

**Therapeut*innen- und Patient*innenverhalten in der
psychotherapeutischen Sitzung –
Erfassung, Förderung und Bedeutung für den Behandlungserfolg**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.,

vorgelegt dem Fachbereich 02 – Sozialwissenschaften, Medien und Sport
der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

von
Lisa Marie Maiwald, M.Sc.,
aus Göttingen

Mainz 2019

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	v
Zusammenfassung.....	1
Abstract	3
Kapitel I: Allgemeine Einleitung	5
1 Prozess-Ergebnis-Forschung in der Psychotherapie	5
2 Therapeutinnen- und Therapeutenverhalten in der psychotherapeutischen Sitzung.....	6
2.1 Behandlungsintegrität	6
2.1.1 Psychotherapeutische Adhärenz.....	7
2.1.2 Psychotherapeutische Kompetenz.....	7
2.2 Erfassung der Behandlungsintegrität	8
2.3 Bedeutung der Behandlungsintegrität für das Behandlungsergebnis.....	14
3 Patientinnen- und Patientenverhalten in der psychotherapeutischen Sitzung.....	16
3.1 Interpersonelles Verhalten.....	17
3.2 Erfassung des interpersonellen Verhaltens	18
3.3 Bedeutung des interpersonellen Verhaltens für das Behandlungsergebnis.....	21
4 Psychotherapeutische Allianz	23
4.1 Erfassung der psychotherapeutischen Allianz.....	23
4.2 Bedeutung der psychotherapeutischen Allianz für das Behandlungsergebnis.....	25
5 Förderung des erfolgbegünstigenden Therapieverhaltens.....	26
5.1 Supervision.....	26
5.1.1 Supervisionsmodelle	27
5.1.2 Bestandteile erfolgreicher Supervision	29
5.1.3 Effekte von Supervision	32
5.2 Kompetenz-Feedback.....	35
6 Zusammenfassung und Erläuterung des Promotionsvorhabens.....	37
Kapitel II: Therapeut*innen und Patient*innenverhalten bei expositionsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie	41
1 Introduction	41
2 Method	44
2.1 Procedure.....	44
2.1.1 Main study.....	44

2.1.2 Current Study	44
2.2 Participants	45
2.2.1 Patients	45
2.2.2 Therapists	45
2.2.3 Raters	45
2.3 Treatment	46
2.4 Rater Assessments	46
2.4.1 Therapist Adherence	46
2.4.2 Therapist Competence	47
2.4.3 Therapeutic alliance	47
2.4.4 Interpersonal behavior	48
2.5 Measures of outcome	48
2.6 Statistical analyses	48
2.6.1 Dropout	49
2.6.2 Classification of treatment outcome	49
2.6.3 Preliminary analysis and process-outcome relationship	50
3 Results	50
4 Discussion	54
5 Conclusion	57
Kapitel III: Erfolgreiche Supervision in der Psychotherapieausbildung	58
1 Einleitung	58
2 Methode	60
2.1 Vorgehen	60
2.2 Stichproben	60
2.2.1 Supervisor*innen	60
2.2.2 Supervisand*innen	61
2.3 Leitfadeninterviews	61
2.4 Datenauswertung	61
3 Ergebnisse	62
3.1 Merkmale der Supervisor*innen	65
3.1.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	65
3.1.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	65
3.2 Merkmale der Supervisand*innen	66
3.2.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	66
3.2.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	66

3.3 Tragfähige Supervisionsbeziehung	67
3.4 Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen	67
3.4.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	67
3.4.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen	68
4 Diskussion	68
4.1 Strukturierte, vorbereitete Supervision	68
4.2 Interpersonell effektive Supervision	69
4.3 Erfolgversprechende Supervisionsmethoden	70
4.4 Kompetenzförderung	71
4.5 Limitationen und Ausblick	71
Kapitel IV: Auswirkungen eines Kompetenz-Feedbacks auf psychotherapeutische	
Behandlungen	73
1 Einleitung	73
2 Methode	76
2.1 Stichprobe	76
2.2 Studiendesign	77
2.3 Instrumente	77
3.3.1 Interviewleitfaden	77
2.3.2 Cognitive Therapy Scale (CTS; Young & Beck, 1980)	78
2.4 Datenanalyse	78
3 Ergebnisse	79
3.1 K1 Erwartungen an das Feedback	82
3.2 K2 Wahrnehmung des Feedbacks	82
3.3 K3 Verarbeitung und Umgang mit Feedback	83
3.4 K4 Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback	84
3.5 K5 Verbesserungswünsche	86
4 Diskussion	87
4.1 Umgang des Therapeuten mit dem Feedback	87
4.2 Einfluss auf die Behandlung	88
4.3 Limitationen der Studie	90
Kapitel V: Allgemeine Diskussion	92
1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand ..	92
2 Limitationen der Arbeit	102
3 Praktische Relevanz und Ausblick	105

Literatur	110
Anhang	136

Tabellenverzeichnis

Kapitel I

Tabelle I-1	<i>Messinstrumente zur Erhebung der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz.....</i>	13
-------------	---	----

Kapitel II

Table II-1	<i>Descriptive statistics of the process variables (N = 26) and outcome variables and Cohen's d for completers' outcome mean differences.....</i>	51
Table II-2	<i>Pearson correlation coefficients and point-biserial correlations coefficients between process measures and the dichotomous outcome variable.....</i>	53

Kapitel III

Tabelle III-1	<i>Voraussetzungen und Effekte erfolgreicher Supervision.....</i>	63
---------------	---	----

Kapitel IV

Tabelle IV-1	<i>Kategoriensystem.....</i>	80
--------------	------------------------------	----

Zusammenfassung

Der interaktionelle Charakter der Psychotherapie wird durch das Wechselspiel zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und ihrem Gegenüber, den Patientinnen und Patienten, bestimmt. Das Verhalten beider Parteien in der Therapiesitzung hat bedeutsame Auswirkungen auf das Ergebnis der Therapie. Damit Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Nutzen aus der Therapie ziehen können, ist es daher sinnvoll, Verhaltensweisen der Beteiligten zu fördern, die die Therapie begünstigen. Obwohl zahlreiche Studien über diese Thematik vorliegen, sind die genauen Zusammenhänge zwischen dem Verhalten in der Sitzung und dem Therapieerfolg noch weitgehend ungeklärt. Die Befundlage ist durch Inkonsistenzen und methodische Heterogenität gekennzeichnet.

Im Bestreben, die Therapie zu verbessern, werden geeignete Fördermaßnahmen gesucht. Es zeigt sich ein Bedarf an weiterer systematischer Forschung auf diesem Gebiet. Auch die Studienlage im Bereich der Supervision weist Lücken auf, obwohl es sich hierbei um eine der etablierten Therapiefördermaßnahmen handelt. Das Feedback zu psychotherapeutischen Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten ist eine weitere vielversprechende Maßnahme und wurde bislang kaum erforscht. Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Aufklärung der Inkonsistenzen, die im Rahmen der Prozess-Ergebnis-Forschung bestehen, zu leisten. Außerdem soll die lückenhafte bzw. spärliche Befundlage zu Supervision und Kompetenz-Feedback ergänzt werden, um zu einem besseren Verständnis der Effektivität dieser beiden Methoden beizutragen.

In einem Therapiesetting, das aufgrund des wenig kontrollierten Untersuchungsdesigns Behandlungen unter Routinebedingungen ähnelte, wurde der Zusammenhang von therapeutischer Adhärenz, Kompetenz und Allianz sowie interpersonellem Patientinnen- und Patientenverhalten mit dem Therapieergebnis bei der expositionsbasierten kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie untersucht. Die Stichprobe umfasste 26 Patientinnen und Patienten. Die Einschätzung des Verhaltens aller Beteiligten in der Therapie erfolgte durch zwei unabhängige Beurteilende mittels umfangreicher reliabler Messinstrumente. Das interpersonelle Verhalten der Patientinnen und Patienten hing signifikant mit dem Behandlungsergebnis sechs Monate nach Therapieabschluss zusammen ($r = 0.49$). Für das interpersonelle Verhalten unmittelbar nach Abschluss der Behandlung, die therapeutische Kompetenz, Adhärenz und Allianz ergaben sich jedoch keine signifikanten Korrelationen mit dem Therapieerfolg.

In zwei explorativ-qualitativen Studien wurden Befragungen zu den Erfahrungen mit Supervision und Kompetenz-Feedback durchgeführt. In der Supervisionsstudie wurden zehn Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten sowie elf Supervisorinnen und Supervisoren mit halbstrukturierten Leitfäden zu den Faktoren erfolgreicher Supervision interviewt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Als Voraussetzungen für den Erfolg von Supervision wurden bestimmte Merkmale der Beteiligten (z.B. hohe interpersonelle Kompetenz, strukturierendes Verhalten), eine tragfähige Supervisionsbeziehung (z.B. vertrauensvolle Atmosphäre) sowie hilfreiche Methoden (z.B. Videoanalyse) genannt. Die Effekte hilfreicher Supervision wurden vorwiegend in der Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen gesehen. Die zweite qualitative Studie untersuchte den Umgang mit mehrmaligem Kompetenz-Feedback sowie dessen wahrgenommene Auswirkungen aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten. Dazu wurden elf Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens befragt. Die Befragten gaben an, das Feedback als hilfreich und wirksam zur Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen erlebt zu haben. Es wurde von Bemühungen berichtet, die rückgemeldeten Hinweise umzusetzen.

Die Ergebnisse der Studien mit zugehörigen praktischen Implikationen sowie Perspektiven für zukünftige Forschung werden diskutiert und in den Forschungszusammenhang eingeordnet. Die Ergebnisse legen nahe, dass dem interpersonellen Verhalten, das Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten in der Therapiesitzung zeigen, besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Im Rahmen der therapiebegleitenden Supervision sollten die Interaktionen in der Sitzung stärker fokussiert und die Förderung des interpersonellen Verhaltens auf beiden Seiten unterstützt werden. Eine weitere vielversprechende Möglichkeit zur Erhöhung der Effektivität von Supervision könnte die Integration von Kompetenz-Feedback darstellen.

Abstract

Both therapists and patients determine the interactional nature of psychotherapy. The behavior of both parties in the therapy session substantially affects the outcome. Consequently, the enhancement of favourable in-session behavior from therapists and their patients is of fundamental importance to ensuring the highest possible level of success for the patient. Although numerous previous studies have already been conducted on this issue, the actual correlation between in-session behavior and therapeutic success remains vague. The current state of research is obscured by inconsistencies and methodological heterogeneity.

Effective support measures are currently being considered to improve therapy, and there is a need for further systematic research in this field. Even studies in the area of supervision, one of the most established support measures, exhibit some deficiencies. Competence feedback for therapists is another promising method which has so far rarely been investigated. Thus, the objective of the present dissertation is to shed light on the existing inconsistencies in process-outcome research. Furthermore, it aims to supplement the limited information from previous research in the field of supervision and competence feedback, so as to provide a better understanding of the methods' effectiveness.

In a therapy setting that is similar to the clinical realities of routine treatment settings, due to the low-control therapy conditions, we investigated the relationships between therapists' competence, adherence, the patient's interpersonal behaviour, and therapeutic alliance, and the outcome of exposure-based cognitive-behavioral therapy for panic disorders with agoraphobia. The sample comprised 26 patients. Two independent raters evaluated the in-session behavior of the therapists and patients, using comprehensive and reliable measuring instruments. Patient interpersonal behavior was found to be significantly associated with the outcome at six-month follow-up ($r = 0.49$). However, a direct and significant correlation between interpersonal behavior at posttreatment, therapist competence, adherence, and therapeutic alliance with the therapy outcome, was not established.

Two qualitative studies explored the experiences with supervision and competence feedback. In the supervision study, ten therapists in training and eleven supervisors were interviewed concerning the determining factors and effects of successful supervision, employing semi-structured guidelines. Data were analyzed according to the qualitative content analysis established by Mayring (2015). Various measures of the people involved (e.g. high interpersonal competence, structuring behavior), a strong supervisory alliance (e.g. trusting atmosphere), and useful methods (e.g. video analysis), were identified as responsible for high

supervision quality. The interviewees regarded the helpful effects of supervision as mainly enhancing the therapists' competence. The aim of the second qualitative study was to explore the therapists' response to multiple competence feedback and its perceived impact. Eleven therapists in training were interviewed, using a semi-structured interview guide. The participants indicated that they perceived the feedback as helpful and effective in improving the therapist competence. They reported on their efforts to implement the content of feedback in their own endeavours.

The last section of the dissertation discusses the findings and practical implications of the studies, and presents suggestions for future research. The findings indicate a need to pay particular attention to the in-session interpersonal behaviour of both patients and therapists. Supervision should focus more strongly on the interactions between patients and therapists within the therapy session, and should support the bilateral enhancement of their interpersonal behavior. A further promising opportunity for increasing the effectiveness of supervision might entail the integration of competence feedback.

Kapitel I:

Allgemeine Einleitung

1 Prozess-Ergebnis-Forschung in der Psychotherapie

Ein bis heute einflussreiches Modell zur Beschreibung der Funktionsweise von Psychotherapie ist das Generische Modell der Psychotherapie (Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse der Prozess-Ergebnis-Forschung mehrerer Jahrzehnte beschreibt das Modell das komplexe Zusammenspiel zwischen Merkmalen der Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Patientinnen bzw. Patienten im psychotherapeutischen Prozess. Neben Input- und Outputvariablen, die die Einflüsse auf den therapeutischen Prozess (z.B. Charakteristika der Beteiligten) sowie dessen Auswirkungen (z.B. behaviorale, emotionale und kognitive Veränderungen) beschreiben, werden sechs Prozessvariablen unterschieden: (1) die formale Beziehung (engl. *therapeutic contract*; z.B. Verständigung über Setting, Dauer, Frequenz, die Rolle von Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient, Erwartungen, Ziele, Therapierationale), (2) die therapeutischen Handlungen (engl. *therapeutic operations*; z.B. technische Interventionen der Behandelnden, Problempräsentation und Kooperation der Patientinnen oder Patienten), (3) die informelle Beziehung (engl. *therapeutic bond*; z.B. interpersonales Verhalten, Rollenverhalten, Zusammenarbeit der Beteiligten), (4) Selbstbezogenheit (engl. *participant self-relatedness*, Aufnahmebereitschaft, Offenheit, Selbstaufmerksamkeit, Selbstbewusstsein, Selbstregulation der Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten), (5) unmittelbare kurzfristige, positive und negative Einflüsse der Therapiesitzung (engl. *in-session impacts*; z.B. Einsicht oder Verwirrung bei Patientinnen und Patienten, Selbstwirksamkeit oder Frustration bei Therapeutinnen und Therapeuten) und (6) zeitliche Muster (engl. *temporal patterns*; Sitzungsentwicklung, Veränderung über die Behandlungsphasen und den gesamten Behandlungsverlauf hinweg). Wie anhand der genannten Beispiele deutlich wird umfassen alle Prozessvariablen dabei sowohl Therapeutinnen- und Therapeuten- als auch Patientinnen- und Patientenmerkmale und betonen dadurch die gemeinsame Verantwortlichkeit für die Gestaltung des Therapieprozesses. Postulierte Zusammenhänge zwischen den Prozess- und Outputvariablen betonen darüber hinaus die als bedeutsam angenommene Rolle der Beteiligten für das Behandlungsergebnis.

Diese grundsätzlichen Annahmen liefern auch den Rahmen für die vorliegende Arbeit, in der das Verhalten sowohl der Therapeutinnen bzw. Therapeuten als auch der Patientinnen und

Patienten innerhalb der psychotherapeutischen Sitzung im Fokus steht. Von zentralem Interesse ist dabei die Relevanz des Verhaltens für das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen sowie die Möglichkeit der Förderung der Verhaltensweisen, die in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg stehen. Im Folgenden werden zunächst der theoretische Hintergrund und der Stand der Forschung dargestellt. Anschließend wird das daraus abgeleitete Promotionsvorhaben erläutert. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen drei Studien, die zur Ergänzung der bisherigen Befundlage durchgeführt wurden und deren Ergebnisse abschließend zusammenfasst und diskutiert werden.

2 Therapeutinnen- und Therapeutenverhalten in der psychotherapeutischen Sitzung

2.1 Behandlungsintegrität

Bei der Frage nach ergebnisrelevantem Verhalten der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten innerhalb der Sitzung kann das Konzept der Behandlungsintegrität (Sechrest & Redner, 1979; Sechrest, West, Phillips, Redner & Yeaton, 1979) einen hilfreichen Rahmen bieten. Die Autoren verstehen unter Behandlungsintegrität das Ausmaß, in dem die Behandlung so wie intendiert durchgeführt wird. Es werden Interaktionen zwischen der Integrität und der Effektivität der Behandlung angenommen und beschrieben (Yeaton & Sechrest, 1981). Nach Waltz, Addis, Koerner und Jacobson (1993) wird die Behandlungsintegrität über die Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf das Behandlungsprotokoll sowie den Grad an Kompetenz, mit dem Interventionen durchgeführt werden, erfasst. Ein weitere Bestandteil ist die Differenzierbarkeit einer Behandlung von anderen Behandlungsformen. Therapeutische Adhärenz wird als das Ausmaß beschrieben, in dem Therapeutinnen und Therapeuten die Interventionen des Behandlungsmanuals anwenden. Unter Kompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten wird das Niveau an Fertigkeiten verstanden, das bei der Durchführung der Behandlung gezeigt wird. Fertigkeiten werden hierbei als das Ausmaß definiert, in dem die Therapeutinnen und Therapeuten die relevanten Kontextfaktoren der Therapie berücksichtigen und angemessen darauf reagieren. Waltz et al. (1993) weisen darauf hin, dass Kompetenz in ihrer Definition Adhärenz voraussetzt, Adhärenz jedoch nicht zwangsläufig kompetentes Verhalten beinhaltet. Trotz des bestehenden engen konzeptionellen Bezugs und hoher empirischer Korrelationen (z.B. Barber et al., 2006; Barber Triffleman & Marmar, 2007; Crits-Christoph et al., 1999; Weck, Bohn, Ginzburg & Stangier, 2011a; Weck, Grikscheit et al, 2016) finden sich jedoch

auch Befunde, wie die von Ginzburg et al. (2012), die für eine voneinander unabhängige Erfassung der Verhaltensmerkmale sprechen. In der Studie zeigten sich bei einer gefundenen hohen Korrelation zwischen Adhärenz und Kompetenz ($r = 0.69$) dennoch unterschiedliche prädiktive Werte für das Behandlungsergebnis (Kompetenz: $r = 0.79$, Adhärenz: $r = 0.02$).

2.1.1 Psychotherapeutische Adhärenz

Eng verknüpft mit der therapeutischen Adhärenz und erforderlich für den Vergleich und die Evaluation unterschiedlicher Behandlungsansätze ist die Differenzierbarkeit einer Behandlung von anderen Behandlungsformen. Waltz et al. (1993) schlagen im Hinblick auf die Erfassung der Unterscheidbarkeit einer Therapieform vier Maße bei der Erhebung von Adhärenz vor. Es sollten Verhaltensweisen der Therapeutinnen und Therapeuten umfasst sein, die wesentliche Alleinstellungsmerkmale des Behandlungsansatzes darstellen. Diese für die eine Behandlung spezifischen und essentiellen (engl. *unique and essential*) therapeutischen Verhaltensweisen, wie die Vergabe von Hausaufgaben in der Verhaltenstherapie, sollten in anderen beispielsweise psychodynamischen Behandlungsformen nicht auffindbar sein. Weiter sei es zentral, Verhalten zu erfassen, das zwar essentiell für den spezifischen Behandlungsansatz ist, jedoch auch in anderen Behandlungen vorkommen kann (engl. *essential but not unique*). So ist das Aufstellen von Behandlungszielen ein wesentliches Merkmal der Verhaltenstherapie, erfolgt jedoch auch in psychodynamischer Behandlung. Das dritte empfohlene Adhärenz-Maß erhebt therapeutische Verhaltensweisen, die mit der Behandlungsmodalität vereinbar, für sie jedoch weder erforderlich noch spezifisch sind (engl. *acceptable but not necessary*, z.B. Paraphrasieren in der Verhaltenstherapie sowie psychodynamischen Therapie). Zuletzt sollte erfasst werden, ob und inwiefern Verhaltensweisen gezeigt werden, die als unzulässig für die Behandlungsform eingestuft würden (engl. *proscribed*), wie beispielsweise die Anwendung des der psychodynamischen Therapie spezifischen Interpretierens von Widerständen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung.

2.1.2 Psychotherapeutische Kompetenz

In der vorliegenden Arbeit wird psychotherapeutische Kompetenz in Übereinstimmung mit der oben aufgeführten Definition nach Waltz et al. (1993) als Durchführungskompetenz innerhalb der Therapiesitzung angesehen. Demnach dient die Begrifflichkeit nicht der globalen Beschreibung allgemeiner, universeller therapeutischer Kompetenz, sondern definiert gezielt die Kompetenz bei der Durchführung von Interventionen eines bestimmten

Behandlungsansatzes. So kommt es in Abhängigkeit einer bestimmten Behandlungsform auf die spezifischen Verhaltensweisen an, die Therapeutinnen und Therapeuten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Situation innerhalb der Sitzung zeigen (Sharpless & Barber, 2009). Bestimmte Verhaltensweisen und Fertigkeiten können in einem Therapieansatz als kompetent gelten, während sie im Rahmen einer anderen Behandlungsform als wenig kompetent eingeschätzt würden (Sharpless & Barber, 2009; Waltz et al., 1993). Zu den bei Waltz et al. (1993) betonten zu berücksichtigenden Faktoren des Behandlungskontextes zählen beispielsweise der Grad der Beeinträchtigung, die Lebensumstände und spezifische Problematik der Patientinnen und Patienten sowie die Therapiephase, das Ausmaß der erreichten Verbesserung der Symptomatik und die Wahl eines angemessenen Zeitpunkts für die Interventionen. Die Kontextabhängigkeit von Kompetenz, vor allem im Gegensatz zur Kontextungebundenheit von Adhärenz, wird auch von Barber, Sharpless, Klostermann und McCarthy (2007) als bedeutsam aufgeführt und erfordere Angemessenheitsgefühl, Reaktionsfähigkeit, gutes Urteilsvermögen und klinischen Scharfsinn.

2.2 Erfassung der Behandlungsintegrität

Die Berücksichtigung der Behandlungsintegrität ist für die valide Beurteilung von Befunden zur Effektivität einer Intervention oder Therapieform wesentlich (Vermilyea, Barlow & O'Brien, 1984; Staats, Bär & Linden, 2003). So sind Ergebnisse von Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit von Therapien schwierig zu interpretieren, wenn die Behandlung nicht wie geplant durchgeführt oder erhalten wurde. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass Studien, die den Erfolg von Therapien untersuchen, gewährleisten, dass die Behandlung wie vorgesehen erfolgt (Perepletchikova & Kazdin, 2005). Die Erfassung der Behandlungsintegrität eignet sich zur Bestimmung des Ausmaßes des Gelingens der jeweiligen Manipulation der Behandlung (Waltz et al., 1993).

Dies kann indirekt über Selbsteinschätzung sowie direkt über Fremdbeurteilung erfolgen (Weck et al., 2011). Weck et al. (2011) weisen darauf hin, dass Einschätzungen der eigenen Adhärenz durch Therapeutinnen und Therapeuten durch Beurteilungen unabhängiger Dritter ergänzt werden sollten, um das Risiko der Selbstüberschätzung zu reduzieren. Hinweise auf die Tendenz, die eigene Adhärenz zu überschätzen, zeigten sich in einer Untersuchung von Wickstrom, Jones, LaFleur und Witt (1998), in der das selbst eingeschätzte Ausmaß an Adhärenz mit 54% deutlich über dem mit 4% eingeschätzten Ausmaß durch unabhängige Personen lag. Damit übereinstimmend fielen in einer Studie von Martino, Ball, Nich,

Frankforter und Carroll (2009) die Adhärenzbeurteilungen von Therapeutinnen und Therapeuten höher aus als die Einschätzungen durch Supervisorinnen und Supervisoren und unabhängige Beobachterinnen und Beobachter. Die größte Diskrepanz zeigte sich hier zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten und den Beobachterinnen und Beobachtern. Auch für therapeutische Kompetenz zeigten sich nur geringe Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen (z.B. Chevron & Rounsaville, 1983; Martino et al., 2009; Weck, Richtberg, Jakob, Neng & Höfling, 2015).

Dass es aber auch innerhalb der direkten Beurteilung der Behandlungsintegrität je nach Informationsquelle der Fremdbeurteilung zu unzureichender Übereinstimmung kommen kann, zeigt eine Studie von Chevron und Rounsaville (1983). In ihrer Untersuchung ergaben sich geringe Korrelationen zwischen Beurteilungen, die auf der Grundlage von Videoaufnahmen abgeben wurden und solchen, die auf der Sichtung von Sitzungsnotizen basierten. Es sollte daher das Material herangezogen werden, das die höchste Informationsdichte (z.B. Videoaufnahmen) bietet (Waltz et al., 1993). Daneben scheint auch der Grad an Involviertheit der Beurteilenden in den therapeutischen Prozess von Bedeutung für die Ergebnisse der Einschätzung der Behandlungsintegrität zu sein. In der bereits zuvor erwähnten Untersuchung von Martino et al. (2009) nimmt mit Abnahme des Grads der Involviertheit (Therapeutinnen und Therapeuten > Supervisorinnen und Supervisoren > unabhängige Beobachterinnen und Beobachter) auch die Höhe der eingeschätzten Adhärenz ab. Darüber hinaus schätzten die stärker involvierten Supervisorinnen und Supervisoren auch die therapeutische Kompetenz höher ein als die Beobachterinnen und Beobachter. Beide Gruppen nahmen die Beurteilungen einheitlich auf Grundlage von Audioaufnahmen von Therapiesitzungen vor. Die Diskrepanzen in den Urteilen können daher nicht auf Unterschiede in der Informationsdichte des zu beurteilenden Materials zurückgeführt werden.

Messinstrumente zur Erfassung der Behandlungsintegrität variieren in ihrer Komplexität und Handhabbarkeit (Staats et al., 2003). Sie können einige wenige Items umfassen oder sehr umfangreich sein. Je nach Komplexitätsgrad ist auch ein unterschiedliches Maß an Erfahrung der beurteilenden Personen erforderlich. Waltz et al. (1993) postulieren, dass für die Beurteilung von Adhärenz Studierende ausreichen würden, während für die Erfassung von Kompetenz Expertinnen und Experten herangezogen werden müssten. Weck, Hilling, Schermelleh-Engel, Rudari & Stangier (2011) vergleichen in ihrer Studie Adhärenz- und Kompetenzeinschätzungen klinisch erfahrener Beurteilerinnen und Beurteiler mit denen klinisch unerfahrener. Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass insbesondere die

Einschätzung therapeutischer Kompetenz durch Expertinnen und Experten vorgenommen werden sollte. Für die Beurteilung der therapeutischen Adhärenz durch Studierende ohne klinische Erfahrung ergaben sich hingegen hohe Interraterreliabilitäten und Übereinstimmungen mit den Evaluationen der Expertinnen und Experten.

Eine weitere methodische Frage, die sich bei der Erfassung der Behandlungsintegrität stellt, ist der erforderliche Umfang des zu beurteilenden Materials. Der Umfang reicht von Segmenten einzelner Sitzungen, über ganze Sitzungen bis hin zu vollständigen Therapiefällen (Waltz et al., 1993). Es konnte gezeigt werden, dass für eine ausreichend robuste Einschätzung der Adhärenz und Kompetenz einer Therapeutin oder eines Therapeuten fünf bis zehn Therapiesitzungen pro Patient oder Patientin beurteilt werden müssen (Dennhag, Gibbons, Barber, Gallop & Crits-Christoph, 2012). Dies verdeutlicht den hohen Zeitaufwand und die beträchtlichen Kosten, die mit dem Erhebungsprozess verbunden sind. Sie werden auch als bedeutsame Hindernisse bei der Erfassung der Behandlungsintegrität eingeschätzt (Perepletchikova, Hilt, Chereji & Kazdin, 2009) und können mit erklären, weshalb es in randomisierten kontrollierten Studien so häufig an einer adäquaten Erfassung mangelt (Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007). In den meisten Studien wurden für die Beurteilungen Therapiesitzungen in voller Länge herangezogen (z.B. Barber, Crits-Christoph & Luborksy, 1996; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999; Huppert, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2006; Markowitz, Spielman, Scarvalone & Perry, 2000; Shaw et al., 1999; Zobel, Karim, Kech, Berger & Schramm, 2008). Befunde weisen allerdings darauf hin, dass sich auch Segmente einer Therapiesitzung für die Einschätzung von Adhärenz und Kompetenz eignen (Weck et al., 2011a; Weck, Grikscheit, Höfling & Stangier, 2014). In der Studie von Weck et al. (2011a) zeigten sich für die Adhärenz- und Kompetenzwerte des mittleren Segments einer Therapiesitzung, das in diesem Fall 20 Minuten umfasste, hohe Interraterreliabilitäten. Darüber hinaus waren sie vergleichbar mit den Werten, die auf Beurteilungen von vollständigen Therapiesitzungen basierten. Die Interpretation der Ergebnisse ist jedoch durch die fehlende Unabhängigkeit der Segmentbeurteilungen von den Beurteilungen der ganzen Sitzung eingeschränkt. Die Einschätzung aller Segmente einer Therapiesitzung und damit auch die Beurteilung der Gesamtsitzung wurde von derselben Person vorgenommen, sodass Erinnerungseffekte zu einer Überschätzung der Reliabilität und Validität der Beurteilungen geführt haben könnten. Die darauf aufbauende Untersuchung von Weck et al. (2014), in der Erinnerungseffekte aufgrund der methodischen Herangehensweise ausgeschlossen werden können, ergab zufriedenstellende Interraterreliabilitäten der Evaluationen von Sitzungssegmenten. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der

Höhe der Reliabilitäten im Vergleich zu den Beurteilungen auf Grundlage der gesamten Sitzung. Zudem waren die Segment- und Gesamtsitzungsbeurteilungen hoch korreliert (Adhärenz: $r = 0.62$, Kompetenz: $r = 0.73$). Die Verwendung von Sitzungssegmenten eignet sich somit als Alternative zur ganzen Sitzung und kann den zeitlichen und finanziellen Aufwand bei der Erhebung der Behandlungsintegrität wesentlich reduzieren.

Ein letzter Aspekt, der in diesem Zusammenhang in der vorliegenden Arbeit thematisiert werden soll, ist die Wahl des Zeitpunktes für die Erfassung der therapeutischen Kompetenz und Adhärenz innerhalb des Therapieprozesses, wenn nur einzelne Sitzungen oder Segmente evaluiert werden sollen. Eine Möglichkeit ist hierbei die zufällige Auswahl von Sitzungen aus dem Gesamttherapieprozess (z.B. Boswell et al., 2013; Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon, 2003; Foa et al., 2005; Huppert et al., 2001, Weck, Grikscheit, Höfling & Stangier, 2014) oder einer bestimmten Phase der Behandlung (Barber et al., 2006; Cloutre, Koenan, Cohen & Han, 2002; Hogue et al., 2008; Kubany et al., 2004). Dem gegenüber steht die gezielte Auswahl bestimmter Sitzungen (Grikscheit et al., 2015; Hoffart, Sexton, Nordahl & Stiles, 2005; Weck, Richtberg, Jakob, Neng & Höfling, 2015; Weck, Grikscheit et al., 2016). Als Gründe für das zuletzt genannte methodische Vorgehen werden die angenommene besondere Relevanz der Inhalte bestimmter Sitzungen für den Behandlungsansatz und das Therapieergebnis (Grikscheit et al., 2015; Weck et al., 2015, Weck, Grikscheit et al., 2016) sowie die höhere Variabilität der gezeigten therapeutischen Fertigkeiten (Hoffart et al., 2005) angegeben.

Eine Befragung von Psychotherapieforscherinnen und -forschern wies auf einen wahrgenommenen Mangel an geeigneten Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsintegrität hin (Perepletchikova et al., 2009). Im Folgenden sollen einige Messinstrumente für die therapeutische Adhärenz und Kompetenz exemplarisch dargestellt und bewertet werden.

Bei Weck, Bohn, Ginzburg und Stangier (2011b) findet sich ein Überblick zu Forschungsarbeiten aus den Jahren 1980 bis 2009, die therapeutische Adhärenz und/oder Kompetenz in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg im Rahmen von kognitiv verhaltensbezogenen Therapieansätzen untersucht haben. Hinsichtlich der Instrumente zur Erhebung der Adhärenz zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Häufig wurden von den Forscherinnen und Forschern eigens für die spezifische Fragestellung entwickelte Instrumente zur Erfassung der Adhärenz eingesetzt (Bryant, Simons & Thase, 1999; Godfrey, Chalder, Ridsdale, Seed & Ogden, 2007; Huppert, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2006). Aus dieser Vorgehensweise würden häufig Maße mit eingeschränkter Reliabilität und Validität

hervorgehen (Perepletchikova & Kazdin, 2005; Webb, DeRubeis & Barber, 2010). Nur in zwei der zusammengetragenen Studien wurde – mit der Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS; Hollon et al., 1988) – das gleiche Messinstrument verwendet (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999). Darüber hinaus variierten die Instrumente in ihrer Komplexität von Einzelitem-Erfassung (z.B. Huppert et al., 2001) bis hin zur Erfassung über eine Vielzahl von Items (z.B. DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999; Loeb et al., 2005). Die von Weck et al. (2011b) veranschaulichte Heterogenität bei der Erfassung von Adhärenz setzt sich in der späteren Befundlage fort. Die Verwendung von Globalitems (z.B. Boswell et al., 2013) über verbreitetere Verfahren, wie die Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS; Barber, Liese & Abrams, 2003) bei Haug et al. (2016), aber auch neuentwickelter Messinstrumente für spezifische Störungen und Behandlungsansätze (z.B. Grikscheit et al., 2015; Weck et al., 2015) verdeutlicht die Vielfalt und weist auf einen fehlenden Konsens bezüglich übergreifend geeigneter Instrumente hin.

Für die Messung therapeutischer Kompetenz zeigt sich ein einheitlicheres Bild. In der Mehrzahl der von Weck et al. (2011b) dargestellten Studien wurde die Cognitive Therapy Scale in ihrer ursprünglichen (CTS; Young & Beck, 1980) oder revidierten Version (CTS-R; Blackburn et al., 2001) als Erhebungsinstrument eingesetzt. Auch in zahlreichen nachfolgenden Studien fand die Skala Verwendung (z.B. Grikscheit et al., 2015; Kazantzis et al., 2018; Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010; Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling & Stangier, 2015; Weck, Grikscheit et al., 2016; Westra, Constantino, Arkowitz & Dozois, 2011). Die CTS stellt das etablierteste Maß für die Erfassung der Kompetenz von Therapeutinnen und Therapeuten in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar (Kazantzis, 2003).

Zur Veranschaulichung werden in Tabelle I-1 mit der CTS für die Überprüfung der therapeutischen Kompetenz sowie der Cognitive-Behavior Therapy Scale (CBT) der CSPRS für die Erhebung therapeutischer Adhärenz zwei etablierte Messinstrumente exemplarisch dargestellt. Stellvertretend für die spezifisch für eine Störung und Behandlungsform entwickelten Instrumente sind zwei Skalen zur Überprüfung der Adhärenz bzw. Kompetenz bei der expositionsbasierten Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie aufgeführt (Grikscheit et al., 2015).

Tabelle I-1

Messinstrumente zur Erhebung der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz

Bezeichnung	Aufbau	Antwortformat	Reliabilität
Cognitive Therapy Scale (CTS; Young & Beck, 1980; deutsche Version: Week, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010)	14 Items auf 2 Subskalen: (1) Allgemeine therapeutische Kompetenzen (6 Items, z.B. Umgang mit Problemen, Klarheit der Kommunikation) (2) Sitzungsstrukturierende Kompetenzen (8 Items, z.B. Tagesordnung, Zeitaspekte)	7-stufige Ratingskala 0 = Verhalten mangelhaft 1 = gerade ausreichend 2 = mittelmäßig 3 = zufriedenstellend 4 = gut 5 = sehr gut 6 = exzellent	Gesamtskala CTS: ICC _(2,2) = 0.93, α = 0.86
Cognitive-Behavior Therapy Scale (CBT) der Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS; Hollon et al., 1988)	28 Items auf 6 Subskalen: (1) Kognitives Rational (3 Items) (2) Erfassung kognitiver Prozesse (5 Items) (3) Bewertung und Veränderung von Überzeugungen (7 Items) (4) Verhaltensfokus (4 Items) (5) Hausaufgaben (3 Items) (6) Zusammenarbeit (6 Items)	7-stufige Ratingskala 1 = Verhalten nicht vorhanden 3 = etwas 5 = deutlich 7 = umfassend (Formulierung variiert itemabhängig leicht)	Gesamtskala CBT: ICC _(2,8) = 0.88, α = 0.79 (Hill, O'Grady & Elkin, 1992)
Adhärenzskala für Expositionstherapie (AS-ET; Grikscheit et al., 2015)	12 Items: z.B. Tagesordnung, Durchführung interozeptiver Expositionsübung, Aufstellen situationaler Angsthierarchie, Durchführung Gedankenexperiment	4-stufige Ratingskala 0 = keine Manualtreue 1 = geringe Manualtreue 2 = moderate Manualtreue 3 = gute Manualtreue	Gesamtskala AS-ET: ICC _(2,2) = 0.93, α = 0.82
Kompetenzskala für Expositionstherapie (CTS-ET; Grikscheit et al., 2015)	3 Items: - Durchführung Expositionsübung - Durchführung Gedankenexperiment - Ableitung Expositionsrationale	7-stufige Ratingskala (entspricht Itemformat CTS)	Gesamtskala CTS-ET: ICC _(2,2) = 0.88, α = 0.71

Anm.: Übersetzung CBT durch Autorin. ICC = Intraklassenkorrelation (Beurteilerübereinstimmung), α = Cronbachs alpha (interne Konsistenz).

Die in der Forschung zur Behandlungsintegrität imponierende und zuvor dargestellte methodische Heterogenität schränkt die Interpretation und Vergleichbarkeit der Studienergebnisse erheblich ein. Dies sollte bei Betrachtung der im Folgenden dargestellten inkonsistenten Befundlage zum Zusammenhang von therapeutischer Adhärenz und Kompetenz mit dem Behandlungserfolg Berücksichtigung finden.

2.3 Bedeutung der Behandlungsintegrität für das Behandlungsergebnis

Zwei Metaanalysen (Zarafonitis-Müller, Kuhr & Bechdorf, 2014; Webb et al., 2010) sowie eine systematische Übersichtsarbeit (Rapley & Loades, 2018) fassen die Forschungsbefunde zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Adhärenz sowie Kompetenz und dem Behandlungsergebnis zusammen. Webb et al. (2010) fanden bei Aggregation der Einzelbefunde sowohl für Adhärenz ($r = 0.02$) als auch Kompetenz ($r = 0.07$) keine signifikanten Zusammenhänge zum Therapieergebnis (Symptomreduktion). Die Effektstärken der 32 Adhärenzergebnisse lagen zwischen $r = -0.40$ und $r = 0.47$. Für die 17 Kompetenzbefunde ergab sich eine Spanne von $r = -0.36$ bis $r = 0.73$. In der Spannweite zeigt sich die teilweise bestehende Gegenläufigkeit der Ergebnisse der einzelnen Studien. Darüber hinaus verdeutlicht die Heterogenität der gefundenen Effekte, dass die Interpretation der mittleren Effektstärken unter Vorbehalt erfolgen muss. Als eine mögliche Erklärung für die gefundene Variabilität geben die Autoren die methodische Unterschiedlichkeit der Primärstudien an. In weiterführenden Analysen im Rahmen der Studie zeigte sich die Art der Problematik der Patientinnen und Patienten als signifikanter Moderator für die Zusammenhänge zwischen Kompetenz und Therapieerfolg. Die höchsten positiven Zusammenhänge bestanden in Studien zur Behandlung depressiver Störungen (Major Depression) mit einer mittleren Effektstärke von $r = 0.28$. Bezüglich der Zusammenhänge mit Adhärenz wurde ein vergleichbarer, jedoch nicht signifikanter Trend für die Untergruppe der Studien zu depressiven Störungen gefunden ($r = 0.12$).

In der Metaanalyse von Zarafonitis-Müller et al. (2014), in der nur Arbeiten zur KVT berücksichtigt wurden, ergab sich für den Zusammenhang zwischen Kompetenz und Therapieergebnis störungsbildübergreifend ein signifikanter kleiner Gesamteffekt ($r = 0.24$). Die sieben Studienbefunde zu Kompetenz lagen mit ihren Effektstärken zwischen $r = -0.22$ und $r = 0.50$. Bei Subgruppenanalyse ausschließlich der Studien, die die Behandlung depressiver Störungen untersuchten, war der Effekt von mittlerer Größe ($r = 0.38$). Zwischen Adhärenz und Therapieerfolg ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. In einer aktuellen Studie von Kazantzis et al. (2018) zeigte sich Kompetenz, wenn sie in einer frühen

Phase der Behandlung erfasst wurde, als signifikanter Prädiktor für die nach Abschluss der Behandlung erfasste Symptomreduktion bei der Depressionsbehandlung mit KVT. Für Kompetenz, die in einer späten Behandlungsphase erhoben wurde, bestand hingegen kein Zusammenhang zum Therapieergebnis.

Rapley und Loades (2018) untersuchten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit ausschließlich Forschungsarbeiten zu der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Von fünf eingeschlossenen Studien umfassten drei die Behandlung von Angststörungen (Ginsburg, Becker, Drazdowski & Tein, 2012; Liber et al., 2010; Podell, 2011), die verbleibenden zwei Substanzmissbrauch (Chinchilla, 2007; Hogue et al., 2008). Insgesamt ergibt sich ein inkonsistentes Bild und auch hier wird auf die bestehenden methodischen Unterschiede und Mängel in den Primärstudien hingewiesen. Hogue et al. (2008) berichteten einen kleinen bis mittleren Zusammenhang zwischen Adhärenz und der Reduktion des Marihuanakonsums der Patientinnen und Patienten ($d = 0.44$), während sich für Kompetenz kein signifikanter Effekt zeigte. Bei Chinchilla (2007) hingegen fanden sich weder für Adhärenz noch für Kompetenz Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis. Auch für die drei Befunde bei der Behandlung von Angststörungen ergeben sich gegenläufige Befunde. Bei Podell (2011) zeigten sich sowohl Adhärenz als auch Kompetenz als signifikante Prädiktoren für Therapieerfolg. Sie waren allerdings mit unterschiedlichen Erfolgsmaßen assoziiert (Adhärenz: Einschätzung durch Eltern, Kompetenz: Einschätzung durch Kinder). Ginsburg et al. (2012) fanden eine positive Kompetenz-Therapieerfolg-Assoziation, während Liber et al. (2010) keine Zusammenhänge zwischen dem Behandlungsergebnis und einem Adhärenzmaß feststellten.

Zusammenfassend erscheint die Befundlage zu depressiven Störungen vergleichsweise eindeutig. Zumindest Kompetenz scheint eine messbar relevante Rolle für das Ergebnis einer Therapie zu spielen. Das Bild, das sich hingegen für Angststörungen ergibt, die mit einer 12-Monats-Prävalenz von 15.3% (Jacobi et al. 2014) in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung zu den häufigsten psychischen Störungen zählen, ist deutlich inkonsistenter. Auch in neueren Studien setzt sich für die Behandlung von Angststörungen die Heterogenität in den Befunden fort. Während einige Studien Zusammenhänge für Kompetenz, nicht aber für Adhärenz finden (Brown et al., 2013; Ginsburg et al., 2012; Weck et al., 2015), berichten andere von Adhärenz-, nicht aber Kompetenzeffekten (Weck, Grikscheit et al. 2016) oder keinerlei Zusammenhängen (Boswell et al., 2003). In einer Studie von Haug et al. (2016), die ein gemeinsames Maß für Kompetenz und Adhärenz verwendete, zeigte sich ein starker Zusammenhang ($r = 0.48$). Diese Untersuchung unterscheidet sich von den anderen

bisherigen Studien in der Größe des gefundenen Effekts sowie dem klinischen Studiensetting. Ein Zusammenhang zwischen beidem erscheint plausibel. Haug et al. (2016) führten ihre Untersuchung in einem naturalistischen Setting durch, das den vorherrschenden Behandlungsbedingungen in der Praxis weit stärker ähnelt als die Settings im Rahmen hoch kontrollierter randomisierter Studiendesigns. Im Gegensatz zu den meisten hoch kontrollierten Studien war es nicht erforderlich, dass die Studientherapeutinnen und -therapeuten viel Erfahrung mit KVT oder ein Mindestmaß an therapeutischer Kompetenz aufweisen mussten. Erwartungskonform zeigte sich in der Untersuchung eine breitere Spanne der Kompetenzwerte. DeRubeis, Gelfand, German, Fournier und Forand (2014) konnten zeigen, dass die Höhe der Zusammenhänge zwischen Prozessvariablen und Therapieergebnis abhängig von dem Ausmaß der Variabilität im therapeutischen Vorgehen der Studien erheblich variierte. Demnach ist anzunehmen, dass sich die Effekte in Studien mit naturalistischeren klinischen Settings eindeutiger zeigen.

Weck, Grikscheit et al. (2016) führen als Erklärung für die Inkonsistenzen in der Befundlage die Überlegung an, dass für die Behandlung bestimmter Störungsbilder (z.B. depressive Störungen) Kompetenz von besonderer Bedeutung sei, wohingegen es bei anderen Störungen wichtiger sei, in der Therapie adhärent vorzugehen (z.B. Panikstörung mit Agoraphobie). Davon abgesehen wird in der Literatur auch diskutiert, ob sich der Zusammenhang, insbesondere von Adhärenz, mit dem Therapieerfolg im Allgemeinen nicht kurvilinear darstellt. Das würde bedeuten, dass eine mittlere Ausprägung an Adhärenz das Ergebnis einer Therapie begünstigt, während niedrige sowie hohe Adhärenz den Behandlungserfolg reduzieren. Hinweise hierfür finden sich in verschiedenen Studien (Barber et al. 2006; Crits-Christoph et al., 1999; Hogue et al., 2008; Stangier, Consbruch & Clark, 2014). Barber et al. (2006) argumentieren, dass die für kompetentes therapeutisches Verhalten relevante Berücksichtigung der klinischen Situation gelegentlich die Abweichung vom Therapiemanual, im Sinne therapeutischer Flexibilität, erforderlich mache. Da der klinische Kontext und somit auch die spezifischen Therapiesituationen maßgeblich von den Patientinnen und Patienten mitbestimmt sind, wird die Rolle des Patientinnen- und Patientenverhaltens in der therapeutischen Sitzung im Folgenden näher beleuchtet.

3 Patientinnen- und Patientenverhalten in der psychotherapeutischen Sitzung

In der KVT wird den Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle zugeschrieben. Für das Gelingen der Therapie ist eine aktive Beteiligung sowohl in als auch außerhalb der Therapiesitzungen erforderlich (Margraf & Schneider, 2009). Eigenverantwortung und

Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten nehmen einen hohen Stellenwert ein. Gerade diese Grundprinzipien verdeutlichen die Dringlichkeit, die Patientinnen und Patienten mit ihren Merkmalen als wichtige Variable für das Gelingen von Therapie zu untersuchen. In diesem Zusammenhang wurden problematische behandlungerschwerende Merkmale von Patientinnen und Patienten unter dem Begriff der *Patientenschwierigkeit* erforscht. Foley, O'Malley, Rounsaville, Prusoff und Weissman (1987) definieren Patientenschwierigkeit als eine mangelhafte Empfänglichkeit für die therapeutischen Maßnahmen, die in dem Einnehmen einer feindseligen, defensiven und hilfeablehnenden Haltung Ausdruck findet. Diesem Begriffsverständnis nach lässt sich also die Schwierigkeit von Patientinnen und Patienten über deren interpersonelles Verhalten beobachten.

3.1 Interpersonelles Verhalten

In der vorliegenden Arbeit werden unter interpersonellem Verhalten der Patientinnen und Patienten alle positiven und negativen Interaktionsverhaltensweisen verstanden, die Patientinnen und Patienten den Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber in der Therapiesitzung zeigen (vgl. Richtberg, Jakob, Höfling & Weck, 2016). In ihrer narrativen Übersichtsarbeit gehen Keijsers, Schaap und Hoogduin (2000) im Speziellen auf drei Aspekte des interpersonellen Verhaltens von Patientinnen und Patienten ein. Sie tragen empirische Befunde zu (1) Selbstauskunft und Problembeschreibung (engl. *self-disclosure* and *problem description*), (2) Selbstexploration und Erkenntnis (engl. *self-exploration* and *insight*) sowie (3) Motivation, Beteiligung und Widerstand (engl. *motivation*, *participation*, and *resistance*) zusammen, die sich auf deren Beitrag für das Ergebnis einer KVT-Behandlung beziehen. Selbstauskunft und Problembeschreibung beziehen sich auf das verbale Verhalten der Patientinnen und Patienten innerhalb der Sitzungen. Studien fanden, dass etwa drei Viertel der Äußerungen aus der Beschreibung von Gefühlen und Problemen, selbstoffenbarenden Bemerkungen und kurzen Antworten auf Fragen der Therapeutinnen und Therapeuten bestand (Hill, Carter & O'Farrell, 1983; Keijsers, Schaap, Hoogduin & Lammers, 1995; Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1989; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1988; Stiles & Sultan, 1979). Orlinsky und Howard (1986) kommen zu der Einschätzung, dass viele Patientinnen und Patienten es sehr hilfreich finden, über ihre Probleme zu sprechen. Selbstexploration und Erkenntnis stellen wesentliche Elemente des klientenzentrierten und psychoanalytischen Behandlungsrationalis dar, gehören in der KVT jedoch nicht zu den Faktoren, die als hauptverantwortlich für Veränderung angesehen werden. Dementsprechend fehlen auch Studien zum Zusammenhang von Selbstexploration und Erkenntnis mit dem Therapieergebnis

in der KVT, sodass diese Aspekte in der vorliegenden Arbeit zwar erwähnt sind, sie gleichzeitig jedoch nicht vertieft werden sollen. Für die Motivation, die Beteiligung und den Widerstand von Patientinnen und Patienten in der KVT zeigt sich hingegen ein ergiebigeres Bild. Vor allem Motivation und Beteiligung sind in der Literatur zu KVT vertreten und werden als bedeutsame Patientinnen- und Patientenvariablen wahrgenommen. Miller und Kollegen (Miller, 1985; Miller & Rollnick, 1993) verstehen unter der Motivation von Patientinnen und Patienten einen Zustand der Bereitschaft für Veränderung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Begriffe Beteiligung, Kooperation und Mitwirkung bzw. Therapietreue (engl. *compliance*) bei therapeutischen Maßnahmen werden häufig äquivalent verwendet und bei Keijsers et al. (2000) als ein motivationaler Faktor betrachtet. In Ergänzung dazu führen Bohart und Wade (2013) noch die Patientinnen- und Patienten-kollaboration (engl. *collaboration*) auf. Sie beinhalte mehr als nur Kooperation und sehr viel mehr als Therapietreue. Tryon und Winograd (2011) definieren Kollaboration als aktiven Prozess der Zusammenarbeit zur Erreichung von Behandlungszielen. Zuletzt wird von Keijsers et al. (2000) das interpersonelle Verhaltensmerkmal des Widerstands von Patientinnen und Patienten thematisiert. Es handele sich hierbei um ein Phänomen, das im Allgemeinen als sehr weit verbreitet angesehen werde. Nach Beutler, Moleiro und Talebi (2002) finde sich Widerstand in nahezu allen psychotherapeutischen Theorien als Variable wieder. Westra, Aviram, Connors, Kertes und Ahmed (2012) verstehen Widerstand als eine Zustandsvariable, die das interpersonell zum Ausdruck gebrachte Ausmaß an fehlendem Engagement der Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung umfasst. Beobachtungsstudien stellten jedoch fest, dass Patientinnen und Patienten in Verhaltenstherapien nur sehr selten verbal Widerstand zeigten (Kaimer, Reinecker & Schindler, 1989; Keijsers et al., 1995; Schindler et al., 1989). Dies könnte implizieren, dass diese Variable isoliert keine bedeutsame Rolle bei der Aufklärung der Varianz des KVT-Behandlungsergebnisses spielt.

3.2 Erfassung des interpersonellen Verhaltens

Wie auch bei der Behandlungsintegrität kann bei der Erfassung des allgemeinen interpersonellen Verhaltens der Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung nach der Informationsquelle (Selbst- vs. Fremdbeurteilung, Typ des für die Evaluation herangezogenen Informationsmaterials), der Komplexität der Messinstrumente, dem Umfang des zu beurteilenden Materials und dem für die Erhebung gewählten Zeitpunktes im Therapieprozess unterschieden werden (vgl. Abschnitt 2.2).

Keijsers et al. (2000) stellten fest, dass es insgesamt wenige empirische Studien zur Erfassung und Bedeutung des interpersonellen Verhaltens der Patientinnen und Patienten in der Behandlung gab. Für die zuvor dargestellten Merkmale der Motivation, der Beteiligung und des Widerstandes sei dies vor allem durch deren mangelhafte, wenig mit dem Verfahren der KVT kompatible Konzeptualisierung und Operationalisierung begründet. Während in ihrer Arbeit einzelne Komponenten (z.B. Motivation und Beteiligung der Patientinnen und Patienten) des interpersonellen Verhaltens mit spezifischen Maßen (z.B. Erfassung über Globalitems oder Hausaufgaben-Compliance) bewertet wurden, existieren auch solche Maße, die interpersonelles Verhalten umfassender erheben (vgl. z.B. Richtberg et al., 2016).

Richtberg et al. (2016) diskutieren in ihrer Forschungsarbeit zur Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des interpersonellen Verhaltens von Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung die Nachteile der in vorhergehenden Studien verwendeten Maße. Die Autorinnen und Autoren weisen auf die Verwendung von Instrumenten hin, die ausschließlich zur Selbsteinschätzung konzipiert wurden und eher allgemeines interpersonelles Verhalten erfassen (Alden, Wiggins & Pincus, 1990; Horowitz, Dryer & Krasnoperova, 1997; LaForge & Suczek, 1955; Wiggins, 1979; Wiggins, Trapnell & Phillips, 1988) und sich daher nicht für die Erhebung des Verhaltens eignen würden, das spezifisch und relevant für die therapeutische Sitzung sei. Eines dieser Messinstrumente zur Selbsteinschätzung ist das weit verbreitete Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988). In seiner deutschen Version umfasst das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) 64 Items, die auf acht Skalen unterschiedliche Arten von interpersonellen Problemen erfragen: (1) autokratisch/dominant, (2) streitsüchtig/dominierend, (3) abweisend/kalt, (4) introvertiert/sozialvermeidend, (5) selbstunsicher/unterwürfig, (6) ausnutzbar/nachgiebig, (7) fürsorglich/freundlich und (8) expressiv/aufdringlich. Die Items erfassen dabei sowohl Aspekte, die schwerfallen und in zu geringer Ausprägung vorkommen (z.B. „Es fällt mir schwer, die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen.“), als auch solche, die im Übermaß und zu hoher Ausprägung festzustellen sind (z.B. „Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.“). Die Befragten werden anhand einer fünfstufigen Ratingskala aufgefordert, anzugeben, wie sehr sie bisher unter dem jeweilig genannten Problem gelitten haben (0 = nicht; 1 = wenig; 2 = mittelmäßig; 3 = ziemlich; 4 = sehr). Es wird von einer guten Reliabilität (Interne Konsistenzen: $\alpha = 0.71$ bis 0.82) und Validität der Skalen berichtet (Horowitz et al., 2000).

Weiterhin seien häufig Fremdbeurteilungsmaße wie das Psychotherapy Process Q-Sort (PQS; Jones, Cumming & Horowitz, 1988) oder die Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; Strupp, Hartley & Blackwood, 1974) verwendet worden, die ursprünglich zur Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse im Sinne der therapeutischen Allianz entwickelt wurden. Dies spreche für eine unzureichende Angemessenheit der Instrumente für die spezifische Erfassung des interpersonellen Verhaltens, das Patientinnen und Patienten in der Sitzung zeigen. Darüberhinaus weisen das PQS und die VPPS eine hohe Komplexität und Anzahl von Items auf, sodass ihr Einsatz zeitaufwendig ist und ein gewisses Maß an Erfahrung mit den Verfahren voraussetzt. Auch würden im PQS positive Verhaltensweisen vernachlässigt. Nur 9 der 100 Items stellen Beschreibungen positiven interpersonellen Verhaltens dar. Vor dem Hintergrund der unbestreitbaren Wichtigkeit positiver interpersoneller Verhaltensweisen betonen Bohart und Wade (2013) die Notwendigkeit ihrer expliziten Erfassung.

Wegen des Mangels an geeigneten Instrumenten entwickelten Richtberg et al. (2016) mit dem Assessment Form of Patient Interpersonal Behavior (AFPIB) ein Instrument zur Fremdbeurteilung des interpersonellen Verhaltens von Patientinnen und Patienten in der Sitzung, das ökonomisch und leicht in der Anwendung ist. Der AFPIB umfasst zehn Items, die (1) Freundlichkeit (engl. *cordiality/pleasantness*), (2) aufmerksames Zuhören (engl. *attentive listening*), (3) wechselseitige Kommunikation (engl. *reciprocal communication*), (4) Geduld (engl. *patience*), (5) positive Erwartungshaltung (engl. *positive expectation*), (6) offenes Berichten (engl. *open reporting*), (7) Bereitschaft für Neues (engl. *trying new interventions*), (8) Aktivität (engl. *activity*), (9) emotionale Involviertheit (engl. *emotional involvement*) und (10) Nachfragen (engl. *showing interest*) auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 bis 4) erfassen. Die Ankerbeschreibungen reichen dabei jeweils von negativem Verhalten der Patientinnen und Patienten (z.B. „0 = Der Patient ist verschlossen. Er berichtet Dinge nur nach Aufforderung oder Nachfragen des Therapeuten, bestimmte Dinge möchte er nicht mitteilen.“) über neutrales (z.B. „2 = Neutral, weder sehr verschlossen noch sehr offen.“) bis zu positivem Verhalten (z.B. „4 = Der Patient berichtet von sich aus offen und, wenn er gefragt wird, gibt er bereitwillig Auskunft.“). Der AFPIB kann als ein reliables (Interne Konsistenz: $\alpha = 0.91$, Beurteilerübereinstimmung: $ICC_{(2,2)} = 0.81$) und valides Messinstrument eingestuft werden. Der AFPIB liefert einen globalen Messwert für das interpersonelle Patientinnen- und Patientenverhalten in der Therapiesitzung und integriert mit seiner Struktur Komponenten des interpersonellen Verhaltens, die in der Literatur als bedeutsam wahrgenommen und bereits isoliert untersucht wurden (vgl. Keijsers et al., 2000).

3.3 Bedeutung des interpersonellen Verhaltens für das Behandlungsergebnis

Die empirische Befundlage in der Forschung zu Faktoren, die das Ergebnis einer Therapie beeinflussen, deutet darauf hin, dass Patientinnen und Patienten den höchsten einzelnen Erklärungswert aufweisen (Bohart & Wade, 2013). Norcross und Lambert (2011) zufolge sind 60% der Varianz des Therapieerfolges aufgeklärt. Ihren Schätzungen nach liegt der Patientinnen- und Patientenanteil an Aufklärung dieser Varianz bei 30%, die verbleibenden 30% setzen sich aus allen übrigen Faktoren zusammen. Neben dem Ausmaß an Leidensdruck, mit dem eine Therapie begonnen wird, scheint das Verhalten der Patientinnen und Patienten in der Therapie der beste Prädiktor für den Therapieerfolg zu sein (Bohart & Wade, 2013).

Forschungsarbeiten zur Bedeutung des interpersonellen Patientinnen- und Patientenverhaltens für das Ergebnis einer Behandlung untersuchten häufig einzelne positive oder negative Komponenten interpersonellen Verhaltens. Für negative Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten (Widerstand) zeigten sich negative Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg (Ablon & Jones, 1999; Beutler, Harwood, Michelson, Song & Holman, 2011; Beutler, Rocco, Moleiro & Talebi, 2001; Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh & Forgath, 1984), während positives interpersonelles Verhalten (Motivation, Kollaboration) positiv mit Erfolgsmaßen assoziiert war (z.B. Ablon & Jones, 1999; Kaimer et al., 1989; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 2004; Tryon & Winograd, 2011). Studien, die keine Zusammenhänge zeigten, sind in deutlicher Unterzahl (z.B. Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, & Solomon, 1982). Die metaanalytische Übersichtsarbeit von Beutler et al. (2011) berichtet für Widerstand von Patientinnen und Patienten einen Zusammenhang mit niedrigerem Therapieerfolg und der vorzeitigen Beendigung der Therapie. Es konnten jedoch lediglich für zwei der eingeschlossenen 12 randomisierten kontrollierten Studien Effektstärken berechnet werden (Piper, McCallum, Joyce, Azim & Ogrodniczuk, 1999: $d = -0.43$; Karno, Beutler & Harwood, 2002: $d = -0.42$), die darauf hinwiesen, dass ein hohes Ausmaß an Widerstand mit niedrigem Therapieerfolg assoziiert war. Auch die Ergebnisse der Metaanalyse von Tryon und Winograd (2011) deuten auf die Relevanz des interpersonellen Verhaltens für das Behandlungsergebnis hin. Es wurden 19 Studien zum Zusammenhang von Kollaboration und Therapieerfolg untersucht. Die Aggregation der Studienergebnisse ergab eine Gesamtkorrelation von mittlerer Größe ($r = 0.33$). Es gilt bei der Interpretation des Ergebnisses jedoch zu beachten, dass nur 13 der Studien spezifisches Patientinnen- und Patientenverhalten erfassten. Dies erfolgte vorwiegend mittels eines Maßes für

Hausaufgaben-Compliance. Der Großteil der verbleibenden Studien verwendete Messinstrumente zur Erfassung therapeutischer Allianz, sodass anhand dieser Messungen die Patientinnen- und Patientenanteile nicht ausreichend von denen der Therapeutinnen und Therapeuten unterschieden werden können (vgl. Bohart & Wade, 2013; Abschnitt 3.2.1).

In einer Studie von Richtberg, Jakob, Höfling & Weck (2017) zur kognitiven und expositionsbasierten Behandlung von Hypochondrie wurden mit dem zuvor beschriebenen AFPIB positive und negative Verhaltensweisen in einem Gesamtmaß für interpersonelles Verhalten erfasst. Interpersonelles Verhalten zeigte sich als signifikanter Prädiktor für den Erfolg der Therapie und klärte unmittelbar nach der Behandlung 13% sowie 12 Monate nach Behandlung 11% der Varianz auf. Wie von den Autorinnen und Autoren angenommen, sagte positives interpersonelles Verhalten höheren Therapieerfolg vorher.

Neben den zuvor berichteten direkten Effekten des interpersonellen Verhaltens der Patientinnen und Patienten auf das Therapieergebnis können nach dem Generischen Modell der Psychotherapie auch indirekte Auswirkungen über das Therapeutinnen- und Therapeutenverhalten (z.B. Adhärenz und Kompetenz) angenommen werden (Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 2004). Gleichzeitig können vor dem Hintergrund der postulierten Interaktionen auch Adhärenz und Kompetenz moderierende Effekte auf den Zusammenhang zwischen interpersonellem Patientinnen- und Patientenverhalten und dem Therapieerfolg haben. Empirische Studien, die signifikante Zusammenhänge zwischen dem interpersonellen Verhalten von Patientinnen und Patienten und therapeutischer Adhärenz und/oder Kompetenz feststellten, stützen die Annahme von Interaktionen (Boswell et al., 2013; Foley et al., 1987; Zickgraf et al., 2016). In der Untersuchung von Zickgraf et al. (2016) ging stärkerer Widerstand von Patientinnen und Patienten mit einer geringeren therapeutischen Adhärenz einher ($\eta^2 = .21$; großer Effekt nach Cohen, 1988). Foley et al. (1987) fanden einen mittleren sowie großen Zusammenhang zwischen feindseligem Patientinnen- und Patientenverhalten und Einschätzungen therapeutischer Kompetenz durch Supervisorinnen und Supervisoren ($\beta = -0.30$) sowie selbsteingeschätzter Kompetenz ($\beta = -0.56$). In der Studie von Boswell et al. (2013) zeigte sich eine höhere Ausprägung an interpersoneller Aggression von Patientinnen und Patienten sowohl mit niedrigerer Adhärenz als auch Kompetenz assoziiert. Ein Maß für die Stärke des Effekts wurde jedoch nicht angegeben. Neben den Zusammenhängen des Patientinnen- und Patientenverhaltens in der Therapiesitzung mit therapeutischer Adhärenz und Kompetenz werden im Generischen Modell der Psychotherapie auch Wechselwirkungen mit der therapeutischen Allianz thematisiert (siehe Abschnitt 4.3).

4 Psychotherapeutische Allianz

Die psychotherapeutische Allianz ist nach wie vor einer der meist untersuchten Faktoren im Zusammenhang mit dem Erfolg von Psychotherapie (Flückinger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018). In einer weit verbreiteten Definition von Luborsky (1984) wird unter therapeutischer Allianz die kollaborative und affektive Beziehung zwischen Therapeutinnen oder Therapeuten und Patientinnen oder Patienten verstanden (engl. *collaborative and affective bond*). Bordin (1979, 1994) prägte das etablierte Konzept der therapeutischen Arbeitsallianz (engl. *working alliance*), eine auf die folgenden drei Komponenten ausgerichtete Therapiehaltung: die Entwicklung einer affektiven Bindung (engl. *bond*), die Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele (engl. *goals*) und die Übereinstimmung hinsichtlich der therapeutischen Aufgaben (engl. *tasks*). Ein präzises auf Konsens beruhendes Begriffsverständnis liegt in der Literatur jedoch nicht vor, was sich auch anhand der Vielfalt der eingesetzten Erhebungsmethoden zeigt (Flückinger et al., 2018). Dennoch kann die Erfassung der therapeutischen Allianz laut den Autoren in praktischer und direkter Art und Weise erfolgen. Anders als bei therapeutischer Kompetenz und Adhärenz, bei denen gewöhnlich geschulte Beurteilerinnen und Beurteiler die Einschätzungen vornehmen (Webb et al., 2010), basieren Einschätzungen der Allianz zu einem großen Teil auf Patientinnen- und Patienten- sowie Therapeutinnen- und Therapeutenurteilen (Elvins & Green, 2008; Martin, Garske & Davis, 2000) und schonen somit zeitliche und finanzielle Ressourcen.

4.1 Erfassung der psychotherapeutischen Allianz

Flückinger et al. (2018) führen in ihrer metaanalytischen Forschungsarbeit zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und dem Therapieergebnis vier Gruppen von Annahmen auf, die das Vorgehen bei der Messung von Allianz beeinflussen. Zunächst lassen sich unterschiedliche Auffassungen bezüglich der psychometrischen Definition von Allianz feststellen. Die Autoren unterscheiden Studien, in denen Allianz als aus unterschiedlichen unabhängigen Komponenten zusammengesetzt begriffen wird, von denen, die die Komponenten als zusammenwirkend einstufen und als Einheit erheben. Des Weiteren gibt es Uneinigkeit darüber, ob es sich um einen über den Therapieverlauf stabilen oder variablen Faktor handelt. Als dritter Aspekt wird die Multiperspektivität der Allianz thematisiert. Die Einschätzung kann durch alle Beteiligten (z.B. Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten, Beobachterinnen und Beobachter) gleichzeitig erfolgen und dementsprechend personenabhängig unterschiedlich ausfallen. Als letztes gehen die Autoren auf die häufig hierarchische Struktur der erhobenen Daten ein. Die fehlende Unabhängigkeit

zwischen den Sitzungen, den Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten erfordert Schätzungen der Varianzanteile auf jeder dieser Ebenen, um ein adäquates Verständnis des Zusammenhangs zwischen Allianz und dem Therapieergebnis zu erlangen.

Die Ergebnisse bisheriger Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und dem Behandlungsergebnis stimmen bezüglich der meist verwendeten Allianz-Maße überein (Flückinger et al., 2018; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückinger & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Zu ihnen zählen die California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS; Marmar, Horowitz, Weiss & Marziali, 1986), der Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Alexander & Luborsky, 1987), die Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; Suh, Strupp & O'Malley, 1986) und das Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). Trotz adäquater Reliabilität der Instrumente (Spanne Interne Konsistenz: $\alpha = 0.85$ bis 0.91 , Spanne Beurteilerübereinstimmung = 0.66 bis 0.92 ; Martin et al., 2000) fand Horvath (2009) einen Anteil von weniger als 50% geteilter Varianz, was dafür spricht, dass ein Teil der Variabilität des Allianz-Therapieergebnis-Zusammenhangs auf die unterschiedlichen Messmethoden zurückgeht.

Insgesamt weist die Befundlage darauf hin, dass es sich bei dem WAI um das gängigste Messinstrument handelt, das vor allem in den letzten Jahren noch einmal an Bedeutung hinzugewonnen hat. In der Metaanalyse von Horvath et al. (2011) kam es in 80 (39.80%) der untersuchten 201 Primärstudien zum Einsatz und stellte damit das am häufigsten verwendete Maß dar. Ein Vergleich der Metaanalysen von Horvath et al. (2011) und Flückinger et al. (2018) zeigt darüber hinaus einen Anstieg der Verwendung in den letzten Jahren. 75 (69.5%) der nach 2011 veröffentlichten und in die jüngste Analyse eingeschlossenen Studien verwendeten Items des WAI.

Das WAI wurde entwickelt, um die oben aufgeführten drei theoretischen Dimensionen der Allianz (Ziele, Aufgaben, Bindung) zu erfassen, die von Bordin (1976, 1979, 1994) vorgeschlagen worden waren. In seiner ursprünglichen Version umfasst das Instrument 36 Items (12 pro Skala) im Format einer siebenstufigen Ratingskala (1 = nie, 7 = immer). Es liegen Versionen für Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie unabhängige Beobachterinnen und Beobachter vor, um die Erhebung aus unterschiedlichen Perspektiven zu gewährleisten. Die Reliabilität des WAI ist hoch (Interne Konsistenz der Therapeutinnen- und Therapeutenversion: $\alpha = 0.87$, Patientinnen- und Patientenversion: $\alpha = 0.93$; Horvath & Greenberg, 1989) und es gibt Befunde, die für die Validität des

Instruments sprechen (Übersicht bei Horvath & Greenberg, 1994). Das WAI liegt auch in einer gekürzten Version mit 12 Items, dem Working Alliance Inventory – Short revised (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006, deutsche Version: Wilmers et al., 2008), vor und erwies sich als reliabel (Interne Konsistenz: $\alpha > 0.90$) und valide (Hatcher & Gillaspay, 2006; Munder, Wilmers, Leonhart, Linster & Barth, 2010).

4.2 Bedeutung der psychotherapeutischen Allianz für das Behandlungsergebnis

Die aktuelle metaanalytische Übersichtsarbeit von Flückinger et al. (2018) berichtet für den Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieergebnis einen auf 295 unabhängigen Untersuchungsbefunden basierenden Gesamteffekt mittlerer Größe ($r = 0.278$; $d = 0.579$) und bestätigt damit die Ergebnisse vorheriger Metaanalysen. Horvath et al. (2011) kamen bei 190 unabhängigen Befunden auf ein nahezu äquivalentes Ergebnis ($r = 0.275$). Die Effektstärken der früheren Übersichtsstudien sind vergleichbar, wenngleich etwas geringer (Horvath & Symonds, 1991: $r = 0.26$; Martin et al., 2000: $r = 0.22$; Horvath & Bedi, 2002: $r = 0.21$). Demnach kann der positive Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg als robuster Befund eingeschätzt werden.

Anders als in den Metaanalysen zum Zusammenhang der Behandlungsintegrität mit dem Therapieergebnis (Zarafonitis-Müller et al., 2014; Webb et al., 2010) zeigte sich in Moderatoranalysen von Flückinger et al. (2018) kein bedeutsam größerer Effekt bei depressiven Störungen ($r = 0.26$) gegenüber anderen Diagnosegruppen (z.B. Angststörungen: $r = 0.24$, Posttraumatische Belastungsstörung: $r = 0.31$). Im Vergleich zu den Populationen mit anderen Diagnosen wurden jedoch signifikant kleinere Zusammenhänge für Substanzgebrauchsstörung ($r = 0.14$) sowie Essstörungen berichtet ($r = 0.15$).

Zusätzlich zu der empirisch gestützten positiven Korrelation zwischen Allianz und Therapieerfolg liegen Befunde vor, die auf einen negativen Zusammenhang zwischen Allianz und Behandlungsmisserfolg hinweisen (z.B. Knox et al., 2011; Samstag et al., 2008; Sharf, Primavera & Diener, 2010; Weck et al., 2015; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean & Schindler, 2010). Bei Knox et al. (2011) und Westmacott et al. (2010) berichteten Patientinnen und Patienten, die die Therapie abbrachen, häufig über Unzufriedenheit mit der therapeutischen Allianz. Eine Metaanalyse von Sharf et al. (2010) über 11 Studien zum Zusammenhang von Allianz mit Therapieabbrüchen ergab einen Effekt mittlerer Größe ($d = 0.55$), wonach schwächere Allianz mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Therapieabbruch assoziiert war. In der Studie von Samstag et al. (2008) lagen für Therapien, die abgebrochen wurden, signifikant geringere Werte therapeutischer Allianz vor als für die

Fälle, in denen die Behandlung mit geringem oder gutem Erfolg beendet wurde. Die Unterschiede zeigten sich sowohl für Einschätzungen der Allianz durch die Patientinnen und Patienten als auch durch die Therapeutinnen und Therapeuten. In der Untersuchung von Weck et al. (2015) wurden Therapieabbrüche, Therapien mit ausbleibender Wirkung und Therapien mit Verschlechterung der Symptomatik als Therapiemisserfolg klassifiziert. Übereinstimmend mit den beschriebenen Vorbefunden wurde ein signifikanter Zusammenhang mit geringerer therapeutischer Allianz gefunden.

Bei der Bewertung der Bedeutung der Allianz für das Behandlungsergebnis sollten auch Korrelationen, Mediationen und Interaktionen mit der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz sowie dem interpersonellen Verhalten der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Webb et al. (2010) wiesen darauf hin, dass Drittvariablen im Rahmen der Prozess-Ergebnis-Forschung stärker kontrolliert werden sollten. Die Autoren identifizierten die therapeutische Allianz als eine bedeutsame konfundierende Drittvariable für den Zusammenhang zwischen Kompetenz und Therapieerfolg. Studien, die den Einfluss der Allianz statistisch kontrollierten, berichteten geringere Effektstärken als solche, bei denen Allianz als Drittvariable unberücksichtigt blieb. Daneben wurden auch Interaktionseffekte gefunden. Beispielsweise verringerte eine starke therapeutische Allianz in einer Untersuchung von Barber et al. (2006) den Einfluss therapeutischer Adhärenz auf das Therapieergebnis. Befunde von Weck et al. (2015) legen nahe, dass eine gute therapeutische Allianz eine wichtige Voraussetzung für die kompetente und adhärente Durchführung einer Behandlung darstellt. Interpersonelle Probleme der Patientinnen und Patienten vor Behandlungsbeginn zeigten sich als Korrelat von Allianz, die in der Mitte der Therapie erhoben wurde (Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005). Hierbei waren stärkere interpersonelle Probleme mit niedrigerer Allianz assoziiert. Auch konnte in Studien gezeigt werden, dass das interpersonelle Verhalten von Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung bedeutsam mit der therapeutischen Allianz zusammenhängt. Positiveres Verhalten ging mit höherer Allianz einher (Weck, Grikscheit et al., 2016: $r = 0.17$; Richtberg et al., 2016: $r = 0.70$).

5 Förderung des erfolgbegünstigenden Therapieverhaltens

5.1 Supervision

In der Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin und zum psychologischen Psychotherapeuten stellt Supervision einen zentralen Bestandteil dar. Durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten sind 150 zu absolvierende Supervisionsstunden vorgegeben, die auf die Behandlungsstunden regelmäßig zu verteilen

sind (PsychTh-APrV, Art. 4, Abs. I, II). Nach Milne (2007; übersetzt von Strauß, Wheeler & Nodop, 2010, S. 455) ist klinische Supervision

“das formale Angebot einer beziehungsbasierten Aus- oder Weiterbildung durch einen anerkannten Supervisor. Diese ist arbeitsbezogen, sie organisiert, unterstützt, entwickelt und evaluiert die Tätigkeit supervidierter Kollegen.“

In Einklang mit dieser Definition betont Zimmer (2015) die besondere Bedeutung von Supervision im Rahmen der Ausbildung. Neben der Funktion, die Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung in ihrem fachlichen und persönlichen Lernprozess zu unterstützen, nehme Supervision auch eine Kontrollfunktion zum Schutz der Patientinnen und Patienten ein. Es könne und solle überprüft werden, ob die Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung das Gelernte angemessen umsetzen und damit fachlich verantwortungsvoll handeln. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Kontrollfunktion könnte die Vermutung aufkommen, dass Supervision in der Ausbildung wenig Akzeptanz durch die Teilnehmenden erfährt. Psychologinnen und Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung sowie Absolventinnen und Absolventen stufen Supervision allerdings als einen der wichtigsten und nützlichsten Bestandteile der Ausbildung ein (Nodop, Thiel & Strauß, 2010).

Eingedenk dieser Beurteilung durch die Betroffenen ist es verwunderlich, dass vergleichsweise wenige Forschungsarbeiten existieren, die sich systematisch mit der Fragestellung effektiver Supervision in der KVT auseinandersetzen (vgl. Kühne, Maas, Wiesenthal & Weck, 2017; Milne et al., 2010). Reiser und Milne (2012) betonen die fortbestehenden Defizite in der Erforschung von Supervision, indem sie zusammenfassen, dass diese der Psychotherapieforschung „weiterhin deutlich hinterherhinkt“ (S. 162, Übersetzung durch die Autorin). Die Charakteristika, die die Forschung im Bereich der KVT auszeichnen, wie beispielsweise wissenschaftliche Stringenz und Genauigkeit, Entwicklung expliziter Details des Verfahrens und Wirksamkeitsnachweise, würden im Feld der KVT-Supervision fehlen.

5.1.1 Supervisionsmodelle

Westefeld (2009) stellt in seiner Arbeit drei Supervisionsmodelle heraus, die er als besonders repräsentativ und relevant für die Supervisionsforschung einschätzt: (1) das *integrierte Entwicklungsmodell* von Stoltenberg (1981; Stoltenberg & Delworth, 1987; Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998), (2) das *systemische Modell der Supervision* von Holloway

(1995; 2016; Holloway & Neufeldt, 1995) und (3) den *interpersonellen Supervisionsansatz* von Ladany, Friedlander und Nelson (2005).

Dem integrierten Entwicklungsmodell liegt die Annahme zugrunde, dass Supervisorinnen und Supervisanden bei der Entwicklung ihrer klinischen Fertigkeiten verschiedene Stufen mit unterschiedlichen Bedürfnissen durchlaufen, was unterschiedliche Interventionen seitens der Supervisorinnen und Supervisoren erfordert. Es werden hierbei drei Stufen unterschieden, für die jeweilig zugehörige Charakteristika oder Verhaltensweisen von Supervisorinnen und Supervisanden und die entsprechend erforderlichen angemessenen Verhaltensweisen von Supervisorinnen und aufgeführt werden. In der ersten Entwicklungsstufe werden Supervisorinnen und Supervisanden als stark ängstlich, hoch motiviert, abhängig von der Supervisorin oder dem Supervisor und bewertungsängstlich beschrieben. Ihr emotionaler und kognitiver Fokus liegt vorwiegend auf der eigenen Person. Angemessene Verhaltensweisen von Supervisorinnen und Supervisoren sind laut Modell in dieser Phase unter anderem das Bereitstellen von Unterstützung und Struktur. Praktische Fertigkeiten und theoretisches Wissen sollten ausgebaut (Stoltenberg & McNeill, 1997), Konfrontation hingegen nur geringfügig eingesetzt werden. Im Verlauf würden die Therapeutinnen und Therapeuten dann zunehmend Fertigkeiten und Wissen erwerben und Unsicherheiten und Selbstaufmerksamkeit abbauen, sodass sie in der zweiten Entwicklungsstufe stärker auf die Patientinnen und Patienten fokussieren können. Die zweite Stufe ist auch durch Konflikte zwischen Autonomie und Abhängigkeit sowie Schwankungen in der erlebten Selbstsicherheit gekennzeichnet und erfordert von Supervisorinnen und Supervisoren das Herstellen einer Balance zwischen Unterstützung und Autonomie. In der dritten Entwicklungsstufe werden Supervisorinnen und Supervisanden als autonomer und selbstbewusster beschrieben. Die Supervision sollte darauf ausgerichtet sein, weiter die Autonomie zu fördern und nur bei Bedarf Unterstützung und Konfrontation bereitzustellen. Wenngleich Entwicklungsmodelle wiederkehrend aufgrund der unzureichenden empirischen Belege kritisiert werden (z.B. Auckenthaler, 1999; Ellis & Ladany, 1997; Falender & Shafranske, 2004), seien sie doch für viele Supervisorinnen und Supervisoren intuitiv einleuchtend und würden häufig bei der Durchführung von Supervision berücksichtigt (Auckenthaler, 1999; Westefeld, 2009).

Das systemische Modell von Holloway (1995; 2016; Holloway & Neufeldt, 1995) betont die zentrale Bedeutung der Beziehung zwischen Supervisorin oder Supervisor und Supervisandin oder Supervisand in der Supervision. Die Supervisionsbeziehung unterliegt dabei verschiedenen Systemeinflüssen. Als relevante Faktoren des jeweiligen Systems werden die Patientinnen und Patienten, die Supervisorinnen und Supervisanden, die Supervisorinnen

und Supervisoren, die Funktionen und Aufgaben von Supervision und die Institution, in der das Supervisionsgeschehen stattfindet, benannt. Für den Aufbau einer starken, erfolgreichen Supervisionsbeziehung ist es notwendig, das Zusammenspiel dieser Faktoren zu verstehen. Auch werden in diesem Zusammenhang die verschiedenen Rollen, die Supervisorinnen und Supervisoren innehaben, und die damit verbundenen Aufgaben hergeleitet. So sind sie unter anderem Beaufsichtigende, die das therapeutische Handeln bewerten und überwachen, Vorbilder, die unterweisen und anleiten, aber auch Beratende und Mentorinnen und Mentoren, die beispielsweise zum Nachdenken über den Therapieprozess anregen.

Im Zentrum des interpersonellen Supervisionsansatzes (Ladany et al., 2005) stehen die Arbeitsallianz sowie das Bearbeiten verschiedener kritischer Ereignisse in der Supervision, was laut Autorinnen und Autor wichtig für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz der Supervisandinnen und Supervisanden ist. Unter kritischen Ereignissen werden Rollenkonflikte und Ambiguität, kultur- und genderbezogene Missverständnisse, sexuelle Anziehung durch Patientinnen und Patienten, Gegenübertragungen und projektive Identifikation, Schwierigkeiten und Defizite bezüglich therapeutischer Fertigkeiten sowie problematische Einstellungen und Verhaltensweisen der Supervisandinnen und Supervisanden zusammengefasst. Es wird zu Diskussionen über diese Themen ermutigt und Supervisorinnen und Supervisoren erhalten Anleitungen für den Umgang mit solchen kritischen Ereignissen in der Supervision.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass jedes dieser drei verbreiteten Supervisionsmodelle Verhaltensweisen und Kompetenzen von Supervisorinnen und Supervisoren beschreibt, die für den Erfolg von Supervision als erforderlich angesehen werden. Diese Fokussierung auf die Supervisorinnen und Supervisoren lässt sich auch in der empirischen Befundlage zu den Faktoren effektiver Supervision wiederfinden.

5.1.2 Bestandteile erfolgreicher Supervision

Bei der Frage nach den Bestandteilen erfolgreicher Supervision wurden in bisherigen Forschungsarbeiten vorwiegend Kompetenzen und Verhaltensweisen der Supervisorinnen und Supervisoren untersucht (z.B. Falender & Shafranske, 2014; Ladany, Mori & Mehr, 2013; Milne & Reiser, 2014; Newman, 2010). Falender und Shafranske (2014) stellen in ihrer narrativen Übersichtsarbeit effektive Supervisionsstrategien dar und fokussieren dabei die Verantwortlichkeiten der Supervisorinnen und Supervisoren. Effektive Supervisorinnen und Supervisoren würden sich beispielsweise sowohl den Supervisandinnen und Supervisanden als auch den Patientinnen und Patienten gegenüber respektvoll verhalten; sie erheben,

reflektieren und fördern die Kompetenzen der Supervisorinnen und Supervisanden; sie identifizieren und arbeiten am Abbau von Belastungen, die in der Supervisionsbeziehung bestehen; und stellen ein fortwährendes korrigierendes und positives kompetenzbezogenes Feedback bereit.

Neben den Supervisorinnen und Supervisoren spielen auch die supervidierten Therapeutinnen und Therapeuten eine wesentliche Rolle bei der Gestaltung von Supervision. Ihr Beitrag zum Erfolg von Supervision wurde in der bisherigen Forschung allerdings wenig untersucht. Ein Phänomen bei Supervisorinnen und Supervisanden, das vor diesem Hintergrund vergleichsweise viel Aufmerksamkeit in der Forschung erhalten hat, ist das der (fehlenden) Selbstauskunft (engl. *(non)self-disclosure*). Selbstauskunft beinhaltet, dass Supervisorinnen und Supervisanden den Therapieverlauf realistisch beschreiben und mit der Supervisorin oder dem Supervisor diesbezüglich alle Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen teilen (Jakob, Weck, Höfling, Richtberg & Bohus, 2014). Sie wird als Bedingung für effektive Supervision angesehen (Ladany, Hill, Corbett & Nutt, 1996; Rønnestad & Skovholt, 1993; Yourman, 2003). Selbstauskunft wurde häufig in Zusammenhang mit anderen Supervisionsprozessvariablen, wie der Supervisionsbeziehung oder dem Supervisionsstil der Supervisorinnen und Supervisoren, untersucht (z.B. Ladany et al., 1996; Ladany, Walker & Melincoff, 2001; Mehr, Ladany & Caskie, 2010) oder reflektiert (z.B. Yourman, 2003). Wenngleich das Zusammenspiel der Prozessvariablen der Beteiligten sicherlich bedeutsam ist und zu einem vollständigeren Verständnis der Supervisionsprozesse beitragen kann, entsteht, auch durch die Diskussion der Ergebnisse in den entsprechenden Studien, häufig der Eindruck, dass die Hauptverantwortlichkeiten für die Effektivität von Supervision bei den Supervisorinnen und Supervisoren wahrgenommen werden. Dies wird dadurch verstärkt, dass kaum über die fehlende Selbstauskunft hinausgehende Verhaltensweisen oder Kompetenzen von Supervisorinnen und Supervisanden als Bedingungsfaktoren erfolgreicher Supervision erforscht wurden.

Aber nicht nur die Merkmale der Beteiligten, sondern auch die eingesetzten Supervisionsmethoden scheinen eine Rolle für die Effektivität von Supervision zu spielen. In der Literatur wird von einer Vielzahl an Methoden berichtet, die in Supervisionsprozessen Anwendung finden können. Zu den Methoden, die in Studien häufiger untersucht wurden, zählen beispielsweise Live-Therapiebeobachtung, die Sichtung von Video- und Audiomaterial der Behandlungen, Rollenspiele, Falldiskussionen und Literaturempfehlungen (vgl. Townend, Iannetta & Freeston, 2002; Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017). Falender und Shafranske (2014) empfehlen das direkte Beobachten, live oder mittels Videoaufnahmen, da

dieses ein verhaltensbezogenes Feedback zu therapeutischen Kompetenzen und Zielen der Supervisorinnen und Supervisanden ermögliche. Damit konsistent konnten Untersuchungen die Überlegenheit unmittelbarer, prozessorientierter Feedbackstrategien wie Live-Supervision (Carmel, Villatte, Rosenthal, Chalker & Comtois, 2016; Smith et al., 2012; Weck, Jakob, Neng, Höfling, Grikscheit, & Bohus, 2016) sowie die Förderung therapeutischer Kompetenzen über videobasiertes Feedback zu gezeigten therapeutischen Kompetenzen (Weck, Kaufmann & Höfling, 2017; siehe Abschnitt 5.2) auch empirisch zeigen. Beispielsweise fand die Studie von Weck, Jakob et al. (2016) zum Vergleich der Wirksamkeit zweier unterschiedlicher Supervisionsansätze in der Bedingung der *bug-in-the-eye* Supervision, einer Form von Live-Supervision, bei der die Therapeutinnen und Therapeuten von den Supervisorinnen und Supervisoren in der Therapiesitzung schriftliche Instruktionen über einen Bildschirm erhalten, höhere therapeutische Kompetenz und Allianz als in der *delayed video-based* Supervisionbedingung, bei der die Supervision eine Woche nach Therapiesitzung erfolgte und die Sichtung des letzten Therapievideos umfasste. Die Einschätzung der Prozessvariablen erfolgte über unabhängige und für die Behandlungsbedingungen verblindete Beurteilerinnen und Beurteiler. Aufgrund von methodischen Einschränkungen sind die Ergebnisse jedoch unter Vorbehalt zu interpretieren. Die Effektivität von Feedback wird auch von einer Überblicksstudie von Milne et al. (2010) gestützt, die 24 Studien untersuchte, die positive KVT-Supervisionseffekte (z.B. Kompetenzzuwachs) nachgewiesen hatten. Feedback stellte die Methode dar, die am häufigsten, in nahezu 80% der Studien, eingesetzt worden war. Video- und Audioaufnahmen, multimodale Lernmethoden (z.B. Live-Demonstrationen oder Rollenspiele) sowie Priorisierung und Diskussion der Agenda waren in mindestens 50% der eingeschlossenen Studien verwendet worden.

Bezüglich der Umsetzung der empfohlenen und evidenzbasierten Methoden in der Praxis zeigt sich die Studienlage inkonsistent. Reiser und Milne (2016) befragten verhaltenstherapeutische Supervisorinnen und Supervisoren in Großbritannien zu den in der Supervision verwendeten Techniken. Sie gaben beispielsweise die Arbeit mit Audio- und Videoaufnahmen als häufig eingesetzte Methode an. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine Methodenanwendung nach den empirisch begründeten Empfehlungen hin. Andere Untersuchungen zeigten hingegen gegenläufige Befunde. Eine Befragung von Supervisorinnen und Supervisanden in Großbritannien von Townend et al. (2002) ergab, dass empfohlene direkte Techniken wie die Sichtung von Audio- oder Videoaufnahmen vergleichsweise selten angewandt würden. Weck, Kaufmann und Witthöft (2017) haben

ebenso eine Abweichung der in der Praxis verwendeten Techniken von den gültigen Best-Practice-Empfehlungen feststellen können. Die Stichprobe umfasste Psychologinnen in psychotherapeutischer Ausbildung in Deutschland. Die bestehenden Inkonsistenzen in den Befunden könnten auf die unterschiedlichen befragten Personengruppen (Supervisorinnen und Supervisoren vs. Supervisandinnen und Supervisanden) zurückführbar sein.

5.1.3 Effekte von Supervision

Supervision wird als essentiell für den Aufbau und Erhalt der Behandlungsintegrität von Therapeutinnen und Therapeuten angesehen (Garland & Schoenwald, 2013; Perepletchikova et al., 2007). Damit übereinstimmend gilt als zentrales Ziel von Supervision die Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen der Supervisandinnen und Supervisanden (Ellis, Krenkel, Ladany & Schult, 1996; Falender & Shafranske, 2004, 2007). Auch aus Perspektive der Supervisandinnen und Supervisanden spielt Supervision eine wesentliche Rolle bei dem Aufbau therapeutischer Kompetenz. So zeigte sich in einer Befragung von Ausbildungsteilnehmenden (Verhaltenstherapie) die Beurteilung der Unterstützung durch die Supervisorinnen und Supervisoren als ein Prädiktor für die erwartete eigene Kompetenz nach der Ausbildung (Zarbock, Rodde, Ströhme, Schulz & Watzke, 2012). Vergleichbare Ergebnisse liegen von Zimmer und Zimmer (1998) vor. In ihrer Befragung erhielt Supervision von Seiten der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten positive Bewertungen in Bezug auf den Erwerb therapeutischer Kompetenzen. In einer Untersuchung von Hopffgarten v. Laer und Mempel (1998) wurde sie als wichtigster Ausbildungsbestandteil zum Erwerb therapeutischer Kompetenz eingeschätzt. Aber nicht nur Psychologinnen und Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung, sondern auch approbierte Therapeutinnen und Therapeuten messen Supervision eine wesentliche Bedeutung bei. In einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen aus dem Jahr 2008 wurde Supervision/Intervision von 92% der 739 der Befragten als lohnenswert und sehr wichtig eingestuft. Sie sollte das Berufsleben lang regelmäßig wahrgenommen werden. Es wurde ein Bedarf an Supervision/Intervision von im Mittel zwei Sitzungen pro Monat angegeben (Ochs et al., 2012).

Die empirische Evidenz von Supervision ist jedoch weit weniger eindeutig als die große Einigkeit über deren Wert in Literatur und unter Supervisandinnen und Supervisanden vermuten lässt. Darüber hinaus fanden sowohl Milne et al. (2010) als auch Kühne et al. (2017) in ihren Übersichtsarbeiten eine Vielzahl verschiedener Erfolgskriterien, die in den entsprechenden Studien herangezogen wurden, was die Vergleichbarkeit der Befunde

untereinander einschränkt und den fehlenden Konsens bei der Auswahl von Effektivitätsmaßen aufzeigt.

Spence, Wilson, Kavanagh, Strong und Worrall (2001) untersuchten die damalige Studienlage zum Zusammenhang zwischen Supervision und klinischem Verhalten sowie Therapieerfolg in den Bereichen klinische Psychologie, berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, Sozialarbeit und Sprachtherapie. Sie schlussfolgerten, dass die Befundlage für eine Klärung der Zusammenhänge unzureichend sei. Ein Jahrzehnt später bestätigt Watkins (2011) mittels der Zusammenfassung der Literatur zum Zusammenhang von Supervision und Therapieerfolg die fortbestehende schwache empirische Studienlage und erläutert die Defizite in der Methodik vorhandener Forschungsarbeiten näher. Ein zentraler Informationsgewinn dieser Arbeit besteht darin, dass Studien, die als Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen Supervision und Therapieergebnis gehandelt wurden, bei genauer Prüfung keine derartigen Untersuchungen darstellen. In sieben der von Watkins (2011) evaluierten 18 Studien wurde, obwohl die Forschungsfragestellung dies hätte erwarten lassen, der Einfluss von Supervision auf das Therapieergebnis, in Form von Symptomreduktion bei Patientinnen und Patienten nicht untersucht.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Wheeler und Richards (2007) zu den Auswirkungen von Supervision bei erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kam zu einem gegenteiligen Ergebnis. Sie identifizierte positive Effekte von Supervision auf das Selbstbewusstsein, die Kompetenz, die Selbstwirksamkeit, die theoretische Orientierung, die erlebte Unterstützung und das Therapieergebnis der Supervisandinnen und Supervisanden. Die Befunde zur Entwicklung von Kompetenz (engl. *skill development*) beruhen dabei auf fünf der insgesamt 18 Primärstudien. Da die Kompetenz in vier dieser Studien jedoch durch die Therapeutinnen und Therapeuten selbst eingeschätzt wurde (Borders, 1990; Ögren, Jonsson & Sundin, 2005; Raichelson, Herron, Primavera & Ramirez, 1997; Worthen & McNeill, 1996), bleibt die empirische Evidenz fraglich. Außerdem wiesen die Autorinnen auf die methodischen Mängel (z.B. fehlende Kontrolle alternativer erklärender Variablen im Ausbildungskontext) der eingeschlossenen Studien hin.

Eine aktuelle systematische Überblicksarbeit von Alfonsson, Parling, Spännargård, Andersson und Lundgren (2018) zu den Effekten von Supervision auf die Supervisandinnen und Supervisanden sowie Patientinnen und Patienten in der KVT identifizierte lediglich fünf Studien, die die strengen, nach etablierten Richtlinien aufgestellten Einschlusskriterien erfüllten (Bambling, King, Raue, Schweitzer & Lambert, 2006; Carmel et al., 2016; Rakovshik, McManus, Vazquez-Montes, Muse & Ougrin, 2016; Tanner, Gray & Haaga,

2012; Weck, Jakob et al. , 2016). Alle Studien untersuchten den Einfluss von Supervision auf die therapeutische Kompetenz, jedoch konnten positive Effekte nur in einer Studie sicher auf die Manipulation von Supervision zurückgeführt werden (Rakovshik et al., 2016). Es wurden die Effekte von internetbasiertem Training für Therapeutinnen und Therapeuten auf deren KVT-Kompetenz untersucht. Das Training zeigte sich nur dann effektiv, wenn es durch Supervision begleitet wurde. Teilnehmende an der Trainingsmaßnahme unter Supervision zeigten nach Abschluss des Trainings höhere Kompetenz als Teilnehmende an der Trainingsbedingung ohne Supervision ($d = 0.72$) und der Kontrollbedingung ohne Training ($d = 1.29$). In diesem Zusammenhang kann auch eine Untersuchung von Miller, Yahne, Moyers, Matinez und Pirritano (2004) angeführt werden, die zwar nicht in die Überblicksarbeit von Alfonsson et al. (2018) eingeschlossen wurde, jedoch mit ihren Ergebnissen in eine ähnliche Richtung weist. In dieser Studie wurden fünf unterschiedliche Trainingsbedingungen verglichen: (1) klinischer Workshop, (2) Workshop und Kompetenz-Feedback, (3) Workshop und Supervision, (4) Workshop, Kompetenz-Feedback und Supervision und (5) Kontrollbedingung mit selbstangeleitetem Training. In den Bedingungen, in denen Kompetenz-Feedback ($d = 0.91$), Supervision ($d = 0.67$) oder beides ($d = 1.16$) enthalten waren, zeigten sich die größten Effekte für die Steigerung therapeutischer Kompetenz. Befunde zu den Auswirkungen von Supervision auf den Therapieerfolg von Patientinnen und Patienten fanden sich in drei der von Alfonsson et al. (2018) untersuchten Primärstudien. Während sich bei Tanner et al. (2012) und Weck, Jakob et al. (2016) bei dem Vergleich von jeweils zwei unterschiedlichen Supervisionsformen keine Unterschiede hinsichtlich der Symptomreduktion fanden, berichteten Bambling et al. (2006) bei der Gegenüberstellung einer Kontrollbedingung ohne Supervision mit zwei Supervisionsbedingungen einen positiven Effekt. Im Vergleich zu der Behandlung ohne Supervision gaben Patientinnen und Patienten der supervidierten Behandlungsbedingung eine höhere Reduktion ihrer depressiven Symptome ($d = 0.53$) und höhere Werte für die Zufriedenheit mit der Therapie ($d = 0.76$) und therapeutische Allianz ($d = 1.51$) an. Zudem war die Dropout-Rate geringer ($d = 0.96$). Für die therapeutische Adhärenz fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Bedingungen. Eine Besonderheit dieser Studie bestand darin, dass Supervisorinnen und Supervisoren mit einem Manual für die Supervision ausgestattet wurden.

Schoenwald, Sheidow und Chapman (2009) untersuchten die Auswirkungen von Supervision auf die therapeutische Adhärenz sowie das Therapieergebnis und fanden höhere Adhärenz der Supervisorinnen und Supervisoren bezüglich der Behandlungsprinzipien mit höherer

Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten assoziiert. Zudem zeigten sich zwei weitere Adhärenzmaße (Struktur und das Vorgehen in der Supervision, Fokus auf die klinische Entwicklung der Therapeutinnen und Therapeuten) der Supervisorinnen und Supervisoren als Prädiktoren für das Therapieergebnis (Verhaltensänderung bei Patientinnen und Patienten). Die beiden zuletzt beschriebenen Studien bieten Aufschluss über effektive Verhaltensweisen von Supervisorinnen und Supervisoren in der Supervision (vgl. Abschnitt 5.1.1). Sie deuten darauf hin, dass adhärentes Supervisionsverhalten positive Auswirkungen auf das Ergebnis von Supervision haben kann. Bei Schoenwald et al. (2009) ist diese Überlegung direkt über die entsprechenden Ergebnissen abgebildet, die Studie von Bambling et al. (2006) macht sie aufgrund der Verwendung von Supervisionsmanualen plausibel.

Studien zu Auswirkungen von Supervision auf das interpersonelle Verhalten der Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung liegen nach dem Wissen der Autorin nicht vor. Es erscheint allerdings plausibel, dass Supervision insbesondere über die im Abschnitt zuvor genannten Feedbackmethoden (v.a. die Live-Techniken, die den Therapeutinnen und Therapeuten ermöglichen, Hinweise von Supervisorinnen und Supervisoren direkt in der Behandlungssitzung umzusetzen) interpersonelles Patientinnen- und Patientenverhalten fördern können. Negatives interpersonelles Verhalten könnte mittels supervisorischer Unterstützung unmittelbarer adressiert und positiv beeinflusst werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Supervision von Supervisandinnen und Supervisanden als ein wichtiger Faktor für die eigene Kompetenzentwicklung wahrgenommen wird. Jedoch sind sich die meisten Autorinnen und Autoren der Überblicksarbeiten der letzten 20 Jahre zu der Fragestellung effektiver Supervision darüber einig, dass die Befundlage für robuste Schlussfolgerungen über die Effektivität von Supervision noch unzureichend ist (Alfonsson et al., 2018; Kühne et al., 2017; Milne et al., 2010; Spence et al., 2001; Watkins, 2011). Vor diesem Hintergrund bleibt, wie bereits von Spence et al. 2001 eingeschätzt, auch aktuell weiter größtenteils unsicher, ob Supervision zu Veränderungen im Therapeutinnen- und Therapeutenverhalten führt. Insbesondere sollte aber Abstand von Schlussfolgerungen über die Auswirkungen von Supervision auf den Therapieerfolg von Patientinnen und Patienten genommen werden (vgl. Hill & Knox, 2013; Watkins, 2011).

5.2 Kompetenz-Feedback

Eine Methode, die im Rahmen der zuvor dargestellten Supervisionsforschung als vielversprechend für die Förderung psychotherapeutischer Kompetenz eingeschätzt wird,

jedoch auch unabhängig von Supervision eingesetzt werden kann, ist ein auf Beobachtungen des tatsächlichen Therapieverhaltens von Therapeutinnen und Therapeuten basierendes Kompetenz-Feedback. Bislang gibt es nur wenige Studien, die die Wirksamkeit von Kompetenz-Feedback in der Psychotherapie systematisch untersuchten. Eine Studie, die Hinweise für die positiven Auswirkungen von Kompetenz-Feedback auf die therapeutische Kompetenz liefert, wurde bereits im Abschnitt zuvor beschrieben (Miller et al., 2004). Gestützt wird der Befund durch die Ergebnisse einer Studie von McManus, Westbrook, Vazquez-Montes, Fennell & Kennerley (2010), die große positive Effekte ihres Trainingsprogramms auf die Kompetenz der teilnehmenden Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten fand ($d = 1.25$). Das Training umfasste neben weiteren Maßnahmen wie Rollenspielen und Supervision auch qualitatives und quantitatives Feedback zu verschiedenen Kompetenzbereichen der CTS. Da es keine Kontrollbedingung ohne Kompetenz-Feedback gab, ist jedoch dessen Anteil an der Kompetenzverbesserung unklar. In einer Pilotstudie von Weck, Kaufmann und Höfling (2017) kann hingegen eine solche Konfundierung mit anderen Variablen ausgeschlossen werden. Die Untersuchung umfasste eine Interventionsbedingung, in der die randomisiert zugeteilten Therapeutinnen und Therapeuten im Verlauf von 20 Therapiesitzungen in regelmäßigen Abständen fünfmalig Feedback zu ihren Kompetenzen erhielten. In der Kontrollgruppe wurde das Feedback erst nach Beendigung der 20 Therapiesitzungen zur Verfügung gestellt. Das Feedback sowie die Kompetenzbeurteilungen wurden von zwei approbierten, klinisch erfahrenen Psychologinnen bzw. Psychologen anhand von Videoaufnahmen von fünf Therapiesitzungen pro Therapeutin bzw. Therapeut vorgenommen. Sie waren für die Studienbedingungen verblindet. Das Feedback beinhaltete qualitative und quantitative Rückmeldungen. Für die Therapeutinnen und Therapeuten in der Feedbackbedingung konnte ein höherer Anstieg therapeutischer Kompetenz festgestellt werden als für die Therapeutinnen und Therapeuten der Kontrollbedingung ($\eta^2 = .09$). Darüber hinaus lehnten lediglich 5% der Therapeutinnen und Therapeuten eine Teilnahme an der Studie ab, was die Autoren und die Autorin als Hinweis für eine gute Akzeptanz des Kompetenz-Feedbacks durch die Therapeutinnen und Therapeuten deuten.

Insgesamt weisen die vorliegenden Befunde auf die Effektivität von Kompetenz-Feedback zur Steigerung therapeutischer Kompetenz hin. Es besteht allerdings wenig Wissen in Bezug auf die Akzeptanz sowie die Prozesse und Mechanismen, die der Methode und ihrer Wirksamkeit zugrunde liegen. Dies spielt eine besonders große Rolle, wenn es um die Implementierungschancen der Methode, beispielsweise in der Ausbildung angehender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, geht.

6 Zusammenfassung und Erläuterung des Promotionsvorhabens

Die bisherige Befundlage weist einige Unklarheiten und Inkonsistenzen auf, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden. In diesem Zusammenhang werden auch die Forschungsfragen und Ziele der Studien, die im Rahmen des Promotionsvorhabens durchgeführt wurden, dargestellt.

Die Bedeutung der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz für das Therapieergebnis ist trotz der zahlreichen Studien, die zu deren Zusammenhang vorliegen, noch unklar. Mit Ausnahme der konsistent positiven Zusammenhänge für depressive Störungen, ist die restliche Studienlage durch heterogene Befunde gekennzeichnet. Dies gilt auch für die hochprävalente diagnostische Gruppe der Angststörungen. Die teilweise gegenläufigen Ergebnisse erschweren die Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Adhärenz, Kompetenz und Therapieerfolg. Es ist anzunehmen, dass ein erheblicher Anteil der bestehenden Inkonsistenzen auf die methodischen Unterschiede der verschiedenen Studien zurückzuführen ist. Die methodische Variabilität in diesem Forschungsfeld ist hoch.

Es gibt Hinweise darauf, dass das klinische Setting der Studien einen Einfluss auf die generelle Nachweisbarkeit von Effekten oder die Größe gefundener Zusammenhänge hat. So waren bisherige Forschungsarbeiten vorwiegend durch hochkontrollierte Studienbedingungen gekennzeichnet, die mit minimaler Variabilität der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz einhergingen (Roth, Pilling & Turner, 2010). Die Abhängigkeit der Höhe der Zusammenhänge zwischen Prozessvariablen und Therapieergebnis von dem Ausmaß der Variabilität im therapeutischen Vorgehen (DeRubeis et al., 2014) spricht für die Notwendigkeit, Studien unter weniger kontrollierten Bedingungen durchzuführen, um so eine größere Spanne therapeutischen Verhaltens zu ermöglichen (vgl. Haug et al., 2016).

Die voneinander abweichenden Befunde könnten zudem dadurch erklärbar sein, dass die Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder auch unterschiedliche Anforderungen an Therapeutinnen und Therapeuten stellt. So könnte für die erfolgreiche Behandlung bestimmter Störungsbilder (z.B. Depression) kompetentes Verhalten von hoher Bedeutung sein, während bei anderen Störungen (z.B. Panikstörung mit Agoraphobie) adhärentes Vorgehen in der Therapie wichtiger sein könnte (Weck, Grikscheit et al., 2016). Dies verdeutlicht den Bedarf an weiteren störungsspezifischen Studien, um eindeutige Aussagen zur Bedeutung der Adhärenz und Kompetenz für den Behandlungserfolg treffen zu können. Daher erscheint es, insbesondere hinsichtlich der Erfassung der Adhärenz, sinnvoll, spezifisch für eine Störung und Behandlungsform entwickelte Messinstrumente zu verwenden. Bei der

Erfassung der Adhärenz bestand darüber hinaus bislang eine große Vielfalt an Messinstrumenten unterschiedlicher Komplexität und häufig wurden Verfahren mit unzureichender Reliabilität und Validität verwendet. Sowohl Adhärenz als auch Kompetenz wurden zudem häufig von den Studientherapeutinnen und -therapeuten selbst und nicht von unabhängigen Beurteilerinnen und Beurteilern eingeschätzt.

Die Forschung zur Relevanz des interpersonellen Verhaltens von Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung ist durch die vorwiegende Untersuchung einzelner Komponenten (z.B. Widerstand) des interpersonellen Verhaltens gekennzeichnet. Darüber hinaus wurden häufig Maße verwendet, die eher allgemeines, nicht unbedingt sitzungsrelevantes interpersonelles Verhalten erfassen und sich deshalb nicht für die Messung des Konstrukts eignen.

Therapeutische Allianz zeigte sich als robust bedeutsame Prozessvariable für das Therapieergebnis. Vor dem Hintergrund der vorwiegend eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten besteht zur Klärung der Frage, ob Einschätzungen der Allianz über unabhängige Dritte in gleich robustem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen, Bedarf an weiteren Studien mit Fremdbeurteilungsmaßen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht zunächst darin, einen Beitrag zur Aufklärung der bestehenden empirischen Inkonsistenzen in der Studienlage zu leisten. Auch sollen die darüber hinaus dargestellten kritischen methodischen Aspekte bisheriger Befunde adressiert werden. Dies wird in *Studie 1 (siehe Kapitel II)* mittels des entsprechenden Untersuchungsdesigns umgesetzt. Studie 1 untersucht die Frage nach dem Zusammenhang von therapeutischer Adhärenz, Kompetenz und Allianz sowie interpersonellem Patientinnen- und Patientenverhalten mit dem Therapieergebnis bei der expositionsbasierten KVT der Panikstörung mit Agoraphobie. Die Untersuchung umfasste ein vergleichsweise gering kontrolliertes Studiensetting, das eine heterogenere Therapeutinnen- und Therapeuten sowie Patientinnen- und Patientenstichprobe mit größerer Variabilität der Prozessmaße begünstigte. Die Prozessvariablen wurden über umfassende und reliable Messinstrumente erhoben und durch unabhängige Beurteilerinnen und Beurteiler evaluiert. Dabei wurde bei Kompetenz und Allianz auf etablierte Verfahren (CTS, WAI-SR), bei Adhärenz auf ein für die Störung und Behandlung spezifisches Instrument (AS-ET) und bei interpersonellem Verhalten auf ein spezifisch für das Konstrukt entwickelte und komponentenübergreifendes Maß (AFPIB) zurückgegriffen.

Die bisherige Forschung zu Supervision kann als lückenhaft beschrieben werden. Es liegen nur wenige Studien vor, die die Effektivität von Supervision in der KVT systematisch

untersuchten. Darüber hinaus ist für den Großteil der Forschungsarbeiten eine Fokussierung auf die Verantwortlichkeiten der Supervisorinnen und Supervisoren, im Sinne von erforderlichen Verhaltensweisen und Kompetenzen, festzustellen. Verhaltensweisen oder Kompetenzen der Supervisandinnen und Supervisanden als Bedingungsfaktoren erfolgreicher Supervision wurden hingegen kaum erforscht. Diese einseitige Herangehensweise wird der dyadischen oder gruppeninteraktionellen Natur von Supervisionsprozessen nicht gerecht und vernachlässigt mit den Supervisandinnen und Supervisanden eine vermutlich bedeutsame Quelle zur Ausklärung von Varianz des Supervisionsergebnisses.

Bei der Frage, ob und wie häufig empfohlene und evidenzbasierte Supervisionsmethoden in der Praxis verwendet werden, bestehen aufgrund von gegenläufigen Befunden Unklarheiten. Die widersprüchliche Studienlage könnte über die unterschiedlichen Stichproben der Befragten aufklärbar sein. Die entsprechenden Studien untersuchten entweder die Perspektive der Supervisorinnen und Supervisoren oder die der Supervisandinnen und Supervisanden. Die simultane Einbeziehung beider Beteiligengruppen bei Beantwortung derselben Studienfragestellung wurde bislang nicht umgesetzt. Dies gilt nicht nur für die Studien zum Einsatz von Supervisionsmethoden in der Praxis, sondern kann auch auf die Gesamtbefundlage im Forschungsfeld der Supervision übertragen werden. Befunde basieren häufig entweder auf Einschätzungen von Expertinnen und Experten oder supervidierten Therapeutinnen und Therapeuten. Ein systematischer Abgleich beider Perspektiven ist so in der Regel nicht möglich.

Die unzureichende empirische Befundlage verdeutlicht, dass weitere systematische Studien erforderlich sind, um die Frage der Effektivität von Supervision eindeutiger beantworten zu können. Bei einem Vergleich der Forschungsarbeiten zu den Effekten von Supervision zeichnet sich ein fehlender Konsens hinsichtlich geeigneter Erfolgskriterien ab. Hierdurch wird die Vergleichbarkeit der Studien erschwert und es bleibt unklar, welche Maße die Wirksamkeit von Supervision am besten abbilden.

Um die bisherige lückenhafte Befundlage zu ergänzen, liegt der zweite Forschungsschwerpunkt des Dissertationsvorhabens mit *Studie 2 (Kapitel III)* auf der Identifizierung und Explizierung von erfolgbegünstigenden Merkmalen des Supervisionsprozesses und Auswirkungen erfolgreicher Supervision. Auch wird der bisher vernachlässigten Frage nach der Rolle der Supervisandinnen und Supervisanden für das Gelingen von Supervision nachgegangen. Im Rahmen eines explorativ-qualitativen Forschungsansatzes wurden sowohl Supervisorinnen und Supervisoren als auch Supervisandinnen und Supervisanden mit Interviewleitfäden (siehe Anhang A und B) zu ihren

Wahrnehmungen befragt, wodurch ein Vergleich des Erlebens beider Beteiligenseiten ermöglicht wurde.

Die Erforschung des Kompetenz-Feedbacks als einer Methode zur Förderung psychotherapeutischen Fertigkeiten steht noch am Anfang. Wenngleich in der Literatur zu ihrer Anwendung geraten wird und auch erste Wirksamkeitsbelege erbracht wurden, sind die zugrunde liegenden Wirkmechanismen und ablaufenden Prozesse noch unklar. Es gibt auch keine ausreichenden Befunde dazu, wie Therapeutinnen und Therapeuten ein solches Feedback annehmen.

Der dritte empirische Teil der vorliegenden Arbeit verfolgt daher das Ziel, den Umgang der Therapeutinnen und Therapeuten mit dieser Feedbackmethode sowie die wahrgenommenen Auswirkungen des Feedbacks näher zu explorieren. *Studie 3 (Kapitel IV)* stellt eine qualitative Untersuchung dieser Fragestellungen dar und erfasst mit einem Interviewleitfaden (siehe Anhang C), wie Therapeutinnen und Therapeuten das Feedback erleben und ob – und wenn ja, inwiefern – das Feedback Einfluss auf die Qualitätsmerkmale der psychotherapeutischen Behandlung, wie die Therapiesitzungen, die therapeutische Beziehung, die Person oder Supervision, hat.

Kapitel II:

Therapeut*innen und Patient*innenverhalten bei expositionsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie¹

1 Introduction

The therapist variables that were considered important for treatment outcome in previous research, and additionally, represent in-session behavior, which enable a clearly behavior-based assessment, are therapist competence and adherence. Waltz, Addis, Koerner, and Jacobson (1993) define therapist competence as the level of skill in delivering treatment considering the relevant contextual factors. Therapist adherence describes the extent to which a therapist applies the treatment manual's interventions. Although the assumption that high competence and adherence correlates with better treatment outcome is very plausible, the findings are inconclusive. The results from a meta-analysis that included only treatments with cognitive behavioral therapy (CBT) show a significant competence–outcome relationship ($r = 0.24$; Zarafonitis-Müller, Kuhr, & Bechtold, 2014). When only considering studies that investigated the treatment of depression, the association was of moderate magnitude ($r = 0.38$). If competence, among other therapist behaviors, as indicated by this finding, is more strongly outcome-related only in specific disorders, more studies on each type of disorder are needed to make definite statements on the role of therapist variables for treatment outcome. There are still only a few investigations on this research question for the treatment of panic disorder with agoraphobia (PD/AG) and so far, previous findings have been heterogeneous (e.g., Boswell et al., 2013; Haug et al., 2016; Weck et al., 2016). Although most available data are from large-scale studies that investigated a large number of treatments, some methodological similarities between the implemented study designs might account for the absence of the expected effects and thus explain the inconclusive findings.

Previous research mainly investigated the associations between therapist behavior and outcome in highly controlled trials that were characterized by a careful selection of therapists, intensive training, and close supervision of the therapists, which entailed high therapist competence and adherence levels with minimal variation (Roth, Pilling, & Turner, 2010). DeRubeis, Gelfand, German, Fournier, and Forand (2014) demonstrated that there were

¹ Diese Studie wurde 2019 in einer Peer-Review-Zeitschrift veröffentlicht: Maiwald, L. M., Junga, Y. M., Lang, T., Montini, R., Witthöft, M., Heider, J. et al. (2019). The role of therapist and patient in-session behavior for treatment outcome in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4), 614-626. doi:10.1002/jclp.22738

substantial variations in the magnitude of process–outcome correlations due to the level of variability in the therapeutic procedure of a study. Thus, if a restricted variability in the process measures results in substantially smaller process–outcome correlations, the expected effects might be detectable in more naturalistic clinical studies that enable greater ranges but not in highly controlled efficacy trials with strongly limited ranges as, for example, randomized controlled trials (RCTs). The results from a recent study with just such a naturalistic clinical setting that found an association between therapist competence/adherence and treatment outcome ($r = 0.48$) support this consideration (Haug et al., 2016). To the best of our knowledge, this study is the only one examining process–outcome associations in PD under low-control conditions, data from further trials, which are more similar to the clinical realities of routine treatment settings, could shed some light on the nature of the relationship between therapist variables and outcome.

With regard to the available evidence which indicates that clients contribute most to outcome (Bohart & Wade, 2013), it appears worthwhile to investigate patient - related predictor variables in particular. As patients' in-session behavior seems to be one of the best predictors of treatment outcome (Bohart & Wade, 2013), the assumption that patients' in-session interpersonal behavior is also highly relevant for outcome in PD/AG, and therefore needs to be considered in further research, seems appropriate. Patients' in-session interpersonal behavior includes all positive and negative interactional behaviors that patients display to the therapist in the therapy session. Patients interacting positively, for example, report openly of their own accord, they are attentive, proactive, and, friendly to the therapist. Negative interpersonal behavior is characterized by patients who, for example, degrade the therapist, express doubts about the treatment concept, or seem distanced towards the therapy process (c.f., Richtberg, Jakob, Höfling, & Weck, 2016). There is empirical support from studies of the impact of patient interpersonal behavior on treatment outcome. Previous review studies have reported a negative relationship between outcome and patients' negative interpersonal behavior (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002) and positive associations with positive interpersonal behavior (Tryon & Winograd, 2011). However, only single components of interpersonal behavior (e.g., patient resistance, cooperative behavior) were investigated. Richtberg et al. (2017) developed and validated a rating scale that assesses positive as well as negative patients' in-session interpersonal behavior in one measure. In a subsequent study on the treatment of hypochondriasis, interpersonal behavior predicted the outcome significantly (Richtberg, Jakob, Höfling, & Weck, 2017). Although PD/AG represents a distinct disorder

that is distinguishable from hypochondriasis, there are some phenomenological similarities, such as prevalent health anxieties and illness beliefs, which lead to very similar emotional, cognitive, and behavioral reactions (Hiller, Leibbrand, Rief, & Fichter, 2005). Therefore, it is highly plausible that the results found for hypochondriasis apply to PD/AG. Despite the aforementioned findings indicating an association between interpersonal behavior and outcome, there are also studies which did not find these correlations (e.g., Weck et al., 2016).

Another process measure of considerable interest for explaining outcome variance is the therapeutic alliance defined as the collaborative and affective bond between the therapist and the patient (Luborsky, 1984). Findings regarding the alliance–outcome relationship have been more consistent across treatments of various disorders and indicated a positive association (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Additionally, there is evidence that a low alliance level is an important predictor of treatment failure (e.g., Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, & Stangier, 2015). For PD/AG treatment, some studies reported significant associations (e.g., Haug et al., 2016; Weck et al., 2016), whereas in other investigations, alliance and outcome were uncorrelated (e.g., Weiss, Kivity, & Huppert, 2013).

The aim of the current study was to determine the association between therapist competence and adherence, patients' in-session interpersonal behavior, and therapeutic alliance, and outcome in exposure-based CBT for PD/AG. With our study, we intend to reflect the clinical realities of routine treatment settings to a greater extent compared with the majority of previous studies. The present study comprises treatment realities and presents a good coverage of the key constructs. Given these study strengths, we hoped to extend previous research in this field and expected to find effects that were not detectable in highly controlled trials. Moreover, comprehensive and reliable evaluation methods enhanced the probability of finding existing associations. We hypothesized that the assessed process variables would show significant associations with the treatment outcome. More precisely, we expected higher therapist competence and adherence to be associated with a better treatment outcome. In addition, better therapeutic alliance and positive patients' interpersonal behavior is assumed to be positively related to outcome.

2 Method

2.1 Procedure

This study is based on data provided by the research unit of the psychotherapy outpatient clinic of the University of Landau. The main study was conducted between September 2013 and May 2016, and investigated the mechanisms of change in the therapy process of patients with PD/AG in an outpatient CBT setting (Senger, Heider, Montini, & Schröder, 2017).

2.1.1 Main study

Patients who met the criteria for a primary diagnosis of a PD/AG according to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) and who had scores of 19 or higher on the Panic and Agoraphobia Scale (PAS; Bandelow, 1999) were included. Exclusion criteria were current comorbid bipolar or psychotic symptoms, or a history of bipolar disorder or psychosis, suicidality, addiction or substance abuse, an organically conditioned mental disorder, or concurrently ongoing psychotherapy. Patients on psychopharmacological medication could participate, provided they stopped using the medication before the study treatment or were on a stable dose for at least 3 months, and with regard to β -blockers or benzodiazepine, on a stable dose 1 month before the study started. Thirty-four patients were included in the main study. The study therapists were recruited from the clinic team of the psychotherapy outpatient clinic of the University of Landau. Both licensed therapists and therapists in training participated. They completed a 2-day workshop where they were trained how to implement the study's treatment manual. Moreover, every fourth therapy session, the therapists in training received support from licensed supervisors. Before treatment, the patients' sociodemographic and psychopathological characteristics were assessed. The psychopathology was assessed with the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997), and symptom self-report measures. At posttreatment and follow-up (6 months after the completion of the therapy), the psychopathological assessment was repeated.

2.1.2 Current Study

Those patients in the main study sample who additionally met the following criteria were included in the current analysis: (a) videotapes available of the fifth therapy session that were required for the evaluation of the process measures and (b) at least 80% scale completion in the raw scores of the assessment instruments that were relevant for the analyses. The fifth

session of 24 of the main sample's 34 patients was videotaped. The lack of videotapes for the remaining patients was due mainly to technical problems that occurred during recording. Four further patients, who were not part of the main study's sample, because they did not meet one of the inclusion criteria (scores >19 on the PAS) and were therefore excluded but who met all other inclusion criteria and received the same manualized treatment under the same conditions so that they could be included in the current analysis. Two of these 28 videotaped patients did not meet the scale completion criterion at posttreatment, so that 26 patients were ultimately included in the current study.

2.2 Participants

2.2.1 Patients

The mean age of the total sample of 26 patients was 39.38 years (standard deviation [*SD*] = 14.55, range = 18–64). Eighteen patients (69.20%) were female. All had a primary diagnosis of current PD/AG. Fifteen patients (57.69%) had at least one comorbid disorder and the number of comorbid disorders ranged from zero to four. The most frequent comorbid disorders were affective disorders, anxiety disorders, and somatoform disorders.

2.2.2 Therapists

Eleven therapists treated the 26 patients. On average each therapist treated 2.36 patients (*SD* = 1.21, range = 1–5). The average age was 37.63 years (*SD* = 7.40, range = 30–49) and 10 therapists were female. The educational level was a diploma (German “Diplom”) or master's degree in psychology and on average 48.12 months (*SD* = 29.67, range = 2–96) of clinical experience. Three therapists were already licensed, and eight were still in psychotherapy training. Up to the start of the study, the each therapist had treated on average 1.75 patients (*SD* = 1.19, range = 0–4) with exposure-based CBT.

2.2.3 Raters

The process measures were assessed for the fifth therapy session by two raters, who were trained by T. L. in a 5-hr workshop on the treatment of exposure-based CBT for PD/AG. Additionally, they participated in a 12-hr course on how to use the rating scales. Both raters were female and had a master's degree in clinical psychology, one with 2 years and the other 1.5 years of clinical experience. The raters evaluated independently and were blind to the psychopathology assessments and outcome.

2.3 Treatment

The therapists were instructed to treat the patients adherently according to a manual for exposure-based treatment of PD/AG (Lang, Helbig-Lang, Westphal, Gloster, & Wittchen, 2011). The manual's treatment comprised 12 sessions, which generally lasted 100 min. Sessions with the aim of in vivo exposure were not time-limited. The 12 sessions were supplemented by two booster sessions, which include primarily relapse-prevention. Therapists were requested to record all sessions on video.

Sessions 1–3 aimed to inform the patient about the disorder's general characteristics, development, and maintaining factors. Sessions 4 and 5 focussed on the implementation and discussion of the results of interoceptive exposure exercises (e.g., running). In Session 5, the rationale behind exposure to feared situations was derived. A mental experiment in which the patient imagines a strongly feared situation (e.g., an endless plane flight), without engaging in safety and fear-avoidance behavior, is conducted and an exposure-based decrease of fear is identified and discussed. Sessions 6–11 comprised in vivo exposure exercises. After having performed standardized exposures (e.g., a bus ride) the patient was exposed to individually chosen exercises. Session 12 and both booster sessions are used to prevent relapses.

2.4 Rater Assessments

2.4.1 Therapist Adherence

Adherence was assessed using the Adherence Scale for Exposure Therapy (AS-ET; Grikscheit et al., 2015). The AS-ET consists of 12 items rated on a 4-point scale (0 = no adherence, 1 = low adherence, 2 = moderate adherence, and 3 = high adherence) measuring therapist adherence to the treatment manual's fifth session: (1) agenda, (2) homework review, (3) implementation of interoceptive exposure exercises, (4) review of interoceptive exposure exercises, (5) information about exposure and habituation, (6) establishment of an anxiety stimulus hierarchy, (7) information about the consequences of avoidance behavior, (8) introduction and preparation of a mental experiment regarding exposure, (9) the mental experiment, (10) conclusions drawn from the mental experiment, (11) information on the exposure exercises, and (12) homework assignment. Additionally, there were two treatment aspects that were not covered by the original scale, but considered as important for therapist adherence. Thus, two more items were added: (first new) repetition of the fourth session's therapy content (second new) derivation of the need to remain in the feared situation. In the current study, the interrater reliability of the mean score of the AS-ET was very high

intraclass correlation coefficients, $ICC_{(2,2)} = 0.93$; $p < 0.001$. The scale's internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.82$.

2.4.2 Therapist Competence

The raters evaluated the competence with the Cognitive Therapy Scale (CTS; German version: Weck, Hautzinger, Heidenreich, & Stangier, 2010). The CTS is the most well-established scale for the assessment of therapist competence in administering CBT (Kazantzis, 2003). The German version included the following 14 items: (1) agenda setting, (2) dealing with problems/questions/objections, (3) clarity of communication, (4) pacing and efficient use of time, (5) interpersonal effectiveness, (6) resource activation, (7) reviewing previously set homework, (8) using feedback and summaries, (9) guided discovery, (10) focus on central cognitions and behavior, (11) rationale, (12) selecting appropriate strategies, (13) appropriate implementation of techniques, and (14) assigning homework. Additionally, the items from a recently developed scale that addresses specific therapeutic competencies regarding the implementation of exposure-specific interventions (CTS-ET; Grikscheit et al., 2015) were rated. This scale consisted of the items (a) implementation of interoceptive exposure, (b) implementation of mental experiments, and (c) provision of the rationale for exposure. All competence items were rated on a 7-point scale (0 = poor, 1 = barely adequate, 2 = mediocre, 3 = satisfactory, 4 = good, 5 = very good, and 6 = excellent). In the current study, satisfactory interrater reliability was found for the mean score of the CTS, $ICC_{(2,2)} = 0.72$; $p < 0.001$, and the scale's internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.91$. Interrater reliability for the mean score of the CTS-ET was moderate, $ICC_{(2,2)} = 0.65$; $p < 0.003$. The internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.73$.

2.4.3 Therapeutic alliance

The therapeutic alliance was assessed with a modified version of the German version of the Working Alliance Inventory–Short revised (WAI-SR; Wilmers et al., 2008). The 12 items of the scale measure three dimensions of the therapeutic alliance: (a) agreement on the therapy tasks, (b) agreement on the therapy goals, and (c) development of an affective bond. For the current study, the scale's items were reworded into a rater version (WAI-SR-R), which addresses the rater's evaluation of the alliance between therapist and patient. The items were rated on a 5-point Likert scale (1 = rarely to 5 = always). In the present study, the interrater reliability of the mean WAI-SR-R score was high, $ICC_{(2,2)} = 0.83$; $p < 0.001$. The scale's internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.97$.

2.4.4 Interpersonal behavior

The patients' in-session interpersonal behavior was measured with the Assessment Form of Patient Interpersonal Behavior (AFPIB; Richtberg et al., 2016). The AFPIB consists of 10 items that assess (1) cordiality/pleasantness, (2) attentive listening, (3) reciprocal communication, (4) patience, (5) positive expectation, (6) open reporting, (7) trying new interventions, (8) activity, (9) emotional involvement, and (10) showing interest. The response format is a 5-point rating scale (0–4) with 0 = negative patient behavior in detail (e.g., difficulty limiting speaking time) and point 4 = positive patient behavior (e.g., reciprocal communication). Point 2, which represents the middle of the scale, provides a precise description of neutral interpersonal behavior. Points 1 and 3 represent patient behavior that ranges in-between. In the current study, high interrater reliability of the mean score of the AFPIB was found, $ICC_{(2,2)} = 0.87$; $p < 0.001$. The scale's internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.93$.

2.5 Measures of outcome

PD/AG treatment outcome was measured with the PAS and the Mobility Inventory (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985), two frequently used disorder-specific self-report instruments, which were filled in by the patients before the treatment, at posttreatment (after the completion of the 12 regular sessions), and at followup (6 months after the last regular session). On five subscales, the PAS assesses clinical symptoms of panic attacks, anticipatory anxiety, agoraphobic avoidance, health concerns, and functional impairment. The internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.83$. The used version of the MI measures agoraphobic avoidance behavior when being alone. In the current study, the MI's internal consistency was Cronbach's $\alpha = 0.93$.

2.6 Statistical analyses

Substitute methods (e.g., last observation carried forward, multiple imputation) were not suitable for handling the large amount of missing data that was attributable to the very high study dropout rate (42.31%). To prevent a substantial loss of outcome data due to the many dropouts that actually imply relevant therapy outcome information, the treatments were classified as either problematic or nonproblematic. This involved also the dichotomization of the continuous outcome variables. This procedure enabled the inclusion of dropouts for the analyses and provided the opportunity to compare the problematic treatments with the nonproblematic treatments concerning the process variables.

2.6.1 Dropout

Eleven patients dropped out during treatment so that the dropout rate for the total sample of 26 patients was 42.31%. However, all dropout patients participated at least until Session 5. Thus, the video assessment of process measures was ensured. Five patients dropped out after Session 5 or 6, four after Session 7 or 8, and the remaining two after Session 11. Seven patients completed neither the posttreatment nor the follow-up assessments, and there are only partial posttreatment or follow-up values available for the other four patients.

2.6.2 Classification of treatment outcome

The distinction between therapy failure and therapy success is commonly used for the classification of treatment outcome. However, because the dropouts accounted for almost half of sample of the current study and, due to the incomplete treatment participation, apparently did not benefit as intended from the manualized treatment, the data indicated that there was no high overall treatment success. To avoid only very few therapy cases of the current study being categorized as therapy success, and, thereby, this category being underrepresented compared to the failure category, we deviated from the commonly used distinction and called the outcome categories problematic and nonproblematic treatments. Additionally, we chose rather lenient classification criteria.

Dropouts, nonresponses, and deteriorations were handled as problematic treatments. The study's dropouts were all those patients who did not complete the manualized treatment. Related to the aforementioned deviation from the classification term, we used a more uncommon method for defining response. The Reliable Change Index as a well-established measure of statistical significance of a change of symptoms was considered in the first place as the criterion for classification of outcome. However, very few cases in our data met this criterion of significant change, so that a "treatment success" would have been highly outnumbered by the equivalent of a "failure" category. Thus, we used a method that allowed differentiating more sensitively in our data. The response definition of the current study follows the suggestions of Hiller, Schindler, and Lambert (2012), who used the approach of percentage reduction of psychopathology values to determine the patient's response to a treatment. Reductions below 50% within the pathological range of the scale, or below 25% of the full scale (based on values assessed before the treatment), were treated as problematic. The percentage reduction criteria were chosen in exact accordance with Hiller, Schindler, Andor, and Rist (2011). For the PAS, cut-off scores were available to distinguish between the

functional value range (0–8 points) and the dysfunctional/pathological value range (9 or more points). The cut-off score of the MI (1.93) is from Hiller et al. (2011). Furthermore, only those cases in which the criteria for nonresponse were met by both outcome variables (PAS as well as MI), were classified as problematic. Thus, response in only one outcome is sufficient for a classification as nonproblematic. By making this link, we follow a rather lenient classification criterion, which accounts for the distribution of the outcome data found in this study. However, when there was only outcome data available from one of the two instruments and the patient did not improve on the measure, this was classified as nonresponse and thus problematic. Nonproblematic treatment criteria were remission and response as defined above in at least one of the two outcome variables.

2.6.3 Preliminary analysis and process-outcome relationship

The reported interrater reliability values are ICCs that were determined using Model 2 and two raters, $ICC_{(2,2)}$; see Shrout & Fleiss, 1979. The effectiveness analysis was carried out on the completers of the trial for the two outcome measures. An a priori statistical power analysis for a correlative study design (point-biserial model) was performed for sample size estimation. To detect a large effect ($r = 0.50$; Cohen, 1988) between process variables and outcome, as reported by the latest studies (Haug et al., 2016; Weck et al., 2016) at a power of $1-\beta = 0.80$ and with a twotailed α of 0.05, a sample of at least $N = 26$ participants is needed. Thus, our sample of $N = 26$ patients is adequate for replicating the effects of Haug et al. (2016) and Weck et al. (2016). To determine the correlations between the process variables and the dichotomous-dependent outcome variable (problematic vs. nonproblematic treatment), point-biserial correlations were conducted.

3 Results

On average, patients who completed the treatment showed significantly lower symptom scores at posttreatment than prior treatment, $t_{PAS}(14) = 7.42, p < 0.001$; $t_{MI}(12) = 4.26, p = 0.001$. From before follow-up, the scores also decreased significantly, $t_{PAS}(13) = 4.72, p < 0.001$; $t_{MI}(10) = 4.87, p = 0.001$. For the detailed results of the effectiveness analysis, see Table II-1.

Table II-1

Descriptive statistics of the process variables (N = 26) and outcome variables and Cohen's d for completers' outcome mean differences

	<i>M (SD)</i>	Range	Scale range	<i>d_{Cohen}</i>
AS-ET	2.42 (0.39)	1.20 – 3.00	0 – 3	-
CTS	3.21 (0.62)	2.00 – 4.14	0 – 6	-
CTS-ET	3.44 (0.66)	2.17 – 4.75	0 – 6	-
WAI-SR-R	3.35 (0.66)	1.79 – 4.21	1 – 5	-
AFPIB	2.96 (0.72)	0.95 – 4.00	0 – 4	-
Pre-post PAS (N = 15)				
PAS (pre)	28.60 (8.46)	12.00 – 44.00	0 – 4	-1.99
PAS (post)	12.07 (8.22)	0.00 – 25.00	0 – 4	(pre-post)
Pre-follow-up PAS (N = 14)				
PAS (pre)	27.29 (7.82)	12.00 – 39.00	0 – 4	-1.43
PAS (follow-up)	12.64 (11.81)	0.00 – 40.00	0 – 4	(pre-follow-up)
Pre-post MI (N = 13)				
MI (pre)	2.63 (0.88)	1.07 – 3.67	1 – 5	-1.06
MI (post)	1.76 (0.73)	1.00 – 2.89	1 – 5	(pre-post)
Pre-follow-up MI (N = 11)				
MI (pre)	2.77 (0.82)	1.22 – 3.67	1 – 5	-1.57
MI (follow-up)	1.62 (0.59)	1.00 – 2.74	1 – 5	(pre-follow-up)

Note. AS-ET = Adherence Scale for Exposure Therapy; CTS = Cognitive Therapy Scale; CTS-ET = Cognitive Therapy Scale (adapted for exposure therapy), WAI-SR-R = Working Alliance Inventory – Short revised – Rater's version; AFPIB = Assessment Form of Patient Interpersonal Behavior, PAS = Panic and Agoraphobia Scale; MI = Mobility Inventory. Main study's sample: Pre PAS (N = 34): *M* = 28.56 (8.06), Range: 9.00 – 44.00; Pre MI (N = 28): *M* = 2.91 (0.78), Range: 1.22 – 4.15.

For the pre–post analysis of $N = 26$ patients, 14 treatments were classified as problematic and 12 as nonproblematic. At follow-up, two patients did not participate in the assessments, and therefore did not provide continuous outcome data. This resulted in a sample size of $N = 24$ for the pre-follow-up analysis (12 problematic and 12 nonproblematic treatments).

Table II-1 shows the means, *SDs*, and ranges of values of the rated process variables. The dichotomous treatment outcome (problematic/nonproblematic) was significantly correlated with patient interpersonal behavior at follow-up. Nonproblematic outcome was associated with higher patient interpersonal behavior, indicating more positive behavior, while problematic outcome was associated with lower interpersonal behavior, indicating more negative behavior. At posttreatment, there was, if any, weak evidence of an outcome association. Additionally, there was no significant correlation between outcome and therapist adherence, therapist competence, and alliance (see Table II-2).

Table II-2

Pearson correlation coefficients and point-biserial correlations coefficients between process measures and the dichotomous outcome variable

	AS-ET (N = 26)	CTS (N = 26)	CTS-ET (N = 26)	WAI-SR-R (N = 26)	AFPIB (N = 26)	Outcome (post) (N = 26)
CTS	.54 ($p = .005$)					
CTS-ET	.46 ($p = .018$)	.84 ($p < .001$)				
WAI-SR-R	.46 ($p = .018$)	.83 ($p < .001$)	.60 ($p = .001$)			
AFPIB	.34 ($p = .086$)	.43 ($p = .030$)	.13 ($p = .530$)	.71 ($p < .001$)		
Outcome (post)	-.04 ($p = .849$)	-.24 ($p = .248$)	-.28 ($p = .170$)	.001 ($p = .996$)	.34 ($p = .093$)	
Outcome (follow-up) (N = 24)	.27 ($p = .200$)	.14 ($p = .524$)	.03 ($p = .881$)	.25 ($p = .244$)	.49 ($p = .015$)	.75 ($p < .001$)

Note. AS-ET = Adherence Scale for Exposure Therapy; CTS = Cognitive Therapy Scale; CTS-ET = Cognitive Therapy Scale (adapted for exposure therapy), WAI-SR-R = Working Alliance Inventory – Short revised – Rater's version; AFPIB = Assessment Form of Patient Interpersonal Behavior; Outcome (Dichotomous) = Coding 1 for non-problematic, Coding 0 for Problematic treatment. Two-tailed testing, significant correlations highlighted in bold.

4 Discussion

The current study investigated the relationship between therapist competence, therapist adherence, patients' interpersonal behavior, and therapeutic alliance, and the treatment outcome in exposure-based CBT for PD/AG. Our expectation that higher competence and adherence would be associated with better treatment outcome was not supported by the data. Our further hypothesis that better alliance and positive interpersonal behavior would be positively associated with outcome was supported only for interpersonal behavior.

Patients' in-session interpersonal behavior correlated significantly with the outcome at the 6-month follow-up. Richtberg et al. (2017) found similar results for cognitive and exposure therapy for hypochondriasis. Ramnerö and Öst (2007) demonstrated the patients' active participation and goal direction to be positively correlated with outcome. The finding of Weck et al. (2016), which did not show a direct association between patient interpersonal behavior and outcome, could be explained by a higher level of standardization, which might have suppressed the effects of patient characteristics on the outcome. At posttreatment, the association between interpersonal behavior and outcome was lower, and did not reach significance. In line with other studies, which found stronger associations between therapist variables for follow-up than for immediate outcome (e.g., Weck et al., 2016), the investigated patient variable seems to be more relevant for long term than for immediate treatment effects.

It is highly plausible that patients' negative interpersonal behavior (e.g., a hostile attitude, inattentive behavior, and lack of openness) may prevent symptom reduction. This might hinder patients from processing or implementing important aspects of the therapy. This would emphasize the high relevance of patients' interpersonal behavior for the success of a treatment, and the limited scope of influence of therapists. Patients' productive interpersonal therapy behavior could be one precondition for therapy success. However, the correlative study design does not allow for a definitive statement about causality. Such mediating variables as social support might also explain the association. Lower levels of social support due to poorer interpersonal behavior might affect treatment outcome.

In contrast to our hypothesis, we found no significant relationships between competence, adherence, or alliance, and outcome. These findings are in line with other study results (e.g., Boswell et al., 2013; Ramnerö & Öst, 2007; Weiss et al., 2013), which also found no significant associations between those variables and therapy outcome for PD/AG. Nevertheless, the results were unexpected because through the method we applied, we

intended to be more effect-sensitive than the studies that did not find these expected effects, and hypothesized replicating recent findings reporting significant associations (Haug et al., 2016; Weck et al., 2016). In contrast to the majority of previous clinical trials with comparable research issues, our methodological approach offers a wide coverage of the key constructs, with comprehensive and reliable evaluation methods and enables the inclusion of dropouts, which often remain unconsidered, but are part of routine treatment realities.

With its low-control treatment setting, the current study has a number of further strengths compared with other studies. The study of Weck et al. (2016), for example, had a more selective sample of therapists, as they were allowed to participate only if they proved sufficient adherence. Beyond the context of research, however, therapists do not have to demonstrate a minimum of competence or adherence to provide treatment, and certainly, there is considerable variance. Thus, no minimum level of clinical experience, competence or adherence was required for participation in the current study, and, especially for competence, we expected lower overall ratings and higher variance, which would improve the probability of finding the expected effects. Besides the primary diagnosis of a PD/AG according to the DSM-IV, inclusion criteria often comprise further criteria to control the severity of the disorder. To enable a greater range of severity within our patient sample, the study participation was limited to only a primary diagnosis of PD/AG. Patients did not additionally need to have a minimum disorder severity to be included. In contrast to our study, recent previous studies (e.g., Haug et al., 2016; Weck et al., 2016) drew participants from RCTs. The high requirements and duties usually associated with participation in an RCT suggest the patient sample to be rather selective (e.g., high motivation). Furthermore, in the current study, dropout did not necessarily lead to treatment termination. In the case of dropout, patients were given the opportunity to receive further treatment in the same clinic with the same therapist beyond the study treatment. Thus, there was a lower barrier for dropout and thereby participation, which most likely resulted in a more heterogeneous and naturalistic patient sample. In summary, the current study's setting is in many aspects more similar to naturalistic treatment conditions than most of the previous investigations. However, the fact that therapists had to agree with being observed and recorded before the assessment and may not have engaged in their typical therapy behaviors thus confounding the therapist behavior ratings, limits the interpretation of the ratings as routine treatment behavior.

Our findings support our claim of a more heterogeneous therapist and patient sample. Therapists differed substantially in terms of clinical experience and experience with exposure-based treatments. In accordance with our expectations, Weck et al. (2016), who

used the same measure for evaluating therapist competence (CTS) but analyzed data from a RCT, found a higher level and a lower variance of therapist competence. The study of Haug et al. (2016) closely resembles the current one in terms of the low controlled setting. Their competence/adherence measure showed a comparable level with our results and the variance was higher. The assumed higher heterogeneity and more naturalistic composition of the patient sample are supported by the study's considerably higher dropout of 42.31%, and the high level of unsatisfactory outcomes compared to dropout and quality of outcome in previous studies. The majority of previous studies investigated data from clinical trials that produced, with their highly controlled designs and well-trained therapists, mainly successful therapy outcomes. Competence and adherence may have differential effects in particular samples, such as being related to outcome in successful therapies, but not in problematic treatments. In unsatisfactory courses of treatment, outcome might depend on other variables (e.g., external factors, patients' characteristics) rather than therapist behavior.

There are several limitations of our study that should be considered when interpreting the findings. First, our small sample size had insufficient power to find moderate or small effects ($r \leq 0.30$). On the downside, however, it might also be possible that the small sample size led to false positive results for patient interpersonal behavior due to a beta-error inflation.

Secondly, there is a certain level of ambiguity of our outcome groups. The group of unproblematic outcome mainly did not reach reliable change (RC). Additionally, dropouts were always classified as problematic. Thus, there were also dropout patients with improvements or potential benefits from subsequent treatment included in the problematic outcome group. We assume that the complete manual-intended participation was associated with the optimum in treatment benefit, and regard a deviation through dropout as problematic. Other definitions of classification that might reduce some ambiguity, and affect the results are also conceivable.

Thirdly, the high dropout rate resulted in a substantial amount of missing outcome data. While we compensated for the loss of information and power, which would arise from excluding the dropouts, by dichotomizing the outcome variable, we accepted the loss of the outcome metric. This procedure limited the statistical analysis options.

Fourthly, some very high correlations between the alliance and other process variables indicated problems of construct independence in the present study, and rater difficulties in differentiating their ratings between some of the constructs. In future rater training, substantial overlap between the ratings of the different variables should be both identified and discussed.

Finally, the process variables were evaluated only once in the therapy process. More assessment points throughout the treatment might provide more valid data by averaging out potential fluctuation in the variables' manifestation. Additionally, some therapists contributed to more of the rated sessions than others, which entails a potential risk to the validity of our data analysis. Findings from Denhag, Gibbons, Barber, Gallop, and Crits-Christoph (2012), however, show that 4–14 patients need to be rated per therapist to yield the dependability of the individual session ratings of competence and adherence. Thus, we assume sufficient independence of observation and claim a low risk of a loss of validity for our analysis.

5 Conclusion

Our findings indicate a strong association between patients' in-session interpersonal behavior and follow-up outcome. To prevent negative outcome associated with poor patient interpersonal behavior, therapists might provide patients with additional training that supports positive in-session interpersonal behavior and decreases problematic interactions (e.g., active listening, social competence training). Therapists should be good models for positive interpersonal behavior and reflect on their own in-session behavior with particular regard to their own contribution to the occurrence of patients' negative interpersonal behavior, for example, in their supervisions.

Kapitel III:

Erfolgreiche Supervision in der Psychotherapieausbildung²

1 Einleitung

Supervision stellt einen zentralen Bestandteil in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar. Dennoch finden sich vergleichsweise wenige Forschungsarbeiten, die sich systematisch mit der Fragestellung effektiver Supervision in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) auseinandersetzen (vgl. Kühne, Maas, Wiesenthal & Weck, 2017; Milne et al., 2010). Bei der Untersuchung der Bestandteile effektiver klinischer Supervision standen bislang vorwiegend Kompetenzen und Verhaltensweisen der Supervisorinnen und Supervisoren im Fokus (z.B. Falender & Shafranske, 2014; Ladany, Mori & Mehr, 2013; Milne & Reiser, 2014; Newman, 2010). Newman (2010) unterscheidet in der klinischen Supervision zwischen *fundamentalen Kompetenzen* (z.B. diagnostisches Wissen) und *funktionalen Kompetenzen* (z.B. Geben konkreter quantitativer und qualitativer Rückmeldungen). Eine ausreichend detaillierte Beschreibung für eine genaue Spezifizierung dieser Kompetenzen blieb dabei jedoch aus (Reiser & Milne, 2012). Ladany et al. (2013) erhoben mit einem qualitativen Ansatz die aus Sicht der Supervisorinnen und Supervisanden sowohl effektivsten als auch ineffektivsten Supervisorinnen- und Supervisorenfertigkeiten und -verhaltensweisen. Die zusätzliche Einbeziehung der Perspektive der Supervisorinnen und Supervisoren wäre für ein vollständigeres Bild wünschenswert gewesen. In einer narrativen Übersichtsarbeit von Falender und Shafranske (2014) werden Befunde zu den Bestandteilen effektiver Supervision zusammengefasst. Dabei werden vor allem Verantwortlichkeiten, wie das Ansprechen therapierelevanter persönlicher Faktoren, und Verhaltensweisen, wie das Bereitstellen eines fortwährenden korrigierenden und positiven Feedbacks, der Supervisorinnen und Supervisoren dargestellt. Eine leicht nachvollziehbare Struktur in der Darstellung der Kompetenzen, die Supervisorinnen und Supervisoren für effektive Supervision aufweisen sollten, fehlt aber weitgehend.

Zusammengefasst weist die bisherige Befundlage zu den erfolgsförderlichen Fertigkeiten und Verhaltensweisen von Supervisorinnen und Supervisoren einige Lücken auf. Neben der

² Diese Studie ist aktuell zur Begutachtung in einer Peer-Review-Zeitschrift eingereicht: Maiwald, L. M., Kühne, F., Junga, Y. M., Rudolph, D., Witthöft, M., Lütke, L. et al. (2019). *Erfolgreiche Supervision in der Psychotherapieausbildung – Eine explorativ-qualitative Untersuchung der Supervisor_innen- und Supervisand_innenperspektive*. Manuskript eingereicht zur Publikation.

häufig unzureichenden Operationalisierung sowie der ausbleibenden systematisch kategorialen Organisierung relevanter Supervisorinnen- und Supervisoren-Kompetenzen wurden Daten vorwiegend monoperspektivisch erhoben. Darüber hinaus wurde der Beitrag von Supervisorinnen und Supervisanden zum Gelingen und Gestalten der Supervision kaum untersucht.

Neben den Fertigkeiten und Verhaltensweisen von Supervisorinnen und Supervisoren gibt es auch Hinweise darauf, dass Unterschiede in den eingesetzten Methoden das Gelingen von Supervision beeinflussen. Das Methodenspektrum reicht vom Einsatz von Audio- und Videoaufnahmen über Rollenspiele und Falldiskussion bis hin zu Literaturempfehlungen (Überblick z.B. bei Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017). Als Methode der Wahl wird insbesondere das direkte Beobachten, live oder anhand von Videomaterial, und ein auf diesen Beobachtungen basierendes verhaltensbezogenes Feedback empfohlen (Falender & Shafranske, 2014; Weck, Kaufmann & Höfling, 2017). Bezüglich der Umsetzung der empfohlenen Methoden in der Praxis besteht eine inkonsistente Befundlage. Die Ergebnisse von Reiser und Milne (2016) deuten auf eine Anwendung der Methoden anhand empirisch begründeter Empfehlungen hin. So nannten befragte Supervisorinnen und Supervisoren beispielsweise die Arbeit mit Audio- und Videoaufnahmen als häufig eingesetzte Methode. Eine Supervisorinnen- und Supervisandenbefragung von Townend, Iannetta und Freeston (2002) ergab hingegen, dass empfohlene direkte Techniken wie das Nutzen von Audio- oder Videoaufnahmen vergleichsweise selten angewandt würden. Weck, Kaufmann und Witthöft (2017) konnten aus Sicht von Supervisorinnen und Supervisanden ebenso eine Abweichung der verwendeten Techniken von den gültigen Best-Practice-Empfehlungen feststellen. Vor diesem Hintergrund sollte in entsprechenden Forschungsarbeiten sowohl die Supervisorinnen- und Supervisoren- als auch die Supervisorinnen- und Supervisandenperspektive berücksichtigt werden.

Als zentrales Ziel von Supervision gilt die Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen der Supervisorinnen und Supervisanden (Ellis, Krenzel, Ladany & Schult, 1996). In diesem Sinne umfasst die *kompetenzbasierte Supervision* (Falender & Shafranske, 2004) explizit die Einschätzung, die fortwährende Überprüfung und die Sicherstellung des Aufbaus klinischer Kompetenzen von Supervisorinnen und Supervisanden (Falender & Shafranske, 2007). Demgegenüber fehlt ein Konsens darüber, welche Maße die Wirksamkeit von Supervision am geeignetsten abbilden. Sowohl Milne et al. (2010) als auch Kühne et al. (2017) identifizierten in ihren Übersichtsarbeiten eine Vielzahl verschiedener Erfolgskriterien, die

in den eingeschlossenen Supervisionsstudien zum Einsatz kamen, was die Vergleichbarkeit der Primärstudien untereinander einschränkt und die fehlende Konsistenz bei der Auswahl geeigneter Maße verdeutlicht.

Die vorliegende Arbeit zielt mit ihrem qualitativen Forschungsansatz darauf ab, die bisherige Befundlage zu Voraussetzungen und Effekten erfolgreicher Supervision zu ergänzen. Ein zentrales Anliegen ist es, mit dem qualitativen Datenmaterial zu einer genaueren Aufschlüsselung der Bedingungsfaktoren und Auswirkungen erfolgreicher Supervision beizutragen und dabei sowohl die Perspektive der Supervisorinnen bzw. Supervisoren als auch die der Supervisandinnen bzw. Supervisanden zu berücksichtigen.

2 Methode

2.1 Vorgehen

Für die vorliegende Arbeit wurden Supervisorinnen und Supervisoren und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung des Weiterbildungsstudiengangs der Johannes-Gutenberg Universität Mainz befragt. Die Rekrutierung erfolgte über E-Mail, die Teilnahme war freiwillig und erfolgte unentgeltlich. Die Daten wurden mittels halbstrukturierter Leitfadeninterviews erhoben. Die Interviews mit den Supervisorinnen und Supervisoren fanden im Oktober und November 2016 statt, die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung wurden im Mai und Juni 2018 befragt.

2.2 Stichproben

2.2.1 Supervisor*innen

Es wurden 19 Personen kontaktiert, von denen elf am Interview teilnahmen. Die untersuchte Stichprobe umfasste zehn approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (KVT) und eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (inkl. KVT), die anerkannte Supervisorinnen bzw. Supervisoren waren. Zehn Befragte waren weiblich, einer männlich. Das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre ($SD = 10.80$, Spanne: 34-66 Jahre). Die Approbationen bzw. fachärztliche Qualifikation wurden zwischen 1999 und 2010 erlangt. Nur eine Person wies eine zusätzliche Supervisionsausbildung auf. Im Mittel lag die Ausübungsdauer der Supervisionstätigkeit bei neun Jahren ($SD = 9.60$, Spanne: 0.33-30 Jahre).

2.2.2 Supervisand*innen

Von allen zum Zeitpunkt der Studie aktiven Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten am Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie an der Universität Mainz ($N = 85$) wurden nach dem Zufallsprinzip 20 ausgewählt und kontaktiert. Zehn der angeschriebenen Personen willigten in die Befragung ein und wurden interviewt. Neun waren weiblich, einer männlich. Das Alter lag im Mittel bei 30 Jahren ($SD = 2.75$, Spanne: 26-35 Jahre). Der Durchschnitt der absolvierten Supervisionsstunden lag bei 30 von 50 vorgeschriebenen Einzelstunden ($SD = 13.24$, Spanne: 11-50 Stunden). Die Befragten wiesen im Mittel 60 der geforderten 100 Gruppenstunden ($SD = 38.41$, Spanne: 5-100 Stunden) auf. Bis zum Zeitpunkt des Interviews hatten die Supervisorinnen und Supervisanden durchschnittlich 13 Patientinnen und Patienten ($SD = 5.96$, Spanne: 6-23) bei im Mittel fünf verschiedenen Supervisorinnen und Supervisoren ($SD = 0.82$, Spanne: 4-6) behandelt.

2.3 Leitfadeninterviews

Für die Befragung der Supervisorinnen und Supervisoren wurde ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview entwickelt. Die Interviewfragen wurden ausgehend von allgemeinen zu spezifischer werdenden Formulierungen angeordnet (engl. *funneling*, Smith & Osborn, 2008). Zu Beginn des Interviews stand die übergeordnete Frage „Was macht Ihrer Meinung nach erfolgreiche Supervision aus?“. Es folgten vier themenbezogene Fragen mit weiteren Unterfragen zum Aufbau, den Voraussetzungen bei den Beteiligten, den Zielen sowie den Auswirkungen erfolgreich erlebter Supervision. Dieser Interviewleitfaden wurde später für die Befragung der Supervisorinnen bzw. Supervisanden angepasst. Die Interviews der Supervisorinnen und Supervisoren wurden von zwei Studentinnen (darunter LL) im fortgeschrittenen Psychologiestudium durchgeführt, die Supervisorinnen- und Supervisandeninterviews von einer Psychologin (LM) und einer Masterandin (EH). Zur Unterstützung einer fachgerechten Anwendung der Leitfäden wurde die Durchführung der Interviews zuvor in einem zweistündigen Training erprobt.

2.4 Datenauswertung

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden transkribiert und die Inhalte anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet. Das für die Fragestellung relevante Material wurde in Sinneinheiten zerlegt und auf einheitlicher Abstraktionsebene

paraphrasiert. Die anschließende Kategorienbildung umfasste ein Vorgehen aus deduktiven und induktiven Analyseelementen. Zunächst wurden die Paraphrasen den durch die Fragestellung vorgegebenen Bereichen zugeordnet. Nach Plausibilitätsprüfung dieser ersten Struktur wurden in einem induktiven Vorgehen die endgültigen Kategorien gebildet. Dieser Prozess wurde durch ein jeweiliges Studienteam (Supervisorinnen- und Supervisorendaten: LM, YJ, DR, LL, Supervisandinnen- und Supervisandendaten: LM, DR, EH) begleitet. Dies unterstützte die induktive Differenzierung des Kategoriensystems aus dem vorhandenen Material und dessen fortwährende Korrektur zur Herstellung der Replizierbarkeit der Ergebnisse. Zur unabhängigeren Kategorisierung erfolgte der Auswertungsvorgang der Supervisandinnen- und Supervisandeninterviews ohne Heranziehung des bereits entwickelten Supervisorinnen- und Supervisoren-Kategoriensystems. Zur Ermittlung der Beurteilerübereinstimmung wurden bei jeweils zwei zufällig gezogenen Interviews der Supervisorinnen und Supervisoren sowie Supervisandinnen und Supervisanden die Paraphrasen von unabhängigen Raterinnen erneut den entsprechenden Kategoriensystemen zugeordnet.

Zur Förderung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Stichproben wurde nach Fertigstellung ein Abgleich der Kategoriensystemen vorgenommen. Im Zuge dessen wurden die Bezeichnungen inhaltsäquivalenter Kategorien angeglichen und eine einheitliche Struktur erstellt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Kategoriensysteme sind somit leichter identifizierbar.

3 Ergebnisse

Tabelle III-1 zeigt die berichteten Voraussetzungen und Effekte gelungener Supervision. Bei der Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung ergaben sich nach Cohen (1960) hohe bis perfekte Werte für das Kategoriensystem der Supervisorinnen und Supervisoren (Hauptkategorien $\kappa = 1.00$, Unterkategorien $\kappa = .79$) und hohe Übereinstimmungen für das Kategoriensystem der Supervisandinnen und Supervisanden (Hauptkategorien $\kappa = .87$, Unterkategorien $\kappa = .66$).

Tabelle III-1

Voraussetzungen und Effekte erfolgreicher Supervision

Supervisor*innen-Stichprobe		Supervisand*innen-Stichprobe	
K1	Merkmale der Supervisor*innen	K1	Merkmale der Supervisor*innen
	K1A Kompetenzen (n = 11)		K1A Kompetenzen (n = 10)
	K1B Vorbereitung der Supervisionsstunde (n = 11)		K1B Vorbereitung der Supervisionsstunde (n = 3)
	K1C Vorgehen bei Durchführung der Supervision (n = 10)		K1C Vorgehen bei der Durchführung der Supervision (n = 4)
	K1D Persönliche Eigenschaften und Haltungen (n = 7)		K1D Persönliche Eigenschaften und Haltungen (n = 8)
	K1E Psychotherapie- und Supervisionserfahrung (n = 6)		K1E Psychotherapie- und Supervisionserfahrung (n = 7)
K2	Merkmale der Supervisand*innen	K2	Merkmale der Supervisand*innen
	K2A Kompetenzen (n = 11)		K2A Kompetenzen (n = 10)
	K2B Vorbereitung der Supervisionsstunde (n = 7)		K2B Vorbereitung der Supervisionsstunde (n = 10)
	K2C Persönliche Eigenschaften und Haltungen (n = 10)		K2C Vorgehen bei Durchführung der Supervision (n = 4)
			K2D Persönliche Eigenschaften und Haltungen (n = 10)
K3	Tragfähige Supervisionsbeziehung	K3	Tragfähige Supervisionsbeziehung
	K3A Vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre (n = 8)		K3A Vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre (n = 5)
	K3B Gleichberechtigte Zusammenarbeit (n = 3)		

Tabelle III-1 (Fortsetzung)

K4	Methoden	K4	Methoden
	K4A Videoanalyse ($n = 11$)		K4A Videoanalyse ($n = 8$)
	K4B Rollenspiel ($n = 10$)		K4B Rollenspiel ($n = 4$)
	K4C Falldiskussion und -reflexion ($n = 9$)		K4C Falldiskussion und -reflexion ($n = 7$)
	K4D Feedback ($n = 4$)		K4D Feedback ($n = 7$)
	K4E Arbeit mit Supervisionsprotokoll und Literatur ($n = 6$)		K4E Vermittlung von Wissen, Methoden, Interventionen ($n = 8$)
			K4F Gemeinsame Anliegenformulierung und -klärung ($n = 8$)
			K4G Selbsterfahrung ($n = 7$)
K5	Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen	K5	Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen
	K5A Basiskompetenzen ($n = 10$)		K5A Basiskompetenzen ($n = 10$)
	K5B Ausführungskompetenzen ($n = 10$)		K5B Ausführungskompetenzen ($n = 8$)
	K5C Individuelle Kompetenzen ($n = 10$)		K5C Individuelle Kompetenzen ($n = 9$)

Anm.: n = Anzahl der Befragten, die sich zu den aufgeführten Aspekten äußerten. Voraussetzungen: K1 bis K4, Effekte: K5.

3.1 Merkmale der Supervisor*innen

3.1.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

Als Kompetenzen, die Supervisorinnen und Supervisoren einbringen sollten, wurden *Strukturierungskompetenzen* und *interpersonelle Kompetenzen* insgesamt am häufigsten und von beiden Befragengruppen thematisiert. *Strukturierungskompetenzen* umfassten sowohl ein strukturiertes Vorgehen in der Supervision als auch ein gutes Zeitmanagement. Die am stärksten durch beide Seiten vertretene *interpersonelle Kompetenz* war die aktive und passive Kritikkompetenz. Kritik solle fair, gut begründet, wertschätzend und konstruktiv sein. Weiterhin sei es günstig, auch Positives zurückzumelden, Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten und selbst kritikfähig zu sein (z.B. Annahme der Kritik der Supervisandinnen und Supervisanden, Respektieren von Meinungsverschiedenheiten). Einig waren sich Supervisorinnen bzw. Supervisoren und Supervisandinnen bzw. Supervisanden auch darin, dass *Offenheit* eine erfolgsförderliche Eigenschaft von Supervisorinnen und Supervisoren darstellt. Es sei erforderlich, eigene Grenzen zu kennen und transparent zu machen. Aus Sicht der Supervisorinnen und Supervisoren sollten sie außerdem nur Störungsbilder supervidieren, für die sie ausreichend qualifiziert sind. Supervisandinnen und Supervisanden beschrieben darüber hinaus die Offenheit, Neues auszuprobieren und von eigenen Unsicherheiten oder vergangenen Fehlern in Behandlungen zu berichten, als hilfreich. Auch die Erfahrung mit Psychotherapie und Supervision (v.a. hohe Anzahl an durchgeführten Therapie- und Supervisionsstunden) wurde von beiden Seiten als ein begünstigendes Supervisorinnen- und Supervisorenmerkmal thematisiert.

3.1.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

Die Unterkategorien zur Vorbereitung und zum Vorgehen bei der Durchführung der Supervision seitens der Supervisorinnen und Supervisoren umfassen mehr Äußerungen und Spezifizierungen von Supervisorinnen und Supervisoren als von Supervisandinnen und Supervisanden. Supervisorinnen und Supervisoren gaben für das Gelingen von Supervision am häufigsten das *Lesen des Supervisionsprotokolls* und *Recherche* als vorbereitende Maßnahme an. Supervisorinnen und Supervisoren sollten beispielsweise zu nicht ad-hoc zu beantwortenden Fragen recherchieren und mit Hilfe von Literatur Unklarheiten, die sich in der Supervision ergeben, beseitigen. Daneben wurde es als hilfreich erlebt, *Arbeitsmaterial zu erstellen* und sich die *Informationen zum jeweiligen Fall in Erinnerung zu rufen*. Die

meisten Nennungen hinsichtlich des Vorgehens bei der Durchführung ergaben sich für das Beachten des *Wohlergehens und der Zufriedenheit der Supervisorinnen und Supervisanden* (z.B. Kenntnis und Berücksichtigung der Weiterbildungssituation, Einholen von Rückmeldungen zur Zufriedenheit). Zu Eigenschaften und Haltungen äußerten sich zwar ähnlich viele Supervisorinnen bzw. Supervisoren wie Supervisorinnen bzw. Supervisanden, allerdings bestand in der Gruppe der Supervisorinnen und Supervisanden ausschließlich Konsens bezüglich der Relevanz der *Offenheit* der Supervisorinnen und Supervisoren. Bei den Supervisorinnen und Supervisoren gab es darüber hinaus Übereinstimmungen für weitere erfolgbegünstigende Eigenschaften und Haltungen (z.B. Fortbildungsbereitschaft, Geduld).

3.2 Merkmale der Supervisor*innen

3.2.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

In der Unterkategorie der Kompetenzen wurde passive Kritikkompetenz, d.h. das Annehmen und Umsetzen von Anregungen und Kritik, als *interpersonelle Kompetenz* in beiden Stichproben häufig genannt. Weiterhin wurde *Reflexionsfähigkeit* sowohl von Supervisorinnen und Supervisoren als auch Supervisorinnen und Supervisanden als bedeutsam thematisiert. Um den Erfolg der Supervision zu erhöhen, sollten Supervisorinnen und Supervisanden zudem im Vorfeld der Stunde *Supervisionsprotokolle erstellen* und ihre *Fragen und Anliegen formulieren*. Hinsichtlich begünstigender persönlicher Eigenschaften und Haltungen von Supervisorinnen und Supervisanden bestand Einigkeit betreffend einer *motivierten Haltung*, die durch Lern- und Veränderungsbereitschaft sowie Engagement gekennzeichnet sei.

3.2.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

Zeitmanagement, Zusammenfassung des Therapiegeschehens und die eigene Strukturiertheit wurden von Seiten der Supervisorinnen und Supervisanden unter hilfreichen *Strukturierungskompetenzen* angeführt. Sich im Sinne von *Introspektionsfähigkeit* selbst gut zu kennen sowie gute *Kommunikationsfähigkeiten* (z.B. klare, pointierte Formulierungen) aufzuweisen, sei ebenso förderlich. Die Unterkategorie Vorgehen bei der Durchführung der Supervision konnte lediglich für die Supervisorinnen und Supervisanden gebildet werden. Sie beschrieben, dass Supervisorinnen und Supervisanden das eigene Verständnis sowie die Klärung ihrer Anliegen sicherstellen sollten. Hinsichtlich günstiger Eigenschaften sahen

die Supervisorinnen und Supervisoren *Zuverlässigkeit* (z.B. Einhalten von Absprachen) und die Supervisandinnen und Supervisanden *Offenheit* (z.B. Bereitschaft, sich mit den eigenen Schwächen zu offenbaren) als bedeutsam an.

3.3 Tragfähige Supervisionsbeziehung

Beide Befragtengruppen stimmten darin überein, dass die Supervisionsbeziehung durch eine *vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre* gekennzeichnet sein sollte, die es den Supervisandinnen und Supervisanden erleichtere, alle Anliegen und Probleme einzubringen. Vorteilhaft sei eine offene Fehlerkultur, gegenseitige Wertschätzung und das Erleben von Freude an der Supervision. *Gleichberechtigte Zusammenarbeit* schien der Häufigkeit der Äußerungen nach Supervisorinnen und Supervisoren wichtiger zu sein als Supervisandinnen und Supervisanden. Eine Supervisorin beschrieb, dass sich die Beziehung über die Zeit von einem Lehrer*in-Schüler*in-Verhältnis zu einem Verhältnis auf Augenhöhe entwickele.

3.4 Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen

3.4.1 Übereinstimmung zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

Durch erfolgreiche Supervision würden Supervisandinnen und Supervisanden grundlegende Kompetenzen der *Planung, Strukturierung und Durchführung von Therapien* erwerben und ausbauen (z.B. störungsspezifisches Vorgehen, Auswahl geeigneter therapeutischer Strategien). Weiterhin wurde in vergleichbarer Häufigkeit die Förderung von *Methodenkompetenzen* (z.B. Aneignung von Wissen zu Techniken, flexible und gezielte Anwendung) und *Wissenszuwachs* (z.B. Störungswissen) thematisiert. In der Unterkategorie der Ausführungskompetenzen wurde gruppenübergreifend und am häufigsten die Förderung *interpersoneller Kompetenzen* (Fähigkeiten zu Perspektivübernahme, Empathie und Beziehungsgestaltung), gefolgt von der Steigerung der *Reflexionsfähigkeit* durch Supervision berichtet. Gelungene Supervision ermögliche auch den Aufbau von *Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein*, was hier übereinstimmend thematisiert wurde. Ängste und Unsicherheiten in der therapeutischen Arbeit würden abgebaut und Selbstbewusstsein im Umgang mit Patientinnen und Patienten erworben. Die fachliche Sicherheit, beispielsweise in Bezug auf therapierelevante Entscheidungen, werde erhöht.

3.4.2 Unterschiede zwischen Supervisor*innen und Supervisand*innen

Eine Auswirkung, die häufig aber ausschließlich von Supervisorinnen und Supervisoren beschrieben wurde, ist die Verbesserung des *selbstständigen und verantwortungsvollen Arbeitens*. Supervisandinnen und Supervisanden hingegen nannten in dieser Unterkategorie am häufigsten *Entlastung und Ressourcenaktivierung* durch erfolgreiche Supervision (z.B. zuversichtliche Haltung, Gelassenheit erwerben), was von Supervisorinnen und Supervisoren nicht thematisiert wurde.

4 Diskussion

Mit dem Ziel, die bisherige lückenhafte Befundlage zu ergänzen, untersuchte die vorliegende Arbeit die Voraussetzungen und Effekten erfolgreicher Supervision sowohl aus Sicht von Supervisorinnen bzw. Supervisoren als auch von Supervisandinnen bzw. Supervisanden. Für die Befragten zeigten sich sowohl zahlreiche Merkmale der beiden Beteiligtegruppen als auch Qualitätsaspekte der Supervisionsbeziehung und verschiedene Methoden als relevante Voraussetzungen für eine als erfolgreich wahrgenommene Supervision. Effekte wurden vorwiegend in der Verbesserung psychotherapeutischer Kompetenzen der Supervisandinnen und Supervisanden gesehen.

4.1 Strukturierte, vorbereitete Supervision

Die vorliegende Studie liefert Hinweise dafür, dass erfolgreiche Supervision strukturiert gestaltet werden sollte und von der Vorbereitung aller Beteiligten profitiert. In ihrer Vorbereitung sehen es die Supervisorinnen und Supervisoren unter anderem als nützlich an, Supervisionsprotokolle zu lesen, Arbeitsmaterial zu erstellen und sich die Informationen zum jeweiligen Behandlungsfall in Erinnerung zu rufen. Es ist naheliegend, dass durch diese Art der Vorbereitung ein höheres Maß an Strukturierung möglich ist. Die Bedeutung eines strukturierten Vorgehens der Supervisorinnen und Supervisoren bildet sich auch in der bisherigen Befundlage ab. In ihrer Übersichtsarbeit identifizierten Milne et al. (2010) 24 Studien, die Interventionen zur Steigerung der Effektivität von Supervision beinhalteten und gleichzeitig den Nachweis über den Erfolg dieser Manipulation erbrachten. In 11 dieser Studien fand sich die Festlegung von Zielen als effektive Supervisorinnen- und Supervisoren-Kompetenz. Prioritäten zu setzen und die Agenda zu besprechen, zeigte sich in 12 der ausgewerteten Studien als wirksam. In aktuelleren Studien fanden sich unterschiedliche Ergebnisse, wonach die Festlegung von Zielen und der Agenda selten (Weck, Kaufmann &

Witthöft, 2017) bis häufig (Reiser & Milne, 2016) eingesetzt wird. Ladany, Walker und Melincoff (2001) berichteten positive Zusammenhänge eines interpersonell sensitiven (siehe unten), aufgabenorientierten und zielgerichteten Supervisionsstils mit der Supervisionsbeziehung und Selbstauskunft (engl. *self-disclosure*) der Supervisorinnen und Supervisoren. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ergänzen die bisherige Befundlage um den Beitrag von Supervisandinnen und Supervisanden für die Strukturierung der Supervision. Neben begünstigenden Strukturierungskompetenzen in der Supervisionssitzung (z.B. Zeitmanagement) sahen die Supervisandinnen und Supervisanden das Erstellen von Supervisionsprotokollen und das Formulieren von Anliegen und Fragen als eigene bedeutsame vorbereitende Maßnahmen an. Weiterhin beschrieben sie es als wichtig, gemeinsam Anliegen für die Supervision zu formulieren, was die Empfehlung einer gemeinsam strukturierenden, zielorientierten Vorgehensweise weiter stützt.

4.2 Interpersonell effektive Supervision

Einen weiteren Schwerpunkt bilden persönliche Merkmale und Merkmale der Supervisionsbeziehung zur Förderung der interpersonellen Effektivität der Supervisionsprozesse. Supervisorinnen und Supervisoren können mit aktiver Kritikkompetenz, d.h. mit fairen, gut begründeten, wertschätzenden und konstruktiven Rückmeldungen, zur Erhöhung der interpersonellen Effektivität beitragen. Dieser Aspekt wurde auch in bisherigen Studien deutlich (vgl. Newman, 2010; Falender & Shafranske, 2014). Passive Kritikkompetenz der Supervisorinnen und Supervisoren wurde im Gegensatz zu den vorliegenden Befunden in bisherigen Studien wenig thematisiert. Auch Supervisorinnen und Supervisoren sollten demnach Kritik zulassen und annehmen können, Meinungsverschiedenheiten mit Supervisandinnen und Supervisanden sollten respektiert werden. Gemeinsam mit der beschriebenen Offenheit von Supervisorinnen bzw. Supervisoren kann dies einerseits die Bereitschaft zur Selbstauskunft von Supervisandinnen bzw. Supervisanden und andererseits die geforderte Evaluation von Supervision (vgl. Nodop, Thiel & Strauß, 2010) begünstigen. Überraschenderweise wurde die Forderung nach Offenheit der Supervisandinnen und Supervisanden ausschließlich durch Supervisandinnen und Supervisanden thematisiert. Dies könnte darauf hinweisen, dass Supervisorinnen und Supervisoren die Validität und Relevanz dessen, was durch Supervisandinnen und Supervisanden eingebracht wird, nicht immer hinterfragen. Das Zurückhalten bestimmter therapie- und supervisionsrelevanter Erfahrungen und Informationen in der Supervision

wurde auch in einer Studie von Mehr, Ladany und Caskie (2010) untersucht, wonach die Wahrnehmung einer besseren Supervisionsbeziehung mit weniger Informationszurückhaltung und einer höheren Öffnungsbereitschaft zusammenhing. Die Bedeutung einer guten Supervisionsbeziehung bildet sich auch in den vorliegenden Ergebnissen ab. Inhalte, die in Supervisionen häufig zurückgehalten werden, sind u.a. negative Supervisionserfahrungen (Mehr et al., 2010), aber auch Meinungsverschiedenheiten mit den Supervisorinnen und Supervisoren (Yourman & Farber, 1996) sowie eigene therapeutische Fehler (z.B. Ladany, Hill, Corbett & Nutt, 1996). Nehmen Supervisorinnen und Supervisoren, wie zuvor beschrieben, Kritik an und lassen Meinungsverschiedenheiten zu, sind sie offen für Neues und berichten von eigenen Unsicherheiten oder vergangenen Fehlern, ist anzunehmen, dass Supervisandinnen und Supervisanden weniger Ängste vor negativer Bewertung erleben. Solche Ängste zeigten sich entsprechend als wichtiger Prädiktor für fehlende Selbstauskunft (Jakob, Weck, Höfling, Richtberg & Bohus, 2014).

4.3 Erfolgversprechende Supervisionsmethoden

Die Angaben zu erfolgversprechenden Methoden stützen weitgehend die bisherige Befundlage. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Milne et al. (2010) nennen die Befragten das kritische Betrachten von Therapievideos und das Geben Feedback als hilfreiche Methoden, zu deren Anwendung auch in der Literatur geraten wird (vgl. Falender & Shafranske, 2014; Weck, Kaufmann & Höfling, 2017). Die Nennungen durch beide Stichproben sprechen dafür, dass Methoden, die sich als effektiv erwiesen haben, eingesetzt werden, erlauben jedoch noch keine näheren Schlüsse auf die Häufigkeit ihrer Anwendung.

Methoden, die sich laut Literatur bedeutsam für den Ausbau von Supervisandinnen- und Supervisandenkompetenzen gezeigt haben, wie Rollenspiele, Fallreflexionen, die Vermittlung von Wissen, Methoden und Interventionen sowie selbsterfahrungsbezogene Techniken, finden sich in der vorliegenden Studie wieder (vgl. Bennett-Levy, McManus, Westling & Fennell, 2009). Entsprechend der Wahrnehmungen der Befragten waren Reflexionsübungen, Selbsterfahrungsarbeit, Modelllernen und Rollenspiele diejenigen Lernmethoden, die als am effektivsten zur Förderung von Ausführungskompetenzen (engl. *procedural skills*; Bennett-Levy et al., 2009) wahrgenommen wurden. Zur Förderung von Reflexionsprozessen (engl. *reflective system*) und interpersonellen Kompetenzen (engl. *interpersonal skills*) wurden Reflexionsübungen und Selbsterfahrungsarbeit als am effektivsten wahrgenommen. In einer weiteren Studie berichteten Trainingsteilnehmende,

dass sich durch eigenes Erleben von Therapietechniken (z.B. über Selbsterfahrung) und Reflektieren des Erlebten (engl. *self-practice/self-reflection*) psychotherapeutische Kompetenzen und das therapeutische Selbstvertrauen verbesserten (Bennett-Levy & Lee, 2014). Die Förderung all dieser Kompetenzen wurde auch von den in der vorliegenden Arbeit Befragten der vorliegenden Arbeit aufgeführt, was deren Relevanz unterstützt.

4.4 Kompetenzförderung

Die wesentliche Funktion von Supervision bestehe in der Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen (z.B. Ellis et al., 1996, Falender & Shafranske, 2007), was durch die vorliegenden Ergebnisse gestützt wird. Die in der Überblicksarbeit von Wheeler und Richards (2007) zusammengetragenen Fähigkeiten zur Anwendung neu erworbenen Wissens, zur Beziehungsgestaltung und zum Konzeptualisieren und Intervenieren zeigten sich in den von beiden Befragtengruppen beschriebenen positiven Auswirkungen von Supervision auf die Therapieplanung, Methodenkompetenzen, den Wissenszuwachs und die interpersonellen Kompetenzen der Supervisandinnen und Supervisanden. Die Zunahme von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein wurde bereits in früheren Studien berichtet (Bennett-Levy & Lee, 2014; Martinez & Horne, 2007). Dagegen nahmen die Förderung von selbstständigem und verantwortungsvollem Arbeiten sowie Entlastung und Ressourcenaktivierung in der bisherigen Literatur keine bedeutsame Rolle ein, wurden von den Befragten allerdings häufig genannt. Die Ergebnisse weisen zusammenfassend darauf hin, dass erfolgreiche Supervision einen relevanten Beitrag für die Erhaltung und Förderung der Psychohygiene der Supervisandinnen und Supervisanden leisten kann.

4.5 Limitationen und Ausblick

Die Interpretation der Ergebnisse ist Einschränkungen unterlegen. Das qualitative Studiendesign und die kleinen Stichproben eines einzigen Ausbildungsinstituts weisen auf den explorativen Charakter der Studie hin. Darüber hinaus bilden die vorliegenden Befunde, gemäß dem Ziel der Untersuchung, das Erleben der Befragten ab und unterliegen somit subjektiven Bewertungen beispielsweise in der Verarbeitung der Supervisionsprozesse. In einem nachfolgenden Schritt könnten die Ergebnisse dazu genutzt werden, quantitative Befragungen an größeren und heterogeneren Stichproben zu planen. Weiterhin können die Befunde zur Entwicklung valider Instrumente zur systematischen Erhebung relevanter

Merkmale für den Erfolg von Supervision sowie deren Effekte beitragen. Die bisher weitgehend vernachlässigte Rolle der Supervisandinnen und Supervisanden gewinnt anhand der Befunde an Bedeutung und sollte in zukünftiger Forschung stärker mit in den Fokus gerückt werden. Die Ergebnisse liefern konkrete Empfehlungen zur erfolgreichen und effektiven Gestaltung von Supervision.

Kapitel IV:

Auswirkungen eines Kompetenz-Feedbacks auf psychotherapeutische Behandlungen³

1 Einleitung

Die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten stellt angehende Therapeuten vor vielfältige Herausforderungen und kann mit Unsicherheiten bezüglich der eigenen Kompetenz einhergehen. Nach Waltz, Addis, Koerner & Jacobsen (1993) werden psychotherapeutische Kompetenzen definiert als die Fähigkeiten eines Therapeuten, die Behandlung gekonnt umzusetzen, womit die fachgerechte Durchführung der Interventionen unter adäquater Berücksichtigung des Behandlungskontexts fokussiert wird. Demnach werden psychotherapeutische Kompetenzen im Folgenden als gezeigtes Verhalten verstanden, das im therapeutischen Prozess (z. B. auf Sitzungsebene) beobachtbar ist (z. B. durch Videoaufnahmen). Es wird angenommen, dass die psychotherapeutische Ausbildung einen geeigneten Rahmen darstellt, um therapeutische Kompetenzen zu erlernen und weiterzuentwickeln. So ist bekannt, dass sich Ausbildung und Training von Psychotherapeuten positiv auf Behandlungen auswirken (Beidas & Kendall, 2010; Rakovshik & McManus, 2010; Stein & Lambert, 1995); z. B. durch weniger Therapieabbrüche, eine höhere Patientenzufriedenheit und einen höheren Therapieerfolg (Stein & Lambert, 1995). Jedoch ist unklar, welche Ausbildungsinhalte und Trainingsmaßnahmen entscheidend zu einem Kompetenzwachstum beitragen.

Eine Möglichkeit zur Vermittlung therapeutischer Kompetenzen stellt klinische Supervision dar. Trotz deutlicher Hinweise auf die Effektivität von Supervision (Wheeler & Richards, 2007), erscheint unklar, welche Inhalte erfolgreiche und kompetenzfördernde Supervision umfassen sollte. Ein häufiger Supervisionsfokus in Form abstrakter „Falldiskussionen“ liegt auf dem Patienten, jedoch wenig auf der konkreten Umsetzung bestimmter Interventionen, d.h. auf dem Verhalten des Therapeuten (Townend, Iannetta & Freeston, 2002). Videotechnik, die eine erhöhte Orientierung am therapeutischen Prozess ermöglicht, wird nur in 39% der Ausbildungssupervisionen verwendet (Ochs et al., 2012). Entsprechend

³ Diese Studie wurde 2017 in einer Peer-Review-Zeitschrift veröffentlicht: Kaufmann, Y. M., Maiwald, L., Schindler, S. & Weck, F. (2017). Wie wirkt sich mehrmaliges Kompetenz-Feedback auf psychotherapeutische Behandlungen aus? Eine qualitative Analyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46(2), 96-106. doi:10.1026/1616-3443/a000412

erscheint eine systematische Förderung therapeutischer Kompetenzen durch Supervision im Rahmen der aktuellen Ausbildung fraglich.

Es bleibt offen, ob der Einsatz und die wissenschaftliche Untersuchung anderer Methoden, insbesondere Feedback, zur psychotherapeutischen Kompetenzförderung bisher vernachlässigt wurden. Feedback kommt in der aktuellen Forschung vor allem in Form eines patientenfokussierten Ansatzes zum Einsatz (Lutz, Böhnke, Köck & Bittermann, 2011). Dabei erhalten Therapeuten über den Behandlungsverlauf Rückmeldungen zur Schwere der Patientensymptomatik. Grundlage eines solchen Feedbacks bildeten Verlaufsmessungen der Symptomatik durch etablierte Fragebögen, anhand derer über Cut-Off-Werte bzw. statistisch bedeutsame Veränderungen Unterschiede im Vergleich zur Eingangserhebung rückgemeldet wurden. Insbesondere bei Patienten, deren Symptomatik sich zunächst nicht wie erwartet entwickelte, konnte durch diese Intervention das Therapieergebnis verbessert werden ($d = 0.40\text{--}0.44$; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002). Gekoppelt mit standardisierten Handlungsanweisungen für den Therapeuten konnte dieser Effekt noch gesteigert werden ($d = 0.70$, Whipple et al., 2003). Ein weiterer Befund zeigt, dass die Therapien mit negativem Feedback (kritischer Verlauf) im Vergleich zu Therapien mit positivem Feedback (guter Verlauf) länger dauern (Carlier et al., 2012). Übersichten zu patientenfokussiertem Feedback finden sich bei Lambert (2007) sowie Lutz, de Jong und Rubel (2015).

Eine bisher wenig untersuchte Möglichkeit des Einsatzes von Feedback ist eine Rückmeldung an den Therapeuten zu seinen gezeigten Fähigkeiten, z. B. unter Verwendung von Videoaufnahmen. Gemäß der Kompetenz-Definition von Waltz et al. (1993) erhält der Therapeut somit ein Feedback hinsichtlich der fachgerechten Durchführung der Behandlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. Diese Rückmeldung sollte durch einen erfahrenen und entsprechend geschulten Psychotherapeuten erfolgen. Wie in einer Vielzahl von Studien gezeigt werden konnte (z. B. Metaanalyse von Kluger & DeNisi, 1996; Reviews von Mory, 2004 und Shute, 2008), führt Feedback im Allgemeinen zu einer Anpassung bzw. Verbesserung der Leistung. Ob sich dieser Zusammenhang auch bezüglich des Einsatzes von Feedback zur Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen finden lässt, wurde bisher kaum systematisch untersucht. Vereinzelt Studien deuten darauf hin, dass ein Kompetenz-Feedback psychotherapeutische Kompetenzen positiv beeinflusst, wobei Feedback selten als alleinige Trainingsmaßnahme untersucht wurde (McManus, Westbrook, Vazquez-Montes, Fennell & Kennerley, 2010). In der Studie von McManus et al. (2010) erhielten Therapeuten in Ausbildung quantitative und qualitative Rückmeldungen zu verschiedenen

Kompetenzdimensionen der Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980). Es zeigte sich eine deutliche Kompetenzsteigerung der Teilnehmer ($d = 1.25$). Das Feedback war jedoch Teil eines 36-tägigen Curriculums, das zusätzlich auch mehrstündige Workshops und Supervision zu KVT-Interventionen beinhaltet. Durch diese Konfundierung mit anderen Interventionen lässt sich der Effekt entsprechend nicht allein auf das Feedback zurückführen.

Darüber hinaus wurde Kompetenz-Feedback bei sehr spezifischen Behandlungsangeboten untersucht (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004; Moyers et al., 2008). In dem RCT von Miller et al. (2004) beurteilten zwei unabhängige Rater auf der Basis von Audioaufnahmen die Kompetenz bezüglich der Durchführung des Ansatzes Motivational Interviewing (MI) bei Abhängigkeitserkrankungen (Kokain). Die Effektivität von fünf Trainingsgruppen wurde untersucht: 1) zweitägiger Workshop, 2) zweitägiger Workshop + Feedback, 3) zweitägiger Workshop + Supervision, 4) zweitägiger Workshop + Feedback + Supervision sowie 5) Warte-Kontroll-Gruppe (Selbststudium des Behandlungsmanuals). Das schriftliche Feedback umfasste individuelle Rückmeldungen zu den therapeutischen Fähigkeiten sowie die Kompetenz-Einschätzungen der Beurteiler. Gruppen, die ein Feedback und/oder Supervision erhielten (Gruppe 2, 3 und 4), zeigten den höchsten Kompetenzzuwachs und waren in der vier- und achtmonatigen Katamnese den anderen Gruppen signifikant überlegen. Die Studie gibt einen wichtigen Hinweis darauf, dass Feedback therapeutische Fähigkeiten verbessern kann, ist aber aufgrund des spezifischen Behandlungsansatzes (MI) bei dem Störungsbild Kokainabhängigkeit nur begrenzt generalisierbar.

Einen deutlicheren Beleg zur Wirksamkeit von Feedback zur Verbesserung psychotherapeutischen Kompetenzen liefert eine Pilotstudie (Weck, Kaufmann & Höfling, 2017): Die Therapeuten erhielten fünfmalig über 20 Therapiesitzungen Feedback zu ihren Kompetenzen auf Basis von 50-minütigen Therapievideos. Es zeigte sich, dass Therapeuten in der Feedback-Bedingung von verblindeten Beurteilern signifikant kompetenter beurteilt wurden als Therapeuten in der Kontrollbedingung ($\eta^2 = .09$; Weck et al., 2016). Somit finden sich erste Hinweise dafür, dass Feedback eine geeignete Intervention darstellt, um therapeutische Kompetenzen zu verbessern. Jedoch ist unklar, wie Therapeuten auf das Feedback reagieren, wie es ihr therapeutisches Arbeiten beeinflusst und über welche Mechanismen es wirken könnte.

Um erste Erkenntnisse über die Wirkweise von Kompetenz-Feedbacks zu gewinnen, ist es das Ziel der vorliegenden Studie zu untersuchen, welche Auswirkungen ein Kompetenz-Feedback aus Therapeutensicht auf die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen hat. Es wird exploriert, wie sich der Umgang der Therapeuten mit dem erhaltenen Kompetenz-Feedback gestaltet. Darüber hinaus wird untersucht, welche Einflüsse des Feedbacks der Therapeut selbst auf die Behandlung, auf die therapeutische Beziehung, auf die eigenen therapeutischen Kompetenzen, auf die eigene Person und auf die Supervision wahrnimmt. Ein qualitativer Ansatz wurde gewählt, um möglicherweise bisher noch unbekannte Einflüsse und Auswirkungen des Kompetenzfeedbacks zu explorieren. Folgende Fragestellungen werden verfolgt:

1. Wie gehen Therapeuten mit einem Kompetenz-Feedback um?
2. Welchen Einfluss hat ein regelmäßiges Kompetenz-Feedback auf die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen, insbesondere auf die Therapiesitzungen, auf die therapeutische Beziehung, auf die Person des Therapeuten und auf die Supervision?

2 Methode

2.1 Stichprobe

Es wurden elf Therapeuten interviewt, die an einer aktuell laufenden randomisierten kontrollierten Studie teilnahmen, die den Einfluss eines Kompetenz-Feedbacks auf den Therapieerfolg bei Depression untersucht. Es handelte sich um Ausbildungstherapeuten der Poliklinischen Institutsambulanz der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, die bis zu zwei Patienten mit mindestens mittelgradiger depressiver Episode (gemäß DSM-IV 296.22 oder 296.32) in der Feedback-Studienbedingung behandelten. Sie erhielten zusätzlich Supervision nach jeder 4. Sitzung. Sie waren zwischen 26 und 32 Jahren alt ($M = 28.4$ Jahre, $SD = 2.0$ Jahre). Zwei der Therapeuten waren männlich, neun weiblich. Zum Zeitpunkt des Interviews hatten sie zwischen 80 und 599 ambulante Behandlungsstunden ($M = 345.3$ Stunden, $SD = 216.6$ Stunden) durchgeführt und 3 bis 44 Einzelsupervisionen ($M = 24.3$ Stunden, $SD = 15.6$ Stunden) sowie 7 bis 100 Gruppensupervisionsstunden ($M = 59.3$ Stunden, $SD = 34.5$ Stunden) absolviert. Therapeuten, die in der Kontrollbedingung Patienten behandelten, wurden nicht befragt.

2.2 Studiendesign

Im Rahmen der Feedback-Bedingung erhielten die Therapeuten regelmäßig schriftlich qualitative und quantitative Rückmeldung zu ihren gezeigten psychotherapeutischen Kompetenzen. Grundlage des quantitativen Feedbacks bildeten die 14 Dimensionen der Cognitive Therapy Scale (CTS; Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010). Die Gestaltung des Feedbacks orientierte sich an der Pilotstudie (Weck et al., 2017): Auf der Basis von 50-minütigen Therapiesitzungsvideos beurteilten zwei unabhängige, erfahrene und approbierte psychologische Psychotherapeuten fünf therapeutische Sitzungen (1., 5., 9., 13., 17. Sitzung) hinsichtlich der therapeutischen Kompetenz anhand der CTS. Zusätzlich verfasste einer der Beurteiler zu jeder beurteilten Therapiesitzung eine schriftliche Rückmeldung anhand der 14 Kompetenzdimensionen. In symbolischer Form (Ausrufezeichen oder Haken) machte er kenntlich auf welchen Dimensionen noch Verbesserungen möglich seien. Er machte Vorschläge, wie die Behandlung hinsichtlich jeder Dimension konkret verbesserbar wäre. Darüber hinaus wurde auf Basis der CTS zurückgemeldet, auf welchen Dimensionen der Therapeut sich im Vergleich zur vorherigen beurteilten Sitzung verbessert habe. Somit sollten erwünschte Verhaltensweisen positiv verstärkt und gefestigt werden. Verschlechterungen auf den Dimensionen wurden nicht quantitativ zurückgemeldet, sondern wurden bei den qualitativen Verbesserungsvorschlägen berücksichtigt. Auf direktes negatives Feedback wurde verzichtet, um möglicherweise damit verbundene negative Reaktionen wie Frustration oder Angst abzuschwächen (Wehner, 2010) und die Annahme des Feedbacks zu erleichtern. Die Erstellung und Übermittlung des Feedbacks erfolgte zeitnah innerhalb einer Woche (vor Durchführung der nächsten Sitzung).

2.3 Instrumente

3.3.1 Interviewleitfaden

Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden wurde gemäß dem Prinzip des „Funnelling“ erstellt (Smith & Osborn, 2008). „Funnelling“ bezieht sich auf die Reihenfolge der Fragen, die von allgemeinen zu spezifischer werdenden Fragen in Form eines Trichters (*engl. funnel*) angeordnet werden. Der Leitfaden bestand aus zwei übergeordneten Hauptfragen („Wie war es für Sie, Feedback zu erhalten?“ und „Hat das Feedback zu Veränderungen geführt?“) mit insgesamt 10 Unterfragen zu Einflüssen auf Therapie, Supervision, die Person des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (*der Interviewleitfaden wird im*

Elektronischen Supplement 1 zur Verfügung gestellt). Die Reihenfolge und konkrete Formulierung der Items konnte je nach Interviewverlauf variiert werden (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010). Als Einstiegsitem wurde die Formulierung „Erzählen Sie mal, woran Sie sich bezüglich des Feedbacks bzw. der Feedback-Behandlung erinnern können.“ gewählt.

2.3.2 Cognitive Therapy Scale (CTS; Young & Beck, 1980)

Die CTS ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. Auf Grundlage der CTS-Dimensionen erstellten die Beurteiler das Feedback für die Therapeuten. Die deutsche Version (Weck et al., 2010) umfasst 14 Items: (1) Tagesordnung, (2) Umgang mit Problemen/ Fragen /Einwänden, (3) Klarheit der Kommunikation, (4) Zeitaspekte (Effiziente Nutzung der Zeit und Tempo), (5) Interpersonelle Effektivität, (6) Ressourcenaktivierung, (7) Auswertung von Hausaufgaben, (8) Nutzung von Rückmeldungen und Zusammenfassungen, (9) Geleitetes Entdecken, (10) Fokus auf zentrale Kognitionen und Verhalten, (11) Rational, (12) Auswahl angemessener Strategien, (13) Angemessene Durchführung von Techniken, und (14) Hausaufgaben geben. Das Antwortformat ist siebenstufig („gar nicht kompetent“ = 0 bis „sehr kompetent“ = 6); für jede zweite Abstufung liegen Beschreibungen des Therapeutenverhaltens als Anker vor. Die CTS weist eine Zweifaktorenstruktur mit den Skalen „Sitzungsstrukturierende Kompetenzen“ (Items 1, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14) und „Allgemeine therapeutische Kompetenzen“ (Items 2, 3, 5, 6, 7, 8) auf. Die Items wiesen überwiegend gute bis sehr gute Beurteilerübereinstimmungen auf [$ICC_{(2,2)} = 0,66 - 0,95$]; die Übereinstimmung für den Mittelwert aller 14 Items ist mit einer $ICC_{(2,2)} = 0,90$ ($p < 0,001$) sehr hoch. Die internen Konsistenzen für die Skalen strukturierende Kompetenzen ($\alpha = 0,88$), allgemeine therapeutische Kompetenzen ($\alpha = 0,71$) sowie für die Gesamtskala ($\alpha = 0,86$) sind zufriedenstellend bis hoch.

2.4 Datenanalyse

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden von zwei Masterstudentinnen transkribiert und die Transkripte wurden mithilfe des Ablaufmodells der qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015). Die Kategorienbildung erfolgte induktiv, d.h. direkt aus dem Textmaterial abgeleitet, ohne sich auf gerichtete Hypothesen und feste Theorien zu beziehen. Aus dem transkribierten Material wurden für die Fragestellung bedeutsame Zitate (Analyseeinheiten) herausgearbeitet und diese paraphrasiert. Im nächsten

Schritt wurde der Inhalt der Paraphrasen auf das zuvor gewählte Abstraktionsniveau zur Beantwortung der Fragestellungen generalisiert. Es folgte die erste Reduktion durch Selektion und Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen. Anschließend erfolgte die zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau. Die Aussagen ergaben ein System aus Hauptkategorien, welches in einem weiteren Schritt am Ausgangsmaterial nochmals überprüft wurde. Um die Replizierbarkeit der Ergebnisse zu erreichen, wurden die Zuordnungen und die Kategorien von einer Expertenrunde diskutiert, um einen Konsens zu erzielen. Zur Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität) ordnete eine unabhängige Masterstudentin, die nicht Teil des Studienteams war, die Generalisierungen von zwei Interviews (18.2% aller Interviews) dem Kategoriensystem zu. Es ergab sich eine nach Cohen (1960) sehr hohe Übereinstimmung von Cohens $\kappa = .83$.

3 Ergebnisse

Das aus dem Interviewmaterial abgeleitete Kategoriensystem wird in Tabelle IV-1 dargestellt. Es ergaben sich fünf Hauptkategorien, welche einer chronologischen Reihenfolge entsprechen.

Tabelle IV-1

Kategoriensystem

Hauptkategorien	Inhaltsschwerpunkte	Textbeispiel für die Kategorie (Inhaltsschwerpunkt)
K1 Erwartungen an Feedback	Gefühle vor Teilnahme Gründe für Teilnahme Diskrepanz zwischen Erwartung und tatsächlicher Erfahrung	„Weil man so eine viel direktere Form von Feedback bekommt [...] So sieht jemand ungefiltert eine komplette Sitzung und kann ungefiltert nach einem bestimmten Schema zu einzelnen Punkten eine Rückmeldung geben.“ (Gründe für Teilnahme; Therapeut J)
K2 Wahrnehmung des Feedbacks	Primäre Gefühle bezüglich Feedback Hilfreiche Aspekte Positive Aspekte Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und der Selbsteinschätzung	„Feedback ist wertvoll und sinnvoll.“ (Positive Aspekte; Therapeut B) „[...] das hat meinem Bauchgefühl entsprochen und vielleicht war das einfach eine Bestärkung.“ (Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und der Selbsteinschätzung; Therapeut C)
K3 Verarbeitung und Umgang mit Feedback	Direkter Umgang mit Feedback Schwierigkeiten mit Feedback Umgang mit Verbesserungspotential Umgang mit Feedback in der Supervision	„Es gibt ja manches Feedback, da dachte ich mir: Das mag die Meinung des Bewerters sein; ich persönlich sehe es anders; dann macht man's nicht.“ (Umgang mit Verbesserungspotential; Therapeut I)

Tabelle VI-1 (Fortsetzung)

K4 Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback	<p>Vor- und Nachbereitung der Sitzungen</p> <p>Therapiesitzungen</p> <p>Therapeutische Beziehung</p> <p>Psychotherapeutische Kompetenzen</p> <p>Person des Therapeuten</p> <p>Interaktion zwischen Feedback und Supervision</p> <p>Auswirkungen auf zukünftiges Arbeiten</p>	<p>„Dass ich [...] versucht habe weitere Kompetenzen auszubilden: Also im Sinne von mehr Struktur aufbauen, mehr noch auch Manualinhalte durchzulesen, Hintergrundwissen nochmal mehr aufzubauen, auch in Bezug auf Gesprächsführung nochmal zu überlegen, mit welchen Strategien oder Techniken könnte ich auch dieses Feedback nutzen oder verwerten.“ (Psychotherapeutische Kompetenzen; Therapeut A)</p> <p>„Grundsätzlich ist es vielleicht hilfreich, Feedback zu haben zusätzlich zu der Supervision [...] Das ist einfach mehr Rückmeldung.“ (Interaktion zwischen Feedback und Supervision; Therapeut E)</p>
K5 Verbesserungswünsche	<p>Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern</p> <p>Wunsch nach weniger ausführlichem Feedback</p> <p>Wunsch nach konkreterem Feedback</p> <p>Wunsch nach regelmäßigem Feedback</p> <p>Wunsch nach Feedback zu selbstgewählten Situationen</p>	<p>„Was ich natürlich richtig cool gefunden hätte, wenn man noch hätte Rückfragen stellen können.“ (Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern; Therapeut D)</p> <p>„Dann wäre gut gewesen, wenn ich jetzt gewusst hätte: Hier schau dir doch nochmal Minute 10 bis 12 an, da fällt das auf [...]“ (Wunsch nach konkreterem Feedback; Therapeut H)</p>

3.1 K1 Erwartungen an das Feedback

Acht von elf Therapeuten äußerten sich zu ihren Erwartungen vor dem ersten Feedback. Sie erwarteten z. B. detailliertere Informationen zur Behandlung als in der Supervision (Therapeut H) oder eine Verunsicherung durch die Rückmeldung (Therapeut C). Drei Therapeuten gaben eine *Diskrepanz zwischen ihrer Erwartung und dem später erhaltenen Feedback* an. Sie hatten erwartet, dass das Feedback negativer oder weniger umfangreich ausfiele.

3.2 K2 Wahrnehmung des Feedbacks

Alle elf Therapeuten äußerten sich zur Wahrnehmung des ersten Feedbacks. Acht Therapeuten berichteten von primären Gefühlen bezüglich des Feedbacks: Freude über die Rückmeldung (vier Therapeuten), Stolz (Therapeut F) sowie Überraschung über den Fokus des Feedbacks (Therapeut C). Negative Emotionen umfassten Frustration über die Vielzahl der Anmerkungen (Therapeut A) und Ärger über das Ausbleiben von Aspekten, zu denen Feedback erhofft wurde (Therapeut H). Sechs Therapeuten gaben an, dass sie eine hohe *Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und ihrer Selbsteinschätzung* erlebten. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie lag auf der Exploration *hilfreicher Feedbackaspekte*, wozu sich alle Therapeuten äußerten. Sechs von ihnen bewerteten das Feedback allgemein als hilfreich, während sechs Therapeuten speziell die Konkretheit des Feedbacks als hilfreich erachteten und zwei Therapeuten klare Formulierungshilfen als nützlich hervorhoben. Drei Therapeuten fielen die Handlungsempfehlungen und Beispiele als hilfreich auf. Sechs Therapeuten erlebten die Struktur des Feedbacks (Dimensionen der CTS) als nützlich. Vier Therapeuten empfanden das Erhalten mehrerer Feedbacks über den Therapieverlauf hinweg als hilfreich, da so z. B. Veränderungen sichtbar wurden und durch ein wiederholtes Ansprechen bestimmter Aspekte die Wichtigkeit ihrer Umsetzung betont wurde. Zwei Therapeuten gaben an, sich durch den Erhalt des Feedbacks in späteren Therapiesituationen unterstützt gefühlt zu haben. Drei Therapeuten gaben an, dass Feedback vor allem für Therapeuten am Anfang der Ausbildung hilfreich sei. Neben der Übereinstimmung mit der Selbstwahrnehmung und hilfreichen Aspekten wurden *positive Aspekte* gesondert angesprochen. Alle Therapeuten äußerten sich bezüglich einer positiven Wahrnehmung des Feedbacks, wobei acht Therapeuten eine generelle positive Einschätzung vornahmen, wie z. B. „Feedback-Bekommen ist total gut.“ (Therapeut G). Sechs Therapeuten gingen explizit darauf ein, dass sie das Feedback vor allem durch die

wertschätzende Formulierung als positiv erlebt. Ausführlichkeit, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Rückmeldung sowie das Erhalten neuer Anregungen wurde explizit als positiv benannt.

3.3 K3 Verarbeitung und Umgang mit Feedback

Der *direkte Umgang mit dem Feedback* wurde von allen Therapeuten angesprochen: Sechs Therapeuten gaben an, das Feedback zunächst ausführlich zu lesen. Acht Therapeuten beschrieben, sich gedanklich mit dem Feedback auseinander gesetzt zu haben. Dies umfasste z. B. eine Analyse des Feedbacks auf Verständnis und Nachvollziehbarkeit, Überlegungen zur Umsetzbarkeit sowie das gezielte Einprägen positiver Rückmeldungen. Zwei Therapeuten gaben an, das Feedback anhand ihres Therapievideos nachvollzogen zu haben. Sieben Therapeuten berichteten, die Verbesserungsvorschläge in Folgestunden gezielt in die Therapie integriert zu haben.

Ein weiterer Schwerpunkt der Kategorie lag auf erlebten *Schwierigkeiten mit dem Feedback*. Fünf Therapeuten gaben Schwierigkeiten durch den Umfang der Rückmeldungen an, da eine vollständige Umsetzung aus Zeit- und Kapazitätsgründen in der Folgestunde nicht möglich gewesen sei. Drei Therapeuten erlebten Einschränkungen durch die Konkretheit der Rückmeldungen, z.B. Forderung nach mehr Sitzungsstruktur. Drei Therapeuten gaben Verständnisschwierigkeiten aufgrund unkonkreter oder abstrakter Formulierungen an. Daraus ergab sich, dass zwei Therapeuten es als schwierig erachteten, keine Kontaktmöglichkeit zum Feedbackgeber zu haben. Drei Therapeuten berichteten, keine Schwierigkeiten mit dem Feedback erlebt zu haben.

Ferner lag ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie auf dem *Umgang mit Verbesserungspotential*, zu dem sich zehn Therapeuten äußerten. Einen wichtigen Unterpunkt bildete hierbei die *subjektive Wichtigkeit von Feedbackaspekten*, zu dem sich neun Personen äußerten: Sie berichteten, bestimmte Aspekte des Feedbacks nach individuellem Ermessen zur Umsetzung ausgewählt zu haben und andere Aspekte abgelehnt zu haben. Als Begründungen für dieses Vorgehen wurden sowohl der große Umfang des Feedbacks als auch Diskrepanzen zur eigenen therapeutischen Haltung benannt. Vier der Therapeuten berichten, dass das Feedback ihre Selbstreflexion angeregt habe. Therapeut J sagte dazu: „Ich glaube, das war auch nochmal ein Hinterfragen: Wie mache ich das eigentlich? Ist das ok so? Wie sieht der Rater das?“.

Der letzte Schwerpunkt dieser Kategorie lag auf dem *Umgang mit Feedback in der Supervision*. Zehn Therapeuten gaben an, das Feedback in der Supervision thematisiert zu haben. So wurden dort Umsetzungsmöglichkeiten und Fragen besprochen, das Feedback kritisch mit dem Supervisor geprüft oder die Feedbackperspektive mit der des Supervisors verglichen. Zwei Therapeuten gaben zu bedenken, dass eine intensive Integration des Feedbacks in die Supervision aus Zeitgründen nur beschränkt möglich gewesen sei.

3.4 K4 Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback

Alle elf Therapeuten äußerten sich bezüglich Folgen, Auswirkungen und Veränderungen auf die Behandlung durch das Feedback. Acht Therapeuten benannten eine intensivere *Vorbereitung* ihrer Therapiestunden als eine Veränderung. Dies umfasste z.B. mehr Vorbereitungszeit, ein erneutes Durchlesen der letzten Rückmeldung direkt vor der Sitzung oder eine genauere Planung der Sitzung aufgrund der erwarteten Bewertung. Zur *Nachbereitung* gaben vier Therapeuten ebenfalls eine erhöhte Intensität an, wohingegen vier andere Personen keine oder kaum Auswirkungen auf die Nachbereitung berichteten.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie bezieht sich auf *Veränderungen der Therapiesitzungen*. Sieben Therapeuten gaben an, generell positive Auswirkungen auf die Therapie erlebt zu haben oder diese zu vermuten. Therapeut H sagte hierzu: „Ich glaube, [...] positiv wahrscheinlich, weil ich mir natürlich mehr Mühe gegeben habe, mehr Zeit genommen habe für den Patienten; was [...] für ihn nur von Vorteil war“. Sieben Therapeuten gaben an, sich aufgrund des Feedbacks stärker als in anderen Behandlungen an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen orientiert zu haben. Acht Therapeuten berichteten, durch das Feedback ihre Sitzungen verstärkt strukturiert zu haben. Prognosen bezüglich des weiteren Therapieverlaufs und -erfolgs der Feedbackbehandlungen wollten neun Personen nicht vornehmen. Zur *therapeutischen Beziehung* äußerten sich alle Therapeuten: Sie vermuteten entweder positive Auswirkungen, z. B. durch mehr Validierung, Ressourcenaktivierung und Strukturierung oder berichteten keinerlei Veränderungen der therapeutischen Beziehung durch Feedback. Drei Therapeuten gaben zu bedenken, dass durch das strukturierte Vorgehen die Gefahr eines Kontaktverlusts zum Patienten entstehen könnte, sie dies aber nicht erlebt hätten. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt lag auf den *Auswirkungen auf die psychotherapeutischen Kompetenzen* des Behandlers. Positive Veränderungen wurden hinsichtlich folgender Kompetenzbereiche genannt: „Ressourcenaktivierung“, „Zeitmanagement“, „Aktivierung des Patienten“,

„Hausaufgaben geben“ und „auswerten“, „Strategien positiver Verstärkung“ und „Gesprächsstrategien“ (z. B. Paraphrasieren). Therapeut K berichtete z. B.: „Ich achte mehr darauf, wie ich meine Fragen stelle, ob offen oder geschlossen, und mich auch ein bisschen dem Niveau des Patienten in der Sprache anzupassen [...]“. Therapeut J erzählte: „Ich hab‘ mich aufgrund des Feedbacks gefragt, wo dieses Kategoriensystem herkommt, [...] Da fand ich es ganz interessant, mich damit zu beschäftigen, wie Qualität in der Psychotherapie anhand von welchen, bestimmten Kriterien beurteilt wird.“

Folgen, Auswirkungen und Veränderungen bezüglich der Person des Therapeuten berichteten alle elf Therapeuten. Acht von ihnen gaben an, sich durch das Feedback in ihrem therapeutischen Handeln bestätigt und sich dadurch selbstsicherer zu fühlen. Sechs berichteten spontan von positiven Auswirkungen, z. B. erhöhter Offenheit, Weiterentwicklung der Kritikfähigkeit, Überwindung von Bewertungsangst oder verbessertem Umgang mit Frustration. Acht Therapeuten gaben eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit an; sechs thematisierten die Situation der Fremdbeobachtung. Zwei von ihnen empfanden die Beobachtung als störend oder seltsam, wobei dies im Therapieverlauf abgenommen habe. In Zusammenhang mit der Beobachtungssituation berichteten acht Therapeuten eine erhöhte Nervosität oder Unsicherheit, welche von fünf Therapeuten vor allem zu Behandlungsbeginn erlebt wurden, langfristig jedoch sanken. Vier Therapeuten gaben an, durch das Feedback zur Exploration von eigenem Entwicklungspotential angeregt worden zu sein. Zwei Therapeuten gingen darauf ein, dass das Feedback zu einer Stärkung ihrer Therapeutenrolle geführt habe. Therapeut B berichtete allgemein: „Ich überlege, ob ich den Patienten als Prüfungsfall nehmen soll, weil ich wirklich das Gefühl habe, da hab‘ ich jetzt echt eine Therapie gemacht; die kann ich mit gutem Gewissen vor einem Gremium vertreten“. Drei Therapeuten geben an, keine oder kaum Auswirkungen auf sich als Therapeut erlebt zu haben.

Alle elf Therapeuten gingen auf eine *Interaktion zwischen Feedback und Supervision* ein. Sechs Therapeuten berichteten, dass sich Feedback und Supervision ergänzten. Therapeut K sagte diesbezüglich: „Meine Supervisorin freut sich über die ausführlichen Feedbacks. Ich schick ihr die und sie [...] meinte, dass sie das sehr spannend findet [...] und auch das Gefühl hat, dass sie dann nochmal mehr über den Patienten erfährt.“. Nur Therapeut I berichtete, dass sein Supervisor Schwierigkeiten gehabt habe, das externe Feedback zu akzeptieren. Er vermutete, dass der Supervisor sich durch das Feedback der eigenen Rolle nicht mehr klar gewesen sei. Sechs Therapeuten gingen auf Unterschiede und

Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen Feedback und Supervision ein. Fünf Therapeuten berichteten, dass sie eine intensivere Auseinandersetzung durch das Feedback erlebten als durch die Supervision. Therapeut G berichtete: „Also ich fand’s halt extrem bereichernd, weil [...] nie ein Supervisor die ganze Sitzung anschaut; sodass je nachdem, ob man sich eine Videosequenz anguckt, die gerade irgendwie ganz gut gelungen ist oder Sequenzen, die nicht so ganz gut waren, verändert sich das Feedback vom Supervisor halt ganz stark“. Therapeut I berichtete, dass Feedback Hinweise zur eigenen Person enthalte, Supervision eher zum Patienten. Drei Personen gaben an, Feedback wenig in der Supervision thematisiert zu haben, wodurch die Auswirkungen eher gering ausfielen. Zwei berichteten, dass sie durch das Feedback ein geringeres Supervisionsbedürfnis erlebten. Therapeutin H sagte: „Ich glaub, ich habe durch diese Feedback-Studie auch die Hemmung dahingehend verloren, nochmal konkreter [in der Supervision] nachzufragen: Guck mein Video an; wie mache ich das denn eigentlich? Weil dieses Gespenst ‚O Gott – Videofeedback‘ wurde [...] reduziert.“ Acht Therapeuten berichteten *Auswirkungen auf zukünftiges Arbeiten* durch das Feedback. Fünf davon möchten konkrete Feedbackaspekte, wie z. B. Hausaufgaben, Struktur, vermehrte positive Verstärkung oder Validierung in zukünftigen Behandlungen weiterhin umsetzen.

3.5 K5 Verbesserungswünsche

Abschließend wurden Verbesserungswünsche der Teilnehmer erfragt. Ein deutlicher Schwerpunkt lag auf dem *Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern*, den sieben von elf Therapeuten angaben. Diesbezügliche Vorschläge umfassten ein Abschlussgespräch, Möglichkeiten für Rückfragen oder die Übermittlung von Zusatzinformationen, Rechtfertigungen, Erklärungen an den Feedbackgeber. Zwei Therapeuten wünschten sich Möglichkeiten zur Reduktion des Feedbacks z. B. *weniger ausführliches Feedback*, weniger Kriterien, Loslösung von der Vollständigkeit der CTS. Vier gaben den *Wunsch nach konkreterem Feedback* an, was sich differenzieren ließ in z. B. Wunsch nach Feedback mit Minutenangaben im Therapievideo oder mit Zitaten von Patient und Therapeut, weiteren Umsetzungshilfen, Formulierungshilfen sowie Hypothesen über Patientencharakteristika. Vier Therapeuten formulierten den *Wunsch nach regelmäßigerem Feedback*, z.B. zu jeder Sitzung. Weitere Vorschläge umfassten *Feedback zu selbstgewählten Therapiesituationen*, *Umgestaltung des Feedbacks* (z.B. Sitzungen ohne Vergleich der vorherigen Stunde zu

bewerten), eine engere Verzahnung zwischen Feedback und Supervision, Tipps für den weiteren Therapieverlauf sowie zusätzliches Feedback außerhalb der CTS.

4 Diskussion

Durch die Ergebnisse der vorliegenden Befragung wird deutlich, dass der Umgang mit und die Auswirkungen von Kompetenzfeedback komplex sind. Dies spiegelt sich vor allem in der Vielfältigkeit der inhaltstragenden Kategorien 3 „Verarbeitung und Umgang mit Feedback“ und 4 „Folgen, Auswirkungen und Veränderungen“ wider. Insbesondere die Ergebnisse zur subjektiven Annahme bzw. Ablehnung von Feedbackaspekten, Zusammenhänge zur Supervision sowie subjektiv erlebter Kompetenzzuwachs sind diskussionswürdig. Insgesamt zeigt sich, dass in allen Kategorien zwar negative Aspekte angesprochen werden, jedoch positive Aspekte, wie positive Emotionen, positive Bewertungen und positiv erlebte Folgen des Feedbacks klar überwiegen. Dies steht in Einklang mit Befunden zu positiven Effekten von Feedback (Hattie & Timperley, 2007; Kluger & DeNisi, 1996).

4.1 Umgang des Therapeuten mit dem Feedback

Die Gabe des Feedbacks wurde von den Therapeuten überwiegend positiv und hilfreich wahrgenommen und als übereinstimmend mit ihrer Selbstwahrnehmung beurteilt. Das ist ein erfreuliches Ergebnis, da häufiges negatives Feedback bezüglich der Leistung tendenziell nicht zu einer Verhaltensänderung oder Leistungssteigerung führt, sondern zu Demotivation, Frust und Angst (Wehner, 2010). Die Therapeuten setzten sich ausführlich mit den Rückmeldungen auseinander, reflektierten sich und ihr therapeutisches Vorgehen, bevor sie versuchten, die Hinweise in die Therapie zu integrieren. Sie strebten an, ihr rückgemeldetes Verbesserungspotential auszuschöpfen und bezogen dazu weitere Methoden wie z. B. Literaturrecherche, Austausch mit anderen Therapeuten, nochmaliges Ansehen des Therapievideos oder Besprechung in der Supervision, mit ein. Die berichtete erhöhte Selbstreflexion könnte einen förderlichen Einfluss auf die Leistung der Therapeuten darstellen. So zeigte z.B. eine Studie von Sobral (2000), dass Medizinstudierende, die durch verschiedene Strategien (u. a. Feedback) zu vermehrter Reflexion angeregt wurden, im kommenden Semester bessere Noten erzielten im Vergleich zu Studierenden mit niedrigerer Reflexion.

Darüber hinaus stellen die berichteten Aussagen zur wahrgenommenen subjektiven

Wichtigkeit einzelner Feedbackaspekte ein wichtiges Ergebnis dar: Alle befragten Therapeuten wählten bestimmte Feedbackaspekte zur Umsetzung aus, während sie andere nach eigenem Ermessen nicht umsetzten. Welche Bewertungskriterien sie für ihre Auswahl anlegten, blieb unklar. Für dieses Vorgehen wurden zwei Begründungen benannt: Einerseits stellte der Umfang des Feedbacks (14 CTS-Dimensionen) die Therapeuten vor die Herausforderung, empfohlene Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen vorzunehmen. Es ist möglich, dass einige Therapeuten versuchten, alle Feedbackaspekte parallel zu berücksichtigen, während andere versuchten, die Veränderungen sukzessiv vorzunehmen. Hierbei ist letzteres Vorgehen sicherlich funktionaler und die Umsetzbarkeit realistischer, worauf auch standardmäßig in jeder Feedback-Rückmeldung hingewiesen wurde. Zwar wird ausführlichem Feedback ein positiver Effekt zugesprochen (Krause, 2007), jedoch ist darauf zu achten, dass das Feedback das Kriterium der „Handhabbarkeit“ erfüllt, um effektiv wirken zu können (de Villiers, 2013). Eine zweite Begründung von Therapeuten bestand in der bewussten Ablehnung von konkreten Feedbackaspekten (s. Beispiel in Tabelle IV-1, Therapeut I). Es ist anzunehmen, dass Therapeuten Feedbackinhalte dann ablehnten, wenn diese von ihren subjektiven Vorstellungen und Überzeugungen abwichen (Chinn & Brewer, 1993). Vor dem Hintergrund, dass Therapeuten ihre eigenen Fähigkeiten tendenziell überschätzen (Walfish, McAlister, O'Donnell & Lambert, 2012), ist dieses Vorgehen jedoch kritisch zu sehen. Mögliche Lösungen könnten sein, Rückfragen an den Feedbackgeber zu ermöglichen oder verstärkt Erklärungen rückzumelden, weshalb die gezeigten Verhaltensweisen durch die im Feedback beschriebenen Verhaltensweisen ersetzt oder angepasst werden sollten.

4.2 Einfluss auf die Behandlung

Aus dem geschilderten Umgang der Therapeuten mit dem Feedback ergaben sich vielfältige Einflüsse auf Ebene der Therapiesitzungen. Es zeigte sich, dass die Therapiesitzungen durch den Therapeuten intensiver vorbereitet wurden, die Nachbereitung jedoch seltener beeinflusst wurde. Dementsprechend ist anzunehmen, dass eine intensivere Vorbereitung zwar zu höherer Zeitinvestition seitens der Therapeuten führen könnte, aber z. B. aufgrund der berichteten Selbstreflexion auch zu besseren Leistungen.

Das erwartete Feedback führte zu einer stärkeren Orientierung an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen und förderte eine vermehrte Strukturierung der Sitzungen. Es bleibt zu vermuten, dass dieses Vorgehen einen positiven Einfluss auf die

Behandlung hat, wobei der Einfluss von Adhärenz auf das Therapieergebnis noch nicht eindeutig geklärt ist (Baldwin & Imel, 2013; Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Aus der Perspektive der Therapeuten ergaben sich durch das Feedback bezüglich der therapeutischen Beziehung tendenziell positive oder zumindest keine negativen Veränderungen. Das Ausbleiben eines negativen Einflusses der Intervention ist aufgrund des Stellenwerts der therapeutischen Beziehung in der Behandlung und eines positiven Zusammenhangs zum Therapie-Outcome (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), ein wünschenswertes Ergebnis.

Die selbstberichteten Auswirkungen auf therapeutische Kompetenzen legen eine wahrgenommene Verbesserung dieser nahe, welche sich bereits durch unabhängige Beurteiler in der Pilotstudie nachweisen ließ (Weck et al., 2017). Zusammenhänge zu unabhängigen und quantitativen Daten stehen noch aus. Vor dem Hintergrund eines positiven Zusammenhangs zwischen therapeutischer Kompetenz und Therapieerfolg bei Depression (Zarafonitis-Müller, Kuhr & Bechdorf, 2014) ist dies ein erstrebenswertes Ergebnis.

Der Einfluss des Feedbacks auf die Person des Therapeuten ist vielfältig: Einerseits zeigte sich eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit durch die Beobachtungs- und Bewertungssituation, welche mit einer erhöhten Nervosität und Unsicherheit in Zusammenhang stand. Über den Therapieverlauf nahm dieser Einfluss jedoch ab, was auch in anderen Studien, die eine Beobachtungssituation des Therapeuten beinhalten, z. B. bei Live-Supervision (Jakob, Weck, Schornick, Krause & Bohus, 2015) berichtet wurde.

Ferner brachten alle Therapeuten das Feedback in die Supervision ein, sodass sich vermuten ließe, dass Feedback und Supervision hier eine ergänzende Funktion haben. Vor allem der Einbezug von Videoaufnahmen vollständiger Sitzungen wurde von den Therapeuten positiv hervorgehoben, was in der allgemeinen Supervisionspraxis jedoch vernachlässigt wird (Ochs et al., 2012; Townend et al., 2002). Mit einer Ausnahme schien das Feedback auch von Supervisorenmenseite akzeptiert und in die Supervision miteinbezogen worden zu sein. Die Angaben der Therapeuten deuten auf eine intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Handeln durch das Feedback im Vergleich zur alleinigen Supervision hin. Der Großteil der Therapeuten gab an, Feedbackaspekte in Zukunft in andere Behandlungen zu integrieren, was einen angestrebten Transfer oder eine Generalisierung in andere Therapien nahelegt. Es wäre interessant, die tatsächliche Umsetzung in späteren Behandlungen empirisch zu untersuchen.

Die von den Therapeuten geäußerten Verbesserungsvorschläge sind wertvoll, da sie Möglichkeiten aufzeigen, den Einsatz von Feedback zum psychotherapeutischen Kompetenzerwerb nachhaltig zu verbessern. Die Vorschläge könnten sowohl in zukünftigen Studien als auch in praktischer Anwendung in der psychotherapeutischen Ausbildung berücksichtigt werden. Ferner wäre zu überlegen, den Umfang der Rückmeldungen zu reduzieren oder andere Feedback-Schwerpunkte zu setzen. Des Weiteren könnte es interessant sein, zu untersuchen welche Auswirkungen eine Veränderung der Dosis des Feedbacks (z. B. zu jeder Sitzung) bewirken könnte. Der Wunsch nach Kommunikation und Austausch mit dem Feedbackgeber könnte in unterschiedlicher Art aufgegriffen werden. Zum einen wäre denkbar, die Kommunikation zwischen Feedbackgeber und Therapeut zu ermöglichen, um das Verständnis und die Umsetzung der Rückmeldungen zu optimieren. Zum anderen könnte dabei auch die von allen Therapeuten berichtete Interaktion mit der Supervision stärker berücksichtigt werden. Es wäre zu überlegen, Kompetenz-Feedback in die bereits gut etablierte Methode der Supervision zu übernehmen, wodurch es in die Psychotherapeutenausbildung integrierbar wäre. Beispielsweise könnte ein geschulter Supervisor anhand von Therapievideos vollständige Sitzungen hinsichtlich der Kompetenz des Ausbildungsteilnehmers einschätzen, Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und bei Umsetzungsschwierigkeiten behilflich sein.

4.3 Limitationen der Studie

Da es sich bei dem Datenmaterial um retrospektive Interviews handelt, können Verzerrungen durch Gedächtnisfehler (z.B. Retrospektionseffekt, Rückschaufehler) nicht ausgeschlossen werden. Ferner bleibt offen, inwieweit die Ergebnisse bestimmten Antwort- und Darstellungstendenzen (wie sozialer Erwünschtheit) unterliegen. Es ist jedoch anzunehmen, dass durch die Einzelinterviewsituation mit unabhängigen Studentinnen ein vertrauensvoller Rahmen für die Probanden geschaffen wurde (Hussy et al., 2010). Des Weiteren handelt es sich um eine selektive Stichprobenauswahl, da nur Therapeuten, die bereits an einer größeren quantitativen Studie teilnahmen, für die Interviews infrage kamen. Sie entschlossen sich zur Teilnahme, was möglicherweise mit einer höheren Offenheit gegenüber der Intervention einhergehen könnte. Vermuten ließe sich aber auch, dass einige bewusst an der Studie teilnahmen, da sie Unsicherheiten bezüglich ihrer Leistung und Therapeutenrolle erlebten, sodass sie aktiv Rückmeldungen suchten (Ashford, 2003).

Die beschriebenen Studienergebnisse sind rein qualitativer Natur, wodurch sich Aussagen

über Zusammenhänge in anderen Stichproben und Kontexten schwer generalisieren lassen. Aufgrund der kleinen Stichprobe lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussagen über Zusammenhänge zwischen quantitativen Kompetenzratings und dargestellten qualitativen Interviewdaten herstellen, was für weitere prozessorientierte Feedbackforschung von großer Relevanz ist. Die beschriebene Kompetenz-Feedback-Studie befindet sich aktuell noch in der quantitativen Datenerhebung, sodass es erst in Folgestudien möglich sein wird, unabhängige Kompetenzbeurteilungen in der Auswertung zu berücksichtigen. Auch wird es dann erst möglich sein, quantitative Daten aus Therapeuten-, Patienten- und Beurteilerperspektive miteinzubeziehen.

In Hinblick auf zukünftige Kompetenz-Feedback-Forschung eröffnen die gewonnenen Erkenntnisse weitere Forschungsmöglichkeiten, z. B. eine strukturierte Erfassung des Umgangs mit Feedback/Rückmeldungen im Ausbildungssetting. Die Kategorien mit ihren Schwerpunkten könnten Konstruktionsgrundlage eines Selbstbeurteilungsinstruments sein, das die gezieltere Überprüfung von gerichteten Hypothesen ermöglichen würde. Ferner wäre neben der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kompetenz-Feedback und Therapieergebnis, die Untersuchung von allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (2004; Grawe, Donati & Bernauer, 1995) sehr interessant. Eine zeitökonomische Erfassung der Wirkfaktoren aus Patienten- und Therapeutenperspektive wäre z. B. über den Einsatz des Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy (Mander et al., 2013) möglich.

Ferner wäre noch interessant zu untersuchen, wie nachhaltig das gegebene Feedback wirkt, z.B. durch eine Follow-up-Messung oder ein Follow-up-Interview, und inwiefern es tatsächlich Auswirkungen auf andere Behandlungen, zu denen keine Rückmeldung erfolgte, aufweist. Abschließend ist festzuhalten, dass die Kompetenz-Feedback-Forschung im psychotherapeutischen Kontext noch am Anfang steht und weitere unabhängige Studien vonnöten sind.

Kapitel V:

Allgemeine Diskussion

1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand

Die vorliegende Arbeit ergänzt mit den Ergebnissen aus Studie 1 (Kapitel II) die Befundlage zur Bedeutung des Therapeutinnen- und Therapeuten- sowie Patientinnen- und Patientenverhaltens in der psychotherapeutischen Sitzung für das Therapieergebnis. Daneben untersuchten die Studien 2 (Kapitel III) und 3 (Kapitel IV) mit ihren Fragestellungen im Bereich der Forschung zu Supervision und Kompetenz-Feedback zwei Maßnahmen zur Förderung therapeutischer Prozesse und Behandlungsergebnisse. Es konnten die wahrgenommenen Voraussetzungen sowie Effekte erfolgreicher Supervision sowie die Wirkmechanismen und die Akzeptanz von Feedback zu therapeutischen Kompetenzen exploriert werden.

Mit dem zugrunde liegenden Studiensetting, das durch ein vergleichsweise geringes Ausmaß an Kontrolle der Untersuchungsbedingungen gekennzeichnet war, hebt sich Studie 1 von der deutlichen Mehrheit bisheriger Forschungsarbeiten ab und ging der Frage nach dem Zusammenhang zwischen therapeutischer Kompetenz, therapeutischer Adhärenz, interpersonellem Patientinnen- und Patientenverhalten, der therapeutischen Allianz und dem Therapieergebnis unter naturalistischeren Therapiebedingungen nach. Der Zusammenhang wurde für den Behandlungsansatz der expositionsbasierten kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie untersucht.

Hypothesenkonform war das interpersonelle Verhalten der Patientinnen und Patienten in der Sitzung mit dem Ergebnis der Behandlung sechs Monate nach Therapieabschluss hoch korreliert. Als unproblematisch eingestufte Therapieergebnisse hingen mit positiverem interpersonellen Verhalten zusammen, während als problematisch klassifizierte Therapieresultate mit negativerem Verhalten einhergingen. Der Zusammenhang mit dem Ergebnis unmittelbar nach Abschluss war geringer und wurde nicht signifikant. Für therapeutische Kompetenz, Adhärenz und Allianz zeigten sich keine signifikanten Korrelationen mit dem Therapieerfolg. Dass sich für die erfasste Patientinnen- und Patientenvariable, nicht jedoch für die Therapeutinnen- und Therapeutenvariablen, in der vorliegenden kleinen Stichprobe ein Effekt zeigte, unterstreicht die größere Bedeutung, die

dem Beitrag der Patientinnen und Patienten zum Erfolg einer Therapie aufgrund der empirischen Befundlage beigemessen wird (Bohart & Wade).

Die Höhe des Zusammenhangs zwischen interpersonellem Verhalten und Therapieergebnis sechs Monate nach Therapie ($r = 0.49$) liegt über dem in einer Metaanalyse von Tryon und Winograd (2011) gefundenen aggregierten Wert ($r = 0.33$). Dies kann zum einen über die vermutlich größere Variabilität des Patientinnen- und Patientenverhaltens in der vorliegenden Studie und zum anderen über das gewählte Maß zur Erfassung des Verhaltens erklärt werden. Anhand der gewählten Einschluss- sowie Ausschlusskriterien förderte die Studie eine heterogener zusammengesetzte Patientinnen- und Patientenstichprobe. Patientinnen und Patienten mussten für die Teilnahme an der Untersuchung zwar die Kriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie nach dem *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) erfüllen, ein Mindestgrad an Schwere der Störung wurde allerdings nicht vorausgesetzt. Darüber hinaus umfasste die Studie im Vergleich zu randomisierten kontrollierten Studien nur wenige Pflichten für die Teilnehmenden, was die Entscheidung für eine Teilnahme wahrscheinlich erleichterte und für eine weniger selektive Patientinnen- und Patientenstichprobe spricht. Es ist beispielsweise davon auszugehen, dass hinsichtlich der Behandlungsmotivation eine größere Spannweite vorlag. Zudem hatten Patientinnen und Patienten, die sich für einen vorzeitigen Abbruch der Behandlung im Rahmen der Studie entschieden, die Möglichkeit, außerhalb der Studie bei den Therapeutinnen und Therapeuten weiterbehandelt zu werden. Das Setting der Studie ähnelte somit insgesamt deutlich stärker den Bedingungen, die auch in Routinebehandlungen vorliegen. Damit unterscheidet sich die vorliegende Studie von der Mehrzahl der in die Metaanalyse von Tryon und Winograd (2011) eingeschlossenen Arbeiten und legt mit der höheren Heterogenität, die sich auch in der vergleichsweise hohen Therapieabbruchrate von 42.31% und dem hohen Anteil problematischer Therapieergebnisse ausdrückt, auch eine höhere Variabilität des interpersonellen Verhaltens in der Sitzung nahe. Des Weiteren wurde in 13 der 19 Forschungsarbeiten, die in der Metaanalyse untersucht wurden, Therapietreue (vorwiegend Hausaufgaben-Compliance) der Patientinnen und Patienten als Maß für Kollaboration gewählt. Laut Bohart und Wade (2013) umfasste Kollaboration aber weit mehr als nur Therapietreue. Die meisten übrigen Studien setzten Messinstrumente zur Erfassung der therapeutischen Allianz ein und verpassten darüber, das Verhalten der Patientinnen und Patienten isoliert zu erfassen. Studie 1 begegnet diesen Mängeln, indem sie mit dem Assessment Form of Patient Interpersonal Behavior (AFPIB;

Richtberg, Jakob, Höfling & Weck, 2016) ein das Konstrukt umfassendes Messverfahren verwendet, das sich für die spezifische Erfassung des interpersonellen Verhaltens in der Therapiesitzung eignet. Darüber konnte das interpersonelle Verhalten mit den bestehenden interindividuellen Unterschieden vermutlich besser abgebildet und der Zusammenhang mit dem Therapieergebnis deutlicher aufgezeigt werden. Diese Überlegung wird durch einen Befund von Richtberg, Jakob, Höfling und Weck (2017) gestützt, der einen Zusammenhang mittlerer Größe ($r = 0.42$) zwischen interpersonellem Verhalten und Therapieerfolg zeigt. Die analysierten Daten wurden zwar im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie erhoben, die Erfassung des interpersonellen Verhalten der Patientinnen und Patienten in der Sitzung erfolgte allerdings wie in der vorliegenden Studie über den AFPIB.

Die in der Literatur postulierten (Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) und berichteten empirischen Zusammenhänge zwischen interpersonellem Verhalten und therapeutischer Kompetenz (Foley, O'Malley, Rounsaville, Prusoff & Weissman 1987; Boswell et al., 2013) sowie therapeutischer Allianz (Weck et al., 2016; Richtberg et al., 2016) wurden auch in der vorliegenden Arbeit gefunden. Das interpersonelle Verhalten zeigte sich mit der therapeutischen Allianz hoch und mit der therapeutischen Kompetenz moderat korreliert. Positiveres Verhalten der Patientinnen und Patienten ging dabei mit höherer therapeutischer Allianz und Kompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten einher. Eine wechselseitige Einflussnahme zwischen den Prozessvariablen ist plausibel. Auf der einen Seite könnte negatives interpersonelles Verhalten die Entwicklung einer produktiven therapeutischen Allianz behindern und eine kompetente Durchführung von Interventionen erschweren. Waltz, Addis, Koerner und Jacobson (1993) betonen, dass die Interpretation erhobener therapeutischer Kompetenz durch eine Konfundierung mit der interpersonellen Variable der Patientinnen- und Patientenschwierigkeit erschwert werde. Auf der anderen Seite ist vorstellbar, dass die Fähigkeit zum Aufbau einer förderlichen Allianz sowie hohe Kompetenz von Therapeutinnen und Therapeuten das negative interpersonelle Verhalten von Patientinnen und Patienten positiv beeinflussen können. Eine Variable, die die Richtung des Effekts erklären könnte, ist die klinische Erfahrung der Behandlerinnen und Behandler mit interpersonell herausfordernden Patientinnen und Patienten. Erfahrungsunterschiede können sich beispielsweise durch die Anzahl behandelte Patientinnen und Patienten, aber auch durch ein unterschiedliches Ausmaß an erhaltenen Trainingmaßnahmen zum Umgang mit schwierigen Interaktionen mit Patientinnen und Patienten ergeben. Mit Blick auf das

Therapieergebnis hat vor allem die zuletzt beschriebene Richtung des Zusammenhangs relevante Implikationen. Wenn höhere Allianz und Kompetenz das interpersonelle Sitzungsverhalten der Patientinnen und Patienten verbessern können, dann könnte der Erfolg einer Therapie indirekt durch die Förderung der entsprechend benötigten Fähigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten begünstigt werden.

Unerwarteterweise zeigten sich für therapeutische Kompetenz, Adhärenz und Allianz keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis. Zwar passen diese Befunde zu den Ergebnissen einiger vorhergehender Prozess-Ergebnis-Studien zur Behandlung der Panikstörung (Boswell et al., 2013; Casey, Oei & Newcombe, 2005; Huppert et al., 2001, 2006; Ramnerö & Öst, 2007; Weiss, Kivity & Huppert, 2013). Jedoch hätten aufgrund der studiendesignbedingten höheren Variabilität des Therapeutinnen- und Therapeuten- sowie Patientinnen- und Patientenverhaltens im Vergleich zu den zuvor aufgeführten Untersuchungen feststellbare Effekte angenommen werden können. Für die Teilnahme an der Studie war kein Mindestmaß an klinischer Erfahrung oder vorab zu demonstrierender therapeutischer Adhärenz oder Kompetenz gefordert. So unterschieden sich die Studenttherapeutinnen und -therapeuten daher deutlich in ihrer klinischen Erfahrung sowie Erfahrung mit expositionsbasierter Therapie. Zudem ergaben sich höhere Varianzen für therapeutische Adhärenz, Kompetenz und Allianz als in vorhergehenden Untersuchungen mit hoch kontrollierten Bedingungen, wie beispielsweise der randomisiert-kontrollierten Studie von Weck et al. (2016), in der die gleichen Maße für die Erfassung der therapeutischen Kompetenz (CTS) und Adhärenz (AS-ET) verwendet wurden. Eine Studie von Haug et al. (2016), die einen deutlichen Zusammenhang zwischen einem Kombinationsmaß für Kompetenz und Adhärenz sowie Therapieerfolg feststellte ($r = 0.48$), wies ein ähnlich gering kontrolliertes Untersuchungsdesign, jedoch noch höhere Varianzen für Kompetenz/Adhärenz auf. Die im Vergleich zu Haug et al. (2016) gefundene niedrigere Variabilität der Prozessmaße in Kombination mit der geringeren Teststärke der vorliegenden Studie könnten erklären, warum keine Effekte auffindbar waren.

Für die Überlegung von Weck et al. (2016), dass hohe therapeutische Adhärenz bei der Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie eine bedeutsamere Rolle spiele als hohe therapeutische Kompetenz, finden sich in den Ergebnissen dieser Studie unterstützende Hinweise. Adhärenz, nicht aber Kompetenz, erwies sich bei Weck et al. (2016) als signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg sechs Monate nach Abschluss der Behandlung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten ebenso auf eine höhere

Relevanz der Adhärenz für das Therapieergebnis sechs Wochen nach Abschluss der Behandlung hin (Adhärenz: $r = 0.27$, $p = 0.200$; Kompetenz: $r = 0.14$, $p = 0.524$). Aufgrund fehlender Signifikanz ist allerdings keine valide Aussage ableitbar.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass das interpersonelle Verhalten der Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung in bedeutsamem Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis sowie der therapeutischen Kompetenz und Allianz steht. Es erscheint daher lohnenswert, Maßnahmen zur Förderung dieser Prozessvariablen in ihren Verfahrensdetails genauer zu verstehen und zu optimieren. Supervision und Kompetenz-Feedback stellen zwei dieser Förderungsmaßnahmen dar.

Studie 2 untersuchte erfolgbegünstigende Merkmale sowie Auswirkungen von Supervisionsprozessen, die als effektiv wahrgenommen wurden, aus Sicht von Supervisorinnen und Supervisoren sowie Supervisandinnen und Supervisanden. Die Effekte erfolgreicher Supervision wurden von sämtlichen Befragten in der Verbesserung psychotherapeutischer Kompetenzen gesehen. Damit stehen die Ergebnisse zu den wahrgenommenen Auswirkungen von Supervision in Einklang mit Vorbefunden, die den hohen Wert, der Supervision für den Aufbau psychotherapeutischer Kompetenz von Supervisandinnen und Supervisanden beigemessen wird, unterstreichen (z.B. Hopffgarten v. Laer & Mempel, 1998; Ochs et al., 2012; Zarbock, Rodde, Ströhme, Schulz & Watzke, 2012; Zimmer & Zimmer, 1998). Nichtsdestotrotz kann diese Wahrnehmung, die sich unter den Teilnehmenden der vorliegenden Untersuchung, aber auch über die vorherigen Befragungsstudien hinweg, so konsistent zeigt, über die bisherige Evidenzforschung nicht ausreichend validiert werden (vgl. Alfonsson, Parling, Spännargård, Andersson & Lundgren, 2018). Es konnte jedoch eine genauere Aufschlüsselung der therapeutischen Kompetenzen, deren Verbesserung durch Supervision erlebt wurde, erreicht werden. Die vielfache Nennung interpersoneller Kompetenzen, wie der Fähigkeit zu Perspektivübernahme, Empathie und Beziehungsgestaltung, sowohl durch Supervisorinnen und Supervisoren als auch Supervisandinnen und Supervisanden ist dabei insbesondere mit Blick auf die Ergebnisse aus Studie 1 bemerkenswert. In einer Studie von Nodop und Strauß (2013) zeigten sich nicht ausreichend vorhandene interpersonelle Kompetenzen als bedeutsames Indiz für mangelnde Eignung angehender Therapeutinnen und Therapeuten. Befragt wurden die Leitenden von Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapie. Gelingt die Förderung dieses als so relevant eingeschätzten Faktors in der Supervision, könnten therapieergebnisrelevante Prozessvariablen, wie das interpersonelle Verhalten der Patientinnen und Patienten in der

Sitzung oder die therapeutische Allianz, positiv beeinflusst werden. Wird eine spezifische Verbesserung in der Supervision nicht fokussiert oder kann nicht erreicht werden, käme hinsichtlich der Qualitätssicherung der Psychotherapien weniger Bedeutung der Supervision und mehr Bedeutung der Auswahl geeigneter Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten zu.

Die berichteten als erfolgsförderlich wahrgenommenen Faktoren des Supervisionsprozesses konnten in Merkmale der Beteiligten, der supervisorischen Beziehung sowie Supervisionsmethoden unterschieden und spezifiziert werden. Übereinstimmend gaben Supervisorinnen und Supervisoren sowie Supervisandinnen und Supervisanden strukturierende und interpersonelle Kompetenzen als erfolgsförderliche Kompetenzen an. Das Supervisionsergebnis profitiere sowohl von interpersonell kompetenten und strukturierten Supervidierenden als auch Supervidierten. Dieser Befund zeigt sich mit dem in Studie 1 gefundenen Zusammenhang zwischen positivem interpersonellen Patientinnen- und Patientenverhalten in der Therapiesitzung und dem Behandlungserfolg kongruent. Die Annahme eines Einflusses der interpersonellen Kompetenz bzw. des interpersonellen Verhaltens der Beteiligten für den Erfolg von interaktionsbasierten Prozessen wie Therapie und Supervision erscheint auch intuitiv plausibel. Eine Studie von Tracey, Bludworth und Glidden-Tracey (2012) fand darüber hinaus parallele Prozesse zwischen Psychotherapie und Supervision auf Ebene der interpersonellen Interaktion. Es wurde Verhalten auf den Dimensionen Dominanz (engl. *dominance*) und Zugehörigkeit (engl. *affiliation*) untersucht. Therapeutinnen bzw. Therapeuten veränderten ihr Verhalten abhängig vom Kontext. In Supervisionen wichen sie von dem Verhalten, das sie in der Therapie zeigten, ab und agierten entsprechend dem Verhalten ihrer Patientinnen und Patienten. Damit einhergehend zeigten Supervisorinnen bzw. Supervisoren ähnliche Verhaltensweisen wie die Therapeutinnen und Therapeuten in den vorhergehenden Therapiesitzungen mit genau diesen Patientinnen und Patienten. Dies spricht für einen relevanten Einfluss des interpersonellen Verhaltens der Patientinnen und Patienten auf die Supervisionsprozesse. Interpersonell kompetentes Verhalten der Therapeutinnen und Therapeuten in der Supervision könnte Rückschlüsse auf positives interpersonelles Patientinnen- und Patientenverhalten in der Sitzung erlauben. Auch im Hinblick auf das Therapie- bzw. Supervisionsergebnis könnten vor diesem Hintergrund parallele Prozesse ablaufen. Ähnlich der in Studie 1 gezeigten Beziehung zwischen interpersonellem Patientinnen- und Patientenverhalten und Therapieerfolg könnte – wie auch von den Befragten in Studie 2 so

wahrgenommen – ein Zusammenhang zwischen interpersonellem Supervisandinnen- und Supervisandenverhalten in der Supervisionssitzung und dem Supervisionserfolg bestehen.

Als erfolgversprechend wahrgenommene Supervisionmethoden zeigten sich in Studie 2 vorwiegend bekannte und häufig untersuchte Supervisionmethoden (vgl. Townend, Iannetta & Freeston, 2002; Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017). Am häufigsten wurden Videoanalyse, Rollenspiele sowie Falldiskussion und -reflexion genannt. In Einklang mit bisherigen Befunden und Empfehlungen aus der Literatur (z.B. Falender & Shafranske, 2014; Milne et al., 2010) wurde Videoanalyse von nahezu allen Befragten genannt und als Methode effektiver Supervision eingeschätzt. Lediglich zwei Supervidierte äußerten sich nicht dazu. Die Nennung sowohl durch Supervisorinnen und Supervisoren als auch durch Supervisandinnen und Supervisanden deutet auf ein beiderseitig vorhandenes Bewusstsein für und eine gewisse Erfahrung mit dieser erwiesenermaßen effektiven Technik hin. Ebenso zeigte sich der Einsatz von Rollenspielen in vorangegangenen Studien als effektive Methode (Bennett-Levy, McManus, Westling & Fennell, 2009; Milne et al., 2010). In der Untersuchung von Bennett-Levy (2009) gaben erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten an, dass Rollenspiele in der Supervision zur Verbesserung der eigenen Ausführungskompetenzen (engl. *procedural skills*) in der Therapie beigetragen hätten. Damit übereinstimmend sahen auch die Teilnehmenden an Studie 2 Auswirkungen von Supervision in der Förderung der Ausführungskompetenzen. Ferner wurden Falldiskussion und -reflexion als hilfreiche Supervisionmethoden wahrgenommen. Kritik an einem auf Falldiskussionen basierenden Arbeiten in der Supervision besteht darin, dass dabei auf die Berichterstattung der Therapeutinnen und Therapeuten über das Therapieschehen und nicht auf dessen direkte Beobachtung zurückgegriffen wird (Townend et al., 2002; Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017). Feedback zu gezeigtem therapeutischen Verhalten ist so nicht möglich und Diskrepanzen zwischen Schilderungen und tatsächlichem Prozess können für Supervisorinnen und Supervisoren unentdeckt bleiben. Eine Erklärung für die Nennung der Methode als erfolgbegünstigend könnte darin bestehen, dass der wahrgenommene Erfolg von Supervision nicht nur durch die Effektivität sondern auch durch ein positives Erleben (z.B. Kontrolle, geringes Ausmaß an Bewertungsängsten) des Supervisionsprozesses bestimmt ist. Mit Nennung der Videoanalyse und gleichzeitig Falldiskussion und -reflexion spiegeln sich beide Aspekte in den Ergebnissen der Studie wider. Die Akzeptanz und das Erleben von sowie der Umgang mit Maßnahmen, die sich als effektiv zur Förderung des

therapeutischen Prozesses gezeigt haben, scheint für deren Einsatz und Etablierung in der Praxis sehr relevant zu sein.

Studie 3 ging daher der Frage nach, wie Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten Feedback zu gezeigten therapeutischen Kompetenzen in der Therapiesitzung erleben, wie sie damit umgehen und welche Veränderungen es bewirkt. Das erhaltene Feedback wurde von der Mehrzahl der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten als kongruent mit der eigenen Einschätzung ihrer Kompetenz wahrgenommen. Darüber hinaus erlebten die Befragten das Feedback als vorwiegend positiv und hilfreich. Studienbefunde sprechen für einen Zusammenhang zwischen niedriger Übereinstimmung von Feedback und Selbstbewertung und negativen Reaktionen auf das Feedback (Bernstein & Lecomte, 1979; Meyer, 1980; Shrauger, 1975; Swann, 1990). In der Untersuchung von Bernstein und Lecomte (1979) zeigte sich beispielsweise, dass mit den eigenen Erwartungen übereinstimmendes Feedback mehr Zustimmung erhielt als Feedback, das positiver oder negativer als erwartet ausfiel. Die Befunde der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass Feedback zu therapeutischen Kompetenzen eine Form von Rückmeldung darstellt, die eine hohe Kompatibilität mit den Selbstwahrnehmungen der Feedbackerhaltenden aufweist und sich vermutlich daher auch einer hohen Akzeptanz erfreut. Die hohe Konkretheit und der starke Verhaltensbezug der Rückmeldungen könnten Gründe für die hohe Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung und die gute Akzeptanz darstellen. Die Konkretheit und gute Nachvollziehbarkeit des Feedbacks wurden auch von den Befragten als hilfreiche und positive Aspekte genannt. Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass die Befunde von Studie 3 die von Weck, Kaufmann & Höfling (2017) berichteten ersten Hinweise auf eine gute Akzeptanz des Kompetenz-Feedbacks durch die Therapeutinnen und Therapeuten stützen.

Zum Umgang mit dem Feedback gaben die befragten Therapeutinnen und Therapeuten eine ausführliche Auseinandersetzung und ein Reflektieren der Rückmeldungen an. Im Verlauf hätten die Befragten dann gewisse Aspekte des Feedbacks für eine Umsetzung in der Therapie ausgewählt, andere unberücksichtigt gelassen. Dies sei unter anderem durch den großen Umfang des Feedbacks bedingt gewesen. Nach Evans, Hartshorn, McCollum und Wolfersberger (2010) sei für eine gute Handhabbarkeit von Feedback ausreichend Zeit für eine Verarbeitung, den zugehörigen Lernprozess und die Anwendung des Feedbacks erforderlich. Kulhavy, White, Topp, Chan und Adams (1985) konstatieren, dass zu hohe Komplexität die Nützlichkeit und Effizienz des Feedbacks verringere. Die in Studie 3

angegebene umfassend erfolgte Verarbeitung des Kompetenz-Feedbacks spricht für dessen Nutzbarkeit. Die Handhabbarkeit könnte jedoch aufgrund hoher Komplexität eingeschränkt gewesen sein. So legen die Äußerungen der Befragten nahe, dass es nicht ausreichend Zeit für eine Umsetzung aller Feedbackaspekte in der Therapie gegeben habe. In der untersuchten Stichprobe schien dies zwar nicht als besonders problematisch wahrgenommen worden zu sein, da die Ausführlichkeit des Feedbacks – in Einklang mit Befunden aus der Literatur (Bangert-Drowns, Kulik, Kulik & Morgan, 1991; Clariana, 1990; Narciss & Huth, 2004; Pridemore & Klein, 1995) – gleichzeitig als positiver Aspekt genannt wurde. Allerdings ist denkbar, dass der hohe Umfang des Feedbacks in anderen Stichproben (z.B. geringere Motivation und Engagement) mit Einbußen für dessen Effektivität einhergehen könnte. Die selbstgesteuerte selektive Umsetzung der Verbesserungsvorschläge hätte sich weiterhin aus der teilweise fehlenden Zustimmung der Therapeutinnen und Therapeuten ergeben. Damit stärken die Befunde dieser Studie die Aussage von Claiborn und Goodyear (2005), dass ein Hauptgrund für die Ablehnung von Feedback in eigenen Einwänden gegen die Inhalte des Feedbacks besteht. Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, dass in Stichproben mit erfahreneren Therapeutinnen und Therapeuten mit einer verfestigteren therapeutischen Haltung noch deutlich mehr Verbesserungshinweise zurückgewiesen werden würden als in der untersuchten Gruppe von Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten.

Neben einer intensiveren Vorbereitung der Therapiesitzungen nannten die befragten Therapeutinnen und Therapeuten auch die stärkere Berücksichtigung von Inhalten aus Therapiemanualen und die höhere Strukturierung der Therapiestunden als wahrgenommene Auswirkungen des Feedbacks. Dies könnte einerseits als Umsetzung der Feedbackinhalte eingestuft werden. Andererseits könnten die ergriffenen Maßnahmen auch durch das Bewusstsein über die anstehende Bewertung durch die Feedbackgebenden bedingt gewesen sein. Direkte Beobachtung des therapeutischen Verhaltens in der Sitzung durch Supervisorinnen und Supervisoren könnte mit Ängsten vor negativer Bewertung verbunden sein (Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017). Da auch das Kompetenz-Feedback auf Grundlage videobasierter direkter Beobachtung erstellt wurde, könnten auch hier Bewertungsängste eine relevante Rolle spielen. Damit übereinstimmend thematisierten die Befragten eine durch die Beobachtungs- und Bewertungssituation bedingte erhöhte Selbstaufmerksamkeit, die mit einer erhöhten Nervosität und Unsicherheit assoziiert gewesen sei. Studien konnten zeigen, dass Bewertungsängste mit fehlender Selbstauskunft in der Supervision einhergehen (Jakob, Weck, Höfling, Richtberg & Bohus, 2014; Sweeney & Creaner, 2014). Da das Zurückhalten

von Informationen über den Therapieprozess im Rahmen der videobasierten Beobachtung jedoch schwer möglich ist (vgl. Weck, Kaufmann & Witthöft, 2017), könnten die beschriebenen Therapieoptimierungsmaßnahmen als ein alternativer, von den Feedbackinhalten unabhängiger Umgang mit diesen Bewertungsängsten gedeutet werden.

Des Weiteren gaben die Befragten als Auswirkung des Feedbacks die Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen an. Die geschilderten verbesserten Fähigkeiten (z.B. Ressourcenaktivierung, Zeitmanagement, Hausaufgabenvergabe und -auswertung, Gesprächsstrategien) orientieren sich hierbei deutlich am Aufbau der für das Feedback verwendeten Cognitive Therapy Scale (CTS, Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010) und sprechen damit für eine spezifische Förderung der im Feedback adressierten Kompetenzbereiche. Damit stützen die Einschätzungen der interviewten Therapeutinnen und Therapeuten den in der quantitativen Untersuchung von Weck, Kaufmann und Höfling (2017) gefundenen Wirksamkeitsbefund für Kompetenz-Feedback.

Die gefundene hohe Akzeptanz, die berichtete Umsetzung und die wahrgenommene Wirksamkeit des Feedbacks könnten insbesondere durch die folgenden Aspekte des Studiendesigns sowie Eigenschaften des Kompetenz-Feedbacks positiv beeinflusst worden sein. Nach de Villiers (2013) wird Feedback, das von einer zuverlässigen und glaubwürdigen Quelle kommt, weniger wahrscheinlich abgelehnt und ernsthafter berücksichtigt. Zudem sollte Feedback objektiv und unvoreingenommen sein (Kluger & DeNisi, 1996). Die Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten von Studie 3 wurden darüber aufgeklärt, dass das Feedback von unabhängigen, approbierten und erfahrenen psychologischen Psychotherapeuten verfasst werden würde, sodass von den Teilnehmenden sowohl eine hohe Glaubwürdigkeit als auch Objektivität des Feedbacks angenommen werden konnte. Darüber hinaus könnte die schriftliche Form des Kompetenz-Feedbacks einen weiteren erfolgbegünstigenden Faktor dargestellt haben. Kluger und DeNisi (1996) berichteten, dass schriftlich übermitteltes Feedback als weniger verzerrt beurteilt wurde. Weiterhin wurde im Rahmen des Feedbacks auf direkte negative Rückmeldungen verzichtet. Damit könnten negative Reaktionen auf das Feedback abgeschwächt und dessen Annahme begünstigt worden sein. Mit dieser Überlegung übereinstimmend zeigen sich Befunde, nach denen positives Feedback im Vergleich zu negativem Feedback als treffender wahrgenommen werde und auf höhere Akzeptanz stoße (Halperin, Snyder, Shenkel & Houston, 1976; Stone & Stone, 1985). Auch wurden nur Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten befragt, die

bereits an einer übergeordneten quantitativen Studie zur Überprüfung der Effektivität von Kompetenz-Feedback teilnahmen und sich darüber hinaus bereit erklärten hatten, für die qualitative Untersuchung zur Verfügung zu stehen. So kann angenommen werden kann, dass die befragten Therapeutinnen und Therapeuten eine hoch selektive Stichprobe darstellen, bei der ein vergleichsweise hohes Interesse an dem Erhalt von Feedback und Motivation hinsichtlich der Auseinandersetzung mit den Rückmeldungen vorlag. Feedback scheint ergiebiger zu sein, wenn Personen sich freiwillig für den Erhalt desselben entschieden haben (z.B. Jones & Brehm, 1967). Zudem könnten sich insbesondere die Studienteilnehmenden für eine zusätzliche Befragung bereit erklärt haben, die bisher vorwiegend positive Erfahrungen gemacht und von der Intervention stark profitiert hatten. Die Motivation, weitere Zeit zu investieren, könnte vor diesem Hintergrund bei ihnen höher gewesen sein als bei Teilnehmenden, die weniger zufrieden mit der Maßnahme waren.

2 Limitationen der Arbeit

Bei der Interpretation der Ergebnisse der präsentierten Studien sind einige methodische Einschränkungen zu berücksichtigen. So wurden in Studie 2 und 3 ausschließlich Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten untersucht. Auch die Stichprobe aus Studie 1 umfasste hauptsächlich Kandidatinnen und Kandidaten in psychotherapeutischer Ausbildung. Da davon auszugehen ist, dass sich diese in einigen für die Fragestellungen relevanten Merkmalen von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterscheiden (z.B. Verpflichtung zu Supervision, Umfang der klinischen Erfahrung, therapeutische Haltung), ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Stichproben außerhalb des Ausbildungskontextes fraglich. Die gleiche Einschränkung betrifft die Generalisierbarkeit für andere Behandlungsformen. Die vorliegenden Forschungsfragen wurden nur im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) untersucht. Es ist daher möglich, dass die Ergebnisse nicht für andere therapeutische Orientierungen und Behandlungsansätze gelten. Weitere Untersuchungen von heterogeneren Stichproben sowie Stichproben approbierter Therapeutinnen und Therapeuten sowie anderen Behandlungsformen erscheinen daher sinnvoll.

Ferner sind die Studienergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengrößen limitiert. So ist in Studie 1 die statistische Power für das Auffinden von mittleren oder kleinen Effekten nicht ausreichend, obwohl zum Teil von Effekten in diesen Größen auszugehen ist. Studien mit ausreichend großen Stichproben könnten mehr Aufschluss über die angenommenen,

jedoch nicht aufgefundenen Zusammenhänge geben. Über größere Stichprobenumfänge bei der qualitativ-explorativen Untersuchung der aufgeführten Fragestellungen könnten sich weitere bedeutsame Dimensionen auf tun. Zudem könnte, über den explorativen Charakter der Studien 2 und 3 hinausgehend, eine höhere Repräsentativität der Daten erreicht werden.

Der Zielsetzung der beiden vorliegenden qualitativen Erhebungen entsprechend ermöglichen die Ergebnisse ein genaueres Verständnis der als relevant wahrgenommenen Variablen und Abläufe der innerhalb der untersuchten Förderungsmaßnahmen stattfindenden psychotherapeutischen Prozesse. Die Ergebnisse erlauben jedoch keine Aussagen darüber, ob sich die beschriebenen Zusammenhänge tatsächlich objektiv erfassen lassen. Die Kombination mit quantitativen Methoden könnte ein umfassenderes, adäquates Bild der Untersuchungsgegenstände ermöglichen. In einem nächsten Schritt könnten quantitative Befragungen an größeren und heterogeneren Stichproben umgesetzt werden, um die Allgemeingültigkeit der erhobenen Wahrnehmungen zu erhöhen. Über Einschätzungen der relevanten Variablen durch unabhängige Beurteilerinnen und Beurteiler könnten die Ergebnisse schließlich für eine objektive Prüfung und Validierung der wahrgenommenen Zusammenhänge herangezogen werden.

Studie 1 weist mit einem hohen Anteil an Therapieabbrüchen (42.31%) ein weiteres spezifisches Charakteristikum auf, das die Repräsentativität der untersuchten Stichprobe in Frage stellt. Studien zu Therapieabbrüchen in deutschen KVT-Ambulanzen berichteten bedeutend geringere Raten (Cinkaya, Schindler & Hiller, 2011; Jacobi, Uhlmann & Hoyer, 2011). Cinkaya et al. (2011) fanden eine Gesamtrate von Therapieabbrüchen von 24.6% ($n = 342$ von $N = 1391$ Patientinnen und Patienten) sowie 16.4% bei der Behandlung der Panikstörung ($n = 21$ von $N = 107$ Patientinnen und Patienten). Jacobi et al. (2011) berichteten von insgesamt 19.2% Therapieabbrüchen ($n = 196$ von $N = 1021$ Therapien). Die Rate für Kurzzeittherapien lag bei 21.1%. Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von KVT und Pharmakotherapie bei Panikstörung fand eine Therapieabbruchrate von 12.7% für KVT (Mitte, 2005). Der deutlich höhere Anteil an Therapieabbrüchen in der vorliegenden Studie könnte durch den expositionsbasierten Behandlungsansatz, der als herausfordernd für Patientinnen und Patienten eingestuft werden kann, bedingt worden sein. Ferner ist denkbar, dass die zugesicherte Weiterbehandlung bei Abbruch der Studientherapiemaßnahme Abbrüche begünstigt haben könnte.

Für den Vergleich von problematischen mit unproblematischen Therapieausgängen wurde in Studie 1 eine Dichotomisierung der metrischen Variablen vorgenommen, was die statistischen Auswertungsmöglichkeiten insgesamt einschränkte. So war lediglich die Vorhersage von Gruppenzugehörigkeit (problematisch vs. unproblematisch) möglich. Lineare Korrelationen konnten nicht bestimmt werden. Jedoch wurde über das Verfahren der Klassifikation des Therapieergebnisses ermöglicht, dass – anders als in der Mehrzahl der Studien in dem Forschungsfeld – Therapieabbrüche in den Auswertungsprozess eingeschlossen werden konnten und somit in der Prozess-Ergebnis-Zusammenhangsberechnung Berücksichtigung fanden. Hierbei wurden sämtliche Therapieabbrüche aus den in der Publikation genannten Gründen als problematisch eingestuft. Alternative Vorgehensweisen bei der Klassifikation der Fälle mit Therapieabbruch (z.B. Berücksichtigung der Gründe für den Abbruch, Weiterbehandlung außerhalb der Studie vs. Abbruch ohne weitere Therapie) sind jedoch denk- und vertretbar und könnten die Ergebnisse beeinflussen. Zudem wurde bei der Klassifikation des Therapieergebnisses von der Verwendung des etablierten Reliable-Change-Index als Kriterium für Therapieerfolg abgesehen, was die Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen einschränkt. Auch wurde lediglich eine Therapiesitzung für die Einschätzung der Prozessvariablen herangezogen. Zwar wurde theoriegeleitet eine Sitzung gewählt, die für den Therapieverlauf und -erfolg inhaltlich als besonders relevant einzustufen ist. Eine darüber hinausgehende Einschätzung weiterer Sitzungen hätte jedoch wahrscheinlich repräsentativere Werte für das Therapeutinnen- und Therapeuten- sowie Patientinnen- und Patientenverhalten zur Folge gehabt. Dafür sprechen die Ergebnisse einer Studie von Denhag, Gibbons, Barber, Gallop und Crits-Christoph (2012), die die Beurteilung von mehr als fünf Therapiesitzungen pro Patientin bzw. Patient für eine stabile Schätzung der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz für notwendig befanden.

Durch die retrospektive Befragung in den Studien 2 und 3 könnten die Ergebnisse durch Gedächtniseffekte beeinflusst worden sein. So könnten beispielsweise Primacy- oder Recency-Effekte eine Rolle gespielt haben, indem sich vorwiegend die ersten Supervisionssitzungen zu Beginn der Ausbildung bzw. das zuerst erhaltene Feedback oder die letzten Supervisionen bzw. Feedbacks vor der Befragung auf die Antworten ausgewirkt haben könnten.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse von Studie 1 korrelativer Natur sind und keine Schlüsse auf zugrunde liegende Kausalität zulassen. Die Teilnehmenden in Studie

2 und 3 berichten angenommene Kausalzusammenhänge. Diese sind jedoch meinungsbasiert und eine objektive Überprüfung steht noch aus.

3 Praktische Relevanz und Ausblick

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den hier vorgestellten Studien weisen bedeutsame Implikationen für die Praxis als auch die zukünftige Forschung auf. Die Kenntnis der Faktoren, die sich auf den Erfolg von Psychotherapien auswirken, erscheint in der Psychotherapieforschung als besonders relevant, da sie die Möglichkeit eröffnet, Therapieergebnisse durch entsprechende Einflussnahme zu optimieren. Neben Antworten auf die Frage, welche Merkmale der Prozessbeteiligten mit dem Therapieergebnis zusammenhängen, lassen sich aus den Studien der vorliegenden Arbeit auch Hinweise zur begünstigenden Gestaltung von therapiefördernden Maßnahmen wie Supervision oder Kompetenz-Feedback ableiten.

Die Ergebnisse aus Studie 1 weisen auf einen starken Zusammenhang zwischen dem interpersonellen Verhalten, das Patientinnen und Patienten in der Therapiesitzung zeigen, und dem Therapieergebnis hin. Plausibel erscheint eine reziproke Einflussnahme: Negatives interpersonelles Verhalten könnte Therapiefortschritt erschweren. Gleichzeitig ist denkbar, dass ausbleibender Behandlungserfolg problematisches interpersonelles Verhalten bei Patientinnen und Patienten verstärkt. Jedoch liefert das interpersonelle Verhalten in jedem Fall therapierelevante Information, entweder als Ursache für eine problematische Behandlung oder als Konsequenz und damit Indikatorvariable problematischer Behandlungsprozesse. Die regelmäßige Evaluation dieser Variable im Rahmen von Routinebehandlungen erscheint daher sinnvoll. Behandlerinnen und Behandler sollten dem interpersonellen Verhalten ihrer Patientinnen und Patienten besondere Aufmerksamkeit widmen. Hier kann auch Supervision die Therapeutinnen und Therapeuten gezielt unterstützen. Gemeinsam mit der Supervisorin bzw. dem Supervisor können problematische interpersonelle Verhaltenweisen und mögliche Ursachen identifiziert sowie geeignete Interventionen zur positiven Beeinflussung erarbeitet werden. Die Ergebnisse von Studie 2 legen zudem nahe, dass ein bedeutendes Merkmal erfolgreicher Supervision in der Förderung der interpersonellen Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten liegt. Dies könnte als Hinweis für eine Begünstigung des Therapieerfolgs durch positive Beeinflussung des Patientinnen- und Patientenverhaltens über eigene hohe interpersonelle Kompetenz gedeutet werden. Insgesamt sprechen die Resultate der vorliegenden Arbeit also

für eine stärkere Fokussierung der Therapieinteraktionen in der Supervision, bei der die Einbeziehung sowohl des Patientinnen- und Patienten als auch des Therapeutinnen- und Therapeutenverhaltens wichtig erscheint.

Für die Klärung der Kausalität sind zukünftige Forschungsarbeiten erforderlich. Hierbei könnten einerseits Längsschnittstudien einen Beitrag leisten, indem mehrere Messzeitpunkte mit gleichzeitiger Erhebung des interpersonellen Verhaltens und der Therapie(zwischen)ergebnisse über den Therapieverlauf hinweg die Berechnung der gegenseitigen prädiktiven Werte erlauben würden. Andererseits könnte ein experimentelles Design Aufschluss über die Wirkrichtung geben. Eine randomisierte kontrollierte Studie mit Untersuchungsbedingungen, die sich ausschließlich hinsichtlich des gezeigten interpersonellen Verhaltens der Patientinnen und Patienten unterscheiden, wäre in diesem Zusammenhang vorstellbar. Bei Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe könnten zusätzlich zur Therapie spezifische Interventionen zur Förderung des interpersonellen Verhaltens in der Therapiesitzung umgesetzt werden. Erwägenswert wären beispielsweise – in Anlehnung an das Kompetenz-Feedback aus Studie 3 – regelmäßige Rückmeldungen über das gezeigte Verhalten oder eine supervisorische Maßnahme für die Patientinnen und Patienten mit Fokus auf den Therapieinteraktionen.

Nach dem Vorbild von Studie 1 sollten zukünftige Arbeiten sowohl Therapeutinnen- bzw. Therapeuten- als auch Patientinnen- bzw. Patientenverhalten in ihren Untersuchungen erheben. Mit ausreichend großen Stichproben können so mögliche Interaktionseffekte untersucht und Drittvariablen kontrolliert werden. Zur Überprüfung der externen Validität von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen sollte die bisher einseitig durch randomisierte kontrollierte Studien geprägte Forschung durch weitere Untersuchungen mit naturalistischeren Settings erweitert werden.

Studie 2 plädiert mit ihren Befunden für die stärkere Berücksichtigung des Beitrages der Supervisandinnen und Supervisanden für den Erfolg von Supervision. Bisherige Forschung fokussierte stark die Verantwortlichkeiten der Supervisorinnen und Supervisoren. Zukünftige Forschung sollte dieses bislang einseitig geprägte Verständnis der Funktionsweise von Supervision überwinden. Nach Einschätzung der Befragten seien insbesondere hohe interpersonelle Kompetenzen – darunter vor allem Kritikfähigkeit – der Supervisandinnen und Supervisanden für den Erfolg von Supervision relevant. Nicht nur für ein gutes Ergebnis der Supervision, sondern auch der Therapie scheinen interpersonelle Fähigkeiten eine große Rolle zu spielen. In einer Studie von Eversmann, Schöttke, Wiedl

und Rogner (2011) waren die zu Beginn der Psychotherapieausbildung erfassten interpersonellen Kompetenzen der Ausbildungsteilnehmenden mit dem Großteil der erhobenen Kriterien für den Ausbildungserfolg korreliert (z.B. Therapieerfolg, $r = 0.52$). In Übereinstimmung damit steht die Einschätzung von Ausbildungsinstitutsleitenden, dass sich Personen mit unzureichenden interpersonellen Kompetenzen nicht für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs eignen würden (Nodop & Strauß, 2013). Die Befunde von Eversmann et al. (2011) sprechen dafür, dass von Anfang an bestehende Defizite im Rahmen der Ausbildung entweder nicht ausreichend fokussiert und ausgeglichen wurden oder eine Verbesserung interpersoneller Fähigkeiten nur schwer möglich ist. Stattfindende problematische Interaktionen in der Supervision sollten, auch im Hinblick auf möglicherweise parallel verlaufende Prozesse in der Therapie, in der Supervisionssitzung unmittelbar thematisiert und zum Ausbau interpersoneller Kompetenzen genutzt werden. Gleichzeitig erscheint es sinnvoll, interpersonelle Kompetenz im Rahmen des Auswahlprozesses geeigneter Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten zu erheben und als ein Auswahlkriterium einzusetzen. Nützlich könnte es auch sein, das jeweilige Ergebnis den späteren Supervisorinnen und Supervisoren rückzumelden. Darüber könnte ein zügigeres und fokussiertes Adressieren und Bearbeiten etwaiger Defizite ermöglicht werden. Die Vor- und Nachteile (z.B. Verbesserung interpersoneller Kompetenzen vs. Belastung der Supervisionsbeziehung durch potentielle Ängste der Ausbildungsteilnehmenden vor negativer Bewertung durch Supervisorinnen und Supervisoren oder Voreingenommenheiten der Supervisorinnen und Supervisoren) müssten allerdings im Vorfeld einer solchen Implementierung gut gegeneinander abgewogen werden.

Den Postulierungen des integrierten Entwicklungsmodells von Stoltenberg (1981; Stoltenberg & Delworth, 1987; Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998; siehe Abschnitt 5.1.1) zufolge verändern sich die Bedürfnisse der Supervisandinnen und Supervisanden mit fortschreitender Entwicklung der eigenen klinischen Fertigkeiten. Daher wäre es interessant zu überprüfen, ob Therapeutinnen und Therapeuten, die am Anfang ihrer Ausbildung stehen, andere Faktoren für erfolgbegünstigend befinden als Therapeutinnen und Therapeuten in fortgeschrittener Ausbildung. Die Auswahl der Supervisandinnen und Supervisanden, die für eine Teilnahme an Studie 2 angefragt wurde, erfolgte nach dem Zufallsprinzip. So ergab sich eine Stichprobe, die hinsichtlich des Ausbildungsstandes als eher heterogen einzuschätzen ist. Die Befragung selektiverer Stichproben könnte Aufschluss darüber geben,

ob der Ausbildungsstand eine bedeutsame Rolle bei der Gestaltung von Supervision spielen sollte.

Auch die Ergebnisse aus Studie 3 sind für die psychotherapeutische Praxis und Forschung relevant. Die befragten Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten in Studie 3 schätzten Kompetenz-Feedback als hilfreiche Maßnahme ein und berichteten von der wahrgenommenen Steigerung ihrer therapeutischen Kompetenzen durch die Rückmeldungen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Implementierung von Kompetenz-Feedback in der Psychotherapieausbildung sinnvoll. Eine Form der Umsetzung, die keine zusätzlichen Kosten mit sich bringen würde, wäre die Integration von regelmäßigem videobasierten Kompetenz-Feedback in die ohnehin verpflichtende Supervision. Da es jedoch Hinweise darauf gibt, dass die untersuchten Therapeutinnen und Therapeuten eine interessierte und offene Einstellung gegenüber dem Feedback sowie hohe Motivation für deren Umsetzung aufwiesen, wäre die Erhebung der Erfahrungen und Wahrnehmungen diesbezüglich heterogenerer Stichproben vor allem auch in Hinblick auf die Nützlichkeit der zuvor vorgeschlagenen Implementierung in der Ausbildung sehr interessant. Sollte Kompetenz-Feedback, beispielsweise im Rahmen eines Pilotprojekts an einer Ausbildungskohorte eines Ausbildungsinstituts, als verpflichtende therapieunterstützende Maßnahme eingeführt werden, könnte dieser Frage nachgegangen werden.

Aus den Ergebnissen der Studie ergeben sich einige Empfehlungen zur Optimierung von Kompetenz-Feedback (z.B. Möglichkeit zum Austausch mit Feedbackgebenden, höherer Grad an Konkretheit der Rückmeldungen), die bei dem Einsatz dieser Maßnahme in Praxis und Forschung berücksichtigt werden sollten. In nachfolgenden Studien könnte das Feedback diesen Empfehlungen entsprechend angepasst werden oder unterschiedliche Varianten des Feedbacks könnten in ihrer Effektivität und Akzeptanz gegenüberstellend getestet werden. Eine weitere interessante Forschungsfrage liegt in dem optimalen zeitlichen Rahmen der Maßnahme. In diesem Zusammenhang sollte untersucht werden, zu welchem Zeitpunkt in der Ausbildung Kompetenz-Feedback am hilfreichsten ist und über welchen Zeitraum und in welcher Häufigkeit es erfolgen sollte, damit sich ein maximaler Nutzen ergibt. Im Mittel befanden sich die Befragten der vorliegenden Studie in der fortgeschrittenen Phase ihrer praktischen Ausbildung und die Einschätzungen basierten auf einer eher geringen Anzahl erhaltener Feedbacks. Aus der Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten, die sich entweder am Anfang oder am Ende der praktischen Ausbildung befinden, könnten andere, spezifischere Ergebnisse resultieren. Es ist denkbar, dass sich die

wahrgenommene Nützlichkeit sowie das Ausmaß an Akzeptanz mit steigender Anzahl der Feedbacks und zunehmender Therapieerfahrung verändert. Weitere Studien könnten diese Überlegungen prüfen.

Noch bleibt offen, wie langfristig die Effekte von Kompetenz-Feedback sind. Möglich ist, dass die Umsetzung der Hinweise lediglich in dem Zeitraum der Maßnahme erfolgt, eine weitere Umsetzung und Verhaltensänderung nach Abschluss und somit Ausbleiben des Feedbacks jedoch nicht stattfindet. Erklärbar wäre eine ausschließlich kurzfristige Umsetzung beispielsweise über potentiell bestehende Bewertungsängste in Bezug auf die anstehenden Feedbacks. Eine Follow up-Befragung der untersuchten Stichprobe zu den längerfristigen Auswirkungen des Feedbacks wäre daher lohnenswert.

Die Befunde von Studie 2 und 3 könnten zur Entwicklung valider Messinstrumente herangezogen werden, mit deren Hilfe Supervisions- sowie Kompetenz-Feedbackprozesse systematisch und ökonomisch untersucht und evaluiert werden könnten. Für nachfolgende Forschungsarbeiten wäre die Beurteilung mehrerer – im günstigsten Fall sämtlicher – Supervisionen oder Feedbacks unmittelbar im Anschluss an die Sitzungen oder den Erhalt der Rückmeldungen wünschenswert, um für den Gesamtprozess möglichst repräsentative Ergebnisse zu erhalten und die Anfälligkeit für Gedächtnisfehler zu verringern. Über eine regelmäßige Evaluation der Fördermaßnahmen in der Ausbildung mit Rückmeldung an die Beteiligten könnten hilfreiche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Prozesse geliefert werden.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass die Verantwortlichkeiten für ein Gelingen von Psychotherapie bei allen Beteiligten zu suchen sind. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Rolle der Patientinnen und Patienten sowie der Supervisorinnen und Supervisanden für das für das Therapieergebnis und das Supervisionsergebnis nicht unterschätzt werden sollte und eine einseitige Betrachtungsweise der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Supervisorinnen und Supervisoren als Hauptverantwortliche als nicht adäquat einzustufen ist. Die präsentierten Befunde zum Zusammenhang zwischen Therapieprozess und Erfolg der Therapie sowie die neu gewonnenen Erkenntnisse zu den untersuchten Therapiefördermaßnahmen der Supervision und des Kompetenz-Feedbacks können zur Verbesserung der Behandlungen beitragen und zu weiterer Forschung inspirieren.

Literatur

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64–75. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.64
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment, 55*(3), 521–536. doi:10.1080/00223891.1990.9674088
- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325–356). New York, NY: Guilford.
- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å, Andersson, G. & Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(3), 206–228. doi:10.1080/16506073.2017.1369559
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashford, S. (2003). Reflections on the looking glass. A review of research on feedback-seeking behavior in organizations. *Journal of Management, 29*(6), 773–799. doi:10.1016/S0149-2063(03)00079-5
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie: Behauptungen – Fakten – Trends. *Psychotherapeut, 44*(3), 139–152. doi:10.1007/s002780050159
- 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: Wiley.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R. & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research, 16*(3), 317–331. doi:10.1080/10503300500268524
- Bandelow, B. (1999). *Panic and agoraphobia scale (PAS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bangert-Drowns, R. L., Kulik, C.-L. C., Kulik, J. A. & Morgan, M. T. (1991). The instructional effect of feedback in test-like events. *Review of Educational Research, 61*(2), 213–238. doi:10.3102/00346543061002213

- Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 619–622. doi:10.1037/0022-006X.64.3.619
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., et al. (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*(2), 229–240. doi:10.1080/10503300500288951
- Barber, J. P., Liese, B. S. & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research, 13*(2), 205–221. doi:10.1093/ptr/kpg019
- Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S. & McCarthy, K. S. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 493–500. doi:10.1037/0735-7028.38.5.493
- Barber, J. P., Triffelman, E. & Marmer, C. (2007). Considerations in treatment integrity: Implications and recommendations for PTSD research. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 793–805. doi:10.1002/jts.20295
- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology, 17*(1), 1–30. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
- Bennett-Levy, J. & Lee, N. (2014). Self-practice and self-reflection (SP/SR) in cognitive-behaviour therapy training: What factors influence trainees' engagement and experience of benefit? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(1), 48–64. doi:10.1017/S1352465812000781
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: Which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(5), 571–583. doi:10.1017/S1352465809990270
- Bernstein, B. L. & Lecomte, C. (1979). Supervisory-type feedback effects: Feedback discrepancy level, trainee psychological differentiation, and immediate responses. *Journal of Counseling Psychology, 26*(4), 295–303. doi:10.1037/0022-0167.26.4.295

- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. & Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133–142. doi:10.1002/jclp.20753
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 207–217. doi:10.1002/jclp.1144
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 431–436. doi:10.1037/0033-3204.38.4.431
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., et al. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(4), 431–446. doi:10.1017/S1352465801004040
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (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). Hoboken, NJ: Wiley.
- Borders, L. D. (1990). Developmental changes during supervisees' first practicum. *Clinical Supervisor, 8*(2), 157–167. doi:10.1300/J001v08n02_12
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York, NY: Wiley.
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., et al. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 443–454. doi:10.1037/a0031437
- Brown, L. A., Craske, M. G., Glenn, D. E., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., et al. (2013). CBT competence in novice therapists improves anxiety outcomes. *Depression and Anxiety, 30*(2), 97–115. doi:10.1002/da.22027

- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T. & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 706–712. doi:10.1037/0022-006X.71.4.706
- Bryant, M. J., Simons, A. D. & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling a uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 381–399. doi:10.1023/A:1018703901116
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Vliet, I. M. van, Fenema, E. van, Wee, N. J. A. van der & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*(1), 104–110. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x
- Carmel, A., Villatte, J. L., Rosenthal, M. Z., Chalker, S. & Comtois, K. A. (2016). Applying technological approaches to clinical supervision in dialectical behavior therapy: A randomized feasibility trial of the bug-in-the-eye (BITE) model. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(2), 221–229. doi:10.1016/j.cbpra.2015.08.001
- Casey, L. M., Oei, T. P. S. & Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: a time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 55–68. doi:10.1080/10503300512331327038
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K. & Forgath, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy, 15*(2), 144–155. doi:10.1016/S0005-7894(84)80016-7
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*(1), 35–44. doi:10.1016/0005-7967(85)90140-8
- Chevron, E. S. & Rounsaville, B. J. (1983). Evaluating the clinical skills of psychotherapists: a comparison of techniques. *Archives of General Psychiatry, 40*, 1129–1132. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790090091014
- Chinchilla, P. (2007). *Comorbidity as a moderator of process-outcome relations in individual and family therapy for adolescent substance abuse*. Unveröffentlichte Dissertation, Fordham University, New York.

- Chinn, C. A. & Brewer, W. F. (1993). The role of anomalous data in knowledge acquisition. A theoretical framework and implications for science instruction. *Review of Educational Research*, 63(1), 1–49. doi:10.3102/00346543063001001
- Cinkaya, F., Schindler, A. & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224–234. doi:10.1026/1616-3443/a000121
- Claiborn, C. D. & Goodyear, R. K. (2005). Feedback in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 209–217. doi:10.1002/jclp.20112
- Clariana, R. B. (1990). A comparison of answer-until-correct feedback and knowledge-of-correct response feedback under two conditions of conceptualization. *Journal of Computer-Based Instruction*, 17(4), 125–129.
- Cloitre, M., Koenan, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phased-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C. & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203–211. doi:10.1037/0022-006X.73.2.203
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 493–502. doi:10.1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-56-6-yoa8244
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R. & Crits-Christoph, P. (2012). How many treatment sessions and patients are needed to create a stable score of adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 22(4), 475–488. doi:10.1080/10503307.2012.674790

- DeRubeis, R. J. & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469–482. doi:10.1007/BF01172968
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., German, R. E., Fournier, J. C. & Forand, N. R. (2014). Understanding processes of change: How some patients reveal more than others – and some groups of therapists less – about what matters in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(3), 419–428. doi:10.1080/10503307.2013.838654
- Ellis, M., Kregel, M., Ladany, N. & Schult, D. (1996). Clinical supervision research from 1981–1993: A methodological critique. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 35–50. doi:10.1037/0022-0167.43.1.35
- Ellis, M.V. & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 447–507). New York, NY: Wiley.
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167–1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Evans, N. W., Hartshorn, K. J., McCollum, R. M. & Wolfersberger, M. (2010). Contextualizing corrective feedback in second language writing pedagogy. *Language Teaching Research*, 14(4), 445–463. doi:10.1177/1362168810375367
- Eversmann, J., Schöttke, H., Wiedl, K. H. & Rogner, J. (2011). Die Beobachtungsskala “Therapie-relevante interpersonelle Verhaltensweisen” (TRIB) in der Auswahl von Teilnehmern der Psychotherapieausbildung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 11–21. doi:10.1026/1616-3443/a000062
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 232–240. doi:10.1037/0735-7028.38.3.232
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: the state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041. doi:10.1002/jclp.22124

- Feeley, M., DeRubeis, R. J. & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 578–582. doi:10.1037/0022-006X.67.4.578
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. doi:10.1037/pst0000172
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 953–964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953
- Foley, S. H., O'Malley, S., Rounsaville, B., Prusoff, B. A. & Weissman, M. M. (1987). The relationship of patient difficulty to therapist performance in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Affective Disorders, 12*(3), 207–217. doi:10.1016/0165-0327(87)90029-2
- Garland, A. & Schoenwald, S. K. (2013). Use of effective and efficient quality control methods to implement psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(1), 33–43. doi:10.1111/cpsp.12021
- Ginsburg, G., Becker, K., Drazdowski, T. & Tein, J. (2012). Treating anxiety disorders in inner city schools: Results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Child & Youth Care Forum, 41*(1), 1–19.
- Ginzburg, D. M., Bohn, C., Höfling, V., Weck, F., Clark, D. M. & Stangier, U. (2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(12), 747–752. doi:10.1016/j.brat.2012.09.001
- Godfrey, E., Chalder, T., Risdale, L., Seed, P. & Ogden, J. (2007). Investigating the active ingredients of cognitive behavioural therapy and counselling 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*(3), 253–272. doi:10.1348/014466506X147420
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Cambridge, Mass.: Hogrefe & Huber.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grikscheit, F., Lang, T., Kordt, A., Helbig-Lang, S., Geisler, K. & Weck, F. (2015). Entwicklung und Validierung von Instrumenten zur Überprüfung der therapeutischen Adhärenz und Kompetenz bei der Behandlung der Panikstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *44*(2), 88–96. doi:10.1026/1616-3443/a000309
- Halperin, K., Snyder, C. R., Shenkel, R. J. & Houston, B. K. (1976). Effect of source status and message favorability on acceptance of personality feedback. *Journal of Applied Psychology*, *61*(1), 85–88. doi:10.1037/0021-9010.61.1.85
- Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, *16*(1), 12–25. doi:10.1080/10503300500352500
- Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The Power of Feedback. *Review of Educational Research*, *77*(1), 81–112. doi:10.3102/003465430298487
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.-G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., et al. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 40–51. doi:10.1016/j.brat.2015.12.004
- Hill, C. E., Carter, J. A. & O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *30*(1), 3–18. doi:10.1037/0022-0167.30.1.3
- 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. 775–812). Hoboken, NJ: Wiley
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. & Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(1), 29–49. doi:10.1016/j.janxdis.2003.10.006
- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T. & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*(1), 22–32. doi:10.1026/1616-3443/a000063.

- Hiller, W., Schindler, A. & Lambert, M. (2012). Defining response and remission in psychotherapy research: a comparison of the RCI and the method of percent improvement. *Psychotherapy Research*, 22(1), 1–11. doi:10.1080/10503307.2011.616237
- Hoffart, A., Sexton, H., Nordahl, H. M. & Stiles, T. C. (2005). Connection between patient and therapist and therapist's competence in schema-focused therapy of personality problems. *Psychotherapy Research*, 15(4), 409–441. doi:10.1080/10503300500091702
- 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(4), 544–555. doi:10.1037/0022-006X.76.4.544
- Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, H. A., et al. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.
- Holloway, E. L. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holloway, E. L. (2016). *Supervision essentials for a systems approach to supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Holloway, E. L. & Neufeldt, A. A. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207–213. doi:10.1037/0022-006X.63.2.207
- Hopffgarten von Laer, A. & Mempel, S. (1998). Evaluation der verhaltenstherapeutischen Ausbildung am Institut für Fort-und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 259–262. doi:10.1159/000030654
- Horowitz, L. M., Dryer, D. C. & Krasnoperova, E. N. (1997). The circumplex structure of interpersonal problems. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 347–384). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892. doi:10.1037/0022-006X.56.6.885

- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Horvath, A. O. (2009). *Conceptual and methodological challenges in alliance research: Is it time for a change?*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research European Division, Bolzano, Italy.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37–69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, B. D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 198–204. doi:10.1016/j.cbpra.2005.10.001
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and cognitive behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747–755. doi:10.1037/0022-006X.69.5.747
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y

- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246–256. doi:10.1026/1616-3443/a000122
- Jakob, M., Weck, F., Höfling, V., Richtberg, S. & Bohus, M. (2014). Nondisclosure during psychotherapy supervision: Validation of the German version of the Supervisory Questionnaire (SQ). *Psychotherapy Research*, 24(1), 42–51. doi:10.1080/10503307.2013.816883
- Jakob, M., Weck, F., Schornick, M., Krause, T. & Bohus, M. (2015). Wenn der Supervisor zuschaut. *Psychotherapeut*, 60(3), 210–215. doi:10.1007/s00278-015-0021-z
- Jones, R. A. & Brehm, J. W. (1967). Attitudinal effects of communicator attractiveness when one chooses to listen. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1), 64–70. doi:10.1037/h0024528
- Jones, E. E., Cumming, J. D. & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48–55. doi:10.1037/0022-006X.56.1.48
- Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(1), 80–92.
- Karno, M. P., Beutler, L. E. & Harwood, M. (2002). Interactions between psychotherapy process and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Journal of Alcohol Studies*, 27(5), 779–797. doi:10.1016/S0306-4603(01)00209-X
- Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, 20(1), 1–12. doi:10.1375/bech.20.1.1.24845
- Kazantzis, N., Clayton, X., Cronin, T. J., Farchione, D., Limburg, K. & Dobson, K. S. (2018). The cognitive therapy scale and cognitive therapy scale-revised as measures of therapist competence in cognitive behavior therapy for depression: relations with short and long term outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 385–397. doi:10.1007/s10608-018-9919-4

- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R. & Hoogduin, C. A. L. (2000). The Impact of Interpersonal Patient and Therapist Behavior on Outcome in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Modification*, 24(2), 264–297. doi:10.1177/0145445500242006
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L. & Lammers, M. W. (1995). Patient-therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 19(4), 491–517. doi:10.1177/01454455950194005
- Kluger, A. N. & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance. A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254–284.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154–167. doi:10.1080/10503307.2010.534509
- Krause, U.-M. (2007). *Feedback und kooperatives Lernen* (Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Bd. 60). Münster: Waxmann.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., et al. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3–18. doi:10.1037/0022-006X.72.1.3
- Kühne, F., Maas, J., Wiesenthal, S. & Weck, F. (2017). Supervision in der Verhaltenstherapie: Ein Scoping Review zur Identifikation von Forschungszielen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46(2), 73–82. doi:10.1026/1616-3443/a000414.
- Kulhavy, R. W., White, M. T., Topp, B. W., Chan, A. L. & Adams, J. (1985). Feedback complexity and corrective efficiency. *Contemporary Educational Psychology*, 10(3), 285–291. doi:10.1016/0361-476X(85)90025-6
- Ladany, N., Friedlander, M. L. & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10–24. doi:10.1037/0022-0167.43.1.10

- Ladany, N., Mori, Y. & Mehr, K. E. (2013). Effective and ineffective supervision. *The Counseling Psychologist, 41*(1), 28–47. doi:10.1177/0011000012442648
- Ladany, N., Walker, J. A. & Melincoff, D. S. (2001). Supervisory style: Its relation to the supervisory working alliance and supervisor self-disclosure. *Counselor Education and Supervision, 40*(4), 263–275. doi:10.1002/j.1556-6978.2001.tb01259.x
- LaForge, R. & Suczek, R. F. (1955). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal check list. *Journal of Personality, 24*(1), 94–112. doi:10.1111/j.1467-6494.1955.tb01177.x
- Lambert, M. (2007). Presidential address. What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1), 1–14. doi:10.1080/10503300601032506
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced?. *Psychotherapy Research, 11*(1), 49–68. doi:10.1080/713663852
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., et al. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress. A replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(2), 91–103. doi:10.1002/cpp.324
- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. T. & Wittchen, H.-U. (2011). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung und Agoraphobie. Ein Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van Der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., et al. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Therapy, 41*(2), 172–186. doi:10.1016/j.beth.2009.02.003
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T., et al. (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*(6), 1097–1107. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1097
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. Manual for supportive expressive psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

- Lutz, W., Böhnke, J. R., Köck, K. & Bittermann, A. (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 283–297. doi:10.1026/1616-3443/a000125
- Lutz, W., Jong, K. de & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25, 625–632. doi:10.1080/10503307.2015.1079661
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S. & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116. doi:10.1080/10503307.2012.744111
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Springer: Heidelberg.
- Markowitz, J. C., Spielman, L. A., Scarvalone, P. A. & Perry, S. W. (2000). Psychotherapy adherence of therapists treating HIV-positive patients with depressive symptoms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(2), 75–80.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. & Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 367–390). New York, NY: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martinez, R. & Horne, R. (2007). Setting up and evaluating a cognitive-behavioural therapy training programme for psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 31(11), 431–434. doi:10.1192/pb.bp.106.013896
- Martino, S., Ball, S., Nich, C., Frankforter, T. L. & Carrol, K. M. (2009). Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. *Psychotherapy Research*, 19(2), 181–193. doi:10.1080/10503300802688460
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez-Montes, M., Fennell, M. & Kennerley, H. (2010). An evaluation of the effectiveness of diploma-level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1123–1132. doi:10.1016/j.brat.2010.08.002
- Mehr, K. E., Ladany, N. & Caskie, G. I. L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113. doi:10.1080/14733141003712301
- Meyer, H. H. (1980). Self-appraisal of job performance. *Personnel Psychology*, 33(2), 291–295. doi:10.1111/j.1744-6570.1980.tb02351.x
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84–107. doi:10.1037/0033-2909.98.1.84
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1993). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050–1062. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1050
- Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 437–447. doi:10.1348/014466507X197415
- Milne, D. L. & Reiser, R. P. (2014). SAGE: A scale for rating competence in CBT. In C. E. Watkins & D. L. Milne (Ed.), *Wiley-Blackwell international handbook of clinical supervision* (pp. 402–415). Chichester: Wiley.
- Milne, D. L., Reiser, R. P., Aylott, H., Dunkerley, C., Fitzpatrick, H. & Wharton, S. (2010). The systematic review as an empirical approach to improving CBT supervision. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(3), 278–294. doi:10.1521/ijct.2010.3.3.278
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27–45. doi:10.1016/j.jad.2005.05.003
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Curtis, H. & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39(4), 397–402. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290040013002

- Mory, E. (2004). Feedback research revisited. In D. Jonassen (Ed.), *Handbook of Research on Educational Communications* (pp. 745–784). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W. & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health Providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 149–162. doi:10.1017/S1352465807004055
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W. & Barth, J. (2010). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR). Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(3), 231–239. doi:10.1002/cpp.658
- Narciss, S. & Huth, K. (2004). How to design informative tutoring feedback for multimedia learning. In H. M. Niegemann, D. Leutner & R. Brunken (Eds.), *Instructional design for multimedia learning* (pp. 181–195). Munster, NY: Waxmann.
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 12–19. doi:10.1037/a0018849
- Nodop, S. & Strauß, B. (2013). Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 58(5), 446–454. doi:10.1007/s00278-013-1001-9
- Nodop, S., Thiel, K. & Strauß, B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland: Quantitative und qualitative Ergebnisse des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 55(6), 485–495. doi:10.1007/s00278-010-0772-5
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 279–300). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence based therapy relationships. In J. C. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness* (2nd ed., pp. 3–24). New York, NY: Oxford University Press.
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, J., Mößner, K., Möller, H. & Rief, W. (2012). Praktiken und Erleben von Supervision/Intervision von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen. *Psychotherapeutenjournal*, 11(3), 216–223.

- Ögren, M. L., Jonsson, C. O. & Sundin, E. C. (2005). Group supervision in psychotherapy. The relationship between focus, group climate and perceived attained skill. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 373–388. doi:10.1002/jclp.20056
- Orlinsky, D. E. (2009). The generic model of psychotherapy after 25 years: evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*(4), 319–339. doi:10.1037/a0017973
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311–381). New York, NY: John Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6–27.
- 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: Wiley.
- Perepletchikova, F., Hilt, L. M., Chereji, E. & Kazdin, A. E. (2009). Barriers to implementing treatment integrity procedures: survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 212–218. doi:10.1037/a0015232
- Perepletchikova, F. & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(4), 365–383. doi:10.1093/clipsy.bpi045
- Perepletchikova, F., Treat, T. A. & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 829–841. doi:10.1037/0022-006X.75.6.829
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Azim, H. F. & Ogradniczuk, J.S. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(2), 267–273. doi:10.1037/0022-006X.67.2.267
- Podell, J. L. (2011). *Cognitive-behavioural therapy for anxious youth: Therapist variables and child treatment outcome*. Dissertation, Temple University, Philadelphia.

- Pridemore, D. R. & Klein, J. D. (1995). Control of practice and level of feedback in computer-based instruction. *Contemporary Educational Psychology*, 20(4), 444–450. doi:10.1006/ceps.1995.1030
- Raichelson, S. H., Herron, W. G., Primavera, L. H. & Ramirez, S. M. (1997). Incidence and effects of parallel process in psychotherapy supervision. *The Clinical Supervisor*, 15(2), 37–48. doi:10.1300/J001v15n02_03
- Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K. & Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 191–199. doi:10.1037/ccp0000079
- Ramnerö, J. & Öst, L.-G. (2007). Therapists' and clients' perception of each other and working alliance in the behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia. *Psychotherapy Research*, 17(3), 320–328. doi:10.1080/10503300600650852
- Rapley, H. A. & Loades, M. E. (2019). A systematic review exploring therapist competence, adherence, and therapy outcomes in individual CBT for children and young people. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1010–1019. doi:10.1080/10503307.2018.1464681
- Reiser, R. P. & Milne, D. L. (2012). Supervising cognitive-behavioral psychotherapy in the 21st century: Pressing needs, impressing possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(3), 161–171. doi:10.1007/s10879-011-9200-6
- Reiser, R. P. & Milne, D. L. (2016). A survey of CBT supervision in the UK: methods, satisfaction and training, as viewed by a selected sample of CBT supervision leaders. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e20. doi:10.1017/S1754470X15000689
- Richtberg, S., Jakob, M., Höfling, V. & Weck, F. (2016). Assessment of patient interpersonal behavior: Development and validation of a rating scale. *Psychotherapy Research*, 26(1), 106–119. doi:10.1080/10503307.2014.947391
- Richtberg, S., Jakob, M., Höfling, V. & Weck, F. (2017). Patient characteristics and patient behavior as predictors of outcome in cognitive therapy and exposure therapy for hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 612–625. doi:10.1002/jclp.22356
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71(4), 396–405. doi:10.1002/j.1556-6676.1993.tb02655.x

- Roth, A. D., Pilling, S. & Turner, J. (2010). Therapist training and supervision in clinical trials: Implications for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(3), 291–302. doi:10.1017/s1352465810000068
- Samstag, L. W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D. & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165–194. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.2.165
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(3), 213–226. doi:10.1111/j.2044-8260.1989.tb01371.x
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J. & Chapman, J. E. (2009). Clinical supervision in treatment transport: Effects on adherence and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 410–421. doi:10.1037/a0013788
- Sechrest, L. & Redner, R. (1979). *Strength and integrity of treatments in evaluation studies*. Washington, DC: National Criminal Justice Reference Service.
- Sechrest, L., West, S. G., Phillips, M. A., Redner, R. & Yeaton, W. (1979). Some neglected problems in evaluation research: Strength and integrity of treatments. In L. Sechrest, S. G. West, M. A. Phillips, R. Redner & W. Yeaton (Eds.), *Evaluation studies review annual* (Vol. 4, pp.15–35). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Senger, K., Heider, J., Montini, R. & Schröder, A. (2017). Does Expectancy and Homework Compliance Predict Change in CBT? *Acta Psychopathologica*, 3(5), 1–9. doi:10.4172/2469-6676.100133
- Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training*, 47(4), 637–645. doi:10.1037/a0021175
- Sharpless, B. A. & Barber, J. P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measuring, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 47–56. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.008

- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 837–846. doi:10.1037/0022-006X.67.6.837
- Shrauger, J. S. (1975). Responses to evaluation as a function of initial self-perceptions. *Psychological Bulletin, 82*(4), 581–596. doi:10.1037/h0076791
- Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420–428. doi:10.1037//0033-2909.86.2.420
- Shute, V. J. (2008). Focus on Formative Feedback. *Review of Educational Research, 78*(1), 153–189. doi:10.3102/0034654307313795
- Smith, J. L., Carpenter, K. M., Amrhein, P. C., Brooks, A. C., Levin, D., Schreiber, E. A., et al. (2012). Training substance abuse clinicians in motivational interviewing using live supervision via teleconferencing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 450–464. doi:10.1037/a0028176
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2nd ed., pp. 53–80). Los Angeles: SAGE.
- Sobral, D. T. (2000). An appraisal of medical students' reflection-in-learning. *Medical Education, 34*(3), 182–187.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J. & Worrall, L. (2001). Clinical Supervision in four mental health professions: A review of the evidence. *Behaviour Change, 18*(3), 135–155. doi:10.1375/behc.18.3.135
- Staats, M., Bär, T. & Linden, M. (2003). Messinstrumente der Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie, 13*(1), 62–67. doi:10.1159/000070500
- Stangier, U, Consbruch K. v. & Clark, D. M. (2014, september). *Effective components of cognitive therapy for social anxiety disorder*. Paper presented on the 44th Congress of the 36 European Association for Behavioural & Cognitive Therapies, The Hague, The Netherlands.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy. Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 182–196. doi:10.1037/0022-006X.63.2.182

- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. A. (1988). Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(5), 727–733. doi:10.1037/0022-006X.56.5.727
- Stiles, W. B. & Sultan, F. E. (1979). Verbal response mode use by clients in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 611–613. doi:10.1037/0022-006X.47.3.611
- Stoltenberg, C. D. (1981). Approaching supervision from a developmental perspective: The counselor complexity model. *Journal of Counseling Psychology, 28*(1), 59–65.
- Stoltenberg, C. D. & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D. & McNeill, B. W. (1997). Clinical supervision from a developmental perspective: Research and practice. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 184–202). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. W. & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated development model for supervising counselors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stone, D. & Stone, E. (1985). The effects of feedback consistency and feedback favorability on self-perceived task competence and perceived feedback accuracy. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 36*(2), 167–185. doi:10.1016/0749-5978(85)90011-1
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision: Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut, 55*(6), 455–464. doi:10.1007/s00278-010-0776-1
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J. & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 429–437. doi:10.1037/a0019631
- Strupp, H. H., Hartley, D. & Blackwood, G. L., Jr. (1974). *Vanderbilt psychotherapy process scale*. Unpublished manuscript. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Suh, C. S., Strupp, H. G. & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 285–323). New York, NY: Guilford Press.

- Swann, W. B., Jr. (1990). To be adored or to be known? The interplay of self-enhancement and self-verification. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, (Vol. 2, pp. 408–448). New York, NY: The Guilford Press.
- Sweeney, J. & Creaner, M. (2014). What's not being said? Recollections of nondisclosure in clinical supervision while in training. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(2), 211–224. doi:10.1080/03069885.2013.872223
- Tanner, M. A., Gray, J. J. & Haaga, D. A. (2012). Association of cotherapy supervision with client outcomes, attrition, and trainee effectiveness in a psychotherapy training clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1241–1252. doi:10.1002/jclp.21902
- Townend, M., Iannetta, L. & Freeston, M. H. (2002). Clinical supervision in practice: a survey of UK cognitive behavioural psychotherapists accredited by the BABCP. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 485–500. doi:10.1017/S1352465802004095
- Tracey, T. J. G., Bludworth, J. & Glidden-Tracey, C. E. (2012). Are there parallel processes in psychotherapy supervision? An empirical examination. *Psychotherapy*, 49(3), 330–343. doi:10.1037/a0026246
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 153–167). New York, NY: Oxford University Press.
- Vermilyea, B. B., Barlow, D. H. & O'Brien, G. T. (1984). The importance of assessing treatment integrity: an example in the anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*, 6(1), 1–11. doi:10.1007/BF01321456
- Villiers, R. de (2013). 7 Principles of highly effective managerial feedback. Theory and practice in managerial development interventions. *The International Journal of Management Education*, 11(2), 66–74. doi:10.1016/j.ijme.2013.01.002
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. doi:10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644
- Waltz, J. A., Addis, M. E., Koerner, K. & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630. doi:10.1037/0022-006X.61.4.620

- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor, 30*(2), 235–256. doi:10.1080/07325223.2011.619417
- 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*(2), 200–211. doi:10.1037/a0018912
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M. & Stangier, U. (2011a). Assessment of adherence and competence in cognitive therapy: comparing session segments with entire session. *Psychotherapy Research, 21*(6), 658–669. doi:10.1080/10503307.2011.602751
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M. & Stangier, U. (2011b). Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg. *Verhaltenstherapie, 21*(2), 99–107. doi:10.1159/000328840
- Weck, F., Grikscheit, F., Höfling, V., Kordt, A., Hamm, A. O., Gerlach, A. L., et al. (2016). The role of treatment delivery factors in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 42*, 10–18. doi:10.1016/j.janxdis.2016.05.007
- Weck, F., Grikscheit, F., Höfling, V. & Stangier, U. (2014). Assessing treatment integrity in cognitive-behavioral therapy: comparing session segments with entire sessions. *Behavior Therapy, 45*(4), 541–552. doi:10.1016/j.beth.2014.03.003
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V. & Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 91–108. doi:10.1111/bjc.12063
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenz: Validierung einer deutschsprachigen Version der Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39*(4), 244–250. doi:10.1026/1616-3443/a000055
- Weck, F., Hilling, C., Schermelleh-Engel, K., Rudari, V. & Stangier, U. (2011). Reliability of adherence and competence assessment in cognitive behavioral therapy: Influence of clinical experience. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(4), 276–279. doi:10.1097/NMD.0b013e3182124617

- Weck, F., Jakob, M., Neng, J., Höfling, V., Grikscheit, F. & Bohus, M. (2016). The effects of bug-in-the-eye supervision on therapeutic alliance and therapist competence in cognitive-behavioural therapy: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 386–396. doi:10.1002/cpp.1968
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. & Höfling, V. (2017). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: A randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 27(4), 501–509. doi:10.1080/10503307.2015.1132857
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. & Witthöft, M. (2017). Topics and techniques in clinical supervision in psychotherapy training. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10, e3. doi:10.1017/S1754470X17000046
- Weck, F., Richtberg, S., Jakob, M., Neng, J. M. B. & Höfling, V. (2015). Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis). *Psychiatry Research*, 228(1), 53–58. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.042
- Wehner, L. (2010). Mitarbeitergespräche. In L. Wehner, T. Brinek & M. Herdlitzka (Hrsg.), *Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich. Gesunde Zwischenmenschlichkeit* (S. 66–84). Wien: Springer.
- Weiss, M., Kivity, Y. & Huppert, J. D. (2013). How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Sawtooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy Research*, 24(3), 407–418. doi:10.1080/10503307.2013.868947
- Westefeld, J. S. (2009). Supervision of psychotherapy: Models, issues, and recommendations. *The Counseling Psychologist*, 37(2), 296–316. doi:10.1177/0011000008316657
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O. & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423–435. doi:10.1080/10503301003645796
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A. & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163–172. doi:10.1037/a0023200

- Westra, H. A., Constantino, M. J., Arkowitz, H. & Dozois, D. J. A. (2011). Therapist differences in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy, 48*(3), 283–292. doi:10.1037/a0022011
- Wheeler, S. & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*(1), 54–65. doi:10.1080/14733140601185274
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy. The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 59–68. doi:10.1037/0022-0167.50.1.59
- Wickstrom, K. F., Jones, K. M., LaFleur, L. H. & Witt, J. C. (1998). An analysis of treatment integrity in school-based behavioral consultation. *School Psychology Quarterly, 13*(2), 141–154. doi:10.1037/h0088978
- Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(3), 395–412. doi:10.1037/0022-3514.37.3.395
- Wiggins, J. S., Trapnell, P. & Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the revised Interpersonal Adjectives Scale (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research, 23*(4), 517–530. doi:10.1207/s15327906mbr2304_8
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhard, F., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., et al. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR). Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*(3), 343–358.
- Wittchen, H., Zaudig, M. & Fydrich T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse I*. Göttingen: Hogrefe.
- Worthen, V. & McNeill, B. W. (1996). A phenomenological investigation of ‘good’ supervision events. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 25–34. doi:10.1037/0022-0167.43.1.25
- Yeaton, W. H. & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatment: strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(2), 156–167. doi:10.1037/0022-006X.49.2.156

- Young, J. & Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale rating manual*. Unpublished manuscript. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Yourman, D. B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology, 59*(5), 601–609. doi:10.1002/jclp.10162
- Yourman, D. B. & Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*(4), 567–75. doi: 10.1037/0033-3204.33.4.567
- Zarafonitis-Müller, S., Kuhr, K. & Bechdolf, A. (2014). Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 82*(9), 502–510. doi:10.1055/s-0034-1366798
- Zarbock, G., Rodde, S., Ströhme, W., Schulz, H. & Watzke, B. (2012). Kompetenzerwartung in der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie, 22*(1), 27–35. doi:10.1159/000335773
- Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Charpless, B. A., Milrod, B. L., et al. (2016). Interpersonal factors are associated with lower therapist adherence in cognitive-behavioural therapy for panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 23*(3), 272–284. doi:10.1002/cpp.1955
- Zimmer, D. (2015). Supervision. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (8. Aufl., S. 29–32). Berlin: Springer.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung?. *Verhaltenstherapie, 8*(4), 254–257. doi:10.1159/000030653
- Zobel, I., Karim, A., Kech, S., Berger, M. & Schramm, E. (2008). Wie adhärenz wird Clinical Management in randomisierten, kontrollierten Studien durchgeführt? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 58*(9/10), 395–402. doi:10.1055/s-2008-1067361

Anhang

Anhang A Interviewleitfaden Supervisionsstudie – Supervisorinnen und Supervisoren

1. „Was macht Ihrer Meinung nach erfolgreiche Supervision aus?“

2. „Welche Bausteine sollte eine erfolgreiche Supervision haben?“

- 1.) „Wie bauen Sie eine erfolgreiche Supervisionssitzung auf?“
- 2.) „Wie bereiten Sie Ihre Supervisionssitzungen vor?“
- 3.) „Was beachten Sie bei der Durchführung Ihrer Supervisionssitzungen?“
- 4.) „Welche Phasen beinhaltet ein Gesamtsupervisionsverlauf?“
- 5.) „Welche erfolgversprechenden Methoden und Techniken verwenden Sie?“

3. „Was sind Voraussetzungen für erfolgreiche Supervision bei Supervisand*innen und Supervisor*innen?“

- 1.) „Welche Kompetenzen benötigen Supervisand*innen, damit eine Supervision erfolgreich verlaufen kann?“
- 2.) „Welche Kompetenzen benötigen Supervisor*innen, damit eine Supervision erfolgreich verlaufen kann?“
- 3.) „Sind für erfolgreiche Gruppensupervision andere/weitere Kompetenzen als für erfolgreiche Einzelsupervision erforderlich? Wenn ja, welche?“

4. „Was sind die Ziele erfolgreicher Supervision?“

5. „Wie ist es möglich, Entwicklung und Veränderung in der Supervision zu erzielen?“

6. „In welchen Bereichen werden Supervisand*innen durch Supervision verändert bzw. verbessert?“

- 1.) „Welche psychotherapeutischen Kompetenzen werden durch Supervision gefördert?“

7. „Was sind häufige Themen in Supervisionen?“

- 1.) „Unterscheiden sich die Themen aus erfolgreich verlaufenden Supervisionsprozessen von denen aus weniger erfolgreich verlaufenden Supervisionsprozessen? Wenn ja, inwiefern?“

8. „Gibt es weitere Aspekte oder Anmerkungen Ihrerseits zu erfolgreicher Supervision, die wir noch nicht besprochen haben?“

Anhang B Interviewleitfaden Supervisionsstudie – Supervisorinnen und Supervisanden

1. „Was macht deiner Meinung nach erfolgreiche Supervision aus?“

2. „Welche Bausteine sollte eine erfolgreiche Supervision haben?“

- 1.) „Wie ist eine erfolgreiche Supervisionssitzung aufgebaut?“
- 2.) „Wie bereitest du die Supervisionssitzungen vor?“
- 3.) „Was beachtest du bei der Durchführung der Supervisionssitzungen?“
- 4.) „Welche erfolgversprechenden Methoden und Techniken werden verwendet?“

3. „Was sind Voraussetzungen für erfolgreiche Supervision bei Supervisor*innen und Supervisand*innen?“

- 1.) „Welche Kompetenzen benötigen Supervisor*innen, damit eine Supervision erfolgreich verlaufen kann?“
- 2.) „Welche Kompetenzen benötigen Supervisand*innen, damit eine Supervision erfolgreich verlaufen kann?“
- 3.) „Sind für erfolgreiche Gruppensupervision andere/weitere Kompetenzen als für erfolgreiche Einzelsupervision erforderlich? Wenn ja, welche?“

4. „Was sind die Ziele erfolgreicher Supervision?“

5. „In welchen Bereichen werden Supervisor*innen durch Supervision verändert bzw. verbessert?“

- 1.) „Welche psychotherapeutischen Kompetenzen werden durch Supervision gefördert?“

6. „Gibt es weitere Aspekte oder Anmerkungen deinerseits zu erfolgreicher Supervision, die wir noch nicht besprochen haben?“

Anhang C Interviewleitfaden Kompetenz-Feedback-Studie

1. „Erzählen Sie einfach mal, woran Sie sich bezüglich des Feedbacks/der Feedback-Behandlung noch erinnern können.“

2. „Wie war es für Sie, Feedback zu erhalten?“

- 1.) „Was fanden Sie hilfreich?“
- 2.) „Was fanden Sie schwierig oder problematisch?“
- 3.) „Was ist Ihnen im Vergleich zu Behandlungen ohne Feedback aufgefallen?“
- 4.) „Wie sind sie mit dem erhaltenen Feedback umgegangen?“

3. „Hat das Feedback zu Veränderungen geführt?“

- 1.) „Welche Auswirkungen hatte das Feedback auf die Therapie?“
 - a) „Wie wurde dadurch die Vorbereitung und Planung der Therapiesitzungen verändert?“
 - b) „Wie wurde dadurch die Durchführung der Therapiesitzungen verändert?“
 - c) „Wie wurde dadurch die Nachbereitung der Sitzung verändert?“
 - d) „Wie wurde dadurch der Verlauf und Ausgang der Therapie verändert?“
- 2.) „Welche Auswirkungen hatte das Feedback auf die Supervision?“
- 3.) „Welche Auswirkungen hatte das Feedback auf Ihre Person?“
 - a) „Wie haben Sie sich als Therapeut*in durch das Feedback verändert?“
 - „Welchen Einfluss hatte das Feedback auf Ihre therapeutischen Kompetenzen?“
 - b.) „Wie haben Sie sich privat und persönlich durch das Feedback verändert?“
- 4.) „Welche Auswirkungen hatte das Feedback auf die therapeutische Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Patientin / Ihrem Patienten?“

4. „Was für Konsequenzen ziehen Sie aus dem Feedback für die Zukunft?“

5. „Haben Sie Verbesserungsvorschläge bezüglich des Feedbacks?“

6. „Gibt es weitere Aspekte oder Anmerkungen Ihrerseits zum Feedback, die wir noch nicht besprochen haben?“