniques (common factor) in their work with clients. Treatment adherence varies considerably between and also within therapists, which suggests that psychotherapists might react flexibly to situations. The inconsistent results of the Barber et al. (2006) study and of this study point up the need for more research that takes into account alliance-adherence relationships (Barber et al., 2010).

The therapist’s level of professional experience itself plays an important role in treatment outcome. It impacts the degree of treatment adherence, this being at least the case for the eight different types of psychotherapies examined here.

The severity of the clients' psychological problems at entry into treatment did not predict therapeutic adherence directly.

Figure 2 suggests that there is a very complex picture of specific and nonspecific factors involved in the therapeutic change process. Clients' severity of psychological problems significantly impacts treatment outcome as well as the therapeutic alliance. The therapeutic alliance in turn predicts the degree of therapists' treatment adherence as does the type of therapy. Also the amount of therapists' professional experience significantly impacts their degree of treatment fidelity.

The results highlight also the role of the therapeutic alliance (Muran & Barber, 2010) in psychotherapy. The quality of the therapeutic alliance is deeply influenced by clients' severity of psychological problems. Psychotherapists seem to adapt to a stressed or weakened therapeutic alliance by lowering their degree of treatment adherence and vice versa. Thus, our results stand in contrast to the results of Barber et al. (2010) who found a positive correlation between therapeutic alliance and treatment fidelity. The interdependency of the two variables seems to be a crucial factor in the psychotherapeutic process that merits more attention in future research.

The interaction between the severity of clients' initial psychological problems when entering treatment and therapists' degree of professional experience was found to be not linear. A meaningful interaction analysis between the two variables could not be found although each one of them alone significantly predicted treatment outcome. However, a dichotomization of the two variables (using the medians) allowed for combinations that revealed a significant impact of a certain combination: Particularly, highly experienced therapists work highly significantly more effectively with clients with a higher severity of psychological problems compared to less experienced therapists (whether they worked with clients with less severe problems or more severe problems). Even very experienced therapists seem to work less effectively with clients with lower levels of psychological problems.

Limitations of the Study

Generalizations from the results of this study are hampered by several limitations. First, some major psychotherapy schools did not participate in the study. The cooperating institutes / approaches provided too few cases (particularly the psychoanalytic approach) and too few therapists to allow generalization based on the given results. Several calculations suffered from missing values (particularly outcome measures and repeated alliance measuring during the treatments), so that statistical calculations of subsamples were partly hindered by a sometimes very small empirical basis.

Second, treatment adherence was looked at on a quantitative basis which entails some limitations. As mentioned above, adherence on a very high level throughout treatment cannot be expected and has not been found in previous research (Baldwin & Imel, 2013). Thus, the qualitative meaning of a significant technical intervention of the therapist at a most crucial point ('perfect timing') may be the most important intervention in a session or in the whole therapy and might serve as a turning point. That kind of qualitative analysis merits far more efforts than was possible within our study; the endeavor would aim at the core of psychotherapists' competence. This points to another aspect: Therapists' competence was not investigated together with treatment fidelity. That association might open up ways to answer fundamental questions. We plan to study this aspect in future investigations with the available material from the 379 cases of the PAP-S Study.

Strengths of the Study

This study addresses several relevant variables in the psychotherapeutic process-outcome relationship. Therapeutic adherence – an often neglected variable – was rated objectively by using total sessions of psychotherapy in a natural setting. Eight different psychotherapy institutes with their particular treatment approaches provided audiorecorded sessions. This allowed us to conduct an objective investigation of the impact of therapeutic adherence in several psychotherapy approaches with a comparable client clientele. The conclusions regarding the role of treatment adherence are therefore based on the activities of 30 therapists in eight different theoretical approaches with 81 clients. Further, the process-outcome study design allowed us to study the

relationships between the so-called specific therapeutic ingredient (treatment adherence) and so-called nonspecific, common therapeutic factors, such as therapeutic alliance, severity of clients' psychological problems, amount of therapists' professional experience, their interdependency, and their relation to treatment outcome.

An extremely complex but nevertheless fascinating pattern of interrelations appears to pave or block pathways to change in psychotherapy; this calls for more research.

Conclusions

The results of this study illustrate that therapeutic adherence does not play a prominent role per se in psychotherapy. It is obviously moderated by other relevant variables in the therapeutic process. Psychotherapists seem to react to the client's ability – or lack of ability – to bond with them in the treatment process. First, the client's severity of psychological problems at treatment entry has a strong impact on the quality of the therapeutic alliance. The quality of the therapeutic relationship in turn impacts the therapist's amount of intervention specificity (specific factor). We can speculate that therapists might have to make sure that the therapeutic process can continue and that the relationship is improving or at least stabilizing on an acceptable level, so as to assure that the treatment can continue. This probably includes therapists easing their treatment protocol temporarily. Thus, treatment adherence in psychotherapy is not always a stable factor but instead depends on therapists' level of professional experience, clients' abilities to establish a good enough working alliance, and the climate of the therapeutic cooperation in the dyad, although it might – on average – remain on a relatively low level in most sessions. Nevertheless, the flexibility of therapists' treatment adherence reactions seems to impact treatment outcomes substantially if clients' severity of psychological problems hampers the working alliance.

The role of therapists' competence could not be investigated so far with the data of this study. The complexity of the psychotherapeutic change process could only be indicated by the relationships that were detected with the preliminary data of this effectiveness study. Treatment adherence in psychotherapy was

found to be a complex issue, depending on type of psychotherapy, the quality of the therapeutic alliance, therapists' degree of professional experience, and depending indirectly on clients' severity of psychological problems. We are planning to aim at explaining the described complexity by developing a measure for therapeutic competence using the data from a larger sample of the PAP-S project.

References

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- American Psychiatric Association (1989) Global Assessment of Functioning Scale. In: *Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim, Germany: Beltz.
- Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects. Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (pp. 258-297). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., Connolly Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counselling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. Ch. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 29-43). New York, NY: Guilford Press.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995) Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Berne, E. (1973) *Games people play*. London, England: Penguin Books.
- Bhar, S. S., & Beck, A. T. (2009). Treatment integrity of studies that compare short-term psychodynamic psychotherapy with cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 370-378.

- Bohart, A. C., & Greaves Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 219-257). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 717-723.
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict-controversial, inevitable and important: A commentary of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16; 510-522.
- Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R. L., Nuro, K. F., Frankforter, T. L., Ball, S. A., Fenton, L., Rounsaville, B. J. (2000) A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 225-238.
- Castonguay, L. G., & Holtforth, M. G. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more “nonspecific” and false dichotomy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 198-201.
- Crits-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 298-340). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Franke, G. H. (2000) *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis* (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen, Germany: Beltz-Test.
- Frankl, V. E. (1956-1999) *Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse*. Munich, Germany: Ernst Reinhardt.
- Freud, S. (1895-1940) *Gesammelte Werke*. Bände 1 – 17. Frankfurt, Germany: S. Fischer.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., von Witzleben, I. (2002) Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48, 28-36.
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 7-28). New York, NY: Guilford Press.

- Hill, C. E., & Knox, S. (2013) Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 775-811). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., Liddle, H. A. (2008) Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Imel, Z. E., Baer J. S., Martino, S., Ball, S. A., Carroll, K. M. (2012). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 229-236.
- Jung, C. G. (2000) *Gesammelte Werke*. Bände 1 – 20. Ostfildern, Germany: Patmos.
- Knill, P. J., Nienhaus Barba, H., & Fuchs, M. (1995) *Minstrels of soul: Intermodal expressive therapy*. Toronto, Canada: EGS-Press.
- Lambert, M. J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M., Kordy, H. (2002) Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 40-46.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 169-218). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lowen, A. (1971) *The language of the body*. New York, NY: Prentice Hall.
- Mindell, A. (1998) *The dreambody*. Portland, OR: Lao Tse Press.
- Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2010) *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and*

- behavior change* (5th ed.) (pp. 307-389). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Perepletchikova, F., Chereji, E., Hilt, L. M., & Kazdin, A. E. (2010). Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 210-218.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951) *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York, NY: Julian Press.
- Pfammatter, M., Junghan, Z., & Tschacher, W. (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 17*, 17-31.
- Rosenberg, J. L., Rand, M. L., & Asay, D. (1996) *Körper, Selbst und Seele. Ein Weg zur Integration*. Paderborn, Germany: Junfermann.
- Schlegel, M., Meier, I., & Schulthess, P. (2011) *Psychotherapien: Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren*. Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie I: Zurich, Switzerland: Swiss Charta of Psychotherapy.
- Siebel, U., Michels, R., Hoff, P., Schaub, R.T., Droste, R., Freyberger, H.J., Dilling, H. (1997) Multiaxiales System des Kapitels V (F) der ICD-10. Erste Ergebnisse der multizentrischen Praktikabilitäts- und Reliabilitätsstudie. *Nervenarzt, 68*, 231-238.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 439-458.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003) Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research, 13*, 401-413.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outclient treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal of Psychotherapy, 14*, 23-35.
- Tschuschke, V., Koemeda, M. & Schlegel, M. (2013). *PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM)*. Schweizer Charta für Psychotherapie, Zurich, Switzerland: Swiss Charta of Psychotherapie.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence / competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200-211.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., R. J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. & Shelton, R. C. (2012). Predictors of client cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: The role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 373-381.
- Wiltink, J., Edinger, J., Haselbacher, A., Imruck, B. H., & Beutel, M. E. (2010) Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. *Klinik, Diagnostik u. Evaluation, 3*, 76-93.
- Wyl, A. von, Cramer, A., Koemeda, M., Tschuschke, V., Schulthess, P. (2013) Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. (Unpubl. Manuscript)

Table 1: *PAP-S Rating Manual*: Structure of rating categories (example category: Confrontation of Defense and Resistance / psychoanalysis)

Category 1: Confronting Defense and Resistance

DEFINITION:

Therapist confronts client with circumstances that are **unconscious** or **very troubling** to the client—and are therefore defended. This is an **unconscious manipulation of one's own perception** of real situations and their importance (neglect, cutting out).

OPERATIONAL:

Therapist

- points directly to **defensive maneuvers** of the client or
- confronts the client with the fact that the client **does not notice** something or **does not take something seriously** enough or
- addresses **uncomfortable realities**

At least one of these three must be given to justify a rating



DIFFERENTIATION:

Discrimination from similar other categories



- *Category 60 (confrontation)*: Therapist points out **contradictions in client behavior** and / or points out stereotypical repeatedly occurring difficulties
- *Category 61 (Showing congruence)*: Therapist tries to further consciousness by referring to **contradictions between verbal and nonverbal messages** (not contradictions in content). This category aims at becoming aware that tone, facial expression and gesture do not agree with the content of the message (Watzlawick's analogous versus digital communication)

RATING EXAMPLES:

- 1) Therapist: I sense that you are fooling yourself.
- 2) Therapist: I think you do not want to look at it carefully.

- 3) Therapist: I feel that you—unconsciously—are making big efforts in order to prevent certain insights
- 4) Therapist: You are defending something!
- 5) Therapist: Can it be that you are not perceiving something correctly?
- 6) Therapist: I guess you do not want to look at it!

Table 2: Outcome (pre-post) of the total sample and effect sizes (ES) (n = 81; missing data due to insufficient compliance of clients or therapists)

	Pre			Post						
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	t-score	df	p	ES
Global Severity Index (GSI) of the Brief Symptom Inventory (BSI)	58	0.86	0.58	58	0.53	0.47	4.61	57	0.0001	0.69
Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	61	58.00	13.33	61	72.95	13.43	- 7.16	60	0.0001	1.12
Outcome Questionnaire 45-2 (OQ-45-2) (total score)	59	59.70	19.89	59	46.61	22.85	4.85	58	0.0001	0.61

Table 3: Dependent variable: Treatment adherence (mixed model, fixed effects)

Estimates of Fixed Effects

Parameter	Estimate	SE	df	t	p	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	8.07	11.16	45.69	0.724	.473	- 14.38	30.53
Ther. alliance	3.62	1.51	53.69	2.399	.020*	.60	6.65
Prof. experience	- .52	.20	21.19	- 2.618	.016*	- .94	- .11
Severity of problems	.05	.07	54.57	0.754	.454	- .09	.19
Therapy 1 (Process-Orient.)	- 3.15	6.60	24.80	- 0.477	.637	- 16.75	10.45
Therapy 2 (Gestalt)	3.67	6.01	20.64	0.560	.581	- 9.14	15.87
Therapy 3 (Integrat. Body)	15.07	5.31	17.33	2.839	.011*	3.89	26.25
Therapy 4 (Exist. Analysis)	11.34	5.97	16.39	1.898	.075	- 1.30	23.98
Therapy 5 (Art/Expression)	4.70	6.12	17.47	0.768	.453	- 8.19	17.59
Therapy 6 (Psychoanalysis)	15.55	6.92	21.86	2.247	.035*	1.19	29.91
Therapy 7 (Bioenergetic)	- .95	6.04	22.19	- 0.157	.876	- 13.47	11.57
Therapy 8 (Transaction Anal.)	0 ^a						

^a This parameter is set to zero because it is redundant * p < .05

Test of Random Effects

Parameters	Estimate	SE	Wald Z	p	Explained Variance
Residual	66.090	14.666	4.506	.000	
Therapist	15.442	14.763	1.046	.296	14.44 / 157.5 = .09 appr. 9%

Variance of treatment adherence = 157.8

Table 4: Dependent variable: Treatment outcome (mixed model, fixed effects)

Estimates of Fixed Effects

Parameter	Estimate	SE	df	t	p	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	37.90	16.96	9.46	2.234	.051	- .19	76.00
Ther. alliance	- 5.87	4.42	13.65	- 1.328	.206	- 15.37	3.63
Treatment adherence	- 0.85	0.40	12.71	- 2.108	.056	- 1.72	0.02
Severity group=1	- 23.23	5.87	11.57	- 3.954	.002**	- 36.08	- 10.38
Severity group=2	0 ^a						
Experience group=1	- 27.33	8.81	19.74	- 3.101	.006**	- 45.73	- 8.93
Experience group=2	0 ^a						
Severity / experience combination group=1	- 23.07	5.90	15.39	- 3.909	.001***	- 35.63	- 10.52
Severity / experience combination group=2	0 ^a						
Therapy 1 (Process-Orient.)	- 13.81	23.29	9.22	- 0.593	.567	- 66.30	38.68
Therapy 2 (Gestalt)	- 22.33	26.72	6.70	- 0.836	.432	- 86.08	41.41
Therapy 3 (Integrat. Body)	- 1.70	19.06	9.16	- 0.089	.931	- 44.69	41.29
Therapy 4 (Exist. Analysis)	- 15.80	22.08	7.35	- 0.716	.496	- 67.51	35.92
Therapy 5 (Art/Expression)	- 6.46	22.43	7.97	- 0.288	.781	- 58.23	45.31
Therapy 6 (Psychoanalysis)	- 20.28	28.27	8.89	- 0.717	.492	- 84.36	43.81
Therapy 7 (Bioenergetic)	- 11.92	20.43	7.87	- 0.584	.576	- 59.16	35.32
Therapy 8 (Transaction Anal.)	0 ^a						

^a This parameter is set to zero because it is redundant ** p < .01 *** p < .001

Test of Random Effects

Parameters	Estimate	SE	Wald Z	p	Explained Variance
Residual	81.93	39.17	2.092	.036	
Therapist	32.50	262.05	1.625	.104	32.5 / 255.90 = .13 13%

Variance of Treatment Outcome = 255.90

Table 5: Dependent variable: Therapeutic alliance (mixed model, fixed effects)

Estimates of Fixed Effects

Parameter	Estimate	SE	df	t	p	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	7.19	0.62	39.83	11.645	.000	5.94	8.44
Treatment adherence	0.01	0.01	54.95	1.265	.211	- 0.02	0.03
Prof. experience	0.00	0.01	19.12	0.236	.816	- 0.02	0.03
Severity of psych. problems	- 0.01	0.00	53.28	- 3.541	.001***	- 0.02	- 0.01
Therapy 1 (Process-Orient.)	- 0.03	0.35	21.52	- 0.077	.940	- 0.76	0.71
Therapy 2 (Gestalt)	0.06	0.32	15.68	0.190	.852	- 0.61	0.74
Therapy 3 (Integrat. Body)	- 0.11	0.30	17.23	- 0.369	.717	- 0.74	0.52
Therapy 4 (Exist. Analysis)	0.15	0.32	13.55	0.473	.644	- 0.54	0.85
Therapy 5 (Art/Expression)	0.14	0.32	12.96	0.426	.677	- 0.56	0.83
Therapy 6 (Psychoanalysis)	0.04	0.39	20.63	0.113	.911	- 0.76	0.85
Therapy 7 (Bioenergetic)	0.02	0.32	18.57	0.073	.942	- 0.65	0.70
Therapy 8 (Transaction Anal.)	0 ^a						

^a This parameter is set to zero because it is redundant * p < .05

Test of Random Effectsapprox.

Parameters	Estimate	SE	Wald Z	p	Explained Variance
Residual	0.24	.05	4.341	.000	
Therapist	0.02	.05	0.410	.682	0.02 / 0.282 = .07 approx. 7%

Variance of therapeutic alliance = 0.282

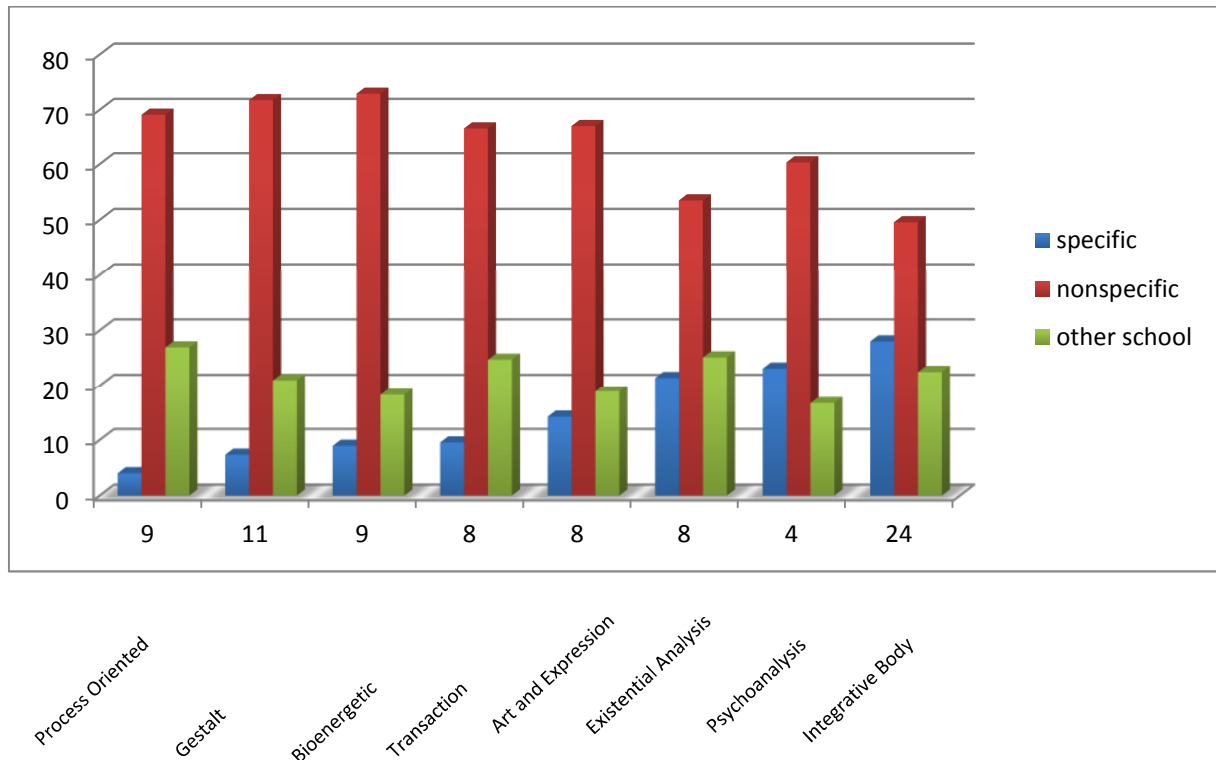


Figure 1: Eight types of psychotherapy: Specific (theory-specific) interventions (treatment adherence; blue), nonspecific, common interventions (red), and interventions from psychotherapy schools other than the therapist's own (green) (mean percentage across all therapies using each psychotherapy concept) and numbers of rated therapies per concept in the bottom line

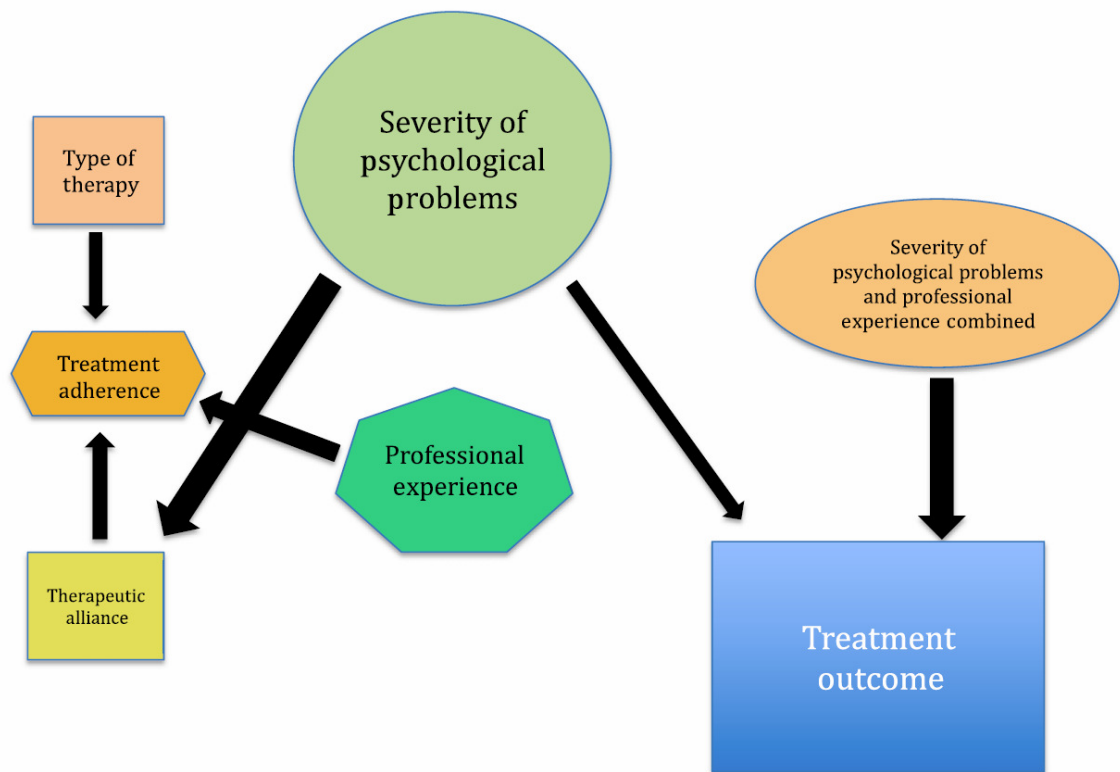


Figure 2: Significant relationships (predictors)

Diskussion

Die Frage, welche Bedeutung das Befolgen des vom Psychotherapeuten gelernten schultheoretische Behandlungskonzept und die aus ihm abgeleiteten technischen Interventionen für den Therapieverlauf und das –ergebnis hat, ist bis heute nicht abschließend geklärt.

Die Ergebnisse der PAP-S-Studie bestätigen jedoch die überwiegenden bisherigen Forschungsergebnisse, wonach die Konzepttreue als isolierte spezifische Variable keine bedeutsame Rolle für das Therapieergebnis innehat. Die vorliegende Arbeit macht den Versuch, die Rolle des Behandlungskonzepts in der Psychotherapie näher zu beleuchten, da diese spezifische Einflussgröße bislang in der Forschung stark vernachlässigt wurde.

In der Regel wird die technische Interventionsspezifität im RTC-Paradigma unüberprüft als gegeben unterstellt, sodass bei einem positiven Therapie-Outcome die Schlussfolgerung gezogen wird, dass das der Studie zugrundeliegende Behandlungskonzept für das gute Therapieergebnis verantwortlich ist. Diese Sichtweise, die das RCT-Paradigma i. S. der evidenzbasierten Medizin einnimmt, orientiert sich an einer Metatheorie, dem medizinischen Modell, welches davon ausgeht, dass ein spezifisches therapeutisches Vorgehen für eine Veränderung in Richtung der Therapieziele ursächlich verantwortlich ist und diese spezifischen Effekte wirksamer sind als generelle Effekte (Wampold, 2001). Mit dem Versuch von RCT-Studien, die technische Interventionsspezifität als puristisch umgesetzt zu betrachten, ohne eine Kontrolle dieses spezifischen Wirkfaktors und ohne die vielfältigen Interaktionen mit anderen Einflussgrößen auf das Therapieergebnis zu berücksichtigen, wird dieses Forschungsparadigma der Psychotherapie mit ihren komplexen Veränderungsprozessen nicht gerecht. Das Medizinische Modell kann demnach nicht adäquat auf die Psychotherapieforschung übertragen werden. Stellt man dieser Metatheorie ein „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky, 2009) gegenüber, wird die Fülle an Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis deutlich. Neben der therapeutischen Beziehung, Persönlichkeitsmerkmalen sowie vom Patienten als auch vom Therapeuten usw. werden auch therapeutische Interventionen aufgeführt, die nebeneinander stehen und einander beeinflussen. Bezogen auf die Ergebnisse der PAP-S-

Studie ergab sich folgendes Bild: die Anwendung von spezifischen, konzepttreuen Interventionen fiel in den acht unterschiedlichen Therapieschulen insgesamt recht gering aus (zwischen 4,2% und 27,8%). Unspezifische Interventionen wie Empathie und Halt geben wurden deutlich mehr genutzt (zwischen 49,6% und 72,9%). Darüber hinaus verwendeten die Therapeuten in der PAP-S-Studie auch Interventionen von fremden Therapiekonzepten. Ferner haben die Ergebnisse der PAP-S-Studie und andere Studien gezeigt, dass Konzepttreue scheinbar keine starre Haltung ist. Vielmehr kann sie nicht nur in einzelnen Behandlungen innerhalb desselben Therapiekonzepts, sondern auch in derselben Behandlung (d. h. von Sitzung zu Sitzung: bspw. nutzte ein Therapeut in einer Sitzung keine einzige schulenspezifische Intervention, wohingegen er in einer anderen Sitzung zu 100% konzepttreu intervenierte) variieren. Ein teilweise eklektisches Vorgehen scheint in Therapien häufiger zur Anwendung zu kommen als ein konzepttreues Intervenieren.

Zusammenfassend betrachtet ergibt sich demnach ein sehr heterogenes Bild der Konzepttreue der Therapeuten. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass die Konzepttreue in den wenigen Studien, welche die Adherence überhaupt erfasst haben, nur einen geringen Varianzanteil aufklären und sie keine bedeutende Einflussgröße auf das Therapieergebnis sein kann. Wampold (2001) schreibt dem Behandlungskonzept bezüglich der gesamten Outcome-Varianz lediglich einen Anteil von 1% bis 15% zu; Lambert & Barley (2002) vermuten 15%. Auch Webb, DeRubeis & Barber (2010) gehen aufgrund der Resultate ihrer Metaanalyse davon aus, dass Adherence und Therapie-Outcome nicht korrelieren, weil es sich dabei um eine sehr instabile Variable handelt, die von Sitzung zu Sitzung stark schwanken kann. Im Unterschied dazu sei die therapeutische Arbeitsbeziehung eine zeitstabilere Variable und weise deshalb häufig auch einen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis auf.

Wenn jedoch technische Interventionsspezifität für das Therapie-Outcome nicht relevant ist, behält dann das *Dodo Bird Verdict* seine Gültigkeit und könnte man die Unterschiede zwischen den gelernten schulentheoretischen Konzepten aufgeben? Diese Schlussfolgerung wäre sicher zu kurz gedacht, da bislang nicht untersucht wurde, ob nicht gerade der flexible Einsatz von Konzepttreue in

Kombination mit allgemeinen Interventionen – angepasst an das Fortschreiten der Therapie und unter Berücksichtigung des Timings für spezifische Interventionen – doch einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Bei dieser Herangehensweise rückt die Kompetenz des Therapeuten als ein Aspekt der Behandlungsintegrität in den Fokus. So stellen auch Shaw et al. (1999) für die kognitive Verhaltenstherapie fest, dass die Fähigkeit des Therapeuten, sich kompetent in der Aufstellung eines Arbeitsplanes zu zeigen, von größerer Bedeutung sei als dass das komplette Behandlungsmanual der kognitiven Therapie mit seinen spezifischen Interventionen zum Einsatz kommt. Möglicherweise ist ein eklektisches Vorgehen mit einer flexiblen Haltung des Therapeuten, die die Entwicklung des Arbeitsbündnisses berücksichtigt, hilfreicher für den Therapieverlauf als eine starre, aus dem gelernten schulentheoretischen Konzept extrahierte Interventionslinie. Der aktuelle Forschungsstand kann diese Überlegungen noch nicht klären. Es wird weitere explorative, naturalistische Prozessforschung nötig sein, um die wechselseitige Beeinflussung von Konzepttreue bei besonders stark oder kaum ausgeprägten unspezifischen Faktoren (wie z. B. der Güte der Arbeitsbeziehung) näher zu beleuchten.

Das Ergebnis der PAP-S-Studie, dass der Therapeut, wenn die Arbeitsbeziehung belastet war, eher unspezifische Interventionen einsetzte, d. h. die Konzepttreue abschwächte, weist in dieselbe Richtung wie die Resultate von Castonguay et al. (1996), die bei einer zu stark ausgeprägten Adherence eine Zunahme von depressiven Symptomen fanden. Dem entgegen steht die Feststellung von Barber et al. (2006), dass Therapeuten bei Schwierigkeiten in der Arbeitsbeziehung konzepttreuer intervenieren. Die Autoren mutmaßen, dass es sich bei der Erhöhung der Konzepttreue um einen Versuch handelt, das problematische Arbeitsbündnis zu kompensieren. Möglicherweise wird die Rückbesinnung auf das erlernte schulentheoretische Konzept als sicherheits- und kompetenzspendend erlebt. Allerdings resultierte aus diesen kognitiven Therapien eine Verschlechterung des Therapieergebnisses.

Im Unterschied dazu erhöhten die Therapeuten in der PAP-S-Studie bei einem schwierigen Arbeitsbündnis die unspezifischen Interventionen (wie beispielsweise Empathie, Halt geben und Unterstützen), um sich

gegebenenfalls wieder besser in die Perspektive des Patienten hineinversetzen zu können – und um auf diese Weise die Zufriedenheit des Patienten mit dem therapeutischen Arbeitsbündnis zu verbessern, denn es ist hinlänglich bekannt, dass Einfühlungsvermögen auf Seiten des Therapeuten und ein Sich-Verstanden-Fühlen auf Seiten des Patienten wichtige Voraussetzungen für das Gelingen einer Psychotherapie sind. Jene Therapeuten, die ihre spezifischen Interventionen bei einer belasteten Arbeitsbeziehung reduzierten bzw. diese bei einer hohen Zufriedenheit des Patienten mit der Arbeitsbeziehung erhöhten, konnten ein besseres Therapieergebnis erzielen als Therapeuten, die unflexibel bzw. starr in der Konzepttreue und dem damit verbundenen Anteil von spezifischen Interventionen waren. Auch Barber et al. (2006) stellten fest, dass eine zu stark ausgeprägte und eine zu niedrige Konzepttreue mit einem negativen Therapieergebnis einhergeht. Auch dieses Resultat spricht demnach eher für einen flexiblen Einsatz von spezifischen und unspezifischen Interventionen.

Dennoch haben die Therapieschulen gerade deshalb eine Daseinsberechtigung, damit sich die Therapieplanung an einem Behandlungskonzept orientieren kann, um trotz einer auf den Behandlungsverlauf und die Entwicklung des Arbeitsbündnisses zugeschnittenen flexiblen Haltung des Therapeuten nicht völlig wahllos zu sein. Um eine auf das Therapieziel ausgerichtete variable Haltung zu realisieren, benötigt der Therapeut Sicherheit, die er durch das vermittelte schulengebundene Menschenbild erlangen kann. Das schultheoretische Konzept kann als Werkzeug verstanden werden, mit dem der Therapeut die vielfältigen Einflussgrößen auf den Behandlungsprozess und im Verlauf auftauchenden Informationen einordnen und bewerten kann.

Abschließend sollen Überlegungen zum Äquivalenzparadoxon angestellt werden: Das Ergebnis der PAP-S-Studie, dass die technische Interventionsspezifität (isoliert betrachtet) keinen statistisch signifikanten Effekt auf das Therapieergebnis hat, bestärkt das *Dodo Bird Verdict* oberflächlich betrachtet, denn trotz relativ geringer Konzepttreue der teilnehmenden Therapeuten resultierte dennoch ein positives Therapie-Outcome. Die naheliegende Schlussfolgerung, dass alle erlernten schulentheoretischen

Konzepte scheinbar zu ähnlichen Ergebnissen führen, wäre jedoch verfrüht, weil diese Aussage nur getroffen werden könnte, wenn in der PAP-S-Studie durch die häufige Anwendung von spezifischen Interventionen ein hohes Maß an Adherence resultiert wäre und sich gleichzeitig ein ähnlich gutes Therapie-Outcome für die jeweiligen Therapieschulen ergeben hätte.

Stattdessen ergibt sich durch die detaillierte Betrachtung der technischen Interventionsspezifität (und in Anbetracht der geringen Varianzaufklärung) vielmehr das Bild, dass vermutlich allgemeine, unspezifische Wirkfaktoren, deren Existenz von allen schulentheoretischen Konzepten angenommen wird (z. B. Grawe, 1995) , im Vergleich zu spezifischen Wirkfaktoren einen größeren positiven Effekt haben und auf diese Weise ähnlich gute Therapieergebnisse bei verschiedenen Behandlungskonzepten erklären können. Es wäre in der zukünftigen Psychotherapieforschung wünschenswert, wenn die Wechselwirkung von spezifischen (z. B. Kompetenz des Therapeuten) und unspezifischen Wirkfaktoren (z. B. Patientenvariablen) in den Fokus gelangen könnte.

Darüber hinaus fällt bei der vergleichenden Gegenüberstellung der 101 Ratingkategorien der verschiedenen schulentheoretischen Behandlungskonzepte auf, dass es spezifische Interventionen gibt, die trotz völlig anderer Bezeichnung Ähnliches bezwecken sollen und demnach unter einem anderen Namen eventuell auch technisch Ähnliches angewandt wird. Das Äquivalenzparadoxon könnte auch durch den Umstand der unterschiedlichen Begrifflichkeiten der verschiedenen Psychotherapieschulen aufrechterhalten bzw. zumindest gestützt werden.

Es ist festzustellen, dass die Problematik des *Dodo Bird Verdicts* nicht abschließend zu lösen ist, solange die Behandlungsintegrität in zukünftigen Studien als Wirkfaktor nicht erfasst wird, da somit auch keine Interaktion zwischen verschiedenen Einflussgrößen (insbesondere zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren) auf das Therapieergebnis erhoben werden kann. Auch Perepletchikova (2009) vertritt die Ansicht, dass die insuffiziente oder gar vollständig fehlende Kontrolle der Behandlungsintegrität zum Rätsel um das Äquivalenzparadoxon beigetragen hat.

Hinsichtlich der zweiten Hypothese der vorliegenden Arbeit ergab die PAP-S-Studie eine Bestätigung dieser Annahme (erfasst mittels des Fragebogens HAQ-1; s. Anhang). Demnach korreliert die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, genauer die Beziehungszufriedenheit der Patienten, signifikant mit einem positiven Therapie-Outcome.

Damit findet sich eine Übereinstimmung mit einer immer größer werdenden Anzahl von Forschungsergebnissen, die die enorme Bedeutung des therapeutischen Arbeitsbündnisses als essentiellen (unspezifischen) Wirkfaktor herausstellen konnte (Muran & Barber, 2010; Horvath et al., 2011; Horvath, 2001).

Wie die vorangegangene Diskussion bezüglich des variablen Einsatzes der technischen Interventionsspezifität gezeigt hat, ist der Grad der Konzepttreue vermutlich mit der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung verwoben. Die Güte des Arbeitsbündnisses beeinflusst somit die Art der vom Therapeuten eingesetzten Interventionen und vice versa. Es ist augenscheinlich, dass das reine Umsetzen von spezifischen Interventionen entlang eines Behandlungskonzeptes nicht wirksam sein kann, wenn die Arbeitsbeziehung belastet und der Patient mit der Beziehung zum Therapeuten unzufrieden ist. In diesem Fall spräche es für die Kompetenz des Therapeuten, wenn er an diesem Punkt Interventionen auswählen würde, die darauf abzielen, zunächst die therapeutische Arbeitsbeziehung wieder zu verbessern. Möglicherweise können spezifische technische Interventionen dann im weiteren Verlauf ihr Ziel besser erreichen, da eine gute Arbeitsbeziehung Voraussetzung dafür ist, z. B. konfrontierende, den Patienten herausfordernde Interventionen sinnvoll einsetzen zu können.

Die Ergebnisse der PAP-S-Studie zeigen, dass die Verflechtung von Behandlungsintegrität - in ihrer Unterform der Konzepttreue - und der therapeutischen Arbeitsbeziehung für die Entwicklung des Psychotherapieprozesses in eine positive Richtung ein entscheidender Faktor zu sein scheint. Dieser wechselseitigen Beeinflussung von spezifischer und unspezifischer Einflussgröße sollte in zukünftigen Psychotherapiestudien

größere Beachtung geschenkt werden. Weitere detaillierte Analysen von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen scheinen notwendig, um die komplexen Wechselwirkungen von verschiedenen einflussnehmender Faktoren adäquat erfassen zu können.

Einschränkungen und Nutzen der vorliegenden Arbeit

Bei einer naturalistischen Studie werden zugunsten einer höheren externen Validität in Form von Praxisnähe Einbußen im Bereich der internen Validität akzeptiert. Um Aussagen über psychotherapeutische Veränderungsprozesse im natürlichen psychotherapeutischen Behandlungssetting treffen zu können, wurde die PAP-S-Studie eben nicht als randomisiert-kontrollierte Studie konzipiert, weil diese nur zu Aussagen für Psychotherapie unter Laborbedingungen geführt hätte.

Eine Einschränkung der naturalistischen Studie liegt darin, dass es keine Warteliste-Vergleichsgruppe von Patienten gibt. Aus diesem Grund lassen die hohen Effektstärken in Bezug auf die Symptomverbesserungen nicht die Schlussfolgerung zu, dass es sich um einen reinen Behandlungseffekt handelt. Allerdings kann angeführt werden, dass es aus ethischen Gründen nicht zumutbar für die Patienten war, ihnen eine psychotherapeutische Behandlung vorzuenthalten, zumal zum Teil psychisch schwer erkrankte Patienten an der Studie teilgenommen haben.

Wünschenswert für das Studiendesign wäre gewesen, dass neben psychodynamischen und humanistischen Verfahren auch die verhaltenstherapeutische und systemische Therapieschule einbezogen worden wären, um Aussagen hinsichtlich der Konzepttreue bezüglich aller bedeutsamer psychotherapeutische Konzepte machen zu können. Vor diesem Hintergrund wäre es möglich, durch die Ergebnisse der PAP-S-Studie zu der Klärung des *Dodo Bird Verdicts* beizutragen. Trotz großer Bemühungen, alle psychotherapeutischen Konzepte in die Studie aufzunehmen, ist dies leider nicht gelungen. Über die Gründe für die ablehnende Haltung einer Studienteilnahme können nur Vermutungen angestellt werden: möglicherweise wurde der enorme Aufwand, der mit Prozessforschung zusammenhängt,

gescheut, da es zumindest für die Verhaltenstherapie hinreichende Belege für die Therapiewirksamkeit gibt (und von diesen Konzepten somit darauf verzichtet wurde, das Wissen über therapeutische Veränderungsprozesse zu erweitern). Diese Einschränkung des Studiendesigns führt dazu, dass die Untersuchungsergebnisse nicht vollständig generalisiert werden können, sondern nur in Bezug auf die eingebundenen psychodynamischen und humanistischen Konzepte Gültigkeit haben.

Die Randomisierung in Bezug auf die Auswahl der Sitzungstonbänder wurde leicht eingeschränkt sichergestellt, denn es wurden zwar alle Sitzungen aufgenommen, jedoch wurden daraus nur drei bis fünf Bänder so ausgewählt, dass eine Sitzung zu Beginn der Therapie, eine vom mittleren Therapieprozess und eine von der Endphase der Therapie ausgewertet wurden. Eine Auswertung aller Tonbänder hätte die Kapazität der Rater angesichts der Größe der Studie (zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung 379 teilnehmende Patienten) deutlich überstiegen. Eine Limitation ergibt sich aus der fehlenden Randomisierung der Kombination von Therapeuten und Patienten. Dieser Aspekt ist jedoch zu vernachlässigen, da es sich um eine naturalistische Studie handelt, die realistisch abbildet, wie Therapeuten und Patienten zusammenfinden: sowohl Therapeuten und Patienten prüfen, ob eine Passung besteht und entscheiden sich in der Probatorik, ob ein therapeutisches Arbeitsbündnis entstehen kann. Es wäre demnach künstlich, wenn die Patienten den Therapeuten nach dem Losverfahren zugeordnet worden wären und hätte vermutlich den Erkenntnisgewinn geschmälert, da keine Abbildung der realen Therapieprozesse möglich gewesen wäre.

Trotz der genannten Einschränkungen der Studie ist es als positiv zu werten, dass ein hoher und zeitintensiver Aufwand betrieben wurde, indem prozessorientiert und in einem naturalistischen Setting geforscht wurde, um den praxisnahen Erkenntnisgewinn hinsichtlich des therapeutischen (Mikro-) Prozesses zu fördern. Darüber hinaus konnte durch ein aufwändiges Ratertraining mit einer muttersprachlichen Schweizerin eine hinreichend gute Interrater-Reliabilität erzielt werden, sodass der Erkenntnisgewinn aus der Auswertung der Tonbänder auf die an der Studie teilnehmenden Psychotherapiekonzepte verallgemeinert werden kann.

Konsequenz für die klinische Praxis und Ausblick

Die PAP-S-Studie ergab, dass trotz der relativ geringen angewandten technischen Interventionspezifität ein gutes Therapie-Outcome resultierte. Daraus lässt sich für die klinische Praxis ableiten, dass es in der Ausbildung für Psychotherapeuten besonders wichtig ist, vor dem Hintergrund eines schulentheoretischen Menschenbildes und Behandlungskonzept den flexiblen Einsatz von spezifischen Interventionen zu erlernen – abhängig z. B. von der Ausprägung anderer unspezifischer Wirkfaktoren (z. B. die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses usw.), sodass der Patient diejenigen Interventionen erhält, die in der jeweiligen Phase des Therapieprozesses ein Voranschreiten der Therapie begünstigen.

Ein rein manualbasiertes oder starres Behandlungskonzept könnte dieser Anforderung an die Ausbildung von Psychotherapeuten nicht gerecht werden. Das Plädoyer für eine flexible und variable Haltung gegenüber dem Einsatz von spezifischen vs. unspezifischen Interventionen impliziert aber auch, dass zunächst ein schulentheoretisches Konzept erlernt wird, um die Sicherheit und Kompetenz zu erlangen, auszuwählen, wann welche Intervention förderlich für den Therapieprozess ist.

Die derzeitige evidenzbasierte Psychotherapieforschung, die RCT-Studien konzipiert, bringt keinen Erkenntnisgewinn bezüglich der hochkomplexen Wechselwirkung von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren, sondern erweckt aufgrund der Ausblendung des tatsächlich zur Anwendung kommenden Behandlungskonzept den Anschein, dass das *Dodo Bird Verdict* unauflösbar fortbesteht.

Für die klinische Praxis erfolgt deshalb die Forderung, dass es weiterer prozessorientierter, aufwändiger Studien im naturalistischen Setting bedarf, die die hochkomplexe gegenseitige Beeinflussung von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren untersuchen. So wäre zu klären, ob ein gutes therapeutisches Arbeitsbündnis die Anwendung von spezifischen Interventionen fruchtbar macht oder umgekehrt.

Für den Gegenstandsbereich der Psychotherapie erscheint ein Umdenken in der Wahl der Forschungsmethoden notwendig. Die Orientierung an dem Paradigma der evidenzbasierten Medizin führt zu einer reduzierten Sichtweise auf die Wirkmechanismen von Psychotherapie. Wenn eine adäquate Erforschung von Therapieprozessen angestrebt wird, können Erkenntnisse darüber erlangt werden, wann oder bei welcher Art von Patienten technische Interventionsspezifität gelockert oder erhöht werden muss.

Zusammenfassung

Die derzeitige Psychotherapieforschung macht den Versuch, Wirkfaktoren zu identifizieren, die den Therapieverlauf und das Therapie-Outcome positiv beeinflussen und konnte dabei das Äquivalenzparadoxon (*Dodo bird verdict*) bislang nicht enträtseln. Die Behandlungsintegrität (die Konzepttreue als technische Interventionsspezifität des Therapeuten), die als das Ausmaß verstanden wird, mit welchem der Therapeut Interventionen des von ihm erlernten Behandlungskonzeptes anwendet, blieb in den meisten Studien bislang vernachlässigt. Aus diesem Grund befasst sich die vorliegende Arbeit mit dem Stellenwert des vom Psychotherapeuten gelernten schultheoretischen Konzepts.

Die Studienlage zur Konzepttreue des Therapeuten ist in der bisherigen Literatur uneinheitlich und zudem häufig unberücksichtigt. Evidenzbasierte Psychotherapieforschung führt in dieser Frage zu keinem Erkenntnisgewinn, insofern sie auf dem Paradigma der randomisiert-kontrollierten Studie basiert. Im Gegenteil führt sie zu falschen Ergebnissen, weil sie die Untersuchung der Therapieprozesse ausblendet und unterstellt, dass das zur Anwendung kommende Behandlungskonzept auch tatsächlich realisiert wird, was aber in den meisten Studien bisher nicht kontrolliert wurde.

Aufwendige Prozess-Ergebnisstudien wie die naturalistische PAP-S-Studie dagegen zeigen, dass die Bedeutung des gelernten schultheoretischen Konzepts und die aus ihm abgeleiteten technischen Interventionen in psychotherapeutischen Behandlungskonzepten offenbar eine zu relativierende Rolle spielen. Insgesamt scheint die Behandlungsintegrität demnach nur einen geringen Anteil der Gesamtvarianz aufklären zu können.

Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren – wie beispielsweise die Konzepttreue und die therapeutische Arbeitsbeziehung – sind auf eine hochkomplexe Weise miteinander verwoben und spielen neben der Professionalität und Kompetenz des Behandlers eine wesentlich größere Rolle als die puristische Umsetzung eines gelernten schultheoretischen Konzepts. Die wechselseitige Beeinflussung der am Therapieprozess beteiligten Variablen verweist auf die Notwendigkeit weiterführender – insbesondere prozess-orientierter – Forschung auf diesem Gebiet.

Literaturverzeichnis

- (1) Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, Connolly Gibbons MB (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counselling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-40.
- (2) Bergin AE (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield SL, Bergin AE (ed). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, p. 139-89
- (3) Bergin AE, Lambert MJ (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield SL, Bergin AE (ed). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, p. 217-70
- (4) Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA (1999). Professional and paraprofessional treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support for interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67: 491-501
- (5) Budd R, Hughes I (2009). The Dodo Bird Verdict-controversial. Inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 16: 510-22
- (6) Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 497-504
- (7) Chatoor I, Krupnick J (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 10: 19-25
- (8) Clarkin JF, Levy KN (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ (ed). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, p. 194-226
- (9) Elkin I (1994). The NIMH Treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In: AE Bergin, SL Garfield

(ed). Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: John Wiley & Sons, p. 114-139

- (10) Elliot R, Stiles WB, Shapiro DA (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? In: Giles TR (ed). Handbook of effective psychotherapy. New York: Plenum, p. 455-79
- (11) Eysenck HJ (1952). The effect of psychotherapy. An evaluation. Journal of Consulting Psychology. 16: 319-24
- (12) Eysenck HJ (1993). Grawe and the effectiveness of psychotherapy. Some comments. Psychologische Rundschau. 44: 177-80
- (13) Fähr M, Fischer G (Hrsg.). (1998). Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial Verlag
- (14) Freud S (1918/2000). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Der Wolfsmann. In: Freud S (2000). Zwei Kinderneurosen. Studienausgabe. Bd. XIII. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag
- (15) Godfrey E, Chaider T, Ridsdale L, Seed P, Ogden J (2007) Investigating the 'active ingredients' of cognitive behaviour therapy and counseling for patients with chronic fatigue in primary care: developing a new process measure to assess treatment fidelity and predict outcome. British Journal of Clinical Psychology. 46: 253-72
- (16) Grawe K (1992). Psychotherapieforschung der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau. 43: 132-62
- (17) Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- (18) Grawe K (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut. 40: 130-45
- (19) Grissom RJ (1996). The magical number .7 + -.2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo and control. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64: 973-82
- (20) Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder J (1993a). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61: 434-40

- (21) Henry WP, Schacht TE, Strupp HH, Butler SF, Binder J (1993b). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapist' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61: 441-47
- (22) Hill CE, O'Grady KE, 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 and Clinical Psychology*. 60: 73-9
- (23) Hogue A, Henderson CE, Dauber S, Barajas PS, Fried A, Liddle HA (2008) Treatment adherence, competence and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76: 544-55
- (24) Horvath AO (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38 (4): 365-72
- (25) Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 48 (1): 9-16
- (26) Huppert JD, Bufka LF, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69: 747-55
- (27) Huppert JD, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predict outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioural Practice*. 13: 198-204
- (28) Kächele H, Kordy H (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt*. 63: 517-26
- (29) Lambert MJ, Barley DE (2002). Research summary of the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*: New York: Oxford University Press, p. 17-32
- (30) Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SL (2004). Introduction and Historical Overview. In: Lambert MJ (ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, p. 3-15

- (31) Lambert MJ, Ogles BM (2004). The Efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, p. 139-93
- (32) Lambert MJ (2013). Introduction and Historical Overview. In: Lambert MJ (ed). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6nd ed. New York: John Wiley & Sons, p. 3-20
- (33) Loeb KL, Wilson GT, Labouvie E, Pratt EM, Hayaki J, Walsh BT, Agras WS, Fairburn CG (2005). Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: A study of process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73: 1097-107
- (34) Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prices"? *Archives of General Psychiatry*. 32, 8: 995–1008
- (35) Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*. 42: 602-11
- (36) Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9: 2-12
- (37) Meyer AE (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 19: 287-91
- (38) Markowitz JC, Spielman LA, Scarvalone PA, Perry SW (2000). Psychotherapy adherence of therapists treating HIV-positive patients with depressive symptoms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 9: 75-80
- (39) Moncher FJ, Prinz RJ (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*. 11: 247-66
- (40) Muran JC, Barber JP (ed) (2010). The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice. New York: Guilford Press.
- (41) Norcross JC (2011). Psychotherapy relationships that work. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

- (42) Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (ed). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, p. 307-89
- (43) Orlinsky, DE (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 Years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*. 19(4): 319–39
- (44) Perepletchikova F (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 18: 148-53
- (45) Perepletchikova F (2009). Treatment integrity and differential treatment effects: Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 16: 379-82
- (46) Perepletchikova F, Treat TA, Kadzin AE (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75: 829-41
- (47) Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS, O'Kelly JG, Steinberg PI (1999) Prediction of dropping out in time-limited interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 36: 114-22
- (48) Shaw BF, Elkin I, Yamaguchi J, Olmsted M, Vallis TM, Dobson KS, Lowery A, Sotsky SM, Watkins JT, Imber SD (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67: 837-46
- (49) Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge: Harvard University Press
- (50) Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press
- (51) Staats M, Bär T, Linden M (2003). Messinstrumente der Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*. 13: 62-67
- (52) Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5: 439-58

- (53) Strunk DR, Brotman MA, DeRubies RJ (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early intersession symptom gains and continued response. *Behaviour Research and Therapy* 48: 599-606
- (54) Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (1998). Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- (55) Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Köhler M, Berglar J, Wielandner K, Staczan P, von Wyl A, Schulthess P (2014). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research* (zum Druck angenommen)
- (56) Waltz J, Addis ME, Koerner K, Jacobson NS (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61: 620-30
- (57) Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes.". *Psychological Bulletin*. 122: 203-15
- (58) Wampold BE (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. New York: Lawrence Erlbaum Associates
- (59) Weck F, Bohn C, Ginzburg D, Stangier U (2011). Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg. *Verhaltenstherapie*. 21: 99-107
- (60) Webb CA, DeRubeis RJ, Barber JP (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78: 200-211
- (61) Wiltink J, Edinger J, Haselbacher A, Imruck BH, Beutel ME (2010). Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung. Neuere Entwicklungen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*. 3: 76-93

Anhang

Messinstrumente

ID- Nummer :	O Eintritt	O Austritt
--------------	------------	------------

Durch einen Rückblick über die vergangene Woche einschliesslich des heutigen Tages geben Sie bitte an, wie Sie sich fühlen. Lesen Sie jede Zeile genau und markieren Sie das Kästchen, das Ihren gegenwärtigen Zustand am besten beschreibt. In diesem Fragebogen ist die Arbeit definiert als Beschäftigung, Schule, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit, usw.

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
1) Ich bin verträglich.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2) Ich werde schnell müde.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3) Ich bin lustlos.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4) Die Arbeit/Schule strengt mich an.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5) Ich mache mir Vorwürfe.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6) Ich bin gereizt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7) Ich bin in meiner Ehe/Partnerbeziehung unglücklich.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8) Ich habe daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9) Ich fühle mich schwach.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10) Ich habe Angst.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11) Wenn ich am Abend viel getrunken habe, brauche ich am nächsten Morgen Alkohol, um auf die Beine zu kommen. (Falls Sie keinen Alkohol zu sich nehmen, kreuzen Sie "nie" an.)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12) Ich finde meine Arbeit/meine Ausbildung befriedigend.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13) Ich habe ein glückliches Naturell.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14) Ich arbeite/lerne zu viel.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15) Ich fühle mich wertlos.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16) Meine Familie macht mir Sorgen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17) Mein sexuelles Leben ist unbefriedigend.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18) Ich bin einsam.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19) Ich streite mich häufig.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20) Ich weiß, ich werde geliebt und geschätzt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
21) Ich genieße meine Freizeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
22) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
23) Die Zukunft sieht hoffnungslos aus.	0	1	2	3	4
24) Ich kann mich selbst gut leiden.	0	1	2	3	4
25) Beunruhigende Gedanken verfolgen mich.	0	1	2	3	4
26) Ich ärgere mich über Leute, die mein Trinken (meine Drogen) kritisieren (Wenn nicht zutreffend, "nie" markieren).	0	1	2	3	4
27) Mir ist übel.	0	1	2	3	4
28) Ich kann nicht mehr so gut wie früher arbeiten/lernen.	0	1	2	3	4
29) Ich habe Herzklopfen.	0	1	2	3	4
30) Mir fällt es schwer, mich mit meinen Freunden und Bekannten zu vertragen.	0	1	2	3	4
31) Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	0	1	2	3	4
32) Ich habe wegen meiner Trink- oder Drogensucht Schwierigkeiten bei der Arbeit/in der Schule (Wenn nicht zutreffend, "nie" markieren.)	0	1	2	3	4
33) Ich habe das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.	0	1	2	3	4
34) Ich habe Muskelschmerzen.	0	1	2	3	4
35) Ich fürchte mich vor freien Räumen, vor dem Autofahren, vor Bus- oder U-Bahnfahrten usw.	0	1	2	3	4
36) Ich bin nervös.	0	1	2	3	4
37) Mein Liebesleben ist vollkommen und zufrieden stellend.	0	1	2	3	4
38) Ich fürchte, ich bin nicht gut bei der Arbeit/in der Schule.	0	1	2	3	4
39) Ich habe zu viele Scherereien bei der Arbeit/in der Schule.	0	1	2	3	4
40) Ich glaube, mit meinem Kopf ist etwas nicht in Ordnung.	0	1	2	3	4
41) Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen.	0	1	2	3	4
42) Ich bin niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
43) Mein Verhältnis zu anderen befriedigt mich.	0	1	2	3	4
44) Ich bin so ärgerlich, dass ich etwas Bedauerliches tun könnte.	0	1	2	3	4
45) Ich habe Kopfweh.	0	1	2	3	4

Selbstrating
Teil II

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat.

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

	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	stark 3	sehr stark 4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen (bis heute) unter...					
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Tram, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z B beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4

überhaupt nicht

0

ein wenig

1

ziemlich

2

stark

3

sehr stark

4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen (bis heute) unter...

44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48. mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

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

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin oft traurig
- 2 Ich bin ständig traurig
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

4. Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
- 2 Ich bin von mir enttäuscht
- 3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

9. Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

10. Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

11. Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst
 - 1 Ich bin unruhiger als sonst
 - 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen
 - 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss
-

12. Interessenverlust

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

13. Entschlussunfähigkeit

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

14. Wertlosigkeit

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

15. Energieverlust

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

16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten

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

17. Reizbarkeit

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

18. Veränderungen des Appetits

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

19. Konzentrationsschwierigkeiten

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

20. Ermüdung oder Erschöpfung

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

21. Verlust an sexuellem Interesse

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

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Geben Sie **immer nur eine Antwort pro Frage**.

1. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?
sehr selten oder nie ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr oft
2. Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?
das ist nie passiert ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 das ist immer wieder passiert
3. Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?
das ist nie passiert ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 das ist immer wieder passiert
4. Bis jetzt hatte Ihr Leben...
überhaupt keine klaren Ziele ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr klare Ziele
5. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
6. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
7. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 eine Quelle von Schmerz und Langeweile
8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
10. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
11. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung...
über- oder unterschätzten ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 richtig einschätzten
12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie
13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?
sehr oft ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr selten oder nie

Sie finden nachstehend eine Liste von unterschiedlich angenehmen und unangenehmen Sachverhalten. Geben Sie bitte an, wie ausreichend Sie die eher angenehmen in der letzten Zeit umsetzen können (Teil 1) bzw. sie sehr die eher unangenehmen in der letzten Zeit für Sie zutreffen (Teil 2).

Bitte lesen Sie jede Formulierung sorgfältig durch und kreuzen Sie daneben die zutreffende Einschätzung von 1 bis 5 an. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

TEIL 1	viel zu wenig					völlig ausreichend
1. bringe ich Leistung	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
2. bin ich unabhängig	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
3. glaube ich an mich selbst	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
4. kann ich andere beeindrucken	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
5. werde ich geachtet und respektiert	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
6. habe ich viele Kontakte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
7. gönne ich mir selber etwas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
8. habe ich mich selber unter Kontrolle	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
9. lebe ich eine intime Beziehung	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
10. werde ich von anderen umsorgt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
11. verfolge ich breite Interessen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
12. nehme ich einen Sinn in meinem Leben wahr	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
13. setze ich mich für Schwächere ein	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
14. führe ich ein abwechslungsreiches Leben	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	

TEIL 2	trifft überhaupt nicht zu					trifft sehr stark zu
15. muss ich Schwächen von mir zeigen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
16. genüge ich nicht	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
17. werde ich kritisiert	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
18. kann ich nicht selbst bestimmen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
19. fühle ich mich machtlos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
20. blamiere ich mich	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
21. behandle ich andere aggressiv	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
22. fühle ich mich von anderen verlassen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
23. werde ich nicht anerkannt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Einstellungen und Erfahrungen bezüglich Psychotherapie und eigener Beschwerden. Kreuzen Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort für jede Aussage an.

Vorgehensweise:

trifft überhaupt
nicht zu

trifft voll
und ganz zu

Trifft eine Aussage ganz genau auf Sie zu, so kreuzen Sie bitte das rechte äussere Kästchen an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☒

Trifft eine Aussage eher auf Sie zu, so machen Sie Ihr Kreuz in das zweite Kästchen von rechts.

☐ ☐ ☐ ☒ ☐

Bei Aussagen, die für Sie überhaupt nicht bzw. eher nicht zutreffen, kreuzen Sie sinngemäss links an. Für Aussagen, bei denen Sie sich nicht entscheiden können, wählen Sie das mittlere Kästchen.

	trifft überhaupt nicht zu				trifft voll und ganz zu
1. Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede Psychotherapie.	1	2	3	4	5
2. Ich informiere mich gerne in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen oder dem Radio über Psychotherapie.	1	2	3	4	5
3. Meine Umwelt verhält sich gegenüber meinen Beschwerden eher verständnisvoll.	1	2	3	4	5
4. Ich habe Phasen, in denen mich meine Beschwerden wenig belasten.	1	2	3	4	5
5. Ich befürchte, dass mich die anderen für „verrückt“ halten, wenn ich eine Psychotherapie aufsuche.	1	2	3	4	5
6. Eine Psychotherapie kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein.	1	2	3	4	5
7. Es ist nicht meine eigene Entscheidung, hierher zu kommen. Ich komme auf Wunsch meiner Angehörigen.	1	2	3	4	5
8. Ich erhoffe mir viel von einer Psychotherapie hier.	1	2	3	4	5
9. Hinsichtlich meiner Beschwerden bin ich eher optimistisch.	1	2	3	4	5
10. Ich glaube, dass die meisten anderen Menschen, die an einer Psychotherapie teilnehmen, viel grössere Probleme haben als ich.	1	2	3	4	5
11. Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.	1	2	3	4	5
12. Nur eine geeignete medizinische Behandlung kann meine Beschwerden mindern oder heilen.	1	2	3	4	5
13. Eine Psychotherapie kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich selbst und seiner Umwelt klar zu kommen.	1	2	3	4	5
14. Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen.	1	2	3	4	5
15. Es sollte möglichst niemand aus meinem Bekanntenkreis erfahren, dass ich an einer Psychotherapie teilnehme.	1	2	3	4	5

	trifft überhaupt nicht zu					trifft voll und ganz zu									
16. Wegen meiner Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.	1	2	3	4	5										
17. Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einer PsychotherapeutIn/PsychologIn.	1	2	3	4	5										
18. Meine Beschwerden sind auch nicht stärker als die Probleme der meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5										
19. Wegen meiner Beschwerden fühle ich mich ständig niedergedrückt.	1	2	3	4	5										
20. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können.	1	2	3	4	5										
21. Ein wirksames Medikament oder eine erfolgreiche Operation wären mir lieber als eine Psychotherapie.	1	2	3	4	5										
22. Mit Hilfe einer Psychotherapie kann ich lernen, auch meine körperlichen Beschwerden besser zu verstehen.	1	2	3	4	5										
23. Ich erlebe mich als sehr gefährdet.	1	2	3	4	5										
24. Ich befürchte, der PsychotherapeutIn weitgehend ausgeliefert zu sein.	1	2	3	4	5										
25. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten.	1	2	3	4	5										
26. Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.	1	2	3	4	5										
27. Eine Psychotherapie erscheint mir zu aufwendig und anstrengend.	1	2	3	4	5										
28. Dass ich hier bin, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen.	1	2	3	4	5										
29. Wenn Sie die Ziele, die Ihnen gegenwärtig am wichtigsten sind, der Bedeutung nach ordnen würden, an welcher Stelle steht Ihr Wunsch nach einer Psychotherapie?	1	2	3	4	5										
						an erster Stelle					an letzter Stelle				

Assessment Ergebnisse

	Th		Pat
ID- Nummer:		-	

☐ Beginn	☐ Ende	☐ Katamnese	Datum:
---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	--------

Name der RaterIn:	
----------------------	----------------------

Inhalt: • SKID-I Ergebnis • SKID-II Ergebnis • OPD / GAF / GARF
--

Affektive Störungen

	lifetime				derzeit	
	?	1	2	3	1	3
• manisch (<i>F31.X</i>)						1
• gemischt (<i>F31.6</i>)						2
• hypoman (<i>F31.0</i>)						3
• depressiv (<i>F31.X</i>)						4
• unspezifisch (<i>F31.9</i>)						5

• leicht	1
• mittel	2
• schwer, ohne psychot. Merkmale	3
• schwer, mit kongr. psychot. Merkmalen	4
• schwer, mit inkongr. psychot. Merkmalen	5

•	weder melancholische, katatone noch	
•	atypische Merkmale	0
•	mit melancholischen Merkmalen	1
•	mit atypischen Merkmalen	2
•	mit katatonen Merkmalen	3

* einzelne Episode	1
* rezidivierende Episoden	2
* mit Rapid Cycling	3
* mit saisonalem Muster	4
* mit postpartalem Beginn	5

Bipolar II (F31.0/8)	lifetime			derzeit	
	?	1	2 3	1	3
• hypoman					1
• depressiv					2

• keine Remission	0
• Teilremission	1
• Vollremission	2

• weder melancholische, katatone noch atypische Merkmale	0
• mit melancholischen Merkmalen	1
• mit atypischen Merkmalen	2
• mit katatonen Merkmalen	3

	lifetime			derzeit
Andere (<i>F31.89</i>)	?	1	2	3
• Zyklotyme Störung (<i>F34.0</i>)				1
• Intermittierende hypomane Episoden				2
• Manische/gemischte Episode, einer psychotischen Störung aufgesetzt				3

	lifetime				derzeit		
	?	1	2	3	1	3	
Major Depression (F32/F33)							Art und Schweregrad
• weder melancholische, atypische noch katatone Merkmale					0		• leicht 1
• mit melancholischen Merkmalen					1		• mittel 2
• mit atypischen Merkmalen					2		• schwer, ohne psychot. Merkmale 3
• mit katatonen Merkmalen					3		• schwer, mit stimmungskongr. psychot. M. 4
							• schwer, mit stimmungsinkongr. psychot. M. 5
Dysthymie (F34.1)					1	3	Verlaufsform:
• ohne MDE					0		• einzelne Episode (F32.X) 1
• mit MDE					1		• rezidivierende Episoden (F33.X) 2
							• mit saisonalem Muster 3
							• mit postpartalem Beginn 4
Depression NNB (F32.89)					1	3	Chronologie
• Postpsychotische Depressive Störung					1		• früher Beginn 1
• MDE, einer Psychot. Störung aufgesetzt					2		• später Beginn 2
• Prämenstruelle Dysphorische Störung					3		
• Minor Depression					4		
• Rezidivierende Kurze Depr. Störung					5		
• Andere					6		Remission
							• keine Remission 0
							• Teilremission 1
							• Vollremission 2
Affektive Störung aufgrund Krankheitsfaktor (F06.3X)					1	3	Beschreiben Sie den Krankheitsfaktor:
• mit MDE-ähnlichen Episoden					1		_____
• mit depressiven Merkmalen					2		_____
• mit manischen Merkmalen					3		_____
• mit gemischten Merkmalen					4		_____
Substanzinduzierte Affektive Störung (F1X.8)					1	3	Beschreiben Sie Substanzen:
• mit depressiven Merkmalen					1		_____
• mit manischen Merkmalen					2		_____
• mit gemischten Merkmalen					3		_____

Chronologie	depressive	manische	hypomane	gemischte
Alter Erstmanifestation	___/___	___/___	___/___	___/___
Anzahl Episoden	___/___	___/___	___/___	___/___
Dauer derzeitige Episode (Wochen)	___/___	___/___	___/___	___/___

Psychotische Störungen

	lifetime	derzeit	
	? 1 2 3	1 3	
Schizophrenie (F20.XX)			
• Paranoider Typus (F20.0)		1 3	
• Katatoner Typus (F20.2)		1 3	
• Desorganisierter Typus (F20.1)		1 3	
• Undifferenzierter Typus (F20.3)		1 3	
• Residualer Typus (F20.5)		1 3	
			Beurteilen Sie für alle psychotischen Störungen:
			Art und Schweregrad
			• leicht 1
			• mittel 2
			• schwer 3
			• derzeit nicht psychotisch 4
			Chronologie
			Alter bei Erstmanifestation: ___/___
			Alter bei Erstmanif. der Prodromalsympt.: ___/___
			Anzahl Episoden: ___/___
			Dauer derzeitige Episode (in Wochen): ___/___
			Verlaufstypen
			• Episodisch mit Residualsymptomen zwischen den Episoden, mit deutlicher Negativsymptomatik 1
			• Episodisch mit Residualsymptomen 2
			• Episodisch ohne Residualsymptome 3
			• Kontinuierlicher Verlauf mit Negativsymptomatik 4
			• Kontinuierlicher Verlauf 5
			• Einzelne Episode mit Negativsymptomatik 6
			• Einzelne Episoden in Teilremission 7
			• Einzelne Episoden in Vollremission 8
			• Sonstige oder unspezifische Verlaufsmuster 9
			Remission
			• keine Remission 0
			• Teilremission 1
			• Vollremission 2
			Schizophreniforme (F20.8)
			• ohne prognostisch günstige Merkmale 1
			• mit prognostisch günstigen Merkmalen 3
			Schizoaffective (F25.X)
			• Depressiver Typus 1
			• Bipolarer Typus 3
			Wahnhaft (F22.0)
			• 1 3
			Kurze Psychotische Störung (F23.XX)
			• mit postpartalem Beginn 1
			Psychotische Störung aufgrund Krankheitsfaktor (F06.X)
			• mit Wahnideen 1
			• mit Halluzinationen 2
			Substanzinduzierte Psychotische Störung (F1X.XX)
			• mit Wahnideen 1
			• mit Halluzinationen 2
			Psychotische NNB (F29)
			• 1 3

Substanzmißbrauch und Substanzabhängigkeit

Kodieren Sie 2 für Mißbrauch und 3 für Abhängigkeit

	lifetime	derzeit	Schweregrad	
Alkohol (F10.1/2)	? 1 2 3	1 3	• leicht	1
			• mittel	2
Sedativa u.a. (F13.1/2)	? 1 2 3	1 3	• schwer	3
Cannabis (F12.1/2)	? 1 2 3	1 3	Remission	
			• kurze Vollremission	1
Stimulantien (F15.1/2)	? 1 2 3	1 3	• kurze Teilremission	2
			• anhaltende Vollremission	3
Opiate (F11.1/2)	? 1 2 3	1 3	• anhaltende Teilremission	4
Kokain (F14.1/2)	? 1 2 3	1 3	Chronologie	
			Alter bei Beginn:	___/___
Halluzinogene (F16.1/2)	? 1 2 3	1 3	Dauer der Abhängigkeit (Jahre)	___/___
			Zuletzt Probleme vor Wochen	___/___
Polytoxikomanie (F19.2)	? 1 2 3	1 3	Subtypus	
Andere (F19.1/2)	? 1 2 3	1 3	• mit physiologischer Abhängigkeit	1
			• ohne physiologischer Abhängigkeit	2
			• Therapie mit Agonisten	3
			• in kontrollierter Umgebung	4

Angststörungen

	lifetime	derzeit		
Panikstörung	? 1 2 3	1 3	Anzahl der Attacken im letzten Monat:	___/___
• ohne Agoraphobie (F41.0)		1		
• mit Agoraphobie (F40.01)		2	Chronologie	
Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00)	? 1 2 3	1 3	Alter bei Beginn:	___/___
			Panikstörung	___/___
Soziale Phobie (F40.1)	? 1 2 3	1 3	Agoraphobie	___/___
			Soziale Phobie	___/___
Spezifische Phobie (F40.2)	? 1 2 3	1 3	Spezifische Phobie	___/___
			Zwangsstörung	___/___
Zwangsstörung (F42)	? 1 2 3	1 3	PTSD	___/___
			Generalisierte Angststörung	___/___
Posttraumatische Belastungsreaktion (F43.1)	? 1 2 3	1 3	Schweregrad	
			• leicht	1
General. Angst (F41.1)	? 1 2 3		• mittel	2
			• schwer	3
Angststörung aufgrund Krankheitsfaktor (F06.4)	? 1 3	1 3	Remission	
• mit generalisierter Angst		1	• Vollremission	1
• mit Panikattacken		2	• Teilremission	2
• mit Zwangssymptomen		3	• Frühere Vorgeschichte	3
Substanzinduzierte Angststörung (F1X.3)	? 1 3	1 3	Subtypus:	
• mit generalisierter Angst		1	• mit Panikattacken	1
• mit Panikattacken		2	• mit generalisierter Angst	2
• mit Zwangssymptomen		3		
Angst NNB (F41.9/40.9)	? 1 3	1 3		
• mit generalisierter Angst		1		
• mit Panikattacken		2		
• mit Zwangssymptomen		3		

Somatoforme Störungen

nur derzeit

	derzeit
Somatisierungsstörung (F45.0)	? 1 2 3
Schmerzstörung (F45.4)	? 1 2 3
Unspezifische Somatoforme (F45.1)	? 1 2 3
Hypochondrie (F45.2)	? 1 2 3
Körperdysmorphie (F45.2)	? 1 2 3

Chronologie:
 Alter bei Beginn:

//_

Eßstörungen

	lifetime	derzeit
Anorexia Nervosa (F50.0)	? 1 2 3	1 3
• restriktiver Typus		1
• Binge-Typus		2
Bulimia Nervosa (F50.2)	? 1 2 3	1 3
• mit Abführmitteln		1
• ohne Abführmittel		2
Störung mit Eßanfällen (F50.9)	? 1 2 3	1 3

Chronologie:
 Anzahl der Monate v. Interview:

//_

Alter bei Beginn:

//_

Schweregrad

- leicht 1
- mittel 2
- schwer 3

Remission

- Vollremission 1
- Teilremission 2
- frühere Vorgeschichte 3

Anpassungsstörung und andere DSM-IV Störungen

	lifetime	derzeit
Anpassungsstörung (F43.XX)	1 3	1 3
Andere DSM-IV Störung (nur Achse I)	? 1 2 3	1 3

Subtypus:

Beschreiben Sie:

Abschließende Gesamtbeurteilung

1. Notieren Sie hier die Achse I-Hauptdiagnose (Störung, die im Vordergrund steht)

2. Notieren Sie ggf. hier DSM-IV Diagnosen, falls diese von den oben gestellten abweichen

3. Notieren Sie hier ggf. Achse III-Störungen (körperliche Erkrankungen)

A. _____ B. _____

4. Beurteilen Sie den Sicherheitsgrad der Diagnosen

- gut 1
- befriedigend 2
- niedrig 3

Persönlichkeits- störung	FB- Score	Symptome* und entsprechende Itemsnummern										Cutoff	Anzahl erfüllt	Diagnose- Index†
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Selbstunsichere		1	2	3	4	5	6	7				4/7		
Dependente		8	9	10	11	12	13	14	15			5/8		
Zwanghafte		16	17	18	19	20	21	22	23/24			4/8		
Negativistische		25/26	27	28	29	30	31	32				4/7		
Depressive		33	34	35	36	37/38	39	40				5/7		
Paranoide		41	42	43	44/45	46	47	48				4/7		
Schizotypische		49 - 51	52 - 54	55 - 57	58	59	59	59	59	59		5/9		
Schizoide		60	61	62y	63	63	64	65				4/7		
Histrionische		66	67	68	69	70	71	72				5/8		
Narzisstische		73/74	75/76	77/78	79	80/81	82 - 84	85	86/87	88		5/9		
Borderline		89	90	91 - 93	94	95/96	97	98	99 - 101	102		5/9		
Antisoziale		103	104	105	106	107	108	109	110	111	112			
Antisoziale		113	114	115	116	117						3/15		
Antisoziale		118	119	120/121	122 - 124	125/126	127 - 130	131				3/7		
NNB														

* ?=unklar, 1=nicht vorhanden 2=vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäss ausgeprägt, 3=sicher vorhanden und kriteriumsgemäss ausgeprägt
† ? =unklar, 1=Kriterien für Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt, 3=Kriterien für Persönlichkeitsstörung erfüllt

PAP-S

SKID-II Ergebnis

21/02/07

Seite 1 von 1

OPD-2

Achse III: Konflikt

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind nicht zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja=①	nein=②
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster, sonder vielmehr um Konfliktschemata.	ja=①	nein=②
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja=①	nein=②
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja=①	nein=③

Repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	①	②	③	④
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	①	②	③	④
3. Versorgung versus Autarkie	①	①	②	③	④
4. Selbstwertkonflikt	①	①	②	③	④
5. Schuldkonflikt	①	①	②	③	④
6. Ödipaler Konflikt	①	①	②	③	④
7. Identitätskonflikt	①	①	②	③	④

Hauptkonflikt: _____

Zweitwichtigster Konflikt: _____

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

Achse IV: Struktur

	gut	1.5	mäßig	2.5	gering	3.5	desin- tegriert	nicht beur- teilbar
1a Selbstwahrnehmung	①	○	②	○	③	○	④	⑨
1b Objektwahrnehmung	①	○	②	○	③	○	④	⑨
2a Selbstregulierung	①	○	②	○	③	○	④	⑨
2b Regulierung d. Objektbezugs	①	○	②	○	③	○	④	⑨
3a Kommunikation nach innen	①	○	②	○	③	○	④	⑨
3b Kommunikation nach aussen	①	○	②	○	③	○	④	⑨
4a Bindung an innere Objekte	①	○	②	○	③	○	④	⑨
4b Bindung an äussere Objekte	①	○	②	○	③	○	④	⑨
5 Struktur gesamt	①	○	②	○	③	○	④	⑨

GAF (Achse V):

Aktuelles Niveau:

GAF-Score:

GARF: Globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen

A. Problemlösen – Fertigkeiten beim Bewältigen von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Stress; Kommunikationsfertigkeiten; Fähigkeit zur Konfliktlösung.

GARF-Score:

B. Organisation – Einhaltung interpersoneller Rollen und Subsystemgrenzen; hierarchisches Funktionalisieren; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.

GARF-Score:

C. Emotionales Klima – Tonfall und Spielraum von Gefühlen; Qualität von Fürsorge, Empathie, Engagement und Bindung/Verpflichtung; Teilen von Werten; gegenseitige affektive Verantwortlichkeit, Respekt und Rücksicht; Qualität sexuellen Funktionierens.

GARF-Score:

Basisdokumentation Psychotherapeut/in

TherapeutIn-Code:.....

Ausgefüllt am.....

1. Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

2. Geburtsdatum

3. Grundausbildung	Abschlussjahr
Psychologiestudium (Universität) ☐	
Medizinstudium ☐	
anderes Uni-/ETH-Studium ☐	
HAP ☐	
andere Fachhochschule ☐	
anderes: ☐	

4. In welchen Therapierichtungen und bei welchen Instituten haben Sie Ihre Ausbildung(en) oder Zusatzausbildung(en) absolviert?

Bitte ziehen Sie die Liste A «Institute» auf Seite 3 sowie die Liste B „Therapieverfahren“ bei. Ist das Institut bzw. die Therapierichtung nicht auf der Liste, tragen Sie den entsprechenden Namen in das Feld „Institut“ bzw. „Therapieverfahren“ ein.

Institut (Liste-Nr. bzw. Bezeichnung)	Therapieverfahren (Liste-Nr. bzw. Bezeichnung)	Beginn der Ausbildung (Jahr)	Erfolgter Abschluss (Jahr)	Als Zusatz- ausbildung?
.....				☐
.....				☐
.....				☐
.....				☐
.....				☐
.....				☐

5. Wie oft führen Sie Psychotherapien durch?Stunden pro Woche

6. Wie oft führen Sie Beratungen oder Persönlichkeitsentwicklungstherapien ohne Störungen mit Krankheitswert durch?

.....Stunden pro Woche ☐ keine

7. Führen Sie gegenwärtig Lehrtherapien und Supervisionen (inklusive Kontrollanalysen) durch?
 Bitte ziehen Sie die Liste A «Institute» auf Seite 3 bei. Ist das Institut nicht auf der Liste, dann tragen Sie den entsprechenden Namen in das Feld „für Institut“ ein.

	für Institut (Nr. oder Bezeichnung)	seit (Jahr)	Std/Woche
Lehrtherapien			
Lehrtherapien			
Lehrtherapien			
Supervisionen			
Supervisionen			
Supervisionen			

8. Welches sind die wichtigsten Methoden nach denen Sie arbeiten und welchen Anteil machen diese an Ihrer gesamten therapeutischen Tätigkeit aus?

Bitte achten Sie darauf, dass die Prozentanteile in ihrer Summe 100% ergeben; für die Verfahren siehe Liste B «Therapieverfahren» auf Seite 3. Ist das Verfahren nicht auf der Liste, tragen Sie den entsprechenden Namen in das Feld „Verfahren“ ein.

	Verfahren (Nr. oder Bezeichnung)	ungefährer Anteil
Hauptmethode		 %
weitere in die Hauptmethode integrierte Techniken		 %
weitere in die Hauptmethode integrierte Techniken		 %
weitere in die Hauptmethode integrierte Techniken		 %
ganze Behandlungen mit anderen Methoden		 %
ganze Behandlungen mit anderen Methoden		 %
ganze Behandlungen mit anderen Methoden		 %

9. Wie gelangen die Klienten/innen zu Ihnen? Bitte geben Sie die ungefähre prozentuale Verteilung an?
 (Bitte achten Sie darauf, dass die Prozentanteile in ihrer Summe 100% ergeben)

.....% direkte Anfragen % von klinischen Institutionen
% ärztliche Überweisungen % durch Patientenempfehlung
% anderes

10. Wie lange dauern Ihre Therapien in der Regel? (Angaben in Monaten/ohne abgebrochene Therapien):
 (Falls weniger als einen Monat bitte 1 angeben)

minimale Dauer: längste Dauer:..... im Durchschnitt:.....

Liste A: Institute

1.	C. G. Jung-Institut Zürich
2.	Schweiz. Gesellschaft für Analytische Psychologie SGAP
3.	Institut für Psychoanalyse, Zürich - Kreuzlingen IfP
4.	Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie SVG
5.	Schweiz. Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT
6.	Institut für Integrative Körperpsychotherapie IBP
7.	Schweiz. Gesellschaft für Transaktionsanalyse SGTA
8.	Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Chur ILE
9.	Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK
10.	Internationales Institut für Biosynthese Forschung, Entwicklung , Ausbildung IIBS
11.	Institut für körperzentrierte Psychotherapie und Beratung IKP
12.	Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie SIKOP
13.	Institut für selbständige interdisziplinäre Studiengänge ISIS
14.	Schweiz. Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung SGGT
15.	Schweiz. Gesellschaft für Individualpsychologie nach Alfred Adler SGIPA
16.	Stiftung Szondi-Institut
17.	Schweiz. Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (Szondi)
18.	Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique EFAPO
19.	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit Düsseldorf EAG
20.	Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin IIPB
21.	Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg IGW
22.	Psychoanalytisches Seminar Zürich PSZ
23.	Daseinsanalytisches Seminar SGDA
24.	FG POP
25.	Ausbildungsinstitut für kognitive Therapie bzw. Verhaltenstherapie
26.	Ausbildungsinstitut für systemische Therapie
27.	Internationale Gesellschaft für existenzanalytische Psychotherapie IGEAP

Liste B: Therapieverfahren

1.	Psychoanalyse
2.	Psychoanalytische Therapie
3.	Analytische Therapie nach Jung
4.	Individualpsychologische Therapie nach Adler
5.	Schicksalsanalyse
6.	Transaktionsanalyse
7.	Daseinsanalyse
8.	Klienten-zentrierte Gesprächs-Psychotherapie
9.	Gestalttherapie
10.	Integrative Therapie (nach Petzold)
11.	Logotherapie, Existenzanalyse
12.	Körperorientierte Psychotherapie
13.	Kunst- & ausdrucksorientierte Psychotherapie
14.	Prozessorientierte Psychologie
15.	Kognitive Therapie, Verhaltenstherapie
16.	Systemische Therapie
17.	eklektisch, nicht bestimmbar

Stunden-Protokollbogen

Therapieverlauf

	Th	Pat
ID- Nummer		-

Gelbe Unterlagen (Informationsblätter, Fragebögen) sind für die PatientIn (*Pat*)

Grüne Unterlagen (Informationsblätter, Fragebögen) sind für die TherapeutIn (*Th*)

Tragen Sie nach jeder Sitzung das Datum ein

Sitzung	Datum	Was ist zu tun	erledigt
1.		Th: Datum des Erstkontaktes in die PatientInnenliste eintragen	☐
		Th: Einschlusskriterien überprüfen,	☐
		Th: falls erfüllt, Informationsblatt für PatientInnen abgeben	☐
2.		o Pat: Einverständniserklärung für PatientInnen unterschreiben	☐
		Th: Assessment-Termin mit der RaterIn vereinbaren	☐
		Th: Eintrag in der PatientInnenliste vervollständigen (3. bis 8. Spalte)	☐
3.		Th: Basisdokumentation Eintritt (BaDo Pat Eintritt) ausfüllen	☐
		Th: <u>BaDo Pat Eintritt und Einverständniserklärung für PatientInnen an die HAP verschicken</u>	☐
4.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
5.		o Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
		Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
6.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
7.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
8.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
9.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
10.		o Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
		Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
11.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
12.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
13.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
14.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
15.		o Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
		Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
16.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
17.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
18.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
19.		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
20.		o Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: Interventionslisten ausfüllen	☐
		Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐

Sitzung	Datum	Was ist zu tun	erledigt
21.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
22.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
23.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
24.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
25.		○ Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
		• Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
26.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
27.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
28.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
29.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
30.		○ Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
		• Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
31.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
32.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
33.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
34.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
35.		○ Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
		• Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
36.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
37.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
38.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
39.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
40.		○ Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
		• Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐
41.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
42.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
43.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
44.		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
45.		○ Pat: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: Interventionslisten ausfüllen _____	☐
		• Th: Fragebögen zur Prozessmessung ausfüllen	☐
		• Th: <u>Eigene Fragebögen und die des Pat. an die HAP verschicken</u>	☐

Abschluss der Therapie:

- Th: Assessment-Termin vereinbaren
- Th: Basisdokumentation Austritt (BaDo Pat Austritt) ausfüllen
- Th: Basisdokumentation und Stunden-Protokollbogen an die HAP verschicken

Basisdokumentation Patient/in Eintritt (BaDo Pat Eintritt)

ID- Nummer:	Th	-	Pat	Datum:
-------------	----	---	-----	--------

1. Datum des Erstgesprächs

2. Geschlecht ☐1 weiblich ☐2 männlich

3. Geburtsdatum

4. Zivilstand ☐1 ledig ☐2 verheiratet ☐3 getrennt/geschieden ☐4 verwitwet

5. Feste Partnerschaft ☐1 Nein ☐2 Ja

6. Anzahl Kinder

7. Alter des jüngsten Kindes

8. Alter des ältesten Kindes

9. Wohnsituation ☐1 vorwiegend allein ☐2 mit Partner/in ☐3 mit eigenen Kindern
(mehrere Antworten möglich) ☐4 mit der Herkunftsfamilie ☐5 mit anderen

10. Höchste abgeschlossene Schulbildung

☐1 unklar

☐2 ohne Abschluss

☐3 obligatorische Volksschule (Sekundarschule, usw.)

☐4 Lehre oder Berufsschule (Anlehre ist keine Berufslehre)

☐5 Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Lehrerseminar

☐6 höhere Fachschule, Fachhochschule

☐7 universitäre Hochschule

11. Arbeitssituation (mehrere Antworten möglich)

☐1 Vollzeit

☐2 Teilzeit

☐3 Hausarbeit in eigenem Haushalt

☐4 Krankgeschrieben

☐5 in Ausbildung

☐6 Arbeitslos

☐7 Rente

12. Aktuelle oder letzte berufliche Stellung

☐1 keine

☐2 selbständig

☐3 angestellt in leitender Funktion

☐4 angestellt in ausführender Funktion (z.B. Angestellter, Arbeiter)

13. Wichtige aktuelle körperliche Krankheiten

- ☐1 keine
- ☐2 HIV
- ☐3 Krebs
- ☐4 Hormonelle-, Ernährung- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Fettsucht)
- ☐5 Krankheiten des Nervensystems (z.B. multiple Sklerose, Epilepsie, Zerebralinfarkt)
- ☐6 Störungen des Auges oder des Ohres (z.B. Glaukom, Tinnitus)
- ☐7 Störungen des Kreislaufsystems od. der blutbildenden Organe (z.B. Hypertonie, Krankheiten der Milz)
- ☐8 Krankheiten der Atemwege (z.B. Asthma)
- ☐9 Krankheiten des Verdauungssystems (z.B. Ulcus, Lebererkrankungen)
- ☐10 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (z.B. Arthrose)
- ☐11 Nierenkrankheiten (z.B. Niereninsuffizienz)
- ☐12 Angeborene Missbildungen
- ☐13 Andere:

14. Welche Psychopharmaka nimmt der Patient/die Patientin zurzeit?

- ☐1 keine
- ☐2 Antidepressiva
- ☐3 Beruhigungsmittel
- ☐4 Schlafmittel
- ☐5 Stimulierende Med. (z.B. Ritalin)
- ☐6 Opioide zur Schmerzbehandlung
- ☐7 Opioide zur Suchtbehandlung (z.B. Methadon, Subutex usw.)
- ☐8 Neuroleptica zur Schmerzbehandlung
- ☐9 Neuroleptica zur Behandlung von psychischen Störungen
- ☐10 Anti-Craving bei Alkoholabhängigkeit (z.B. Campral)
- ☐11 Antikonvulsiva / Phasenprophylaktika

15. Beginn der psychischen Störung

In welchem Jahr begannen die psychischen Probleme, weshalb der/die Patient/in die aktuelle Psychotherapie in Anspruch nimmt?.....

16. Nahm der/die Patient/in in den letzten 2 Jahren eine oder mehrere psychologische oder psychiatrische Behandlungen in Anspruch?

- ☐1 keine psychologische bzw. psychiatrische Behandlungen
- ☐2 ambulante Psychotherapie
- ☐3 stationäre Psychotherapie
- ☐4 ambulante psychiatrische Behandlung
- ☐5 teilstationäre psychiatrische Behandlung
- ☐6 stationäre psychiatrische Behandlung

17. Geplante TherapiedauerMonate

18. Geplante Sitzungsfrequenz

ICD-10-Diagnosen	
19.	Hauptdiagnose:
20.	1. Nebendiagnose:
21.	2. Nebendiagnose:
22.	3. Nebendiagnose:

23. GAF-Wert (siehe Instruktionen)

Basisdokumentation Patient/in Austritt (BaDo Pat Austritt)

ID- Nummer:	Th	Pat	Datum:

1. Datum der letzten Therapiesitzung

2. Anzahl Therapiesitzungen

3. Dauer der SitzungenMin.

4. Durchschnittliche Frequenz

☐1 1 X pro Woche

☐2 mehrmals pro Woche, nämlich..... pro Woche

☐3 1 bis 2 X pro Monat

☐4 unregelmässig

☐5 andere:.....

5. Setting (mehrere Antworten möglich)

☐1 Einzeltherapie

☐2 Gruppentherapie

☐3 Paartherapie

☐4 Familientherapie

☐5 zusätzliche soziale Unterstützung
(Kontakte mit dem Arbeitgeber,
Behörden, usw.)

6. Art des Abschlusses

☐1 im gegenseitigen Einvernehmen

☐2 auf Initiative der Patientin, gegen Rat der Therapeutin

☐3 auf Initiative der Therapeutin

☐4 Suizid

☐5 Tod (ausser Suizid)

☐6 Keine Kostengutsprache der KK

7. Primär angewandte Methode (nur eine Angabe)

☐1 Psychoanalyse

☐2 Psychoanalytische Therapie

☐3 Analytische Therapie nach Jung

☐4 Individualpsychologische Therapie nach Adler

☐5 Schicksalsanalyse

☐6 Transaktionsanalyse

☐7 Daseinsanalyse

☐8 Klienten-zentrierte Psychotherapie

☐9 Gestalttherapie

☐10 Integrative Therapie

☐11 Logotherapie, Existenzanalyse

☐12 Körperorientierte Psychotherapie

☐13 Kunst- & ausdrucksorientierte Psychotherapie

☐14 Kognitive Therapie, Verhaltenstherapie

☐15 Systemische Therapie

☐16 andere:

☐17 eklektisch, nicht bestimmbar

8. Andere angewandten Methoden

☐1 Psychoanalytische Therapie

☐2 Analytische Therapie nach Jung

☐3 Individualpsychologische Therapie nach Adler

☐4 Schicksalsanalyse

☐5 Transaktionsanalyse

☐6 Daseinsanalyse

☐7 Klienten-zentrierte Psychotherapie

☐8 Gestalttherapie

☐9 Integrative Therapie

☐10 Logotherapie, Existenzanalyse

☐11 Körperorientierte Psychotherapie

☐12 Kunst- & ausdrucksorientierte Psychotherapie

☐13 Kognitive Therapie, Verhaltenstherapie

☐14 Systemische Therapie

☐15 andere:

9. Begleitende medikamentöse Behandlung

- ☐1 keine
- ☐2 Antidepressiva
- ☐3 Beruhigungsmittel
- ☐4 Schlafmittel
- ☐5 Stimulierende Med. (z.B. Ritalin)
- ☐6 Opioiden zur Schmerzbehandlung
- ☐7 Opioiden zur Suchtbehandlung (z.B. Methadon, Subutex usw.)
- ☐8 Neuroleptica zur Schmerzbehandlung
- ☐9 Neuroleptica zur Behandlung von psychischen Störungen
- ☐10 Anti-Craving bei Alkoholabhängigkeit (z.B. Campral)
- ☐11 Antikonvulsiva / Phasenprophylaktika

10. Stationären Behandlungen im Zeitraum der Psychotherapie

- ☐1 keine
- ☐2 stationär somatisch
- ☐3 stationär psychiatrisch

11. Finanzierung der Therapie (mehrere Antworten möglich)

- ☐1 Patient/in selbst
- ☐2 Krankenkasse, Grundversicherung
- ☐3 Krankenkasse, Zusatzversicherung
- ☐4 andere:.....

15. Handelte es sich um eine delegierte Psychotherapie?

- ☐1 nein
- ☐2 ja

Soziale Situation bei Austritt:

12. Feste Partnerschaft

- ☐1 ja
- ☐2 nein

13. Arbeitssituation (mehrere Antworten möglich)

- ☐1 Vollzeit
- ☐2 Teilzeit
- ☐3 Hausarbeit in eigenem Haushalt
- ☐4 Krankgeschrieben
- ☐5 in Ausbildung
- ☐6 Arbeitslos
- ☐7 Rente

14. Wohnsituation (mehrere Antworten möglich)

- ☐1 vorwiegend allein
- ☐2 mit Partner/in
- ☐3 mit eigenen Kindern
- ☐4 mit der Herkunftsfamilie
- ☐5 mit anderen

Prozessmessung TherapeutIn Nach jeder 5. Sitzung	Th	Pat	Sitzungsnr.:
	ID- Nummer:	-	Datum:

Helping Alliance Questionnaire Fremdeinschätzung

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrer PatientIn anhand der unten aufgeführten Aspekte ein.

Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- ☐ Nein, ich halte dies für **sehr unzutreffend**
- ☐ Nein, ich halte dies für **unzutreffend**
- ☐ Nein, ich halte dies für **wahrscheinlich unzutreffend** bzw. für eher unzutreffend als zutreffend
- ☐ Ja, ich halte dies für **wahrscheinlich zutreffend** bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend
- ☐ Ja, ich halte dies für **zutreffend**
- ☐ Ja, ich halte dies für **sehr zutreffend**

	sehr unzu- treffend	unzu- treffend	wahrsch. unzu- treffend	wahrsch. zu treffend	zu treffend	sehr zu- treffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich meiner Patientin helfen kann.						
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meiner Patientin hilft.						
3. Ich habe den Eindruck, dass meine Patientin einige neue Einsichten gewonnen hat.						
4. Ich habe den Eindruck, dass sich meine Patientin seit kurzem besser fühlt						
5. Ich habe den Eindruck, dass meine Patientin vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer sie in Behandlung ist.						
6. Ich habe den Eindruck, dass sich meine Patientin auf mich verlässt.						
7. Ich habe den Eindruck, dass sich meine Patientin von mir verstanden fühlt.						
8. Ich habe den Eindruck, dass meine Patientin von mir glaubt, dass ich mich für die Erreichung ihrer Ziele einsetze.						
9. Ich habe den Eindruck, dass meine Patientin mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang zieht.						
10. Ich habe den Eindruck, dass meine Patientin ihre Probleme ähnlich wie ich sieht und beurteilt.						
11. Ich glaube, dass meine Patientin sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit ihren Problemen auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn sie mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).						

Zusammenfassung der Situation während der letzten 5 Sitzungen:

A. Aktive Teilnahme

1. Aus meiner Sicht hat der Patient / die Patientin zu % die Gestaltung des Therapieverlaufs bestimmt.
2. Ich selbst habe den Therapieverlauf zu % bestimmt.
3. Andere Faktoren (z.B. Erstattungspraxis der KK) haben zu % den Verlauf des Therapieprozesses bestimmt.

B. Allegianz

4. Für diese(n) Patientin / Patienten glaube ich, dass die von mir zur Anwendung gebrachten Methode(n)

1

 absolut
nicht

2

 nicht gut

3

 nicht beson-
ders gut

4

 weder gut
noch
schlecht

5

 gut

6

 sehr gut

7

 maximal
geeignet ist / sind.

C. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

	gar nicht	sehr
5. Diesem Patienten / dieser Patientin gegenüber hatte ich das Gefühl, dass ich zuverlässig war.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Diesem Patienten / dieser Patientin gegenüber hatte ich das Gefühl, dass ich einfühlsam war.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Diesem Patienten / dieser Patientin gegenüber hatte ich das Gefühl, dass ich seine / ihre Probleme verstanden habe.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. Diesem Patienten / dieser Patientin gegenüber hatte ich das Gefühl, dass ich ihm / ihr bei seinen / ihren Problemen helfen konnte.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Mein Patient / meine Patientin hat mir zu verstehen gegeben, dass unsere Arbeit ihm / ihr zu neuen Einsichten, Kompetenzen, Hoffnungen verholfen hat.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Prozessmessung PatientIn Nach jeder 5. Sitzung	Th	Pat	Sitzungsnr.:
	ID- Nummer:	-	Datum:

Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand Ihrer psychotherapeutischen Behandlung?

Vorgehensweise:

Trifft eine Aussage ganz genau auf Sie zu, so kreuzen Sie bitte das rechte äussere Kästchen an.

Trifft eine Aussage eher auf Sie zu, so machen Sie Ihr Kreuz in das zweite oder dritte Kästchen von rechts.

Bei Aussagen, die für Sie überhaupt nicht bzw. eher nicht zutreffen, kreuzen Sie sinngemäss links an.

trifft überhaupt
nicht zu

trifft voll
und ganz zu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒
☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐

trifft überhaupt
nicht zu

trifft voll
und ganz zu

- | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ich glaube, dass meine TherapeutIn mir hilft. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 2. Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 4. Seit kurzem fühle ich mich besser. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 6. Ich habe das Gefühl, mich auf die TherapeutIn verlassen zu können. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 7. Ich habe das Gefühl, dass die TherapeutIn mich versteht. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 8. Ich habe das Gefühl, dass die TherapeutIn möchte, dass ich meine Ziele erreiche. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch die TherapeutIn ernsthaft an einem Strang ziehen. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 10. Ich glaube, dass ich und meine TherapeutIn meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen. | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |
| 11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit der TherapeutIn keine weiteren Gespräche mehr habe). | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 |

Durch einen Rückblick über die vergangene Woche einschliesslich des heutigen Tages geben Sie bitte an, wie Sie sich fühlen. Lesen Sie jede Zeile genau und markieren Sie das Kästchen, das Ihren gegenwärtigen Zustand am besten beschreibt. In diesem Fragebogen ist die Arbeit definiert als Beschäftigung, Schule, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit, usw.

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
1) Ich bin verträglich.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2) Ich werde schnell müde.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3) Ich bin lustlos.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4) Die Arbeit/Schule strengt mich an.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5) Ich mache mir Vorwürfe.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6) Ich bin gereizt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7) Ich bin in meiner Ehe/Partnerbeziehung unglücklich.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8) Ich habe daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9) Ich fühle mich schwach.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10) Ich habe Angst.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11) Wenn ich am Abend viel getrunken habe, brauche ich am nächsten Morgen Alkohol, um auf die Beine zu kommen. (Falls Sie keinen Alkohol zu sich nehmen, kreuzen Sie "nie" an.)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12) Ich finde meine Arbeit/meine Ausbildung befriedigend.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13) Ich habe ein glückliches Naturell.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14) Ich arbeite/lerne zu viel.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15) Ich fühle mich wertlos.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16) Meine Familie macht mir Sorgen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17) Mein sexuelles Leben ist unbefriedigend.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18) Ich bin einsam.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19) Ich streite mich häufig.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20) Ich weiß, ich werde geliebt und geschätzt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
21) Ich genieße meine Freizeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
22) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
23) Die Zukunft sieht hoffnungslos aus.	0	1	2	3	4
24) Ich kann mich selbst gut leiden.	0	1	2	3	4
25) Beunruhigende Gedanken verfolgen mich.	0	1	2	3	4
26) Ich ärgere mich über Leute, die mein Trinken (meine Drogen) kritisieren (Wenn nicht zutreffend, "nie" markieren).	0	1	2	3	4
27) Mir ist übel.	0	1	2	3	4
28) Ich kann nicht mehr so gut wie früher arbeiten/lernen.	0	1	2	3	4
29) Ich habe Herzklopfen.	0	1	2	3	4
30) Mir fällt es schwer, mich mit meinen Freunden und Bekannten zu vertragen.	0	1	2	3	4
31) Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	0	1	2	3	4
32) Ich habe wegen meiner Trink- oder Drogensucht Schwierigkeiten bei der Arbeit/in der Schule (Wenn nicht zutreffend, "nie" markieren.)	0	1	2	3	4
33) Ich habe das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.	0	1	2	3	4
34) Ich habe Muskelschmerzen.	0	1	2	3	4
35) Ich fürchte mich vor freien Räumen, vor dem Autofahren, vor Bus- oder U-Bahnfahrten usw.	0	1	2	3	4
36) Ich bin nervös.	0	1	2	3	4
37) Mein Liebesleben ist vollkommen und zufrieden stellend.	0	1	2	3	4
38) Ich fürchte, ich bin nicht gut bei der Arbeit/in der Schule.	0	1	2	3	4
39) Ich habe zu viele Scherereien bei der Arbeit/in der Schule.	0	1	2	3	4
40) Ich glaube, mit meinem Kopf ist etwas nicht in Ordnung.	0	1	2	3	4
41) Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen.	0	1	2	3	4
42) Ich bin niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
43) Mein Verhältnis zu anderen befriedigt mich.	0	1	2	3	4
44) Ich bin so ärgerlich, dass ich etwas Bedauerliches tun könnte.	0	1	2	3	4
45) Ich habe Kopfweh.	0	1	2	3	4

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1.	Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
2.	Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
3.	Heute habe ich in der Therapie schmerzhaft Gefühle erlebt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
4.	Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte Fragebogen falten und ins beiliegende Couvert stecken; Couvert verschliessen.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.