

**«Nichts ist so beständig wie der Wandel» –
Eine Arbeit zu patient*innen- und therapeut*innenbezogener
Veränderung in der Psychologischen Therapie**

Inauguraldissertation
der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern
zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von
Sara Soraya Heer
Emmen LU

Bern, Januar 2022



Dieses Werk ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International zugänglich. Um eine Kopie dieser Lizenz einzusehen, konsultieren Sie <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> oder wenden Sie sich brieflich an Creative Commons, Postfach 1866, Mountain View, California, 94042, USA.

“In short, research training prepares us to question and evaluate the way psychotherapy (and psychotherapy training) is conducted.” (Norcross & Halgin, 2005, S. 447)

Zusammenfassung

Dass Psychotherapie wirksam ist, gilt heute als empirisch erwiesen. Des Weiteren zeigten diverse Untersuchungen, dass es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Wirksamkeit zwischen verschiedenen Psychotherapieorientierungen gibt (z. B. Luborsky et al., 2002). Daraufhin wuchs das Interesse für Psychotherapieintegration. Obschon integrative Behandlungen mittlerweile als Zeitgeist betrachtet werden, sind immer noch viele Fragen zu deren Wirksamkeit, Effektivität und Ausbildung offen. Während für die «reinen» Behandlungsmethoden mehr Forschungsergebnisse vorliegen, werden diese von den meisten Therapeuten in angepasster, integrativer Form angewendet. Dies führt zu einem unbefriedigenden Zustand, da ein Grossteil der verfügbaren Erkenntnisse nicht mit der vorherrschenden Praxis übereinstimmt. Mit der Absicht, zur Schliessung dieser Forschungslücke beizutragen, wurde das Projekt «The Impact of Integrating Emotion Focused Components into Psychological Therapy», auch Improve-Projekt¹ genannt, konzipiert. Die *Psychologische Therapie* ist ein integrativer Therapieansatz, welcher sich dem Ideal der *Allgemeinen Psychotherapie* annähert. Im Rahmen des Improve-Projekts wurden Elemente der Emotionsfokussierten Therapie in die Psychologische Therapie integriert. Um unspezifische Behandlungseffekte zu kontrollieren, wurde eine zweite Studienbedingung gebildet, welche Elemente der Selbstregulationstheorie einbezog. Das Ziel war es, die Auswirkungen der assimilativen Integration unter realen Praxisbedingungen auf das Therapieergebnis sowie hinsichtlich der Veränderungsmechanismen und -prozesse zu untersuchen.

In der vorliegenden Dissertation werden vier Artikel zum Improve-Projekt vorgestellt. Das *Studienprotokoll* liefert den theoretischen und konzeptionellen Rahmen für alle nachfolgenden Studien. *Studie I* ist eine qualitative Studie, innerhalb welcher Interviews mit Therapeuten über deren Erfahrung mit der Aufgabe der assimilativen Integration durchgeführt wurden. *Studie II* ist eine Prozess-Ergebnisstudie, welche tiefe Veränderung, operationalisiert anhand des psychodynamischen Konzepts der Umstrukturierung, in den beiden Behandlungsbedingungen und deren Zusammenhang zu Symptomveränderungen untersucht. *Studie III* ist ebenfalls eine Prozess-Ergebnisstudie, welche nicht lineare Veränderungsmuster, sogenannte Sudden Gains und Losses, innerhalb der beiden Behandlungsbedingungen und deren Zusammenhang zum Therapieergebnis analysiert. Zudem war es das Ziel der Studie, mögliche Ursachen für die sprunghaften Veränderungen zu erforschen.

¹ Das Projekt wurde durch den Schweizerischen Nationalfonds (Grant 100019_159425; Hauptantragssteller: Prof. Dr. Franz Caspar, Mitantragssteller: Prof. Dr. Thomas Berger und Prof. Dr. Martin grosse Holtforth) finanziert.

Nach einer Einführung in gängige Theorien und Konzepte der Psychotherapieintegration sowie zur Veränderung in der Psychotherapie werden die Ziele des Improve-Projekts sowie dieser Dissertation vorgestellt. Nachfolgend werden die Artikel zusammengefasst dargestellt und eingehend diskutiert. Basierend auf den Ergebnissen werden mögliche zukünftige Forschungsfragen und Implikationen sowohl für die Praxis als auch für die Psychotherapieweiterbildung formuliert. Abschliessend erfolgt eine Stellungnahme zu den Stärken und Limitationen der gesamten Dissertation.

Summary

Whether psychotherapy is effective or not, is a question that no longer arises today. In their examination of 17 meta-analyses, Luborsky and colleagues (2002) found that the comparison of different active treatments resulted in only small, not significant effect sizes. The conclusion drawn from this data was that differences in effectiveness between different psychotherapy orientations are minimal. In the following, the attention to psychotherapy integration arose. Since then, the interest in an integrative treatment has reached an extent that it has been considered a “movement” or zeitgeist, but still numerous questions regarding efficacy, effectiveness, and therapist training remain unanswered. Whereas there is more research available for “pure” approaches, most practitioners use these only in an adapted, integrative fashion. This leads to a dissatisfactory state where much of the available evidence does not correspond to the predominant practice. With the intention of contributing to bridge this research gap, the project “The Impact of Integrating Emotion Focused Components into Psychological Therapy”, also named Improve-Project, was formed. Psychological Therapy is an integrative therapy approach corresponding to General Psychotherapy, which postulates an ongoing process including all interventions and concepts relevant for the field, be they from psychotherapy orientations or basic science. As the name states the project aims to integrate elements from Emotion-focused Therapy into Psychological Therapy. To control for unspecific treatment effects, a second treatment arm, that integrated elements from the theory of self-regulation, was built. The goal was then to examine effects of assimilative integration under routine conditions and study the underlying mechanisms and processes of change.

This dissertation presents four articles as part of the Improve Project. The *study protocol* provides the theoretical and conceptual framework for all further studies conducted as part of the Improve-Project. *Study I* is a qualitative study within which interviews were conducted with therapists about their experience with the task of assimilative integration. *Study II* is a process-outcome study that examines deep change, operationalized using the psychodynamic concept of restructuring, in the two treatment arms and its association with symptom change. *Study III* is a second process-outcome study, which investigates non-linear patterns of change, so-called Sudden Gains and Losses, within the two treatment arms and their relevance to treatment outcome. In addition, the goal of the study was to explore possible causes for the sudden changes.

After an introduction to common theories and concepts of psychotherapy integration and change, the goals of both the Improve-Project and this dissertation will be presented in more detail. Subsequently, the articles are summarized and discussed in detail. Based on the findings, further possible research questions and implications for practice and psychotherapy

training are proposed. Finally, a statement is made on the strengths and limitations of the dissertation.

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung zahlreicher Menschen nicht möglich gewesen. Daher möchte mich an dieser Stelle bei allen, die zur Entstehung beigetragen haben, von Herzen bedanken. Als Erstes gilt mein Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. Franz Caspar für die Chance, an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern doktorieren zu dürfen, für seine langjährige Unterstützung, sein Vertrauen in meine Forschungsvorhaben und die ständige Verfügbarkeit bei Fragen und Anliegen. Insbesondere die Freiheit bei der Themenwahl als auch der Ausgestaltung der Studien habe ich stets sehr geschätzt. So war es mir einerseits möglich, mein Wissen in Themen zu vertiefen, die mich ausgesprochen interessieren. Andererseits konnte ich dadurch sehr viel für mich persönlich sowie für meine berufliche Karriere lernen. Ebenso danke ich Prof. Dr. Thomas Berger für die zahlreichen ermutigenden und hilfreichen Anregungen, für das Interesse, das er meiner Forschungsarbeit entgegengebracht hat, für die Zeit, die er sich zur Beantwortung von Fragen und für Besprechungen genommen hat, sowie für die Bereitschaft, sich als Zweitgutachter mit der vorliegenden Arbeit auseinanderzusetzen. Bei beiden bedanke ich mich zudem für die Möglichkeit trotz meiner Anstellung als Forschungsassistentin während zwei Semestern einen Einblick in die Hochschullehre erhalten zu haben. Diese Erfahrungen liessen mich eine Begeisterung entdecken, von der ich nicht gedacht hatte, dass sie existiert. Mein weiterer Dank gilt Prof. Dr. Martin grosse Holtforth für die ermunternde und anregende wissenschaftliche Beratung bei forschungsmethodischen Sackgassen sowie Prof. Dr. Johannes Ehrenthal für die tolle und lehrreiche Zusammenarbeit im Rahmen der Studie II, für die Bereitschaft, das Ratertraining zu übernehmen, für die Geduld, meine zahlreichen Fragen zu beantworten und für die wertvollen kritischen Anmerkungen beim Verfassen des Manuskripts.

Ebenso wäre die Arbeit nicht ohne die wertvolle und tatkräftige Unterstützung der anderen (ehemaligen) Doktorierenden im Improve-Projekt, Dr. phil. Anna Babl, Dr. phil. Annabarbara Stähli und M. Sc. Mu Lin, dem Klinischen Team sowie den Hilfsassistentierenden der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern möglich gewesen. Gleichermassen gäbe es keine zu analysierenden Daten ohne die engagierte und fleissige Arbeit zahlreicher Raterinnen, ob angehender Psychotherapeut*innen oder Masterstudierende. Letztere während eines Teils ihres Masterstudiums fachlich und persönlich zu begleiten bereitete mir grosse Freude. Die angeregten Diskussionen in der Gruppe werde ich positiv in Erinnerungen behalten. Zudem hätte das Projekt ohne Studienteilnehmenden, Therapeut*innen wie Patient*innen, nicht durchgeführt werden können, daher gilt auch ihnen ein besonderer Dank. Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle erneut Dr. phil. Annabarbara Stähli, welche während des

Doktorats zu einer guten Freundin geworden ist und mir in den nötigen Momenten mit einem offenen Ohr, weisen Ratschlägen, fachlichen Anregungen und lustigen Aufmunterungen zur Seite stand. Auch dank ihr bleibt die gemeinsame Arbeit für das Improve-Projekt eine unvergessliche Zeit, an die ich immer gerne zurückdenken werde. Weiter danke ich Ursula und Caroline Schoch fürs unermüdliche Korrekturlesen, Dr. phil. Sven Schmutz für sein Verständnis und die «Rückendeckung» sowie Dr. phil. Lea Wyder und der «Diss-Stressgruppe» für ihre emotionale Unterstützung.

Schliesslich stände ich wohl nicht an diesem Punkt, wenn ich folgende Menschen nicht an meiner Seite schätzen dürfte: Samuel Schoch, der mir mit seiner herzenguten Art eine unendlich grosse Stütze in den letzten Jahren war, der genau wusste, wann er zuhören, mich motivieren, mir Mut machen oder mich zu einem Ausflug auf den See überreden musste. Meine Familie, Gerhard, Ursula, Cheyenne und Luca Heer, welche mir auch nach diversen unerwarteten Abzweigungen auf meinem Lebensweg treu zur Seite stehen, welchen ich oft Verständnis für meine physische oder mentale Abwesenheit abverlangte, und welche mir immer wieder «Durchhaltepakete» und Worte der Motivation zukommen liessen. Meine lieben Freund*innen, bei welchen ich zum Ausgleich meine nicht-akademischen Seiten ausleben konnte und die gut einzuschätzen wussten, wann sie mich auf den Fortschritt meiner Doktorarbeit ansprechen sollten und wann nicht. Vielen herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>THEORETISCHER HINTERGRUND</u>	<u>4</u>
2.1	PSYCHOTHERAPIEINTEGRATION	4
2.1.1	MODELLE DER PSYCHOTHERAPIEINTEGRATION	6
2.1.2	SINN UND ZWECK VON PSYCHOTHERAPIEINTEGRATION	9
2.1.3	ADHÄRENZ ODER RESPONSIVENESS?	11
2.1.4	UNTERSTÜTZENDE MODELLE BEI DER UMSETZUNG ASSIMILATIVER INTEGRATION	13
2.1.5	WIRKSAMKEIT	18
2.1.6	AUSBILDUNG IN ASSIMILATIVER INTEGRATION – WANN UND WIE?	20
2.2	VERÄNDERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE	23
2.2.1	PATIENTENBEZOGENE VERÄNDERUNGSPROZESSE	26
<u>3</u>	<u>HINTERGRUND UND ZIEL DES PROJEKTS «IMPROVE»</u>	<u>42</u>
3.1	DER «BERNER ANSATZ»	42
3.2	EMOTIONEN UND DEREN STELLENWERT INNERHALB DER PSYCHOTHERAPIE	44
3.3	DAS IMPROVE-PROJEKT	45
<u>4</u>	<u>ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER VORLIEGENDEN ARBEIT</u>	<u>48</u>
<u>5</u>	<u>VORGELEGTE ARTIKEL IM RAHMEN DES IMPROVE-PROJEKTS</u>	<u>51</u>
5.1	ZUSAMMENFASSUNG DES STUDIENPROTOKOLLS	52
5.2	ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE I	53
5.3	ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE II	57
<u>6</u>	<u>SUDDEN CHANGES IN DER PSYCHOLOGISCHEN THERAPIE – EINE STUDIE ZU THERAPIEBEZOGENEN PRÄDIKTOREN (STUDIE III)</u>	<u>60</u>
6.1	BISHERIGE FORSCHUNG ZU SUDDEN GAINS	61
6.2	URSACHEN VON SUDDEN GAINS	64
6.3	ZIEL DER STUDIE	68

6.4 METHODE	70
6.4.1 STUDIENDESIGN UND BEHANDLUNG	70
6.4.2 TEILNEHMENDE	70
6.4.3 MESSINSTRUMENTE	72
6.4.4 VORGEHEN	76
6.4.5 STATISTISCHE ANALYSEN	79
6.5 ERGEBNISSE	80
6.5.1 DESKRIPTIVE ANALYSEN	80
6.5.2 HYPOTHESENTESTUNG	83
6.6 DISKUSSION	87
6.6.1 STÄRKEN, LIMITATIONEN UND AUSBLICK	93
6.6.2 FAZIT	98
<u>7 ALLGEMEINE DISKUSSION</u>	<u>99</u>
7.1 THERAPEUTENBEZOGENE VERÄNDERUNG: ASSIMILATIVE INTEGRATION ALS KOMPLEXER KONSTRUKTIONSPROZESS	99
7.1.1 WANN IST DER RICHTIGE ZEITPUNKT, UM UNERFAHRENE THERAPEUTINNEN IN DIE INTEGRATION EINZUFÜHREN?	105
7.1.2 ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG ZU PSYCHOTHERAPIEINTEGRATION	108
7.2 PATIENTENBEZOGENE VERÄNDERUNG: VERÄNDERUNGSMECHANISMEN UND - PROZESSE	110
7.2.1 ANHALTENDE EFFEKTE INTEGRATIVER PSYCHOTHERAPIE	111
7.2.2 FEEDBACK-ANSÄTZE IN DER INTEGRATIVEN PSYCHOTHERAPIE	117
7.3 ALLGEMEINE STÄRKEN UND LIMITATIONEN	119
7.4 PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN	124
7.4.1 AUSBILDUNG IN PSYCHOTHERAPIEINTEGRATION	124
7.4.2 PSYCHOLOGISCHE THERAPIE	127
7.5 FAZIT	128
<u>8 LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>131</u>
<u>9 ANHANG</u>	<u>176</u>

1 Einleitung

Ob Psychotherapie wirksam ist oder nicht, ist eine Frage, die sich heute nicht mehr stellt. Die Wirkung von Psychotherapie wurde in den vergangenen Jahren umfangreich untersucht und belegt (u. a. Grawe, 2000; Grawe et al., 2001; Lambert, 2004; Lambert & Bergin, 1994). In randomisierten kontrollierten Studien (RCT, englisch: randomized controlled trial) konnte nachgewiesen werden, dass durchschnittlich zwischen 57.6% und 67.2% der Patienten² mit deutlichem Erfolg behandelt werden können (Hansen et al., 2002). Luborsky et al. (1975) fanden in ihrer Untersuchung, dass der Vergleich zwischen unterschiedlicher Psychotherapieorientierungen nur kleine, nicht signifikante Effektgrößen ergab, sofern es sich um «Bona-fide»-Ansätze handelte (Bezeichnung für eine nach bestem Wissen und Gewissen situationsangepassten, professionell durchgeführten Psychotherapie; siehe Wampold et al., 1997). Diesen Befund konnten sie in einer neueren Studie anhand von 17 Metaanalysen und unter Kontrolle des Allegiance-Effekts replizieren (Luborsky et al., 2002). Die Schlussfolgerung aus diesen Befunden war, dass keine Therapieform der anderen bezüglich deren Wirksamkeit überlegen ist (auch Äquivalenzparadox genannt; Stiles et al., 1986). In Anlehnung an das Wettrennen im Kinderbuch Alice im Wunderland, an dessen Ende der Dodo verkündet «Jeder hat gewonnen und alle bekommen Preise», wurde dieser Befund auch als den Dodo-Bird-Effekt bezeichnet (siehe Luborsky et al., 1975; Rosenzweig, 1936). Infolgedessen wurde die Gleichwertigkeit der Leistungen verschiedener Therapieschulen auf die allgemeinen Faktoren (*common factors*, u. a. Hoffnung, Erwartung, Therapiebeziehungen, korrigierende Erfahrungen) attribuiert (für eine Übersicht siehe Grencavage & Norcross, 1990). Dabei wird angenommen, dass lediglich 10% des Effekts der Spezifität des jeweiligen Verfahrens zuzurechnen sind. Diese Sichtweise wurde seither intensiv diskutiert und kritisiert (z. B. Budd & Hughes, 2009; Cuijpers et al., 2019; Marcus et al., 2014; Messer & Wampold, 2002). Die Kritik greift unter anderem den Fakt auf, dass auch mit empirisch fundierten und bewährten Therapieansätzen nicht alle Patientinnen erreicht werden können. Ein bestimmter therapeutischer Ansatz kann für einige Patienten gut geeignet sein, währenddessen eine andere Patientengruppe weniger davon

² Entsprechend den neusten Empfehlungen zur geschlechtergerechten Sprache wurden in folgendem Text geschlechtsabstrakte und -neutrale Formulierungen gewählt (sog. «Veruneindeutigungen»). Bei der geschlechtsabstrakten Sprache wurde zwischen männlicher und weiblicher Form abgewechselt (siehe Abteilung für Gleichstellung, 2017).

profitiert (Grawe, 1992). Grawe (2000) argumentiert, dass in den meisten Studien die durchschnittliche Wirksamkeit der Behandlungen verglichen wurde. Die Bildung des arithmetischen Mittelwerts über die gesamte Patientengruppe hinweg führt jedoch zu einem Verlust der differentiellen Effekte zwischen Patientensubgruppen. Daher wurden Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren übersehen (für weitere Kritik siehe Grawe, 2000). Erst später widmete sich die Psychotherapieforschung den Fragen, wie Psychotherapie wirkt und unter welchen Umständen eine Behandlung am effektivsten für eine Patientin mit einem bestimmten Problem ist (zur Übersicht: Crits-Christoph et al., 2013; Kazdin, 2009; Lambert, 2013; Orlinsky et al., 2004) (weitere Ausführungen folgen in Kapitel 2.1.3). Das wissenschaftliche Interesse richtete sich dabei auf die Rahmenbedingungen, Patienten- und Therapeutinnenvariablen sowie den Therapieprozess (u. a. Grawe et al., 2001; Kazdin, 2007; Lambert, 1992).

Der Anspruch der Psychotherapieprozessforschung ist es, die aktiven Wirkprinzipien und Veränderungsmechanismen herauszuarbeiten (Lutz & Grawe, 2007), um besser zu verstehen, welche Mechanismen einer (positiven) therapeutischen Veränderung zugrunde liegen, so dass Aussagen über die qualitative Wirkungseigenart von Psychotherapie gemacht werden können (Grawe, 1992). Dies ist aus mehreren Gründen wichtig: Veränderungsmechanismen, die sich als wirksam erweisen, können zu einem integrierten Behandlungsansatz zusammengefasst werden und, wenn angewendet, zu einem verbesserten Therapieergebnis führen (Whisman & Snyder, 1997). Zudem kann das Wissen, das aus solchen Studien zur Wirkungseigenart von Therapien gewonnen wird, zur Förderung und Weiterentwicklung der Psychotherapie-Ausbildungsprogramme verwendet werden (Hunsley & Rumstein-McKean, 1999).

Zur Untersuchung von Psychotherapieprozessen existieren verschiedene methodische Ansätze, wie zum Beispiel die Strategie der «Selektion aus natürlicher Variation» (Lutz & Grawe, 2007; Smith & Grawe, 2005). Darunter werden post-hoc Analysen grosser Datenmengen verstanden, die anhand von Videoaufnahmen oder Fragebogenerhebungen bei heterogenen Stichproben an einer psychotherapeutischen Einrichtung gewonnen werden. Durchaus können aber auch experimentelle Designs zur Untersuchung von Psychotherapieprozessen verwendet werden, wobei a priori aufgestellte Hypothesen bezüglich notwendiger oder hinreichender Prozesse und Mechanismen aufgestellt und unter kontrollierten Bedingungen untersucht werden (Grosse Holtforth et al., 2004). Experimentelle Untersuchungen ergänzen die Erforschung natürlicher Variationen, indem sie daraus abgeleitete Annahmen konkretisieren oder falsifizieren. Llewelyn und Hardy (2001) stellen in ihrem Artikel eine Kategorisierung vor, welche die Prozessforschung in drei Typen unterteilt: (a) Studien, welche Verhalten und Prozesse innerhalb der Therapiesitzung untersuchen (explorative Studien), (b) Studien, welche die Verbindung

zwischen Therapieprozess und -ergebnis herstellen (Hypothesen-testende Studien) und (c) Studien, die den Zusammenhang zwischen spezifischen Prozessmerkmalen und Veränderungsmodellen testen (Studien zur Theorieentwicklung). Die Integration von Prozess- und Ergebnisforschung, wie sie die zweite Kategorie beschreibt, erscheint wünschenswert, da Prozessanalysen ohne Bezug zum Therapieergebnis keine differenzierte Aussage über den Wirkungszusammenhang zulassen (Caspar & Jacobi, 2004). Die bisherige Prozess-Ergebnisforschung brachte eine Vielzahl von Merkmalen in Bezug auf die Patientin, Therapeutin und deren zwischenmenschliche Interaktion hervor, die einen positiven Zusammenhang zum Therapieergebnis aufweisen. Solche Merkmale sind unter anderem die therapeutische Allianz, die Empathie des Therapeuten oder die Erwartungshaltung der Patientin (vgl. Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky et al., 2004). Quantitative Prozess-Ergebnisforschung ist weitverbreitet, jedoch geht sie oftmals fälschlicherweise von einem Dosis-Wirkungszusammenhang bezüglich der aktiven Bestandteile von Psychotherapie aus. Häufig wird angenommen, dass durch die vermehrte Anwendung spezifischer Bestandteile (z. B. bestimmte Techniken oder Interventionen) ein besseres Therapieergebnis zu erreichen ist (Llewelyn & Hardy, 2001; Stiles & Shapiro, 1994). Daher sollte bei Effektivitätsanalysen zum Zusammenhang zwischen Prozess- und Erfolgsmassen nicht automatisch auf Kausalität geschlossen werden (Garfield, 1990; Kazdin, 2009; Stiles, 1988). Weiter bleiben häufig Wechselwirkungen zwischen Variablen, Einflüssen von Drittvariablen sowie Mediatoren und Moderatoren unberücksichtigt, was zu Fehlinterpretationen führt. Zum besseren Verständnis bräuchte es Studien, die sowohl potenzielle Mediatoren, Moderatoren sowie deren Interaktion und experimentelle Manipulation miteinbeziehen als auch deren zeitliche Abläufe und Dosis-Wirkungszusammenhänge untersuchen (siehe Cuijpers et al., 2019). Dabei sollte nicht nur die Zwischensubjektvariabilität untersucht, sondern auch die Intrasubjektvarianz miteinbezogen werden, das heisst zu beachten, inwiefern sich gewisse Veränderungsmechanismen (i. S. v. Moderatoren oder Mediatoren) über den Behandlungsverlauf hinweg entwickeln. Diverse Psychotherapieforschende fordern daher neue Untersuchungsdesigns (u. a. Elliott, 2010; Kenny & Hoyt, 2009). Dabei sollte nicht vergessen werden, dass das Erforschen von Veränderungsmechanismen und -prozessen keine einfache Angelegenheit ist und in der Regel nicht alle Ebenen der Prozess- und Ergebnisanalysen gleichermassen adäquat und detailliert in einer einzigen Studie miteinbezogen werden können (Kazdin, 2007). Dennoch wuchs in den letzten Jahren – mit der Integration anspruchsvollerer statistischer Modelle in die Psychotherapieprozessforschung – die Anzahl Studien, welche diesen Anforderungen entsprechen (z. B. Chen et al., 2020; Helmich et al., 2020; Solomonov et al., 2020). Dies scheint aus diversen Gründen wich-

tig: Einerseits geht damit wissenschaftlicher Fortschritt einher. Andererseits ermöglicht ein besseres Verständnis der Wirkungsweise von Psychotherapie die Optimierung der Wirksamkeit auf individueller sowie auf der Ebene psychotherapeutischer Ansätze, was einen praktischen Nutzen mit sich bringt. Dies ist notwendig, da beispielsweise die Effektstärken von Behandlungen bei Depressionen in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen haben (Cuijpers et al., 2019). Zudem gibt es weiterhin Subkohorten von Patientinnen, die auf eine psychotherapeutische Behandlung nicht oder zumindest nicht genügend ansprechen, oder die kurz nach Behandlungsende bereits wieder einen Rückfall erleiden. Gemäss Hansen et al. (2002) betrifft dies rund 30 bis 50% der Patienten, die unter realen Praxisbedingungen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Zudem ist ein besseres Verständnis der Wirkweise von Psychotherapie auch für die allgemeine Öffentlichkeit von Bedeutung. Die Stigmatisierung von psychischen Störungen sowie Psychotherapien ist selbst in Ländern mit hohem Einkommen weiterhin vorhanden (Chisholm et al., 2016; Summergrad, 2016). Verzerrte Vorstellungen oder übersteigerte Erwartungshaltungen könnten mitunter mögliche Gründe sein, weshalb die Therapien für gewisse Patientinnengruppen nicht die gleiche Wirksamkeit erzielen. Ein verbessertes Verständnis, wie Psychotherapie wirkt und welche Veränderungsprozesse sie anstossen, könnten zur Entstigmatisierung und nachfolgend zu einer höheren Akzeptanz sowie realistischeren Erwartungen beitragen. Das Ziel der Erforschung des Zusammenhangs von Veränderungsprozessen/-mechanismen und dem Therapieergebnis ist es demnach, zur Überwindung der Wissenschafts-Praxis-Lücke beizutragen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Psychotherapieintegration

In den 1980er-Jahren wurde die Psychotherapieintegration zu einer schnell wachsenden und respektierten Bewegung (Castonguay & Goldfried, 1994). Mittlerweile stellt Integration in vielen Ländern einen entscheidenden Aspekt der psychotherapeutischen Praxis dar. Dies widerspiegelt sich in der wachsenden Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen, die sich mit der Psychotherapieintegration und ihren Konsequenzen für die therapeutische Praxis befassen. Das Interesse an einer integrativen Behandlung hat ein hohes Ausmass erreicht, sodass es von verschiedenen Forschenden als Zeitgeist beschrieben wird (Castonguay et al., 2015; Castonguay et al., 2003; Norcross, 2005). Auch wenn diese Bewegung aufgrund der Gesund-

heitspolitik in einigen Ländern durch die Vorgabe, sich an «reinen» Therapieverfahren zu orientieren (z. B. an «Richtlinienverfahren» in Deutschland) erschwert wird, scheint auch dort Psychotherapieintegration nicht fremd zu sein: So integrieren die Weiterbildungen in der Regel auch einige Elemente aus anderen Ansätzen, wie das Beispiel des Kooperationsprojekts der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Psychologischen Instituts der Universität Bern und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) aufzeigt (Caspar, 2008a).

Integration ist kein spezifischer, operationalisierter Ansatz, sondern subsumiert diverse Ansätze, welchen gemeinsam ist, eine Kombination von Interventionen unterschiedlicher Therapieorientierungen zu beinhalten. Psychotherapieintegration bezieht sich auf eine konzeptionelle und klinische Herangehensweise, «die nicht nur einen Versuch darstellt, verschiedene Modelle und Techniken zu integrieren, sondern auch versucht, Psychotherapie besser zu verstehen und zu verbessern, indem man die Perspektive verschiedener Psychotherapieansätze berücksichtigt» (Castonguay & Goldfried, 1994, S. 160). Tatsächlich bestand das Interesse an integrativer Psychotherapie bereits seit den 1940er-Jahren (Rosenzweig, 1936). Eine Untersuchung von Solomonov et al. (2016) zeigte, dass bereits erfahrene Psychotherapeuten früherer Generationen und Vertreter grosser Therapieschulen (u. a. Aron Beck, Carl Rogers und Fritz Perls) Integration praktizierten (vgl. «Theorien der ersten Generation» nach Grawe, 2000). Weitere Studien mit ähnlichen Ergebnissen (z. B. Ablon et al., 2006; Cook et al., 2010; McCarthy et al., 2016) lassen zudem Zweifel an der Existenz von «reinen» Behandlungsansätzen aufkommen. Es zeigte sich jedoch auch, dass bevorzugt Techniken aus ähnlichen Therapierichtungen integriert werden, wie zum Beispiel zwischen prozess-erlebnisorientierten und psychodynamischen oder zwischen kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen (z. B. Solomonov et al., 2016).

In einer internetbasierten Umfrage mit 2'156 niedergelassenen Psychotherapeutinnen gaben 2% an, sich vollständig mit einer einzigen Psychotherapieorientierung zu identifizieren (Cook et al., 2010). Auf der Ebene der postgradualen Weiterbildung in Psychotherapie zeigte eine Studie von Boswell et al. (2009), dass ein Drittel der akkreditierten Ausbildungsprogramme eine obligatorische oder fakultative Schulung in bis zu fünf weiteren Psychotherapieorientierungen anboten. Dabei gaben 90% der befragten Dozierenden an, dass sie in ihren Kursen Psychotherapieintegration lehren (vgl. auch Boswell, Sharpless, et al., 2010). Vertretende integrativer Ansätze haben gemeinsam, dass sie mit ihrem ursprünglich erlernten Therapieansatz unzufrieden und dadurch motiviert sind, andere Formen der Therapieausübung zu erlernen, um deren Konzepte auf den eigenen Ansatz zu übertragen (Norcross, 2005). Zudem ist ein

weiterer Motivator für Psychotherapieintegration, den Patientinnen eine möglichst wirksame Behandlung anzubieten (u. a. Ablon & Jones, 2002; Caspar, 2009; Grawe, 2000).

2.1.1 Modelle der Psychotherapieintegration

Als Basis für Psychotherapieintegration wurden verschiedene Modelle vorgeschlagen (Norcross & Goldfried, 2005), wobei diese sich hinsichtlich der Ebene der Integration unterscheiden. Der gemeinsame Nenner aller vier Formen der Integration ist, dass sie versuchen, die Wirksamkeit und Effizienz von Psychotherapie zu verbessern, indem sie die Grenzen der einzelnen psychotherapeutischen Ansätze überwinden (Norcross, 2005). Und obschon es erhebliche Überschneidungen unter den vier Strängen gibt, verdeutlichen sie die Komplexität von Psychotherapieintegration. Bei den am weitest verbreiteten Integrationsformen handelt es sich um folgende:

Auf der höchsten Ebene, derjenigen der Theorien, wird die *theoretische Integration* angesiedelt. Ihr Ziel liegt in der Optimierung des Therapieergebnisses, indem verschiedene Therapieansätze auf der inhaltlich-theoretischen Ebene kombiniert werden (Norcross, 2005). Durch die Integration der bestehenden Ansätze wird etwas Neues geschaffen, das mehr ist als die Summe seiner Teile. Die theoretische Integration beschreibt keinen Prozess, sondern arbeitet auf einen Endzustand, nämlich die Entwicklung einer neuen Therapieform, hin. Beispiele für theoretische Integration sind die *Psychologische Therapie* (Grawe, 2000), die *Neuropsychotherapie* (Grawe, 2004), der Ansatz für Verhaltenstherapie und Psychoanalyse von Wachtel (1977) oder die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1999). Obschon das oberste Ziel der theoretischen Integration darin besteht, möglichst viele Theorien einzubeziehen, beschränkt sich die Anzahl von kombinierten Theorien bislang auf maximal drei (Lampropoulos, 2001). Kritiker bezeichnen diese Form der Integration als utopisch (z. B. Messer & Winokur, 1984).

Auf mittlerer Ebene, zwischen abstrakten Theorien und konkreten Therapietechniken, ist die Integration nach *Wirkfaktoren oder -prinzipien* anzusiedeln (Rosenzweig, 1936). Dabei geht es darum, die Integration nach gemeinsamen Kernmerkmalen von effektiven Therapien, die positive Veränderungen beim Patienten bewirken, zu richten (Castonguay et al., 2019; Norcross, 2005). Dazu gehören die Therapiebeziehung oder das Fördern des Verständnisses für das eigene psychische Funktionieren. Die zugrunde liegende Annahme ist, dass die Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Therapieansätzen bedeutender sind als deren Unterschiede. Diese Auffassung erleichtert die Annäherung verschiedener Therapieorientierungen untereinander (Lampropoulos, 2001). Die in der Einleitung erwähnten allgemeinen Wirkfaktoren (*common factors*) werden dieser Ebene der Integration zugeschrieben. Dazu gehören auch die

Wirkfaktoren von Grawe (1995). Basierend auf einer Metaanalyse von rund 900 Ergebnisstudien zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Grawe et al., 2001) schloss Grawe (1995) auf vier allgemeine Wirkfaktoren: *Motivationale Klärung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und Ressourcenaktivierung*³. Im Gegensatz zu den allgemeinen Wirkfaktoren wird hier davon ausgegangen, dass sie in unterschiedlicher Ausprägung in den verschiedenen Therapieansätzen auftreten. So liegt beispielsweise in der Psychodynamischen Psychotherapie (Shedler, 2010) der Hauptfokus vorwiegend auf der Problemaktualisierung und der Klärung, während in der Kognitiven Verhaltenstherapie (Hautzinger, 2011) vermehrt mittels Problembewältigung gearbeitet wird. Von den allgemeinen Wirkfaktoren wird angenommen, dass sie die Basis aller Therapierichtungen darstellen.

Auf der untersten Ebene bezieht sich die Integration auf die konkreten therapeutischen Techniken. Der *technische Eklektizismus* (Lazarus et al., 1992) vertritt eine Extremposition dieses Integrationsmodells. Er basiert auf anekdotischen Erfahrungswerten (d. h., wie eine Intervention in ähnlichen Patientenfällen funktioniert hat) anstatt auf ausführlichen theoretischen Überlegungen oder empirischen Wirksamkeitsbelegen. Diese Form der Integration stellt demnach die praktische Anwendung in den Mittelpunkt. Am technischen Eklektizismus wird kritisiert, dass die Kombination verschiedener therapeutischer Techniken kontextfrei daherkommt. Daher handle es sich beim Eklektizismus auch nicht um ein Modell der Psychotherapieintegration, sondern lediglich um ein Aneinanderreihen verschiedener Techniken (Caspar et al., 2017; Lampropoulos, 2001; Norcross, 2005). Obschon sich viele Psychotherapeutinnen als eklektisch bezeichnen, ist über die Auswirkung des technischen Eklektizismus auf Therapieprozess und -ergebnisse wenig bekannt (Lampropoulos, 2001; Schottenbauer et al., 2005). Diese Kritikpunkte sind womöglich dafür verantwortlich, dass im Verlauf der letzten Jahre andere Integrationsmodelle (u. a. theoretische Integration, allgemeine Wirkfaktoren) dem technischen Eklektizismus bevorzugt wurden (siehe Norcross et al., 2005).

Ein weiteres Integrationsmodell, das in den letzten Jahren vermehrt in der Forschung thematisiert sowie in der Praxis angewendet wurde, ist die *assimilative Integration* (Messer, 1992). Diese Art der Integration beschreibt die Aufnahme ausgewählter Interventionen aus fremden Therapieorientierungen in einen einzelnen, bereits erlernten, theoretisch kohärenten Psychotherapieansatz (Messer, 1992). Spezifisch ist, dass dabei eine kontextuelle Perspektive (Pepper, 1942) eingenommen wird, in der eine therapeutische Technik nicht als für sich allein-

³ Später ergänzte Grawe (2000) diese durch einen weiteren Wirkfaktor, jener der Therapiebeziehung.

stehend betrachtet wird, sondern ihre Bedeutung vom Psychotherapieansatz, in der sie eingesetzt wird, abhängt. Zum Beispiel kann eine verhaltenstherapeutische Technik wie die systematische Desensibilisierung in einer psychodynamischen oder erlebnisorientierten Therapie eine andere Bedeutung haben als in ihrem üblichen Kontext der kognitiv-behavioralen Therapie. In ähnlicher Weise kann ein Zwei-Stuhl-Dialog aus der Gestalttherapie eher wie ein Selbstbehauptungstraining aussehen, wenn sie von einem verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten angewendet wird, obschon ihr ursprünglicher Zweck der Auflösung eines impliziten Konflikts dient (Messer, in Lazarus & Messer, 1991). Dies bedeutet wiederum, dass bei der Integration die konzeptuelle Passung zwischen den beiden Therapieansätzen – der ursprüngliche sowie der Ansatz, aus welchem die neuen Techniken stammen – berücksichtigt werden sollte. Die obigen Beispiele zeigen zudem auf, dass sich das therapeutische Handeln mit der Zeit dahin gehend ändert, als dass anfängliche Herangehensweisen oder Ansichten weiterentwickelt, neu ausgearbeitet und bestenfalls verbessert werden. Dieser Aspekt der Passung und Anpassung wurde von Messer (2001) als akkommodativer Aspekt beschrieben. Der akkommodative Aspekt stellt einen von insgesamt drei Aspekten dar, welche von Messer (2001) vorgeschlagen wurden, um eine fremde klinische Methode im Rahmen der ursprünglich erlernten Therapieorientierung erfolgreich zu konzeptualisieren und praktizieren. Die weiteren Aspekte zielen einerseits auf die Berücksichtigung der klinischen Bedeutung innerhalb des neuen therapeutischen Kontextes (assimilativer Aspekt) ab. Andererseits beleuchten sie die Untersuchung der empirischen Validität und der Wirksamkeit der integrierten Therapieelemente sowie des ganzen Therapieansatzes (wissenschaftlicher Aspekt).

Der Standpunkt der akkommodativen Integration widerspricht in gewisser Hinsicht dem traditionellen Ansatz der assimilativen Integration. Durch die Integration neuer Therapieelemente in den ursprünglichen Therapieansatz ändert sich die theoretische Ausrichtung jeweils leicht, indem das Zusammenfügen der neuen Therapieelemente in den Ursprungsansatz eine Anpassungsleistung bedingt (Wolfe, 2001). Es ist davon auszugehen, dass bei deutlichen Unterschieden der beiden Orientierungen die Reflexion über die Implikation respektive die Anpassungsleistung ansteigt und infolgedessen der akkommodative Aspekt wächst. Dieser Effekt bietet eine Erklärung dafür, wieso sich unterschiedliche Ansätze zunehmend angleichen, wenn sie «fremde» Therapieelemente aufnehmen. Diese Ansicht wird jedoch nicht von allen Vertretern der Psychotherapieintegration geteilt (z. B. Lazarus & Messer, 1991).

2.1.2 Sinn und Zweck von Psychotherapieintegration

Das ultimative Ziel von Psychotherapieintegration besteht darin, die Effektivität, Effizienz und Anwendbarkeit der Psychotherapie zu verbessern (Norcross, 2005). Der Strang der assimilativen Integration verfolgt dabei das Prinzip, Therapietechniken ausserhalb des ursprünglichen Therapieansatzes aufzusuchen, zu erlernen und sowohl auf den jeweiligen Patienten als auch den Kontext anzupassen. Die Annahme dabei ist, dass psychologische Interventionen maximal wirksam sind, wenn sie nicht ausschliesslich auf einem spezifischen theoretischen Modell und einer Behandlung basieren, sondern wenn verschiedene Strategien aus anderen Ansätzen in einer Weise integriert werden, welche die Einschränkungen des zugrunde liegenden Modells überwindet (siehe Sotskova et al., 2016). Mit einer grösseren Auswahl an Konzepten und Interventionsmethoden steigt die Chance, ein für den Patienten optimal passendes Problemverständnis und konkretes therapeutisches Vorgehen zu finden. Demnach stellt die der assimilativen Integration folgenden Praxis einen variablen und sich ständig verändernden Prozess dar (vgl. Messer, 2019). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der ultimative integrative Therapieansatz nie erreicht wird. Die gleiche Haltung wird auch von Grawe mit seiner Allgemeinen Psychotherapie (1995) vertreten. Grawe wies darauf hin, dass die Formulierung eines Ansatzes mit dem Anspruch, der integrative Ansatz zu sein, immer mit dem Risiko einhergeht, früher oder später lediglich zu einer weiteren Therapieschule zu werden (Grawe, 1995).

Gleichzeitig sollte betont werden, dass es nicht darum geht eine *integrative Supertherapeutin* zu werden, die zwar viele Therapietechniken kennt, sie jedoch nicht kompetent anwenden kann (siehe auch Castonguay, 2005). In diesem Zusammenhang wird auf den *Goldlöffchen-Effekt* hingewiesen. Goldlöffchen probierte im Märchen «Goldlöffchen und die drei Bären» jeweils verschiedene Versionen von Dingen aus, die ihr zur Verfügung standen, um die «genau richtige» zu finden. Im englischen Sprachraum wird das Goldlöffchen-Prinzip in verschiedenen Disziplinen als Analogie für das richtige Mittelmass zwischen zwei Extremen verwendet. Demnach beschreibt der Goldlöffchen-Effekt in der Psychotherapieforschung den kurvenlinearen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Anwendung von Therapietechniken und dem Therapieergebnis (McCarthy et al., 2016). In ihrer Studie konnten McCarthy et al. (2016) nachweisen, dass in psychodynamischen Therapien mit depressiven Patienten eine moderate Ausprägung an psychodynamischen und prozessorientierten («process-experiental») Techniken ein positives Therapieergebnis voraussagte. Trotz diverser Limitationen (u. a. kleine Stichprobengrösse, multiple Testung, unklare Definition von «stärkerer Ausprägung») weisen die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass *mehr* nicht immer *besser* ist. Ähnliche Resultate

präsentierten Chen et al. (2020). Sie untersuchten die Vielfältigkeit der angewandten Therapie-techniken im Kontext der Auflösung von Beziehungsbrüchen (alliance ruptures; Safran & Muran, 1996) und konnten zeigen, dass eine moderate Vielfalt an therapeutischen Techniken nach einem Beziehungsbruch am deutlichsten eine Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus der Patienten vorhersagte. Dies bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen der technischen Vielfältigkeit und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patienten einem quadratischen Muster folgt. Ein solcher quadratischer Effekt sollte auch bei integrativen Psychotherapieformen berücksichtigt werden, da dort die Auswahl an Therapiemethoden gross ist und damit einhergehend angenommen werden muss, dass das Risiko einer unproduktiven «Methodenschlacht» hoch ist. Die Anwendung einer Vielzahl an Interventionen, unabhängig davon aus welcher Therapierichtung sie stammen, kann dementsprechend auch Ausdruck von Inflexibilität des Therapeuten gegenüber den Bedürfnissen des Patienten sein (Miller & Binder, 2002). Daher können die Ergebnisse von Chen et al. (2020) auch dahin gehend interpretiert werden, als dass sie unweigerlich die Wichtigkeit von Flexibilität oder Responsiveness⁴ (siehe u. a. Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Stiles et al., 1998) der Therapeutinnen aufzeigen. Damit ist nicht nur die Flexibilität in Bezug auf die Verwendung eines vielfältigen Sets von Therapie-techniken (sozusagen die technische Flexibilität) gemeint, sondern bezieht sich auch auf die Fähigkeit, die Therapietechniken entsprechend der therapeutischen Situation auszuwählen («*relationale Flexibilität*»; siehe Muran & Safran, 2002). So betonen auch Chen et al. (2020), dass sie nicht ausschliessen, dass Therapeutenkompetenz, Responsiveness gegenüber den Bedürfnissen der Patientinnen oder spezifische Patientenmerkmale eine moderate Ausprägung der therapeutischen Intervention bedingen oder begünstigen können. Eine grosse Auswahl an Techniken verschiedener Therapierichtungen zu erlernen, kann womöglich zu Einbussen in der Kompetenz bei deren Anwendung führen. Gleichzeitig könnten bestimmte Patientenmerkmale (z. B. motivierte, bemühte Patienten) die Therapeuten dazu bringen, die Interventionen in moderater Ausprägung anzuwenden, da es nicht mehr benötigt, um einen Veränderungsprozess bei der Patientin anzustossen. Responsiveness beschreibt eine Fähigkeit einer Therapeutin des «sich Einstellens» auf die Eigenheiten eines Patienten (störungsdiagnostische, aber auch interpersonelle) im Therapieprozess mit dem Ziel, die Durchführbarkeit der Therapie zu vereinfachen und zu einem besseren Therapieergebnis beizutragen (Caspar & Grosse Holtforth, 2009).

⁴ Mit Responsiveness wird in der Literatur auch die Bereitschaft eines Patienten, sich auf ein therapeutisches Angebot einzulassen und mit einer positiven Veränderung zu reagieren, beschrieben (siehe z. B. Muran & Safran, 2002). Auf diese Bedeutung von Responsiveness wird an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen.

Responsiveness stellt folglich ein prozessuales Konzept dar und geht über eine selektive Indikation (Bastine, 1981) hinaus. Das Konzept meint nicht nur eine differenzierte, mehreren Patientenmerkmalen gerecht werdende selektive Indikationsentscheidung zu Therapiebeginn, sondern zielt darauf ab, sich auch im Verlauf der Therapie im Sinne einer adaptiven Indikation ständig an die Patientin und ihre sich ändernden Situation anzupassen (Caspar, 2009; Caspar & Grosse Holtforth, 2009). Responsiveness erfordert eine hohe Flexibilität vom Therapeuten, ermöglicht aber eine Individualisierung des Therapieprozesses.

2.1.3 *Adhärenz oder Responsiveness?*

Wenn angenommen wird, dass Psychotherapieintegration vor allem bedeutet, aus einer beschränkten Auswahl an psychotherapeutischen Techniken die richtigen zu finden und anzuwenden, stellt sich die Frage, welche die effektivsten und effizientesten Techniken sind. Die Wahl einer psychotherapeutischen Intervention wäre demnach in ihrer erwarteten Wirkung begründet (Caspar et al., 2017), was wiederum bedeutet, dass sie auf einem kausalen Modell aufbaut, welches besagt, dass eine psychotherapeutische Intervention X die Ursache für den Effekt Y ist. Zur experimentellen Untersuchung der Wirkung einzelner Interventionen oder ganzer Therapieansätze eignet sich die Anwendung von Behandlungsmanualen, die typischerweise den Therapeuten vorschreiben, welche Interventionen umgesetzt werden müssen (Hollon, 1996). Wenn auch der Trend zur Erstellung von Behandlungsmanualen ursprünglich durch die Forschung angeregt wurde, waren es letztlich politische und Vermarktungsgründe, welche diese Bewegung vorangetrieben hatten (Caspar et al., 2017; Miller & Binder, 2002). Der wachsende Druck von politischen Entscheidungs- sowie Kostenträgern für eine evidenzbasierte Praxis machte es notwendig, den Nutzen von Psychotherapie zu demonstrieren. Dabei versprachen insbesondere Manuale und die Untersuchung der Adhärenz, eingebettet in RCTs, validierte Behandlungsergebnisse, um den Nutzen zu begründen (Addis, 1997). Adhärenz beschreibt das Ausmass, in dem Therapeuten Techniken verwenden, die im Rahmen ihrer Behandlungsbedingung vorgesehen sind (Perepletchikova & Kazdin, 2005) und meint gleichzeitig, auf die Verwendung von Verfahren zu verzichten, die für andere Behandlungsbedingungen spezifisch sind (DeRubeis & Feeley, 1990). Der Druck, Wirksamkeitsbelege zu erbringen, wurde weiter durch die Arbeit der Task Force «Promotion and Dissemination of Psychological Procedures» der American Psychological Association (APA), Division 12 verstärkt, welche sich für *empirisch validierte Behandlungen* (empirically supported treatments, EST) einsetzt (Nathan & Gorman, 2015). Insbesondere deren Forderung nach Homogenisierung und Standardisierung stellten zu-

sätzliche Ansprüche an RCTs und wurden eher als Ausdruck eines Konkurrenzkampfes zwischen Psychotherapie und Pharmakotherapie verstanden (dt.: Hahlweg, 1995). Um mit der psychopharmakologischen Behandlung, welche insbesondere in den 90er Jahren als Behandlungsform psychisch kranker Menschen dominierte (Müller-Spahn, 2002), mithalten zu können, wurden standardisierte, manualisierte Therapien für homogene Störungsgruppen gefördert. Dabei wurde der Einfluss anderer Faktoren als der Technik möglichst minimiert. Ebenso stand das Erlangen eines genaueren Verständnisses der Psychotherapieprozesse nicht im Vordergrund. Auch wenn diese Bewegung notwendig war und wichtige Fortschritte innerhalb der Psychotherapieforschung erbrachte, stellt sie insbesondere für die Erforschung der Psychotherapieintegration eine Herausforderung dar (Ablon & Jones, 2002; Schottenbauer et al., 2005) (siehe auch 2.1.5). Es zeigten sich daher bald Grenzen eines solchen standardisierten, manualisierten Ansatzes (Caspar, 2011).

Als Reaktion darauf wurden in den letzten Jahren vermehrt Studien publiziert, welche den Zusammenhang zwischen Adhärenz und Therapieergebnis kritisch beleuchten. Die Ansicht, dass Adhärenz als zentral für das Erreichen positiver Therapieergebnisse gilt (Baldwin & Imel, 2013), wird durch diverse Studienresultate nicht gestützt (z. B. Barber et al., 1996; Webb et al., 2010). Eine Metaanalyse mit 32 Studien zeigte eine vernachlässigbare und statistisch nicht signifikante Korrelation zwischen Adhärenz und dem Therapieergebnis (Webb et al., 2010). Insgesamt erwiesen sich die Befunde als heterogen, wobei einige Studien eine positive Beziehung zwischen der Adhärenz der Therapeutinnen und dem Behandlungsergebnis bestätigten (z. B. Strunk et al., 2010). Wiederum andere zeigten, dass die Adhärenz einen geringen Einfluss oder sogar einen negativen Zusammenhang zum Therapieergebnis haben kann (z. B. Boswell, Castonguay, et al., 2010). Eine Studie von Barber et al. (2006) lieferte wiederum Belege für einen quadratischen Zusammenhang von Adhärenz und dem Therapieergebnis, wobei sehr hohe und sehr niedrige Adhärenz mit negativen Therapieergebnissen einhergingen. Sie argumentieren, dass ein rigides Festhalten am Behandlungsmanual hinderlich für einen produktiven Therapieverlauf ist. Adhärenz soll moderat ausgeprägt sein, um das responsive Eingehen auf spezielle klinische Situationen weiterhin ermöglichen zu können. Bei Patientinnen mit einer starken therapeutischen Allianz war zudem die Therapeutenadhärenz im Wesentlichen irrelevant für das Behandlungsergebnis (Barber et al., 2006). Barber et al. (2006) empfahlen daher, dass Studien zum Zusammenhang zwischen Therapeutenadhärenz und Behandlungsergebnis den moderierenden Effekt der therapeutischen Allianz mitberücksichtigen. Die heterogenen Befunde sprechen dafür, dass die Adhärenz eines Therapeuten gegenüber seinem Behandlungsansatz alleine nicht entscheidend für ein positives Therapieergebnis ist, auch wenn der aktuelle

Forschungsstand zu wenig Evidenz liefert, um diese Schlussfolgerungen endgültig zu ziehen (siehe auch Huppert et al., 2006). Boswell et al. (2013) konnten ferner zeigen, dass mehr als die Hälfte der Varianz hinsichtlich der Adhärenz auf der Sitzungsebene (d. h. innerhalb einer Therapeutin) erklärt werden konnte und die Adhärenz über den Therapieverlauf hinweg stetig abnahm. Diese Befunde sprechen dafür, dass Adhärenz, entgegen der gängigen Konzeptualisierung, ein variables Konstrukt darstellt, das von kontextuellen Faktoren beeinflusst wird. Owen und Hilsenroth (2014) fanden, dass eine grössere Variabilität der Adhärenz zwischen den Therapiesitzungen positiv mit dem Therapieergebnis assoziiert war. Was den Zusammenhang zur Therapieallianz betrifft, konnten weitere Studien zeigen, dass ein Mangel an Flexibilität (z. B. aufgrund Rigidität gegenüber eines Behandlungsprotokolls) die Entwicklung einer stabilen therapeutischen Allianz beeinträchtigen kann (u. a. Ackerman & Hilsenroth, 2003; Castonguay et al., 2010; Castonguay et al., 1996). Im Gegensatz dazu erhöhte sich die vom Patienten wahrgenommene Qualität der Therapiebeziehung, wenn die Behandlung an Vielfalt zunahm, indem auch konzeptfremde Techniken in die Behandlung integriert wurden (Goldman et al., 2013; Grawe et al., 1990).

Die genannten Studienresultate erbringen die Evidenz für einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen Adhärenz und den kontextuellen Faktoren, was die Responsiveness-Hypothese stützt. Responsiveness ermöglicht, die Behandlung zu individualisieren und somit die Wirkung der Psychotherapie zu steigern, mit dem Ziel, insbesondere denjenigen Patientinnen zu helfen, die zuvor nicht von manualisierten Therapien profitieren konnten (Kramer & Stiles, 2015). Da jeder traditionelle Psychotherapieansatz seine Grenzen hat, ist Psychotherapieintegration die natürliche Folge des Versuchs, Responsiveness zu erhöhen. Es wird jedoch auch ersichtlich, dass sich gerade durch ihren Einfluss die Erforschung und Anwendung der passendsten Behandlungsmethode, im Sinne der assimilativen Integration, kompliziert gestaltet.

2.1.4 Unterstützende Modelle bei der Umsetzung assimilativer Integration

Zur Wirkungsoptimierung von Behandlungsprozessen stehen Psychotherapeutinnen verschiedene theoretisch und praxisorientierte Modelle als Handlungsanleitungen zur Verfügung. Nebst dem bereits genannten Responsiveness-Ansatz stellt die *Aptitude-Treatment-Interaction* (ATI; Cronbach & Snow, 1981) einen weiteren Ansatz des Zuschneidens des Behandlungsvorgehens dar. Die Grundannahme ist auch hier, dass eine Behandlung es nicht schafft, für jede Person, bei welcher sie angewendet wird, den gleichen Effekt zu erzielen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass es unterschiedliche Eignungen für eine bestimmte Intervention gibt. Zusätzlich ist von einer Wechselwirkung zwischen der Intervention und der Person, auf

die sie angewendet wird, auszugehen. Bisherige Studien dazu lieferten jedoch nicht beeindruckende Ergebnisse (z. B. Beutler et al., 2003; Stiles et al., 1997), was laut Caspar und Grosse Holtforth (2009) an der Art der Einschätzung der Patientenmerkmale liegt. Sie argumentieren, dass die unmittelbar quantifizierten, aus Testergebnissen abgeleiteten und oftmals als stabile Traits erfasste Variablen zu grob aufgelöst sind, um eine Individualisierung auf den Einzelfall beziehungsweise auf eine konkrete Situation zu erfassen.

Generic Model of Psychotherapy

Ein weiteres, jedoch komplexeres Modell ist das *Generic Model of Psychotherapy* nach Orlinsky und Howard (1986). Basierend auf einer umfassenden Zusammenstellung einzelner Studien und empirischer Befunde haben Orlinsky und Howard ein konzeptionelles Rahmenmodell zum Verständnis von Psychotherapie entwickelt und in mehreren Revisionen angepasst (Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 2004). Aus diesem Modell geht hervor, dass Psychotherapie als ein hochkomplexes System zu verstehen ist, bei welchem verschiedene Faktoren im Prozess zusammenwirken. Dabei wird zwischen *Input*-, *Prozess*- und *Output*variablen unterschieden. Diese in der Theorie distinktiven Faktoren verändern sich und interagieren oftmals zeitgleich miteinander. Daher sind sie empirisch schwierig voneinander abzugrenzen (z. B. Flückiger et al., 2013). Gleichzeitig scheint in der Praxis die präzise konzeptuelle Abgrenzung der einzelnen Faktoren lediglich sekundär zu sein. Im Vordergrund sind heuristische Werte hinsichtlich therapierelevanter Prozesse im Verlauf von Therapiesitzungen sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene (Orlinsky et al., 1994; Orlinsky et al., 2004). Gemäss Orlinsky (1999, S. 42) zeigt sein empirisch basiertes, theoretisches Modell auf, unter Berücksichtigung welcher Komponenten eine einzelne Therapeutin eine «flexible und persönliche Integration unterschiedlicher klinischer Behandlungsmodelle erreichen kann».

Stages of Change

Ein Modell, welches nicht ausschliesslich stabile Patientenmerkmale miteinbezieht, sondern mitberücksichtigt, dass sich diese im Verlauf einer Therapie verändern können, ist das *Stages of Change* Modell (Prochaska & DiClemente, 1983, 2005; Prochaska et al., 1992). Zusätzlich zur Berücksichtigung der Variation über die Zeit hinweg versteht dieser Therapieschulen übergreifende Ansatz Veränderung als nicht lineares Konzept. Im Gegensatz zu den zuvor genannten Modellen gibt der *Stages of Change* Ansatz zudem konkrete Heuristiken vor, wie die Beziehungsgestaltung – hier in Abhängigkeit von der Motivationsentwicklung der Patientin hinsichtlich einer gewissen Problematik – erfolgen soll (für eine Übersicht, Prochaska et al.,

2013). So sind auf den früheren Stufen der Motivationsentwicklung andere Interventionen indiziert und ein anderes therapeutisches Beziehungsangebot zielführend, als dies für die Action-Stufe der Fall ist.

Wirkfaktoren- und Neukonstruktionsmodell

Über Therapieschulen hinweg alle Konzepte und Vorgehensweisen zu verwenden, die für eine Patientin einen Nutzen versprechen, ist eine Position, die auch Grawe mit seinem Ansatz der *Allgemeinen Psychotherapie* (Grawe, 2000) vertrat. Als Ansatz der «zweiten Generation» (Grawe, 1995, 2000) orientiert sich die *Allgemeine Psychotherapie* an empirischen Forschungsbefunden und integriert Wissen über die spezifischen Veränderungsmechanismen verschiedener Psychotherapieansätze. So ist die *Allgemeine Psychotherapie* «ein Leitbild, das alle Empirie geleiteten Therapeuten von unterschiedlichen Ausgangspunkten aus gemeinsam anstreben können. Sie ist keine neue Therapieform» (Grawe, 1999, S. 350). Die *Allgemeine Psychotherapie* stellt in diesem Sinne keine klar umschlossene Therapieorientierung dar, sondern beschreibt ein asymptotisches Ziel (Grawe, 1999). Grawe (2000) vertrat die Ansicht, dass verschiedene Veränderungen durch unterschiedliche Interventionen hervorgerufen werden können. Die Exposition in der Verhaltenstherapie, die Zwei-Stuhl-Arbeit in der humanistischen Psychotherapie und die Interpretation in der Psychoanalyse bewirken alle eine emotionale Aktivierung und haben zum Ziel, emotionale Muster zu verändern. Diese Beispiele können alle unter dem Wirkfaktor der Problemaktualisierung subsumiert werden (siehe Kapitel 2.1.1). Gemeinsam beschreiben die Wirkfaktoren das *Wirkfaktorenmodell*, welches ebenfalls als Leitbild für integrative Psychotherapie herangezogen werden kann. Das Wirkfaktorenmodell impliziert, entgegen dem Dualismus von *allgemeinen Faktoren* (*common factors*) und *spezifischen Techniken* (z. B. Ahn & Wampold, 2001; Messer & Wampold, 2002), dass die allgemeinen Wirkfaktoren übergeordnete Veränderungsziele abbilden, die dann über verschiedene technische Möglichkeiten umgesetzt werden können (Grawe, 2005). Folglich hängen allgemeine Faktoren und konkrete Techniken zusammen und sollten nicht als separate Entitäten betrachtet werden. Zur Realisierung der Allgemeinen Psychotherapie in der Therapiepraxis sollen gemäss Grawe (1999) empirisch fundierte Handlungsregeln formuliert werden, wobei diese Regeln eine Wenn- sowie Dann-Komponente enthalten. Die Wenn-Komponente bezieht sich auf Patientencharakteristika oder situative Voraussetzungen, die Dann-Komponente auf Aspekte des therapeutischen Vorgehens. Beide Komponenten können sich auf unterschiedliche Spezifitätsebenen beziehen. Beispielsweise kann die Dann-Komponente konkrete Therapiemethoden bis hin zu spezifischen Mikrointerventionen wie eine nicht-direktive Vorgehensweise umfassen (Grawe, 1999). Anders als in Behandlungsmanualen sind diese Handlungsregeln heuristisch,

womit sie den Therapeuten eine grosse Flexibilität in der psychotherapeutischen Behandlung bieten. Heuristische Verfahren haben zwei Vorteile: Erstens lassen sie sich leichter kombinieren, wenn mehrere Ziele gleichzeitig relevant sind, und zweitens sind sie auch dann noch nützlich, wenn sich der Kontext ändert (Grawe & Caspar, 2011). Ein heuristisches Vorgehen ist ein weiteres Kernmerkmal der Allgemeinen Psychotherapie, wobei die *Konsistenztheorie* dabei den theoretischen Rahmen für die Herleitung der Handlungsregeln bietet (für weitere Ausführungen siehe Kapitel 3.1). Auf eine komplexe Bedingungskonstellation (Wenn-Komponente) reagiert ein Therapeut idealerweise mit einem komplexen und komplementären therapeutischen Angebot. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, sollten Therapeuten daher lernen, auf verschiedenen Ebenen (z. B. der psychischen Störung, Beziehung, Ressourcen) zu denken. Die Heuristiken sind bestenfalls erforscht und folgen empirisch belegten Wirkprinzipien (Grawe, 1999).

Die Bemühungen um ein flexibles therapeutisches Handeln gehen jedoch mit einer hohen kognitiven Anstrengung einher. Es bedingt, dass Prozesse sowie Ergebnisse auf der Mikro- und Makroebene laufend überwacht werden. Caspar und Grawe (1996) greifen mit ihrem *Neukonstruktionsmodell* (oder auch *Modell des mehrfach bestimmten Therapeutenverhaltens*) diese Komplexität des therapeutischen Handelns auf (siehe auch Caspar, 2009; Caspar, 2018a). Hinter diesem sowohl deskriptiven als auch präskriptiven Modell steht die Auffassung, dass Menschen hinsichtlich ihrer Funktionsweise selbstorganisierende Systeme sind (Caspar, 1998; Caspar & Grawe, 1996; Caspar et al., 1992; Grawe, 2000), die durch therapeutische Massnahmen nicht direkt verändert werden können (Caspar, 2009). Den Patientinnen kann lediglich ein Anstoss zu entscheidenden Veränderungen gegeben werden. Das Wissen um die individuelle Dynamik von Veränderungsprozessen (z. B. spontane, plötzliche Veränderungen) stellt dabei eine wichtige Basis im Modell dar. Es wird ferner berücksichtigt, dass der Therapieprozess von einer Vielzahl an Patienten- und Therapeutenmerkmalen, Umgebungsaspekten (z. B. therapeutisches Setting), Psychopathologie, Schweregrad sowie therapieexternen Faktoren mitbestimmt wird und immer wieder von Neuem «konstruiert» werden muss. Somit beschreibt das *Neukonstruktionsmodell* das therapeutische Handeln als kreativen Konstruktionsprozess, der gleichzeitig mehrere relevante Aspekte berücksichtigt, und demnach mehrfach bestimmt ist (sog. multiple constraint satisfaction; für detailliertere Informationen siehe Caspar, 2009, 2018a; Caspar & Grawe, 1992, 1996). *Abbildung 1* zeigt das Modell sowie die darin enthaltenen Aspekte, die es für Psychotherapeutinnen im Therapieprozess zu berücksichtigen gilt. Auf eine Auswahl wird an dieser Stelle gesondert eingegangen. Die **Probleme** und **Ressourcen** eines

Patienten sowie die individuellen Voraussetzungen in Bezug auf die Gestaltung der **Therapiebeziehung** stellen den Hauptfokus im Konstruktionsprozess dar und sollten in einer individuellen Fallkonzeption aufbereitet und in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden. Für das Erarbeiten einer Fallkonzeption liegen verschiedene Modelle mit unterschiedlichen theoretischen Hintergründen vor (Eells, 2007). Hierbei wird auf die konsistenztheoretische (Grawe, 2000) und plananalytische Fallkonzeption (Caspar, 2018a) hingewiesen (siehe auch Kapitel 3.1). Neben unterschiedlichen Voraussetzungen auf Patientinnenseite spielen auch diverse Therapeutinnencharakteristika eine Rolle. Dies sind unter anderem die **privaten und professionellen Voraussetzungen** sowie das **Alltagswissen** der Therapeuten, die ebenfalls bei der Handlungskonstruktion zu berücksichtigen sind. Damit sind Fähigkeiten aufgrund der persönlichen Lerngeschichte, eine ideale Passung zwischen einer Therapietechnik und Eigenschaften von Therapeuten, oder auch die Persönlichkeit (z. B. persönliche Interessen) gemeint. Neben der Kenntnis von **ätiologischen Konzepten** (z. B. das Diathese-Stress-Modell als allgemeines ätiologisches Konzept) sollte eine Therapeutin auch Kenntnisse über **grundlagenwissenschaftliche Konzepte** (z. B. neurobiologische Grundlagen) mitbringen. Zusammen mit einem **allgemeinen Veränderungswissen** (z. B. Dynamik von Veränderungsprozessen) sollen diese Kenntnisse das therapeutische Handeln mitbestimmen. Kommt man unter der Berücksichtigung dieser Aspekte zur Entscheidung für ein konkretes Vorgehen, ist ferner zu beurteilen, ob dieses zu den gegebenen **institutionellen Rahmenbedingungen** passt. Ein negatives Beispiel dafür ist die Schwierigkeit, prolongierte Exposition mit Angstpatienten im Praxisalltag unterzubringen (Caspar, 2009).

Entscheidend ist, dass den Aspekten eine unterschiedliche Gewichtung zukommen kann. Wie das genannte Beispiel zudem veranschaulicht, können gewisse Faktoren negative Auswirkungen oder *Nebenwirkungen* auf jeweils andere haben. Diese lassen sich umso mehr minimieren, je mehr mögliche methodische Vorgehensweisen eine Therapeutin in Betracht ziehen beziehungsweise je flexibler sie diese anwenden kann (Caspar, 2018a). Es erscheint nachvollziehbar, dass die Anzahl der verschiedenen Aspekte, die gleichzeitig berücksichtigt werden können, von der Erfahrung und dem momentanen Trainingszustand des Therapeuten abhängt. So können sogenannte Meister-Therapeutinnen viele Aspekte gleichzeitig berücksichtigen. Sie sind fähig, während einer Therapiesitzung individualisierte, komplexe Hypothesen, welche auf laufenden Beobachtungen basieren, zu entwickeln, während sie ihre eigene Informationsverarbeitung überwachen und auf fehlende Angaben achten (Eells et al., 2011). Dieser Befund deckt sich mit der gängigen Expertiseforschung (Caspar, 2017). Gleichzeitig gibt es erste Belege da-

für, dass auch unerfahrene Therapeutinnen gute Effektstärken erreichen, wenn sie mehrere Aspekte während des Therapieprozesses berücksichtigen (Grosse Holtforth et al., 2008b). Eindeutige Wirksamkeitsbelege stehen jedoch noch aus.

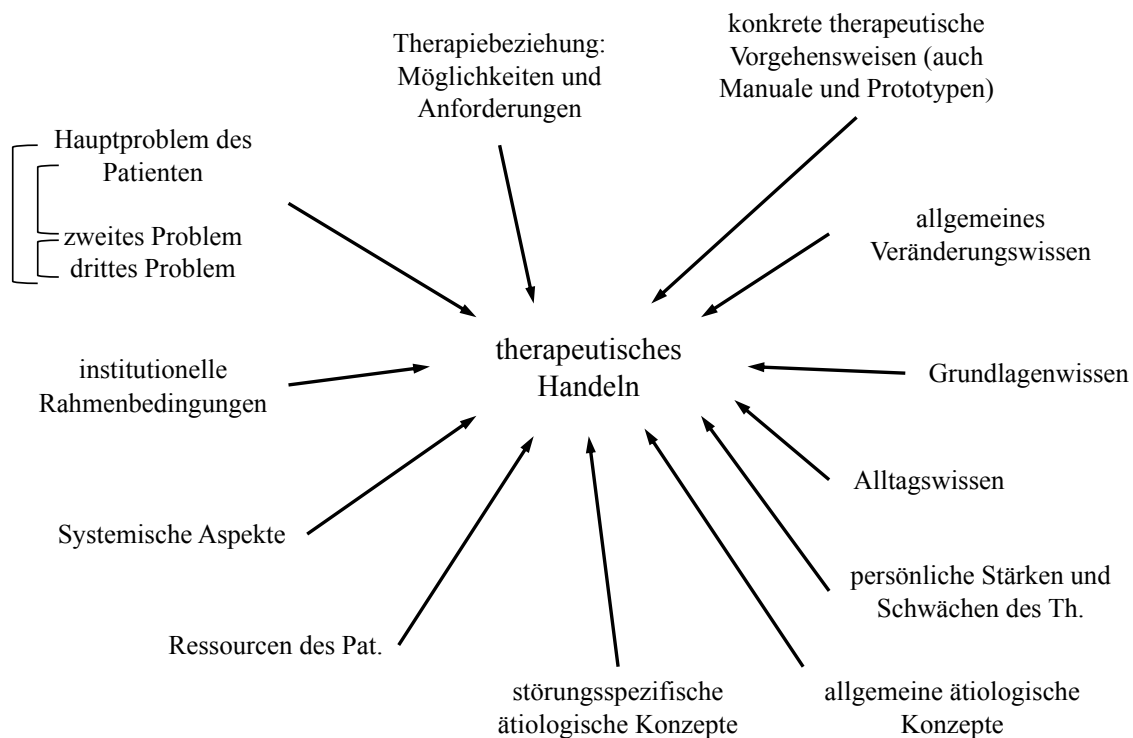


Abbildung 1. Neukonstruktionsmodell nach Caspar und Grawe (1996). Die Elemente links oben (Probleme und Beziehung) werden laut den Autoren im Konstruktionsprozess jeweils höher gewichtet. Die Klammern, welche die Probleme miteinander verbinden, deuten an, dass diese oft in enger Wechselwirkung zueinanderstehen. Pat. = Patient, Th. = Therapeutin.

2.1.5 Wirksamkeit

Bisher empirisch untersuchte integrative Ansätze haben gemeinsam, dass sie das Therapieangebot für psychische Störungen und Patientengruppen erweitern, die schwierig zu behandeln sind (z. B. Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Störung) oder nicht auf gängige Behandlungsmethoden ansprechen (z. B. Emotionsfokussierte Therapie bei Generalisierter Angststörung; Schottenbauer et al., 2005). Beispiele für einige dieser integrativen Ansätze, die sich bisher als wirksam erwiesen haben, sind die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan, 2006), die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei Depression (MBCT; Segal et al., 2012), Cognitive-Behavioral Analysis

System of Psychotherapy (CBASP; McCollough, 2003), Exposure Based Cognitive Therapy für Depression (EBCT; Hayes, Ready, et al., 2015) und die Psychologische Therapie (Grawe, 2000). Wenn auch die empirische Evidenz für integrative Ansätze im Vergleich zu «reinen» spärlich ausfällt, gibt es mittlerweile einige Hinweise für eine mindestens gleichwertige, wenn nicht sogar überlegene, Wirksamkeit (Boswell, Sharpless, et al., 2010). Weiter konnte eine metaanalytische Untersuchung eine leichte Überlegenheit von komplexeren und integrativen Behandlungen gegenüber simpleren, monothoretischen Behandlungsansätzen aufzeigen (Stevens et al., 2007). Komponenten einer integrativen Psychotherapie, die empirisch für einen signifikanten Anteil der Patientenveränderung verantwortlich sind, lassen sich überwiegend auf *allgemeine Wirkfaktoren*, wie die therapeutische Beziehung, die Erwartungshaltung des Patienten oder die Konfrontation mit unangenehmen Emotionen zurückführen (Boswell, Sharpless, et al., 2010). Darüber hinaus gibt es erste empirische Nachweise, welche die Anpassung spezifischer Therapiekomponenten an nicht-diagnostische Patienteneigenschaften und bestimmte Phasen der Therapie, im Sinne der assimilativen Integration, stützen (z. B. Norcross et al., 2011). Solche Studien sind jedoch eher selten (Boswell, Sharpless, et al., 2010). Obschon in diesem Bereich bedeutende Fortschritte stattgefunden haben (Schottenbauer et al., 2005), sehen sich die Wissenschaftlerinnen bei der Durchführung empirischer Prozess-Ergebnisforschung von integrativen Therapieverfahren weiterhin mit diversen Herausforderungen konfrontiert. Eine davon betrifft den mangelnden Konsens darüber, was als integrative Psychotherapie angesehen wird (Schottenbauer et al., 2005). Wie eingangs ausgeführt, gibt es verschiedene Stränge der Psychotherapieintegration, welche diesen fehlenden Konsens bedingen. Die bisher untersuchten integrativen Therapieansätze (siehe Auflistung zu Beginn dieses Kapitels mit Ausnahme der Psychologischen Therapie) stellen in sich abgeschlossene Verfahren dar, womit sich die Frage stellt, inwiefern sich Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Verfahren auf die integrativen Therapien niedergelassener Praktikerinnen übertragen lassen. Eine weitere Schwierigkeit, mit welcher Studien zur Wirksamkeit von integrativen Verfahren konfrontiert sind, ist die Heterogenität der Therapieprozesse und -inhalte, insbesondere wenn sie als RCT durchgeführt werden. Wie bereits in Kapitel 2.1.3 dargelegt, ist dies eine Herausforderung, die nicht nur Psychotherapieintegration betrifft. Wie erwähnt, konzentrierte sich die Psychotherapieforschung, gefördert durch die APA, auf eine Homogenisierung und Standardisierung der zu untersuchenden Behandlungsbedingungen und Stichproben. Dazu wurde eine Manualisierung der Therapieinhalte verlangt, welche in diesem Zusammenhang als enge Beschreibung des zu befolgenden Vorgehens zu verstehen ist (Caspar, 2018b). Zusätzlich zur Kritik, dass dies nicht die Realpraxis abbildet, ist daran auszusetzen, dass die Vorschrift der Manualisierung lediglich **eine**, und

zudem eine einseitige, Form der Festlegung des Therapievorgehens ist. Es ist auch möglich, die Vorgaben einer Therapiebedingung heuristisch zu definieren, wobei a posteriori festgehalten werden muss, wie die Therapeuten tatsächlich vorgegangen sind (z. B. Grawe et al., 1990). Diese klinisch validere Herangehensweise wird jedoch wenig praktiziert, weil die nachträgliche Eruiierung des Vorgehens aufwändiger ist als die üblicherweise bei RCTs durchgeführte Adhärenzkontrolle. Es kann somit festgehalten werden, dass hinsichtlich der Wirksamkeit integrativer Verfahren, insbesondere wenn integrativ im Sinne der assimilativen Integration gemeint ist, eine Wissenschafts-Praxis-Lücke vorherrscht und noch weitere Forschung in diesem Bereich nötig ist (Castonguay et al., 2015; Schottenbauer et al., 2005).

Verschiedene Wissenschaftler haben Bereiche vorgeschlagen, zu welchen die Forschung zur integrativen Praxis einen entscheidenden Beitrag leisten könnte. Dazu gehören unter anderem die Bereiche der Feedbacks (z. B. Lambert & Harmon, 2018), der schädlichen Nebenwirkungen (z. B. Castonguay et al., 2010) und der praxisorientierten Ausbildung (z. B. Fernández-Álvarez et al., 2016) (für eine Übersicht siehe Castonguay et al., 2015). Zudem sind gegenwärtig wachsende Bemühungen im Gange, um die genannte Lücke zwischen integrativ-praktizierenden Klinikern und Forscherinnen zu schliessen, mit dem Ziel, die Qualität von integrativen psychotherapeutischen Behandlungen weiter zu erhöhen (u. a. Fernández-Álvarez et al., 2015; Hofmann & Hayes, 2019; Lutz, Schwartz, et al., 2020; Wucherpfennig et al., 2020).

2.1.6 Ausbildung in assimilativer Integration – Wann und wie?

Die Umsetzung von Psychotherapieintegration (zumindest i. S. der assimilativen Integration) in der Praxis bedeutet, Lücken hinsichtlich Konzepte und Vorgehensweisen zu schliessen, welche im ursprünglichen Ansatz deutlich werden. Dabei werden neue Therapieelemente integriert, was wiederum automatisch die therapeutischen Möglichkeiten erweitert und eine Erhöhung der Komplexität bedeutet. Assimilativ integrativ zu arbeiten, heisst immer wieder während des Therapieprozesses zu entscheiden, welche Interventionen wie auf einen bestimmten Patienten und Kontext angepasst werden. Dies resultiert in hohen Anforderungen an die Therapeutinnen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt in der Karriere eines Therapeuten ist, um ihn mit der Anwendung integrativer Behandlungsansätze vertraut zu machen (Norcross & Halgin, 2005). Unter den Forschenden und Vertretern der Psychotherapieintegration existieren dabei unterschiedliche Haltungen (u. a. Boswell, Nelson, et al., 2010; Castonguay, 2005; Norcross & Halgin, 2005).

Die Expertiseforschung (Caspar, 2017; Dreyfus & Dreyfus, 2005) deutet darauf hin, dass Komplexität, wie sie auch die assimilative Integration bedingt, in frühen Stufen der Expertiseentwicklung nicht ohne Weiteres zu verkraften ist. Dreyfus und Dreyfus (1986) definieren fünf Fähigkeitsstufen, die vom Novizen bis zur Expertise reichen (I: Novize, II: fortgeschrittener Anfänger, III: Kompetenzerwerb, IV: Erfahrung, V: Experte). Novizen wenden nach ihrem Modell einfache, übergeneralisierte Regeln an, welche sie mit fortschreitender Ausbildung spezifizieren. In der zweiten Phase ihres Modells beginnen die fortgeschrittenen Anfänger, die Relevanz von Kontextfaktoren zu verstehen und zu berücksichtigen. Das Aneignen der neuen Wissensinhalte findet weiterhin analytisch statt, da sich die Schüler an konkreten Anweisungen orientieren (Dreyfus, 2004). In der weiteren beruflichen Entwicklung (Stufe III) ist eine bewusste Reflexion und Priorisierung bestimmter Informationen erforderlich. Um die Entscheidungsfindung zu erleichtern, müssen Therapeutinnen eine Auswahl an den für sie relevanten Aspekten und Informationen treffen, um sich vor Überforderung zu schützen. Bei fortgeschrittener Erfahrung kann die Verarbeitung eines grossen Teils der Informationen und Aspekte auf eine automatische Weise erfolgen. Dieser Prozess beschreibt den Übergang vom deklarativen zum prozeduralen Wissen, sodass mit dem Erlangen von Expertise den Therapeutinnen mehr kognitive Verarbeitungskapazität zur Verfügung steht (Chi et al., 1988). Caspar (1995, 1997) fand in seinen Untersuchungen, dass erfahrene Therapeuten im Vergleich zu relativ unerfahrenen mehr Flexibilität beim Wechsel zwischen rational-analytischer und intuitiver Entscheidungsfindung zeigten. Ihre Entscheidungsprozesse umfassten mehr Informationen über nonverbales Verhalten sowie mehr Metakognitionen. Darüber hinaus konzentrierten sie sich in grösserem Ausmass auf ihren Therapiestil und den therapeutischen Prozess. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit jenen von Popp-Liesum (2005), wonach erfahrene Therapeutinnen in der Lage waren, während des Erstgesprächs gleichzeitig auf verbale und nonverbale Prozesse zu achten. Ausserdem konnten sie ihre Aufmerksamkeit leichter zwischen verschiedenen Aspekten verschieben und dennoch das Ergebnis der Interventionen überwachen. Aufgrund dieser theoretischen Modelle und empirischen Daten ist davon auszugehen, dass die Fähigkeiten zur kognitiven Verarbeitung von Anfängern zu beschränkt ist, als dass sie eine Vielzahl von Aspekten gleichzeitig berücksichtigen könnten. Daher wird teils argumentiert, dass die Anwendung eines integrativen Verfahrens für unerfahrene Therapeutinnen nicht ideal ist. Sie behaupten, dass Integration erst dann gelehrt werden sollte, wenn mindestens ein spezifischer therapeutischer Ansatz vollständig beherrscht wird (z. B. Castonguay, 2005; Gold, 2005). Eine Frage, die implizit aus dieser Haltung hervorgeht, ist, ob das Erlernen und Anwenden einer integrativen praktischen Tätigkeit negative Konsequenzen auf den Therapeutenanfänger haben.

Ein möglicher Nachteil der integrativen Praxis könnte rein dadurch bedingt sein, dass das Erlangen von klinischer Kompetenz hinsichtlich gleich mehrerer Theorien und Methoden zu einer Überforderung führt. Castonguay (2005) vertritt den Standpunkt, dass aufgrund der potenziellen Überforderung eine frühzeitige Exposition mit Psychotherapieintegration negative Meinungen gegenüber einer integrativen Behandlung provoziert. Zudem könnte eine frühzeitige Auseinandersetzung mit den Prinzipien und Modellen der Integration Angst und Widerstand hervorrufen (Gold, 2005). Gleichzeitig stellt die Auseinandersetzung mit Psychotherapieintegration gleich zu Beginn einer beruflichen Karriere auch eine Chance dar, beispielsweise um möglichst früh individualisierte Therapien anbieten zu können, und wird von verschiedenen Forschenden unterstützt (Consoli & Jester, 2005; Fernández-Álvarez et al., 2016; Ziv-Beiman, 2014). Gerade wenn argumentiert wird, dass das Erlernen eines integrativen Ansatzes ein lang andauernder und komplexer Prozess ist (Norcross & Halgin, 2005), scheint es sinnvoll, möglichst früh damit zu beginnen. Ziv-Beiman (2014) macht zudem darauf aufmerksam, dass, wenn Psychotherapieintegration als zentraler Aspekt von Psychotherapie respektiert wird – und aufgrund der starken Repräsentation in der Routineversorgung muss sie das – es nötig ist, sie auch von Anfang an in den Psychotherapie-Ausbildungsprogrammen als grundlegenden Aspekt vorzustellen und zu lehren. Die Ausbildungsstätten können dabei als Navigationssystem dienen und bieten Struktur und Unterstützung, um verschiedene psychotherapeutische Ansätze und ihre Interaktionen zu verstehen und verinnerlichen (Consoli & Jester, 2005; Fernández-Alvarez, 1992). Diese Sichtweise scheint oftmals bei der Diskussion um Nebenwirkungen von Psychotherapieintegration bei unerfahrenen Therapeuten vernachlässigt zu werden.

Um assimilative Integration auch Therapeuten-Neulingen zugänglich zu machen, haben mehrere Autoren das prinzipienbasierte Lernen (*principle-based learning*) vorgeschlagen (z. B. Boswell, Castonguay, et al., 2010; Caspar & Grawe, 1989). Norcross und Halgin (2005) sind der Meinung, dass ein integratives Trainingsprogramm die Auszubildenden nicht nur dabei unterstützen soll, verschiedene Behandlungsansätze zu beherrschen, sondern sie auch darin anzuweisen, den Therapieprozess an die Bedürfnisse und Probleme des Patienten anzupassen. Hier setzt das prinzipienbasierte Lernen an, indem übergreifende, handlungsorientierte Modelle (siehe Kapitel 2.1.4) vorgeschlagen werden, welche die angehenden Therapeutinnen dabei unterstützen, behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen und den Therapieprozess zu planen. Ein Beispiel für ein postgraduiertes Ausbildungsprogramm, welches diesen Ansatz bereits seit Jahren verfolgt, ist das Postgraduale Masterstudium Psychotherapie (PMP) mit kognitiv-

verhaltenstherapeutischem und interpersonalem Schwerpunkt der Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie an der Universität Bern (siehe Kapitel 3.1).

2.2 Veränderung in der Psychotherapie

Auf den Kern heruntergebrochen gibt es innerhalb der Psychotherapieforschung zwei unterschiedliche Ansätze, Wissenschaft zu betreiben. Nebst der angewandten, präskriptiven, auf Therapietechniken basierenden Herangehensweise konzentriert sich der zweite Ansatz auf den therapeutischen Dialog und die Analyse von Prozessen (Carere-Comes, 2015). Laut Carere-Comes ist der Psychotherapeut im ersten Ansatz hauptsächlich ein Techniker, der die besten Ergebnisse der empirischen Forschung zum Nutzen der Patienten anwendet. Der therapeutische Prozess wird folglich als unidirektional mit der Therapeutin als «Intervenierende» und der Patient als «Betroffener» aufgefasst. Demgegenüber herrscht im zweiten Ansatz die Auffassung vor, dass Psychotherapeuten und Patienten gemeinsam einen Raum schaffen, in dem sich der therapeutische Prozess für jede Dyade auf eine einzigartige Weise entfaltet (Carere-Comes, 2015). Während in der Vergangenheit die Prozess-Ergebnisforschung zur Auffassung im Sinne des ersten Ansatzes tendierte, wird der Einfluss von Therapeutenmerkmalen auf den Veränderungsprozess und deren Zusammenspiel mit Patientenmerkmalen zunehmend anerkannt (z. B. Muran et al., 2019). Nach Luyten (2015) kann diese Dualität weiter durch die Erforschung des Prozess-Ergebniszusammenhangs sowie durch die Förderung von Psychotherapieintegration überwunden werden. So stellten gewisse Forschende (Hofmann & Barlow, 2014; Laska et al., 2014) bereits fest, dass die beiden Positionen in letzter Zeit näher zusammengerückt sind.

Eine weitere wichtige Frage innerhalb der Psychotherapieforschung betrifft die Definition von Veränderung. Im Rahmen der *Effectiveness* Forschung und der in diesem Zusammenhang favorisierten RCTs – somit zum oben genannten ersten Ansatz nach Carere-Comes passend – lag der Fokus insbesondere auf der Symptomreduktion. Positive Veränderung wurde dabei als Abnahme von Symptomen definiert (Kendall et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004). Um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen, haben Forscher beispielsweise dazu tendiert, Daten ausschliesslich auf Gruppenebene auszuwerten und zu interpretieren (Collins & Sayer, 2000). Dabei wurde die intraindividuelle Variabilität oft als «Rauschen» oder als Teil der Fehlervarianz angesehen. Dazu kommt, dass die traditionellen Methoden der Datenanalyse in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, potenzielle Variabilität im psychotherapeutischen Veränderungsprozess zu erfassen (Singh, 2012). Demnach galt das Interesse der nachkommenden

Prozess-Ergebnisforschung verstärkt dem *Veränderungsprozess*. Kazdin (2009) definiert die Erforschung des therapeutischen Veränderungsprozesses als das Bestreben, die tatsächlichen Prozesse, wie sie sich innerhalb der Psychotherapiestunde entfalten, zu beobachten. Er schlägt vor, dabei hauptsächlich die zeitliche Abfolge der verschiedenen Veränderungsmechanismen bei der Erklärung von Symptomveränderungen in der Psychotherapie zu berücksichtigen (Kazdin, 2009). Eine Chance, welche die Erforschung des therapeutischen *Veränderungsprozesses* mit sich bringt, ist, dass auch deutlich unterschiedliche Formen der Psychotherapie beginnen, sich auf eine evidenzbasierte Weise anzunähern, indem der Fokus auf die Gemeinsamkeiten hinsichtlich dieser Prozesse gerichtet wird. Daher kann die Prozessforschung auch als Eckpfeiler der integrativen Psychotherapieforschung angesehen werden (Castonguay et al., 2019; Goldfried, 2019).

Wie aus dem obigen Abschnitt hervorgeht, gibt es vier Komponenten des Psychotherapieprozesses: Patient, Therapeut, therapeutische Interventionen und gemeinsame Wirkfaktoren. Ein Modell, welches diese Komponenten aufgreift, ist das Multiphasenmodell nach Doss (2004) (siehe *Abbildung 2*). Das Modell bietet eine Orientierungshilfe, womit sich Veränderungsmechanismen von komplexen Systemen mittels rational-empirischem Vorgehen studieren lassen. Dabei bildet es eine starke Vereinfachung von therapeutischer Veränderung nach. Doss (2004) sieht vor, Veränderungsprozesse und -mechanismen getrennt zu untersuchen. Gleichzeitig wird durch die Zerlegung in verschiedene Komponenten die ganzheitliche Berücksichtigung von therapeutischer Veränderung betont und gefördert. Er unterscheidet dabei drei primäre Komponenten: Veränderungsprozesse (*change processes*), Veränderungsmechanismen (*change mechanisms*) und das Therapieergebnis (*outcome*). Konkret besagt das Modell, dass die aktiven Bestandteile einer Behandlung, die während einer Therapiesitzung angewendet werden (Interventionen) und unter Umständen direkte Folgen ausserhalb der Therapie (Hausaufgaben) bewirken, die Therapieveränderungsprozesse bedingen. Diese führen wiederum zu Veränderungen im Verhalten oder Erleben der Patienten während der Sitzung, was Doss (2004) als Patientenveränderungsprozesse bezeichnet. Gleichzeitig haben die Patientenveränderungsprozesse wiederum einen Einfluss auf die Wahl der Interventionen, das heisst, sie steuern die Therapieveränderungsprozesse. Therapiebezogene und patientinnenbezogene Veränderungsprozesse üben demzufolge einen gegenseitigen Einfluss aus, was in *Abbildung 2* durch die zwei Pfeile dargestellt ist. Diese *In-Session*-Prozesse führen wiederum zu Veränderungen in den Patientencharakteristika (Veränderungsmechanismen), von denen erwartet wird, dass sie Modifikationen in den vorliegenden Problemen des Patienten verursachen und somit zum angestrebten Therapieergebnis (Endergebnis) beitragen (Doss, 2004).

Die Unterteilung in Veränderungsprozesse und -mechanismen hat den Vorteil, dass eine Aussage darüber gemacht werden kann, ob beispielsweise zwei unterschiedliche behandlungsspezifische Interventionen – folglich unterschiedliche therapiebezogene Veränderungsprozesse – ähnliche Effekte auf den gleichen Veränderungsmechanismus haben (Greenberg, 2007; Greenberg & Newman, 1996; Kazdin, 2007; Safran et al., 1988). Daraus folgt, dass Studien zu Veränderungsmechanismen nicht zwingend Rückschlüsse auf Veränderungsprozesse erlauben. Das Auftreten eines Veränderungsmechanismus (z. B. wenn die Patientin über adaptivere und akkuratere Kognitionen im Alltag berichtet) sagt noch nichts darüber aus, unter welchen Umständen beziehungsweise durch welche therapeutischen Interventionen dieser Mechanismus angestoßen wird. Daraus folgt, dass nicht distale Verknüpfungen zwischen Veränderungsprozessen und Therapieergebnis jeweils ausführlicher untersucht werden sollten, da es jeweils verschiedene Wege zu einem guten Therapieergebnis gibt.

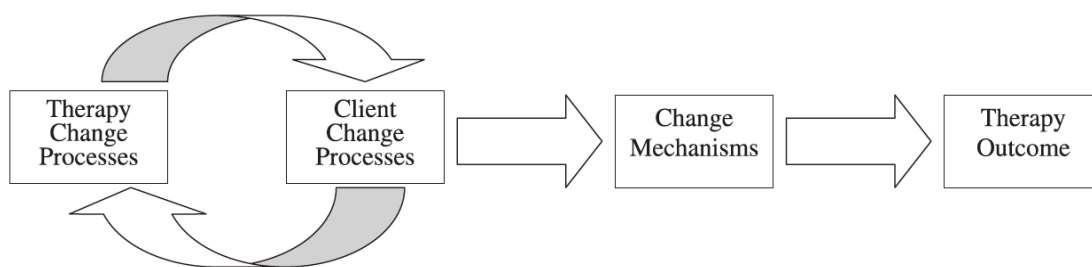


Abbildung 2. Multiphasenmodell nach Doss (2004)

An der von Doss (2004) vorgeschlagenen Differenzierung in die drei Hauptkomponenten (Veränderungsprozesse, Veränderungsmechanismen, Therapieergebnis) kann kritisiert werden, dass sie teilweise arbiträr ist und das Modell vernachlässigt, dass der therapeutische Prozess wie auch das menschliche Funktionieren nicht lineare, dynamische Systeme wiedergeben (Grosse Holtforth et al., 2004). Weil die verschiedenen Elemente des menschlichen Funktionierens voneinander abhängig sind und (zumindest partiell) den Regeln der Selbstorganisation folgen, ist davon auszugehen, dass eine wesentliche Veränderung in einem Element des Systems letztlich eine Veränderung in allen anderen bedingt (u. a. Borkovec et al., 2002; Caspar et al., 1992; Haken, 1998; Smith & Grawe, 2005; Tschacher et al., 2000). Neuere Forschung geht auf diese Kritik ein, indem sie sich auf dynamische dyadische Prozesse beziehungsweise auf die Theorie komplexer Systeme (auch: Synergetik) stützt und versucht, auf diese Weise ein besseres Verständnis von psychotherapeutischen Veränderungen zu erlangen (z. B. Atzil-

Slonim et al., 2018; Helmich et al., 2020; Koole & Tschacher, 2016). Psychotherapie wird vor diesem Hintergrund als hochkomplexer Prozess verstanden, wobei alle Elemente miteinander in Wechselwirkung stehen. Dieser Forschungszweig konnte stark von den Fortschritten der Technologien, die das Sammeln von hochfrequenten, rezidivierenden Messdaten (z. B. ecological momentary assessment) ermöglichen, sowie von neuen, hoch entwickelten Analysemethoden zur Datenauswertung, welche der Komplexität von Psychotherapieprozessen gerecht werden, profitieren (Atzil-Slonim & Tschacher, 2020). Gleichwohl bietet das Multiphasenmodell eine wertvolle Heuristik an, um Studien der Prozess-Outcome-Forschung einzuordnen. Folglich wird es auch dazu verwendet, die Studien im Rahmen der vorliegenden Dissertation theoretisch einzuordnen (siehe Kapitel 4).

2.2.1 Patientenbezogene Veränderungsprozesse

Während die in der Therapie auftretenden Verbesserungen beim Patienten oft in Form von Symptomreduktion gemessen werden, gilt das Interesse insbesondere der Frage, durch welche patientenbezogenen Veränderungsprozesse sowie Veränderungsmechanismen diese Symptomveränderungen zustande kommen, zumindest, wenn das Ziel ist, die Wirkweise von Psychotherapie besser zu verstehen. Wie bereits hiavor erwähnt, ist es das Bestreben der Psychotherapieprozessforschung, Informationen über die einer produktiven therapeutischen Veränderung zugrunde liegenden Mechanismen zu gewinnen, um die Klinikerinnen in der Therapieplanung und Prozessgestaltung zu unterstützen (Grawe, 2000; Lambert et al., 2003; Lutz, 2002). Als Folge der wachsenden Aufmerksamkeit für den therapeutischen Veränderungsprozess haben Forscherinnen begonnen, ihre langjährigen Annahmen über die Veränderungsverläufe infrage zu stellen. So gab es beispielsweise im Rahmen der Verlaufsforschung Hinweise darauf, dass sich Therapieverläufe nicht notwendigerweise graduell und linear entwickeln, sondern dass auch diskontinuierliche und irreguläre Verlaufsmuster vorkommen (Barkham et al., 1993). Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an wissenschaftlichen Belegen für das Auftreten diskontinuierlicher, nicht linearer Veränderungen (Hayes, Laurenceau, et al., 2007). Um individuelle Verläufe zu erfassen, sind multiple Erhebungen über die Zeit nötig, was nebst dem Einschluss der gängigen Prä-Postmessungen auch den Einbezug von Prozessmassen bedeutet. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern Diskontinuitäten in Verlaufsdaten definiert werden sollten (Barkham et al., 1993; Thompson et al., 1995).

Nicht lineare und diskontinuierliche Veränderungsprozesse

Zur Identifikation diskontinuierlicher und nicht linearer Therapieverläufe existieren verschiedene Konzeptualisierungen, wobei die bisher drei bekanntesten Arten im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei depressiven Störungen identifiziert wurden. Ilardi und Craighead (1994) identifizierten ein Veränderungsmuster (engl. *early rapid response*), welches sich durch eine erhebliche Abnahme der depressiven Symptomatik bis zur vierten Therapiesitzung auszeichnet. Die *early rapid response* erwies sich auch bei einer Reihe anderer klinischer Störungen als prädiktiv für ein positives Therapieergebnis, wie zum Beispiel bei der Panikstörung (Penava et al., 1998), Bulimie (Grilo et al., 2006) und Alkoholmissbrauch (Breslin et al., 1997). Ein ähnliches Verlaufsmuster wurde von der Arbeitsgruppe um Haas (Haas et al., 2002) als *rapid early response* bezeichnet. Damit sind ebenfalls Patientinnen gemeint, die frühzeitig positiv auf das Therapieangebot ansprechen. Definiert werden sie, indem Differenzen zwischen aktuellen und erwarteten Veränderungsverläufen mittels Wachstumsanalysen gebildet wurden. In zahlreichen Studien mit unterschiedlichen Patientengruppen fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen solchen frühen positiven Symptomveränderungen und dem Therapieergebnis (Comminos & Grenyer, 2007; Crits-Christoph et al., 2001; Fennell & Teasdale, 1987; Renaud et al., 1998). Gegenwärtig besteht allerdings noch kein Konsens über eine eindeutige Definition dieser frühen Veränderungsmuster sowie deren Ursache (z. B. Barkham et al., 1993; Renaud et al., 1998; Thompson et al., 1995). Als mögliche Ursache werden unspezifische therapeutische Faktoren wie die psychologische Unterstützung oder aktives Zuhören diskutiert (siehe Renaud et al., 1998).

Ein weiteres diskontinuierliches Veränderungsmuster wurde von der Forschergruppe rund um Adele Hayes identifiziert und als *Depressionsspitze* (engl. *depression spike*) bezeichnet. In einer expositionsbasierten kognitiven Therapie für Depressionen (engl. *exposure-based cognitive therapy*; Hayes et al., 2005) zeigten Analysen der hierarchischen linearen Modellierung einen kubischen Verlauf der depressiven Symptome. Nach einer Abnahme der Depressivität gleich zu Beginn der Therapie (ähnlich wie bei Ilardi & Craighead, 1994), war die Expositionsphase durch Depressionsspitzen, das heisst einer starken Zunahme der Depressivität, gekennzeichnet, bevor am Ende der Therapie die Symptome wieder abnahmen (Hayes, Laurenceau, et al., 2007). Sowohl die Early Responder als auch diejenigen Patientinnen, deren Verlauf eine Depressionsspitze aufwiesen, zeigten am Ende der Behandlung eine stärkere Abnahme der Depressivität als die restlichen Patienten. Ein wichtiger Unterschied wurde jedoch in den schriftlichen Beschreibungen, welche die Patientinnen rund um die signifikanten Über-

gänge anfertigen, ersichtlich: Early Responder berichteten darin von mehr Hoffnung auf Veränderung, während die Subpopulation mit Depressionsspitzen mehr Notizen zur kognitiven und emotionalen Verarbeitung protokollierten (Hayes, Feldman, Beevers, et al., 2007).

Tang und DeRubeis (1999) identifizierten ein weiteres nicht lineares Veränderungsmuster bei Patienten mit Depressionen, welches sie als *Sudden Gain*⁵ bezeichneten. Der Sudden Gain beschreibt eine plötzliche, substanzielle Symptomverbesserung, die zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen stattfindet und zumindest über eine gewisse Zeit stabil bleibt. Obwohl die grafische Darstellung der gemittelten Symptomveränderung vor, in der Mitte und nach der Behandlung eine graduelle und lineare Veränderung nahelegten, fanden Tang und Kollegen (Tang & DeRubeis, 1999; Tang et al., 2005) bei weiteren Analysen, dass 39% bis 46% der Patienten einen Sudden Gain erlebten und dass dieses nicht lineare Muster eine Verbesserung der Depressivität am Therapieende vorhersagte. Sudden Gains wurden auch mit besserem psychischen Funktionieren am Ende der Behandlung mit supportiv-expressiver Therapie (Tang et al., 2002), nicht-manualisierten Psychotherapien in der klinischen Routinepraxis (Stiles et al., 2003), systematisch-behavioraler Familientherapie (Gaynor et al., 2003) und KVT für rezidivierende und atypische Depression (Vittengl et al., 2005) in Verbindung gebracht. Die Kriterien von Tang und DeRubeis (1999) zur Identifikation von Diskontinuitäten sind konservativer als die bereits genannten und klar operationalisiert, indem sie sowohl die Ausprägung der plötzlichen Symptomveränderung sowie deren Stabilität berücksichtigen.

Operationalisierung von Sudden Gains

In ihrer ersten Studie zu Sudden Gains formulierten Tang und DeRubeis (1999) drei Kriterien: Die Differenz im Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck et al., 1995) zwischen zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen soll (a) einer absoluten Reduktion von 7 Punkten entsprechen, (b) eine relative Verbesserung von mindestens 25% zur Symptomschwere vor dem Sudden Gain präsentieren und (c) in Relation stehen zu den Fluktuationen vor und nach der Sudden-Gain-Sitzung, um die Stabilität über die drei vorangehenden und nachfolgenden Therapiesitzungen zu kontrollieren. In Tabelle 1 sind die Kriterien nach Tang und DeRubeis (1999) detailliert aufgeführt. Dabei wird die Therapiesitzung vor der Sudden-Gain-Sitzung als *pre-gain* oder kritische Sitzung bezeichnet. Die vorangehende Sitzung ist die *pre-pre-gain* Sitzung. Die dem Sudden Gain nachfolgende Sitzung wird *post-gain* Sitzung genannt. Somit lautet die zeitliche

⁵ In der vorliegenden Arbeit wird durchgängig die englische Bezeichnung «Sudden Gain» (und später auch «Sudden Loss») als feststehender Begriff verwendet. Die deutsche Übersetzung «plötzliche Gewinne» könnte fälschlicherweise die Assoziation erwecken, dass das Phänomen der sprunghaften Veränderung durch Glück oder Zufall bedingt sei (siehe auch den Reviewer-Kommentar, welcher als Fussnote bei Lutz et al., 2007 veröffentlicht wurde). Darüber hinaus wird in der deutschen Literatur grundsätzlich die englische Bezeichnung verwendet.

Abfolge wie folgt: *Pre-pre-gain* Sitzung (N – 1), *pre-gain* Sitzung (N), Sudden Gain, *post-gain* Sitzung (N + 1).

Tabelle 1

Kriterien zur Bestimmung eines Sudden Gains nach Tang & DeRubeis (1999)

a) Kriterium	$BDI_N - BDI_{N+1} \geq 7$	Mindestens 7 Punkte Unterschied im BDI zwischen der <i>pre-gain</i> und <i>post-gain</i> Sitzung
b) Kriterium	$BDI_N - BDI_{N+1} \geq 0.25 \times BDI_N$	Sudden Gain repräsentiert eine Abnahme von mindestens 25% des BDI-Wertes der <i>pre-gain</i> Sitzung
c) Kriterium	$M(N-2, N-1, N) - M(N+1, N+2, N+3)$	Der gemittelte BDI-Wert der drei Sitzungen vor einem Sudden Gain ist signifikant höher als jener der drei Sitzungen nach dem Sudden Gain unter Verwendung eines zweiseitigen <i>t</i> -Tests mit einem Signifikanzniveau von $p = .05$

Um Sudden Gains auch bei anderen Prozessmassen verwenden zu können, haben Stiles et al. (2003) die ursprünglichen Kriterien verallgemeinert. Sie ersetzen das erste Kriterium der absoluten Veränderung durch das Kriterium der reliablen Veränderung unter der Verwendung des *reliable change index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991), sodass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Veränderung aufgrund von Messfehlern zustande kommt, kleiner als 5% ist. Der RCI ist definiert als die Differenz von Prä- und Postwerten, geteilt durch den Standardfehler der Differenz, wobei $SD_{non-clin}$ für die Standardabweichung einer nicht-klinischen Stichprobe steht:

$$RCI = 1.96 \times \sqrt{2 \times (SD_{non-clin} \times \sqrt{1 - r_{tt}})^2}$$

Spätere Studien begannen zudem, das gegenteilige Phänomen der Sudden Losses, also der plötzlichen Symptomverschlechterungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen, zu untersuchen. Obschon die Anzahl dieser Studien verglichen mit solchen zu Sudden Gains bis heute deutlich reduziert ist, orientierten sich bisher alle Publikationen ebenfalls an der genannten Definition von Tang und DeRubeis (1999) und Stiles et al. (2003) (z. B. Krüger et al., 2014; Lutz et al., 2013; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009).

Seit der Festlegung der Kriterien für einen Sudden Gain (Tang & DeRubeis, 1999) haben verschiedene Autoren diese für ihre Studien modifiziert (Hardy et al., 2005; Kelly et al.,

2005; Tang et al., 2005). Insbesondere das dritte Kriterium zur Stabilität stand oft in der Kritik und war Gegenstand vieler Diskussionen (z. B. Hardy et al., 2005; Kelly, Cyranowski, et al., 2007; Kelly et al., 2005; Stiles et al., 2003; Vittengl et al., 2005). Bemängelt wurde vorwiegend die Anzahl der Sitzungen, über welche der Sudden Gain stabil verlaufen sollte, sowie den t -Wert, welcher für die Berechnung des dritten Kriteriums verwendet wird. Einerseits werden nach Tang und DeRubeis (1999) Sudden Gains gleich zu Therapiebeginn, das heisst in den ersten beiden Therapiesitzungen, ausgeschlossen. Andererseits wird kritisiert, dass der t -Wert aufgrund von Autokorrelationen (d. h. Abhängigkeit der Symptommasse untereinander) überschätzt wird. Folglich haben viele Forscherinnen alternative Anforderungen hinsichtlich der Stabilität verwendet. Einige ersetzten das dritte Kriterium dadurch, dass der Sudden Gain grösser als 1,5 Standardabweichungen des mittleren individuellen Symptomwertes während der Behandlung sein muss (z. B. Hopko et al., 2009; Kelly, Cyranowski, et al., 2007; Kelly et al., 2005; Masterson et al., 2014). Andere Studien haben weitere Anpassungen des Stabilitätskriteriums vorgenommen (z. B. dass 50% des Sudden Gains während zwei nachfolgenden Sitzungen beibehalten werden; Busch et al., 2006; Gaynor et al., 2003; Greenfield et al., 2011; Hunnicutt-Ferguson et al., 2012). Hardy et al. (2005) haben wiederum den t -Wert wie folgt angepasst: Beim Vergleich der drei vorangehenden mit den drei nachfolgenden Messungen änderten sie den kritischen t -Wert zu 2.50, womit $t(4) \geq 2.50$ anstatt $t(4) \geq 2.78$ bei $p = .025$ galt. Zudem erlaubten sie die Berechnung des dritten Kriteriums auch, wenn lediglich zwei vorangehende oder nachfolgende Messungen verfügbar waren, sodass auch Sitzungen näher bei Therapiebeginn oder -ende untersucht werden konnten. Folglich behandelten sie das dritte Merkmal als deskriptiven Indikatorwert anstatt als Test der Inferenzstatistik. Tschitsaz-Stucki (2007) untersuchte systematisch die Anwendung der unterschiedlichen Stabilitätsanforderungen und bestätigte die Erwartung, dass die Identifikationshäufigkeit von Sudden Gains und Losses beträchtlich vom angewandten Kriterium abhängt, wobei sich letztere bis zu 74.34% unterschied. Eine Änderung der Kriterien erschwert demnach einen Vergleich zwischen Studien und erzeugt eine unnötig grosse Varianz in der Literatur zu Sudden Gains. Gleichzeitig gibt es bisher keine empirischen Belege dafür, dass Änderungen an der Definition von Sudden Gains deren Effekte auf das Therapieergebnis signifikant moderieren (Aderka, Anholt, et al., 2012). Allerdings basiert das Ergebnis dieser Metaanalyse auf nur fünf Studien, die geänderte Kriterien verwendeten.

Nicht lineare Veränderungen im Kontext nicht linearer dynamischer Systeme

Die drei genannten Veränderungsmuster markieren wichtige Übergänge, die Aufschluss darüber geben können, wie therapeutische Veränderungen ablaufen und was die Therapeutinnen tun können, um diese Übergänge zu erleichtern. Nicht lineare Veränderungen sind häufig durch plötzliche, dynamische Verschiebungen in der Therapeuten-Patienten-Interaktion gekennzeichnet (Hayes, Laurenceau, et al., 2007). Demnach bietet das therapeutische Umfeld eine Stabilität, welche eine Stärkung der für eine Veränderung notwendigen Ressourcen (z. B. des Veränderungswillens eines Patienten, stützende therapeutische Allianz) erleichtert. Durch gezielte Interventionen wird gleichzeitig versucht, bestehende Funktionsmuster (verhaltensbezogen, kognitiv, emotional) der Patientinnen im Laufe der Therapie zu unterbrechen und aufzuweichen (Caspar et al., 1992; Grawe, 2000; Hayes, Laurenceau, et al., 2007). Nicht lineare Veränderungen stellen daher wichtige Marker dar, um gezielt Therapiesitzungen für weitere Analysen auszuwählen und auf ihre Prädiktoren für therapeutische Veränderung zu untersuchen. In den letzten Jahren hat sich jedoch eine wachsende Zahl an Studien direkt auf die nicht linearen Verläufe konzentriert, unabhängig von möglichen Prädiktoren, Moderatoren oder Mediatoren (z. B. Olthof, Hasselman, Strunk, Aas, et al., 2020; Wichers et al., 2018). Theorien, die dabei häufig herangezogen werden, sind die der komplexen Systeme und der nicht linearen dynamischen Systeme (Caspar et al., 1992; Gelo & Salvatore, 2016; Hayes, Laurenceau, et al., 2007; Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997). Diese Theorien stellen psychologische Entwicklung als einen lebenslangen Prozess dar, der durch abwechselnde Perioden von *Stabilität und Variabilität* gekennzeichnet ist (Hayes & Strauss, 1998). Ein System, das Variabilität erfährt oder einer Veränderung unterliegt, befindet sich in einem Übergangszustand. Sobald der Übergang abgeschlossen ist, konkurrieren alte, stabile mit den neuen, dynamischen Mustern, bis das System wieder Stabilität erlangt (Thelen, 2005). Die Theorie der dynamischen Systeme postuliert, dass ein Veränderungsprozess nicht willkürlich abläuft. Diese Auffassung deckt sich mit der Theorie der *konnektionistischen oder neuronalen Netzwerkmodelle* (Rumelhart et al., 1986). Demzufolge organisieren sich Systeme nach dem *Prinzip der Spannungsminimierung* selbst in bevorzugte Muster, die als Attraktorzustände bezeichnet werden (Caspar, 2018a). In Anlehnung an das Funktionieren des zentralen Nervensystems (daher auch «neuronales Netzwerkmodell») wird angenommen, dass Informationen in grossen vernetzten Verbänden von *Knoten* repräsentiert und verarbeitet werden. Spannung entsteht, wenn negativ miteinander verbundene Knoten gleichzeitig aktiviert sind (Caspar et al., 1992). Die *Spannungslandschaft* stellt dabei eine Metapher für die möglichen Zustände in einem selbstorganisierenden System dar, die sich im psychotherapeutischen Kontext als nützlich erwiesen hat. Mit Knoten sind im

menschlichen System unter anderem Kognitionen, Emotionen, Verhalten, physiologische Zustände oder Umweltreaktionen gemeint, welche miteinander nicht übereinstimmen und zu einem erhöhten Spannungsniveau führen können (Caspar, 2018a). Attraktorzustände, die im Laufe der Zeit wiederholt aufrechterhalten wurden, sind im Allgemeinen stabiler, werden stärker bevorzugt und erfordern mehr Energie, um destabilisiert zu werden (Tschacher et al., 1992). Wie aus der Systemtheorie weiter hervorgeht, sind die Phasenübergänge zwischen zwei Attraktorzuständen durch kritische Fluktuationen und Instabilität gekennzeichnet (z. B. Schiepek et al., 2003). Kritische Fluktuationen treten dann auf, wenn die destabilisierenden Kräfte, die auf ein stabiles System einwirken, zu gross sind, um assimiliert werden zu können, was zu einem plötzlichen Anstieg der Systemvariabilität führt. Diese Destabilisierungsperiode wird als vorteilhaft angesehen, da sie eine Reorganisation des psychischen Funktionierens anzeigt (Olthof, Hasselman, Strunk, Aas, et al., 2020). In dieser Phase ist ein System offen für neue Informationen, einschliesslich der Erkundung von adaptiveren Funktionsmustern (Hayes, Laurenceau, et al., 2007). In Übereinstimmung mit Annahmen über die Dynamik der Selbstorganisation fassen Hayes, Yasinski, et al. (2015) drei wesentliche Schritte für einen erfolgreichen Veränderungsprozess zusammen: (a) Destabilisierung eines pathologischen Zustands, die (b) zu einem Ordnungsübergang und damit zu einer Phase der Instabilität führt, auf die wiederum (c) eine Reorganisation und Stabilisierung zu einem anderen Zustand folgt (vgl. auch Tschacher et al., 1992). Tatsächlich bestätigen aktuelle empirische Befunde diese theoretischen Annahmen (z. B. Olthof, Hasselman, Strunk, Aas, et al., 2020; Olthof, Hasselman, Strunk, van Rooij, et al., 2020; Wichers et al., 2016). Diese selbstorganisierten Prozesse werden durch interne Fluktuationen und externe Einflüsse angetrieben, wie dies beispielsweise während Psychotherapiesitzungen der Fall ist (Thelen & Smith, 2007). Es wird angenommen, dass durch gezielte Veränderung interner Zustände und externer Einflüsse bestehende Attraktoren geschwächt werden können und somit die Möglichkeit für die Entwicklung neuer Attraktoren beziehungsweise selbstorganisierter Zustände entsteht (Caspar et al., 1992). Demnach wäre es entscheidend, die Auswahl therapeutischer Interventionen so zu treffen, dass einerseits stabile Zustände destabilisiert und andererseits sensible, instabile Übergangszustände in die richtige (i. S. v. adaptiv) Richtung angestossen werden (vgl. Olthof, Hasselman, Strunk, Aas, et al., 2020). Dieser Perspektive folgend wird angenommen, dass Perioden der Destabilisierung und nicht der Stabilität, eine produktive Veränderung des Patienten (d. h. eine Bewegung in Richtung produktiverer Attraktorzustände) erleichtern. Folglich sind die Identifizierung und die effektive Nutzung dieser Destabilisierungsphasen in der Psychotherapie von zentralem Interesse.

Veränderungsmodelle

Nebst dem Forschungszweig zu den Therapieprozessverläufen gibt es weitere Möglichkeiten, patientenbezogene Veränderung zu konzeptualisieren und zu untersuchen. In der Psychotherapie wird mit unterschiedlichen Modellen gearbeitet, die es den Therapeuten erlauben, einerseits Patienten und ihre Probleme besser verstehen sowie andererseits ein passendes therapeutisches Vorgehen anbieten zu können. Dazu gehören auch *Veränderungsmodelle*, wie sie bereits in Kapitel 2.1.4 vorgestellt wurden (z. B. das *Stages of Change* Modell). Die Auffassung, zu welchem Ziel und mit welchen Mitteln dieses passende Therapieangebot eingesetzt wird, kann sich jedoch zwischen den verschiedenen Psychotherapieorientierungen unterscheiden. Die KVT in ihrer ursprünglichen Bedeutung (sog. *erste Welle*) konzentriert sich auf Symptomverbesserungen und argumentiert, dass Veränderung hauptsächlich ausserhalb der Sitzung stattfindet (durch Hausaufgaben, z. B. Wiederholung der Exposition, Anwendung von Fertigkeiten usw.) (z. B. Cooper et al., 2017). Innerhalb erfahrungsorientierter Psychotherapieansätze (u. a. Psychodynamische Therapie, Emotionsfokussierte Therapie) wird darauf geachtet, dass sich durch die Behandlung nachhaltige, tiefgreifende Veränderungen einstellen (Grande et al., 2012; Greenberg, 2010). Vertretende dieser Ansätze proklamieren, dass patientenbezogene Veränderung mit den Vorgängen während der Therapiesitzungen verbunden ist, beispielsweise durch die Förderung emotionaler und kognitiver Einsicht sowie der emotionalen Verarbeitung (Greenberg, 2004; Shedler, 2010). Befürwortende von Behandlungen, die sich auf tieferliegende Veränderungen konzentrieren, behaupten, dass der Nutzen solcher Behandlungen breiter angelegt und länger anhaltend ist, weil sie auf die basalen Funktionsmuster der Persönlichkeit der Patientinnen abzielen (u. a. Kernschemata, Kernkonflikte etc.) (Kivlighan et al., 2015; Shedler, 2010). Vertretende psychodynamischer Orientierungen argumentieren zudem, dass symptomatische Veränderungen auftreten können, ohne dass tiefere Veränderungen, regulatorische Fähigkeiten oder Einsicht in die problematischen Strukturen dazu gewonnen werden (Grande et al., 2003).

Die Auffassung von Veränderungen in der KVT und erfahrungsorientierten Ansätzen wird oftmals als Kontrast dargestellt. Dieser wird jedoch spätestens durch die dritte Welle der KVT sowie der integrativen Verfahren abgeschwächt, wobei sich auch hier wiederum eine Lücke zwischen der Wissenschaft und der Praxis zeigt. Denn die Frage, ob bestimmte psychotherapeutische Ansätze nachhaltigere Ergebnisse in den Monaten oder Jahren nach Therapieende erzielen, wird weiter erforscht und kontrovers diskutiert. Bisher konnte jedoch keine Überlegenheit einer Therapieausrichtung nachgewiesen werden. Studienergebnisse, die den *Sleeper-*

*Effekt*⁶ untersuchten, deuten auf eine einheitliche Langzeitwirksamkeit der therapeutischen Behandlungen hin (Flückiger et al., 2015; Kivlighan et al., 2015). Für diese Befunde gibt es unterschiedliche Erklärungen: Eine mögliche ist, dass die verschiedenen Behandlungsorientierungen mehr gemeinsam haben, als oftmals angenommen wird und sich daher keine Unterschiede hinsichtlich des langfristigen Behandlungseffekts zeigen (vgl. Ablon et al., 2006; Cook et al., 2010; McCarthy et al., 2016).

Bisher existiert keine einheitliche Definition von tiefgreifenden Veränderungen, wobei insbesondere klärungsorientierte Verfahren darin übereinstimmen, dass sie damit die Entwicklung zugrunde liegender Funktionsmuster, wie die Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata oder Konflikte, meinen (siehe Kivlighan et al., 2015). Dennoch gibt es empirische Hinweise, dass tiefgreifende Veränderungen in erheblichem Masse von der Einsicht des Patienten in seine individuellen, unterdrückten und bisher nicht wahrgenommenen Problembereiche abhängen (Grande et al., 2012; Rudolf et al., 2000). Einsicht wird als ein erhöhtes Verständnis für sich wiederholende dysfunktionale Muster und deren Zusammenhang zur individuellen Lebensgeschichte verstanden, wobei auch hier unterschiedliche Auffassungen existieren (Castonguay & Hill, 2007; Jennissen et al., 2018). Dabei wird die Wichtigkeit von emotionaler Einsicht betont. Die Art der Einsicht umschreibt ein tiefes Gefühl der Überzeugung, das entsteht, wenn eine Erkenntnis möglichst nah am eigenen Erleben gewonnen wird (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Intellektuelle Einsicht kann zwar neue Verbindungen auf einer expliziten Ebene schaffen, aber nur in Verbindung mit emotionaler Einsicht erfolgt eine Aktivierung impliziter Schemastrukturen, was wiederum eine Veränderung dieser ermöglicht (Ellis, 1963; Lane et al., 2020; Whelton, 2004). Die Ergebnisse der *Menninger-Studie*, welche 42 psychoanalytische Therapien untersuchte, zeigen auf, dass das bloße Herbeiführen korrekter Einsichten keine hinreichende Bedingung für ein gutes Therapieergebnis ist (Wallerstein, 1986, 1989). Eher ist die Einsicht in das eigene Problem als Voraussetzung für die Problembearbeitung und -auflösung zu verstehen: Somit wird ein adaptiver und flexibler Umgang mit kritischen Situationen erst dann möglich, wenn Patienten sowohl kognitive als auch emotionale Einsicht in ihre eigenen, dysfunktionalen psychologischen Funktionsmuster gewonnen haben (Grawe, 2000). Im Folgenden werden zwei Veränderungsmodelle vorgestellt, welche auf dem Konzept der Einsicht aufbauen und zur Operationalisierung von tiefergreifenden Veränderungen herangezogen werden können.

⁶ Der Begriff *Sleeper-Effekt* bezieht sich auf den inkrementellen Zuwachs hinsichtlich des Therapieeffekts zwischen dem Behandlungsende und dem Follow-up (siehe Flückiger et al., 2015).

Assimilationsmodell

Das Assimilationsmodell oder auch *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES; Honos-Webb et al., 1998; Stiles et al., 1990) baut auf der Vorstellung auf, dass das Selbst aus einer Vielzahl an inneren Stimmen (i. S. v. Anteilen) besteht und beschreibt einen Entwicklungsprozess hinsichtlich des inneren Dialogs dieser Stimmen. Dabei werden acht Stufen (von 0 bis 7) unterschieden, welche jeweils aufeinander aufbauende Stadien vom Auftauchen bis hin zur Akzeptanz und Integration problematischer, innerer Stimmen in das Selbst beschreiben. Stimme steht hier als Metapher für unterschiedliche Erfahrungen einer Person, welche sich auf Erlebnisse, Erinnerungen, Wünsche, Gefühle, Einstellungen oder Verhaltensweisen beziehen können (Honos-Webb & Stiles, 2002). Die APES ist ein integratives Modell und mit verschiedenen theoretischen Behandlungsansätzen kompatibel.

Die prototypisch zu durchlaufende Entwicklungssequenz umfasst folgende Stufen: 0 = Phase der Abwehr, 1 = Unerwünschte Gedanken, 2 = Vages Bewusstsein, 3 = Problemklärung, 4 = Einsicht, 5 = Anwendung, 6 = Problemlösung, 7 = Bewältigung (Honos-Webb et al., 1998). In Tabelle 2 finden sich eine umfassende Beschreibung der acht Stufen sowie eine Übersicht über die Anforderungen an die Patientin, typische Marker sowie Beispiele für spezifische Therapietechniken passend zur jeweiligen Phase.

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, werden sowohl kognitive als auch affektive Aspekte zur Beschreibung der Inhalte der verschiedenen Stufen herangezogen. Diese sind als Ankerpunkte auf einem Kontinuum zu verstehen. Patienten können auf jeder Problemstufe in die Therapie kommen. In der Praxis beginnen Patientinnen jedoch am häufigsten auf der Stufe 1, 2 oder 3 eine Behandlung, weil dies die Bereiche sind, in welcher die Probleme zur höchsten Belastung führen. Ab Stufe 3 wird angenommen, dass Patientinnen über ein (rudimentäres) Problemverständnis verfügen (Stiles & Brinegar, 2007). Als therapeutischer Fortschritt wird das Vorankommen von einer Stufe zur nächsten verstanden.

Detert et al. (2006) konnten mit ihrer Studie die theoretische Annahme, dass das Erreichen von höheren Ebenen auf der APES mit einer Symptomreduktion einhergeht, bestätigen. Zudem fanden Stiles et al. (1997), dass Patienten, die auf einer höheren Stufe im Assimilationsmodell zu Beginn der Therapie eingeschätzt wurden, besser von KVT profitierten als von einer Psychodynamischen Psychotherapie. Umgekehrt hatte die Art des Behandlungsansatzes bei Patienten mit weniger assimilierten Problemen (d. h. auf einer tieferen Stufe des APES) keinen Einfluss auf das Therapieergebnis (Stiles et al., 1997).

Tabelle 2

Übersicht über die einzelnen Stufen der APES sowie die dazugehörigen Anforderungen an die Patienten, typischen Marker und möglichen therapeutischen Techniken nach Honos-Webb und Stiles (2002) und Stiles und Brinegar (2007)

Stufe	Stufenbezeichnung	Beschreibung	Patientenanforderung	typischer Marker	Mögliche therapeutische Technik
0	Phase der Abwehr	Der Patient ist sich des Problems nicht bewusst; die problematische Stimme ist stumm oder dissoziiert. Minimaler Affekt, was auf erfolgreiche Vermeidung zurückzuführen ist. Die problematische Stimme kann sich durch somatische Symptome oder Ausagieren äussern.	Bewusstsein erhöhen	Somatische Symptome	Interpretation des Symptoms als Symbolisierung von abgewehrten problematischen Erfahrungen (psychodynamisch)
1	Unerwünschte Gedanken	Die Patientin vermeidet es aktiv, sich dem Erlebnis zu stellen. Problematische Stimmen tauchen auf als Reaktion auf Interventionen des Therapeuten oder äussere Umstände, werden dann aber unterdrückt oder vermieden. Der Affekt ist intensiv und negativ, aber episodisch und diffus; der Zusammenhang zum Probleminhalt ist u. U. unklar.	Bewusstsein erhöhen	Angst vor Kontrollverlust	Focusing (erlebnisorientiert)
2	Vages Bewusstsein	Der Patient ist sich einer problematischen Erfahrung bewusst, kann aber das Problem nicht klar formulieren. Die problematische Stimme ist nun anhaltend bewusst. Der Affekt beinhaltet intensiven psychischen Schmerz, der mit dem Probleminhalt zusammenhängt.	Erfahrung intensivieren und gleichzeitig die Kontrolle gewinnen	Emotionaler Schmerz	Systematisches, evokatives Erschliessen (erlebnisorientiert)

3	Problemklärung	Der Inhalt umfasst eine klare Aussage über ein Problem, an dem gearbeitet werden kann. Gegensätzliche Stimmen können differenziert und expliziert werden. Der Affekt ist negativ, aber zu bewältigen, nicht panisch.	Erfahrung intensivieren; Verständnis oder Einsicht fördern	Beginnende Abgrenzung von der problematischen Erfahrung	Zwei-Stuhl-Dialog (erlebnisorientiert)
4	Einsicht	Die problematische Erfahrung wird formuliert und in irgendeiner Weise verstanden. Die Stimmen treten miteinander in Austausch. Der Affekt kann gemischt sein mit positiven und negativen Phasen.	Einsicht erweitern	Verstehen der persönlichen Lebensgeschichte	Interpretation (psychodynamisch)
5	Anwendung	Das Verständnis wird verwendet, um an einem Problem zu arbeiten. Die Stimmen arbeiten zusammen. Der affektive Ton ist positiv, optimistisch.	Einsicht erweitern, Umsetzung im Verhalten	Erkundung möglicher Lösungsansätze	Aufbau von Skills zur Emotionsregulation (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)
6	Problemlösung	Die ehemals problematische Erfahrung ist eine Ressource geworden, die bei der Problemlösung unterstützt. Es kann flexibel mit den Stimmen umgegangen werden. Der Affekt ist positiv, zufrieden.	Umsetzen im Verhalten	Konkreter Erfolg	Selbstbehauptungstraining (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)
7	Bewältigung	Die Patientin verallgemeinert automatisch Lösungen. Die ehemals problematische Stimme wird vollständig integriert und dient als Ressource. Der Affekt ist positiv oder neutral (d. h., es ist nicht mehr etwas, über das man sich aufregen muss).	Stabilisieren des Verhaltens	x	Aufbau von Problemlösefähigkeiten (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)

Anmerkung. Die aufgelisteten Vorschläge sind weder als präskriptiv noch als abschliessende Liste zu verstehen. x bedeutet, dass es auf dieser Stufe keinen Marker gibt.

Heidelberger Umstrukturierungsskala

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Heidelberg Structural Change Scale, HSCS; Rudolf et al., 2000) beschreibt ein weiteres Veränderungsmodell, welches aufeinander aufbauende Stufen der Problemeinsicht definiert. Die HSCS ist in ihrem formalen Aufbau an die Skala APES angelehnt (vgl. Tabelle 2), wobei die Stufen in ihrer Grundstruktur beibehalten wurden. Im Gegensatz zur APES baut die HSCS jedoch auf einem psychodynamischen Störungsverständnis auf. Ausgangspunkt ist dabei die Annahme, dass Defizite im psychischen Funktionieren die Entwicklung einer psychischen Störung prädisponieren. Problematische lebensgeschichtliche Erfahrungen, wie beispielsweise ungünstige situative Umstände, familiäre Belastungen oder Traumatisierungen, resultieren in dysfunktionale Dispositionen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen können (Rudolf et al., 2000): Mangel an positiven Beziehungserfahrungen, Übermass an negativer Emotionalität, Internalisierung dysfunktionaler Interaktionsmuster, Verdrängung von grundlegenden Bedürfnissen und Wünschen sowie mangelnde Fähigkeiten im Umgang und Lösen von Konflikten. Diese Dispositionen hindern die Patientin wiederum daran, notwendige Entwicklungsschritte zu vollziehen und die für die Bewältigung des Alltags erforderlichen Kompetenzen vollumfänglich zu erwerben. Die HSCS hat folglich den Anspruch, Veränderung der für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Beeinträchtigungen relevanten, dysfunktionalen Persönlichkeitsdispositionen zu erfassen. Diese Art von Veränderung wird auch als Umstrukturierung (in Anlehnung an den Begriff der *Persönlichkeitsstruktur*) bezeichnet. Innerhalb der Psychodynamischen Psychotherapie existieren verschiedene Definitionen von *Struktur*, wobei sich die vorliegende Arbeit auf den Strukturbegriff des Arbeitskreises zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; 2006b) bezieht. Die OPD beschreibt Struktur als die Gesamtheit an verfügbaren psychischen Funktionen, welche für die Selbstregulierung und die Beziehungsgestaltung erforderlich sind. Das Ziel dieser Funktionen ist es, mittels intrapsychischer Organisation und Regulation Wohlbefinden und Zufriedenheit mit sich und den zwischenmenschlichen Beziehungen zu garantieren. Für weitere Ausführungen zum Strukturbegriff wird auf den Artikel von Kruse (2017) verwiesen.

Die Anwendung der Umstrukturierungsskala setzt die Formulierung eines Problemfokus voraus, an welchem der Umstrukturierungsprozess beobachtet wird. In den bisher publizierten Studien (u. a. Grande et al., 2001; Leising et al., 2006; Leuzinger-Bohleber et al., 2019) wurde der Fokus durch die Einschätzung anhand der Operationalisierten Psychodynamischen

Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2006b) gewonnen. Anhand einer vordefinierten Fokusliste werden auf drei Achsen – Achse II: Beziehung, Achse III: Konflikt, Achse IV: Struktur⁷ – die entsprechenden Problembereiche (Foki) ausgewählt, von welchen angenommen wird, dass sie die Schwierigkeiten des Patienten möglichst vollständig abbilden (Schneider et al., 2018). Die Autoren der HSCS weisen explizit darauf hin, dass die Umstrukturierungsskala auch unabhängig von der OPD und der vorgegebenen Fokusliste verwendet werden kann (Rudolf et al., 2000). Unabhängig von der Herangehensweise zur Fokidefinition wird von den Foki angenommen, dass sie die Symptome und Belastungen der Patientin hervorrufen und aufrechterhalten. Um eine Verbesserung der Symptome und Belastungen zu erreichen, müsste es zu einer entscheidenden Veränderung im Erleben hinsichtlich des Problembereichs sowie des Umgangs damit kommen. Die Problembereiche können als Behandlungs- oder Forschungsfoki definiert werden (Rudolf et al., 2000). Erstere wurden von der Behandlungsperson erstellt oder sind ihr zumindest bekannt und werden im Therapieprozess aktiv bearbeitet. Forschungsfoki hingegen sind der behandelnden Therapeutin nicht bekannt. Insofern werden sie nicht während des Therapieprozesses verändert.

Die Stufen der HSCS sind in Tabelle 3 detailliert beschrieben. Alle Stufen können für eine differenziertere Bewertung in zwei (Stufen 1 und 7) beziehungsweise drei (Stufen 2 bis 6) Unterstufen unterteilt werden, wobei ein Minuszeichen eine Tendenz zur nächstniedrigeren und ein Pluszeichen zur nächsthöheren Stufe des HSCS beschreibt (für das vollständige Manual siehe Arbeitskreis OPD, 2006a). Nebst der Beschreibung des Therapieprozesses dient die HSCS auch der Evaluation der Behandlungsergebnisse. Die HSCS wurde anfänglich ausschliesslich im stationären Setting (Psychosomatische Kliniken in Deutschland) untersucht und auf Patienten mit depressiven, somatoformen, Angst- oder Essstörungen angewendet (z. B. Grande et al., 2001; Schneider et al., 2006). Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen schlussfolgerten Grande et al. (2001), dass das Erreichen von Stufe 4 ein wünschenswertes Ziel der stationären Psychotherapie ist und eine günstige Voraussetzung für eine gegebenenfalls indizierte ambulante Anschlusstherapie nach der Klinikentlassung darstellt (Rudolf & Grande, 2000). Weiter argumentieren Grande et al. (1997), dass strukturelle Veränderung (Stufen 5 bis 7), als eine bedeutende Veränderung persönlicher psychologischer Funktionsmuster, hingegen erst mittels einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung erzielt wird.

⁷ Die Achse I entspricht dem «Psychotherapiemodul», womit Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte der Patientin erhoben werden. Diese Achse stellt keinen Bestandteil der Fokusliste dar (siehe Schneider et al., 2018).

Tabelle 3

Übersicht über die einzelnen Stufen der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Stufe	Code	Kurzbeschreibung	Auszug aus dem Manual
1: Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1	Völlige Abwehr bzw.	Der Problembereich ist völlig unbewusst. Erfahrungen, die damit in Verbindung stehen, werden vermieden.
	1+	Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt «kein Problem»	Problematisches Verhalten ist ich-synton. Es gibt bezogen auf den kritischen Bereich für den Patienten «kein Problem». Da hier keine Problemeinsicht besteht, ist eine Veränderung nicht möglich. Der Affekt auf dieser Stufe ist ahnungslos, indifferent oder ein diffuses Unwohlsein.
2: Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2-	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen,	Unangenehme Empfindungen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Problembereich können nicht mehr abgewiesen werden. Die Beschäftigung mit dem Fokusproblem erfolgt aber nur gezwungenermassen und ist oft durch äussere Konfrontationen angestossen. Es besteht weiterhin keine Einsicht darüber, dass die Schwierigkeiten mit der eigenen Person zu tun haben könnten. Daher sind insbesondere die negativen Affekte und nicht die Probleminhalte störend. Vorherrschende Affekte sind Unbehagen, Bedrückung gegen innen und Wut, Ärger gegen aussen.
	2+	von aussen kommend erlebt	
3: Vage Fokuswahrnehmung	3-	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung,	Patient bemerkt bzw. ahnt die Existenz einer Schwierigkeit, die zu ihm gehört und nicht einfach abgewiesen werden kann. Das Problem bekommt im Zuge der Wiederholungen eine kontinuierliche Existenz, ist inhaltlich jedoch weiterhin undifferenziert. Negative Affekte entstehen durch die Spannung zwischen Unabwendbarkeit des Fokusproblems einerseits und einer defensiv-aversiven Haltung andererseits.
	3+	Ahnung eigener Verantwortung	
4: Anerkennung und Erkundung des Fokus	4-	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive «Bewältigung»	Der Problembereich beginnt im Bewusstsein des Patienten eine Gestalt zu bekommen, d. h. es gibt Ansätze zu einer aktiven, offensiven Beschäftigung damit. Die eigene Person wird als Ursprung der Schwierigkeiten wahrgenommen. Das Problem kann als Aufgabe formuliert und damit zum Gegenstand einer therapeutischen Arbeit gemacht werden. Destruktive und abwehrende Bewegungen können diese Haltung unterbrechen, sie jedoch nicht aufheben. Ressourcen werden verfügbar gemacht, die Patientin entdeckt erstmals Steuerungsmöglichkeiten und erlebt Optimismus und Tatkraft.
	4+		

5: Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich	5- 5 5+	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur «Pas- sion», Trauer, Ausge- liefertsein, Verwirrung	Auf dieser Stufe erkennt die Person, dass alte Bemühungen oder Reparationsversuche nicht greifen. Es entsteht eine Verunsicherung bezüglich der Bewertungen der eigenen Person und anderer. Die eigene Person wird als begrenzt oder beschädigt wahrgenommen. Resignation und verzweifelte Stimmungen wechseln sich mit Reparationsbewegungen ab. Eine Rückkehr zur Vermeidung und den alten Bewältigungsmuster ist nicht mehr möglich. Gleichzeitig ist ein alternativer, neuer Umgang noch nicht etabliert. Im Affekt dominieren Trauer, Verzweiflung, Depressivität, Überwältigung.
6: Neu- strukturie- rung im Fokusbereich	6- 6 6+	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens-/ Ver- haltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	Aufgabe und Verabschiedung von gewohnten Modi der Bewältigung, da sie nicht mehr gebraucht werden im Umgang mit dem Problembereich. Die Person ist in ihrem Erleben mehr und mehr für sich selbst zuständig, kann ihr Leben im Problembereich gestalten und verantworten. Erfahrungen des Scheiterns stellen diese neu gewonnene Haltung nicht mehr grundsätzlich infrage. Neue Ziele, Werte und Handlungen können erarbeitet werden. Positive Bewertung von Personen und Ereignissen aus der Vergangenheit als auch Vergebung wird möglich.
7: Auflösung des Fokus	7- 7	Integration, Selbstübereinstim- mung, realitätsgerech- tes Erleben, Neugestal- tungen	Der Umgang mit dem Problembereich ist etwas Selbstverständliches geworden. Der Bereich hat im Erleben der Person seine besondere Bedeutung verloren, der Affekt ist neutral geworden. Das Problem ist etwas Zurrückliegendes, mit dem sich die Person nur noch in der Erinnerung beschäftigt. Sie erlebt Offenheit, Freiheit und Integrität.

Anmerkung. Auszüge aus dem Manual in Anlehnung an Arbeitskreis OPD (2006c) und Grande et al. (2001). Es werden jeweils zwei dominante Veränderungsformen unterschieden: Die Veränderung auf den Stufen 3 und 4 wird im Rahmen der aktiven *Bewältigung* gesehen. Die Veränderung auf den Stufen 5 bis 7 wird hingegen als *strukturelle Veränderung* definiert.

3 Hintergrund und Ziel des Projekts «Improve»

3.1 Der «Berner Ansatz»

Die *Psychologische Therapie* (Grawe, 2000) bezeichnet einen integrativen therapeutischen Ansatz, der den Ideen der *Allgemeinen Psychotherapie* (Grawe, 1999; Grawe & Caspar, 2011) entspricht und im Rahmen des postgradualen Masterstudiums in Psychotherapie gelehrt sowie an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern praktiziert wird. Es handelt sich bei der Psychologischen Therapie um einen hauptsächlich kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz, welcher interpersonale, systemorientierte und klärungsorientierte Ansätze miteinbezieht, soweit sich diese als empirisch wirksam erwiesen haben. Er integriert zudem empirisch fundierte Erkenntnisse und Konzepte aus der Grundlagenforschung, wie unter anderem den Kognitionswissenschaften, der Emotions- und Sozialpsychologie sowie der Neurobiologie. Die Psychologische Therapie orientiert sich an den empirisch gestützten Wirkfaktoren nach Grawe (d. h. Problemaktivierung, Problembewältigung, Klärung und Ressourcenaktivierung), wobei für jeden Patienten eine individuelle Fallkonzeption geschrieben wird, um sich mit der Passung des therapeutischen Vorgehens an die Probleme und Bedürfnisse des jeweiligen Patienten auseinanderzusetzen (Caspar, 2018a; Grawe et al., 1996; Itten et al., 2004). Um das Ziel der Individualisierung des Therapieprozesses zu erreichen, ist es wünschenswert, dass (a) für alle Wirkfaktoren eine ausreichende Auswahl an Interventionen und Konzepten zur Verfügung steht und (b) der Einsatz jener empirisch untersucht wurde. Dabei lassen sich die therapeutischen Interventionen jeweils unterschiedlichen Wirkfaktoren unterordnen. So hat beispielsweise die KVT ihren Schwerpunkt in der Problemaktivierung und -bewältigung (z. B. mittels Exposition oder Verhaltensexperimente). Systemische Ansätze eignen sich hingegen gut zur Ressourcenaktivierung. Personenzentrierte und psychodynamische Orientierungen bieten wiederum überwiegend Interventionen zur Klärung an. Obschon die Psychologische Therapie als Ansatz zur Ebene der *theoretischen Integration* gezählt wird, entspricht ihr konkretes therapeutisches Vorgehen, so wie es von den Therapeutinnen während der Therapie fortlaufend angepasst wird, der *assimilativen Integration* (vgl. Caspar, 2009).

Die Psychologische Therapie basiert auf der Konsistenztheorie, die besagt, dass jedes Individuum – explizite wie implizite – spezifische Ziele entwickelt, um seine psychologischen

Bedürfnisse zu befriedigen und deren Frustration im Lebensverlauf zu verhindern. Das Kernkonstrukt der Konsistenztheorie, die Konsistenz, fungiert als Erklärungsmodell zur Entwicklung und Aufrechterhaltung sowohl normaler als auch pathologischer mentaler Prozesse (Grawe, 2004). Konsistenz bezieht sich dabei auf einen Zustand des Organismus und kann als ein grundlegendes Prinzip der intrapsychischen Regulation verstanden werden. Ein Zustand von totaler Konsistenz ist bei Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden, intrapsychischen Prozesse gegeben. Um letztere so harmonisch wie möglich zu halten (d. h. Inkonsistenzen zu vermeiden), wendet der Mensch selbstregulative, konsistenzsichernde Mechanismen an (z. B. Emotionsregulation).

Die Fallkonzeption umfasst verschiedene Bestandteile zur Analyse der Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme des Patienten. Dabei wird der grundlegenden Frage nachgegangen, welche Umstände im Leben des Patienten zu Inkonsistenz führen (Grawe, 2000). Nebst der Problemanalyse berücksichtigt die Fallkonzeption die Stärken und Ressourcen einer Patientin. Weiter beinhaltet sie eine Analyse möglicher Probleme und Chancen hinsichtlich der Therapiebeziehung. Unterstützend wird hierbei das präskriptive Konzept *der Motivorientierten Beziehungsgestaltung* (Caspar, 2018a; Grawe, 1992) herbeigezogen. Die Motivorientierte Beziehungsgestaltung leitet sich von der *Plananalyse* ab (Caspar, 2018a), welche eine Analyse verschiedener Probleme sowie Interaktionsmuster unter Einbezug adaptiver Strategien und Ressourcen umfasst. Der Hauptfokus der Plananalyse ist die instrumentelle Funktion von Verhalten und Erleben. Basierend auf dem verbalen sowie insbesondere nonverbalen Verhalten des Patienten macht der Therapeut Rückschlüsse auf die implizierten Pläne und Motive der Patientin (Caspar, 2018a). Entsprechend dieser individuellen Plan- und Motivstruktur gestaltet die Therapeutin die Therapiebeziehung, wobei es das Ziel ist, dem Patienten zwar die Möglichkeit zu bieten, seine Motive innerhalb der Grenzen der therapeutischen Beziehung zu befriedigen, ohne jedoch dabei problematische Pläne, dysfunktionale Verhaltensweisen oder schwierige Erfahrungen zu verstärken (Caspar, 2018a). Da Pläne immer Mittel zur Motivbefriedigung sind, entfällt somit für die Patientin implizit die Notwendigkeit, die dysfunktionalen Verhaltensweisen oder Interaktionsmuster zu zeigen. Der Einsatz von problematischen Mitteln wird überflüssig, da die motivationale Basis entzogen wurde (Caspar, 2008b, 2018a).

Insgesamt wird in der Psychologischen Therapie das therapeutische Vorgehen individuell entwickelt mit dem Ziel, massgeschneiderte Psychotherapien anzubieten, wobei allgemeine und störungsspezifische ätiologische Modelle sowie konkrete therapeutische Verfahren, die oft in Manualen beschrieben sind, verwendet werden, ohne sich ganz genau an diese Manuale zu halten (Caspar, 2009). Im Sinne der *Allgemeinen Psychotherapie* ist die Wahl der

sinnvollen Konzepte und Interventionen grundsätzlich offen, aber die empirische Evidenz ist ein starkes Argument gewisse Interventionen vorzuziehen. Prinzipiell werden alle Wirkfaktoren genutzt (siehe auch die Studien von Grawe et al., 1990; Grosse Holtforth et al., 2008a). Es zeigte sich jedoch, dass die Arbeit mit Emotionen (den Wirkfaktoren Problemaktivierung und Klärung zuzuordnen) weniger genutzt wird als kognitive Formen der Klärung, der gezielte Aufbau von Kompetenzen sowie die Durchführung von Verhaltensübungen (was wiederum dem Wirkfaktor Problembewältigung zuzuordnen ist).

3.2 Emotionen und deren Stellenwert innerhalb der Psychotherapie

Die Annahme eines engen Zusammenhangs zwischen Emotionalität und psychischer Gesundheit ist sowohl in der Psychotherapieforschung als auch der -praxis weit verbreitet (Greenberg, 2004; Greenberg & Safran, 1989). Insbesondere die traditionellen Ansätze der Humanistischen und Psychodynamischen Psychotherapie, aber auch neuere Ansätze wie die Emotionsfokussierte Therapie, messen einer adaptiven Emotionalität eine hohe Wichtigkeit für das psychische Funktionieren bei (Whelton, 2004). In verschiedenen Psychotherapieansätzen wird die emotionale Verarbeitung als ein wichtiger Mechanismus der therapeutischen Veränderung angesehen (z. B. Foa & Kozak, 1986; Greenberg, 2015; Pascual-Leone, 2018). Verschiedene empirische Studien haben gezeigt, dass eine verbesserte emotionale Verarbeitung mit positiven Behandlungsergebnissen assoziiert ist (u. a. Castonguay et al., 1996; Goldman et al., 2005; Pos et al., 2003). Je nach theoretischem Ansatz wird der Begriff der emotionalen Verarbeitung unterschiedlich definiert. Allen Definitionen ist jedoch gemeinsam, dass emotionale Verarbeitung die Aktivierung von problemrelevanten Emotionen und die kognitive Explizierung ihrer Bedeutung beinhaltet (Greenberg, 2015; Whelton, 2004). Mittels traditioneller Expositionsverfahren wurde eine Veränderung der Angst durch die Exposition gegenüber angstbesetzten Reizen sowie die gleichzeitige Integration korrekativer Erfahrungen erreicht (Foa & Kozak, 1986). Innerhalb der KVT wurde die emotionale Veränderung ursprünglich als Produkt der kognitiven Umstrukturierung verstanden (Beck, 2010; Samoilov & Goldfried, 2000). Mit der dritten Welle der KVT veränderte sich dies. Der emotionalen Verarbeitung wird seither eine grössere Bedeutung zugeschrieben, auch wenn sie weiterhin nicht das primäre Ziel der therapeutischen Arbeit darstellt (Hayes & Hofmann, 2017). Sie wird stattdessen als Konsequenz der Integration neuer Informationen und Erfahrungen in zentrale kognitiv-affektiven Schemata gesehen (Baker et al., 2012; Caspar, 2018a; Grawe, 2000; Yasinski et al., 2020).

Im Gegensatz dazu wird in der Emotionsfokussierten Therapie (EFT; Greenberg, 2015) die emotionale Verarbeitung als ein primärer therapeutischer Veränderungsmechanismus gesehen. EFT bezieht sich auf gängige Konzepte der Emotionspsychologie und umfasst eine Reihe von Interventionen. EFT ist ein prozessorientierter Ansatz, der ein empathisches Beziehungsangebot und prozessleitende Interventionen integriert, die darauf abzielen, emotionale Veränderungen zu bewirken und die Fähigkeit des Patienten zum Umgang mit Emotionen zu verbessern (Greenberg, 2015; Watson, 2018). In der EFT werden verschiedene Arten des emotionalen Erlebens und Verarbeitens differenziert. Wichtige Unterscheidungen sind primäre versus sekundäre und adaptive versus maladaptive Emotionen (Greenberg, 2015). Während eine primäre Emotion als natürliche Reaktion aufgefasst werden kann, welche Informationen über essenzielle Bedürfnisse einer Person beinhaltet, sind die sekundären Emotionen überlagerte, verzerrte emotionale Reaktionen, welche lerngeschichtlich bedingt und nicht mehr direkt mit einem Bedürfnis verbunden sind. Maladaptiv bedeutet wiederum, dass Emotionen nicht hilfreich sind, weil nur adaptive Emotionen zu Handlungen führen, die der Bedürfnisbefriedigung entsprechen. Emotionale Verarbeitung bedeutet folglich die Transformation von maladaptiven, sekundären hin zu primären, adaptiven Emotionen (Greenberg, 2015). Mittlerweile liegt eine Vielzahl an wissenschaftlichen Belegen für die Wirksamkeit von EFT vor, sodass die APA-Kriterien für eine empirisch validierte Behandlung bei Depressionen und als Anwendung in der Paartherapie erfüllt sind (Greenberg & Goldman, 2008; Greenberg & Watson, 2005). Zudem wurden in den letzten Jahren weitere empirische Studien veröffentlicht, welche die Wirksamkeit von EFT auch bei anderen Störungsbildern belegen (z. B. Paivio et al., 2010).

3.3 Das Improve-Projekt

Nach den Konzepten von Grawe sollten der Aktivierung von Emotionen und der anschließenden Klärung prinzipiell gleiches Gewicht zukommen wie den traditionelleren KVT-Elementen. Es zeigte sich jedoch, dass in der Praxis die angehenden Psychotherapeutinnen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern emotionsbezogene Interventionen seltener anwenden als es wohl indiziert wäre, wenn vom Anforderungsprofil einzelner Patientinnen ausgegangen wird. Eine wichtige Forderung der Psychologischen Therapie ist damit nicht voll erfüllt. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Erlernen solcher Techniken von den Auszubildenden als schwieriger empfunden wird. Gleichzeitig ist das Spektrum an emotionsbezogenen Interventionen, die innerhalb der *Psychologischen Therapie* üblicherweise explizit vermittelt werden, im Vergleich zu rein emotionsfokussierten Ansätzen, wie beispiels-

weise der EFT, begrenzt (siehe Greenberg, 2015). EFT erscheint daher als eine geeignete Ergänzung der Psychologischen Therapie, um die Berücksichtigung von und Arbeit mit Emotionen zu fördern. Auch wenn die Wirksamkeit von EFT mittlerweile bestätigt ist (z. B. Goldman et al., 2006; Greenberg & Watson, 1998; Pos et al., 2003; Watson et al., 2003), gibt es bisher keine Studie, welche die Auswirkungen der Integration von EFT-basierten Interventionen in einer Art und Weise untersucht, die der gängigen integrativen Praxis nahekkommt. Eine Ausnahme bildet die erst kürzlich erschienene Studie von Gómez Penedo et al. (2020), welche die unterschiedlichen Veränderungsmechanismen in der KVT sowie in der expositionsbasierten kognitiven Therapie (EBCT; Hayes, Ready, et al., 2015) untersuchte. EBCT ist eine integrative Form der KVT, welche emotionsfokussierte Interventionen in einen allgemeinen kognitiv-behavioralen Rahmen einbezieht. Gómez Penedo et al. (2020) konnten zeigen, dass EBCT im Vergleich zur KVT zu einer grösseren Zunahme an Emotionswahrnehmung, -regulation und -reflexion während der Behandlung führte. Trotz dieser Studie kann keine Aussage über die Auswirkungen und Bedeutung der Anwendung emotionsfokussierter Techniken im Rahmen eines integrativen Verfahrens im Sinne der assimilativen Integration getroffen werden. Zudem scheint es wichtig, dass eine Studie, welche sich dieser Untersuchung widmet, auch potenzielle Nachteile der Integration untersucht. So sollte die Integration neuer Konzepte mit dem Ziel, das Therapieverfahren zu verbessern, nicht zu negativen Nebeneffekten führen. Zur Beantwortung dieser sowie anderer Forschungsfragen wurde das *Improve*-Projekt (Schweizerischer Nationalfonds, Grant 100019_159425; Hauptantragssteller: Prof. Dr. Franz Caspar; Mit Antragsteller: Prof. Dr. Thomas Berger und Prof. Dr. Martin grosse Holtforth; ClinicalTrials.gov: NCT02822443) konzipiert. Der offizielle Titel des Projekts lautet «The Impact of Integrating Emotion Focused Components Into Psychological Therapy», wurde jedoch kurz «*Improve*» benannt. Die Abkürzung nimmt Bezug auf Grawes *Allgemeine Psychotherapie* und das darin enthaltene asymptotische Ziel, mittels Integration empirisch fundierter Therapieansätze und Konzepte die Psychotherapie, und damit auch der Psychologischen Therapie, stetig weiterzuentwickeln und bestenfalls deren Wirksamkeit zu verbessern.

Das Ziel des Projekts war es, die Integration von EFT in die Psychologische Therapie hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Therapieprozess sowie auf die Therapeuten systematisch zu untersuchen (siehe Projektantrag, Caspar et al., 2015). Um ein Gleichgewicht betreffend Umfang von Training und Supervision für das Projekt zu gewährleisten und somit unspezifische Effekte zu kontrollieren, wurde das Design um eine weitere Therapiebedingung ergänzt, wobei deren Zusatz aus Therapieelementen bestand, die bereits Teil der Psychologischen

Therapie sind. Die Absicht des Projekts war es, insgesamt 130 Erwachsene⁸, bei denen eine unipolare Depression, Angst- oder Anpassungsstörung diagnostiziert wurde, entweder mit Psychologischer Therapie plus integrierten emotionsfokussierten Komponenten (PT+EFT) oder Psychologischer Therapie plus Interventionen, welche auf der Selbstregulationstheorie von Carver und Scheier (2000) (PT+SR) basieren, an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern zu behandeln.

Selbstregulation stellt nach der Auffassung von Carver und Scheier (2000) ursprünglich ein theoretisches Modell dar, welches zur Einordnung adaptiver und maladaptiver Funktionsweisen von Menschen herangezogen werden kann. Dabei geht es darum, wie ein Individuum es schafft oder nicht schafft, seine Bedürfnisse zu befriedigen, beziehungsweise, um es in der Terminologie von Grawes Konsistenztheorie (2000) auszudrücken, Konsistenz herzustellen. Selbstregulation baut auf der Annahme auf, dass ein Mensch Einfluss auf die Verarbeitung eines Ereignisses hat (Kanfer & Hagerman, 1981; Kanfer et al., 2012). Sie kann unterteilt werden in bewusste, explizite, absichtsvolle und nicht oder nur teilweise bewusste, selbstorganisierte Prozesse (Carver & Scheier, 2002). Die Selbstregulation zählt somit zu den Dual Process Modellen (Caspar, 2016). Bei adaptiver, unproblematischer Selbstregulation findet ein Wechselspiel zwischen absichtsvollen und selbstorganisierten Prozessen statt. Die beiden Arten der Regulation ergänzen sich im Idealfall. Im klinischen Kontext sind hingegen die Fälle interessant, bei denen diese Zusammenarbeit nicht gut funktioniert. Psychische Probleme hängen oft damit zusammen, dass eine Art der Regulation dominant und so die Regulation insgesamt starr wird. Psychotherapie zielt beispielsweise häufig darauf ab, maladaptive selbstorganisierte Prozesse durch Förderung der Einsicht zu unterbrechen und durch bewusste Steuerung zu ersetzen. Nach einer ersten Phase der Bewusstmachung wird schliesslich auf eine absichtsvolle Selbstkontrolle anhand des neu erlernten Repertoires (Kognitionen, Emotionen oder Verhalten betreffend) hingearbeitet, bis auch diese Muster wieder selbstorganisiert sind (Caspar, 2016). Seltener, aber ebenfalls psychische Störungen bedingend, können maladaptive, starre Formen der absichtsvollen Selbstregulation sein. So werden zum Beispiel Patienten mit Zwängen ineffizient und können ihr berufliches und/oder privates Leben nicht mehr bewältigen, weil sie alles bewusst kontrollieren wollen (das Beispiel stammt aus Caspar, 2018a). Der Transfer der Selbstregulationstheorie in die klinische Praxis wurde von Franz Caspar in Zusammenarbeit mit Charles Carver ausgearbeitet und wird im Rahmen der Therapiebedingung PT+SR innerhalb

⁸ Im Gegensatz zu anderen universitären Ambulanzen besteht die Klientel an der PtP nicht überwiegend aus Studierenden oder universitären Mitarbeitenden.

des Improve-Projekts untersucht. Der Schwerpunkt liegt auf der Identifikation und Veränderung von Faktoren, die zur Verwendung von ungünstigen Regulationsformen führen. Entsprechende Interventionen wurden aus dem theoretischen Modell der Selbstregulation abgeleitet, wobei in der Psychologischen Therapie bereits diverse Interventionen zur Wiederherstellung einer flexiblen Selbstregulation enthalten sind (z. B. achtsamkeitsbasierte Interventionen, Training sozialer Kompetenzen, Skills-Training). Für eine ausführliche Beschreibung der Behandlungsansätze wird an dieser Stelle auf das Studienprotokoll verwiesen (siehe Babl et al., 2016).

Zur Überprüfung des Therapieeffekts wurden als primäre Ergebnisvariablen Fragebogen (Selbstbeurteilung) zu Psychopathologie und Symptomschwere sowie als sekundäre Ergebnisvariablen Fragebogen zu zwischenmenschlichen Problemen, dem psychischen Wohlbefinden, der Lebensqualität und emotionalen Kompetenz herangezogen. Die Fragebogen wurden den Patientinnen zu Therapiebeginn, nach acht und 16 Sitzungen, am Ende der Therapie (d. h. nach 25 ± 3 Sitzungen) sowie bei der Katamnese nach 6, 12 und 36 Monaten abgegeben. Zusätzlich wurden mittels Fremdbeurteilungsverfahren zu Therapiebeginn und -ende klinische Interviews zur Diagnostik psychischer Störungen (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-TR; First et al., 2002), zum Ausmass der Depressivität (Hamilton Depression Rating Scale, HAMD-17; Hamilton, 1967) und der Definition von individuellen Therapiezielen, beziehungsweise der Zielerreichung (Goal Attainment Scaling, GAS; Kiresuk et al., 2014), durchgeführt. Darüber hinaus wurden im Rahmen verschiedener Doktorarbeiten unterschiedliche Prozessvariablen untersucht.

Ein wesentliches Ziel des Improve-Projekts war es, besser zu verstehen, wie ein bestehender und gut ausgearbeiteter Psychotherapieansatz durch die Integration neuer Elemente weiter bereichert werden kann. Die Hauptforschungsfragen des Projekts lauteten, (a) ob die Integration zentraler EFT-Elemente zu tieferen und nachhaltigeren Effekten führt als die üblicherweise praktizierte Version der PT und (b) ob es negative Nebenwirkungen der Integration gibt, indem beispielsweise den traditionelleren Elementen und Verfahren weniger Aufmerksamkeit und Zeit gewidmet wird.

4 Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Wie in Kapitel 2.1.5 aufgezeigt wurde, besteht weiterhin eine Forschungslücke, wenn es um die Wirksamkeit integrativer Verfahren geht, insbesondere wenn die assimilative Integration gemeint ist. Der Nutzen, die Möglichkeiten sowie die Konsequenzen der assimilativen Integration wurden bisher selten empirisch untersucht, was sicherlich auch an der Schwierigkeit

liegt, valide Untersuchungen zu diesen Fragestellungen zu betreiben. Während es mehr Forschung zu «reinen» oder zwar integrativen, aber in sich geschlossenen Therapieansätzen gibt, verwenden die meisten Praktikerinnen diese Ansätze in angepasster Form und flechten im Verlauf ihrer Karriere neue Konzepte und Interventionen in ihr therapeutisches Vorgehen ein. Dies führt zum unbefriedigenden Umstand, dass der Grossteil der verfügbaren Evidenz sich nicht auf die vorherrschende Praxis übertragen lässt. Die Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern trägt unter anderem mit dem Angebot des postgradualen Masters in Psychotherapie seit Jahren zur Schliessung dieser Lücke bei, indem sie Psychologen zu integrativ orientierten Psychotherapeuten ausbildet und gleichzeitig mit der Psychotherapeutischen Praxisstelle eine Möglichkeit zur Erforschung von assimilativer Integration geschaffen hat. Dies sind essenzielle Schritte, wenn integrative Psychotherapie besser verstanden und deren Qualität weiter erhöht werden soll.

Gerade weil assimilative Integration einen hoch individualisierten, auf den Patienten, die Situation und den Therapeuten zugeschnittenen Prozess beschreibt, ist es unrealistisch, alle potenziellen Varianten eines assimilativ-integrativen Verfahrens in einer Studie zu erfassen. Das vorgestellte Improve-Projekt bietet jedoch die Möglichkeit, Psychotherapieintegration exemplarisch mit der Integration neuer Konzepte (EFT oder SR) innerhalb eines bereits integrativen Verfahrens (Psychologische Therapie) zu untersuchen. Durch die begrenzte Schulung in EFT während acht Tagen – im Vergleich zur Absolvierung einer mehrjährigen Weiterbildung – entspricht das Vorgehen eher der Art, wie sich bereits tätige Psychotherapeuten fortbilden, da es aufgrund beschränkter zeitlicher und finanzieller Ressourcen realistischer und damit häufiger ist, als eine volle zusätzliche Ausbildung im zu integrierenden Ansatz zu absolvieren. Dadurch, dass das Projekt im Rahmen der Routinebedingungen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle durchgeführt wird, zeichnet es sich durch eine hohe externale Validität aus. Mit dem Projekt wird angestrebt, einen Beitrag zur schrittweisen Schliessung der genannten Wissenschafts-Praxis-Lücke bezüglich Psychotherapieintegration zu leisten.

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, verschiedene Aspekte der integrativen Psychotherapie, wie sie an der Psychotherapeutischen Praxisstelle angewendet wird, zu untersuchen und dabei zu einem besseren Verständnis der Eigenschaften, Wirkungsweise sowie Chancen einer integrativen Praxis beizutragen. Dabei wird angenommen, dass ein integratives therapeutisches Vorgehen der gängigen Arbeitsweise vieler Praktiker näherkommt, als dies «reine» Therapieansätze tun (vgl. Cook et al., 2010; Norcross & Rogan, 2013). Es wird versucht, der Forderung nach einer integrativen Untersuchung mehrerer Faktoren innerhalb der Psychotherapieprozessforschung nachzukommen, indem prozedurale, patientenbezogene und

therapeutenbezogene Faktoren sowie deren Beitrag zum Psychotherapieergebnis analysiert werden (siehe Beutler et al., 2004). Die Studien im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind daher der vertieften Prozess- und Prozess-Ergebnisforschung zuzuordnen.

Zur Übersicht werden die im Rahmen der Dissertation durchgeführten Untersuchungen in das angepasste Multiphasenmodell von Doss (2004) eingeordnet. Dieses wurde unter Berücksichtigung gängiger Kritik von Psychotherapieprozessforschenden sowie eigenen Überlegungen zum Zwecke dieser Arbeit ergänzt (siehe *Abbildung 3*). Es dient sowohl als schematische Darstellung als auch als Orientierungsrahmen der verschiedenen Untersuchungen, welche im nachfolgenden Kapitel erläutert werden.

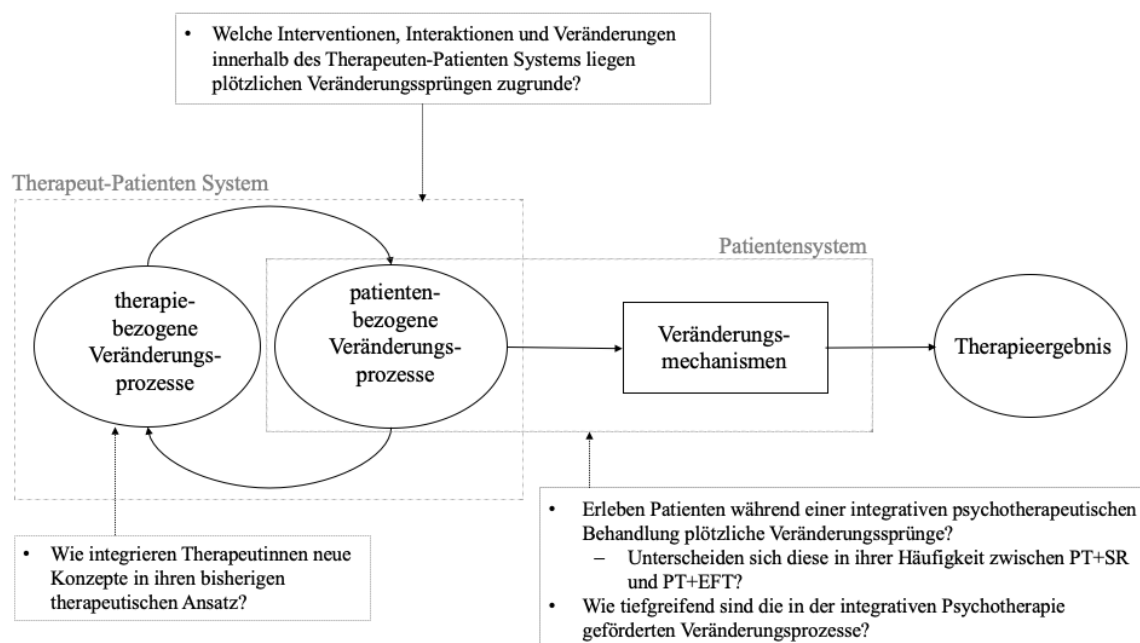


Abbildung 3. Erweiterung des Multiphasenmodells nach Doss (2004)

Die in der Originalversion des Multiphasenmodells beschriebenen patienten- sowie therapeutenbezogenen Veränderungsprozesse wurden in der erweiterten Darstellung entsprechend der Theorie der Synergetik (siehe Kapitel 2.2) als Therapeut-Patienten-System beschrieben. Zudem wurden die Veränderungsmechanismen, welche nur indirekt erschlossen werden können, als Teil des Patientensystems erachtet. Auf diese Weise wurde versucht auf den Umstand einzugehen, dass Psychotherapie sowie die dadurch angestossene Veränderung generell hochkomplexe Prozesse darstellen. Das Patientensystem wird dabei nicht nur durch die Inhalte der Psychotherapie sowie die Psychotherapeutin beeinflusst, sondern Veränderung geschieht

immer in Abhängigkeit spezifischer Rahmenbedingungen (z. B. situative Faktoren, durch welche das Leben eines Individuums mitbestimmt wird), wobei auch hier ein bidirektionaler Zusammenhang angenommen werden muss. Ein Individuum wird, bedingt durch seine Eigenschaften (z. B. bisherige Lebenserfahrungen, charakterliche Prädisposition), gewisse Lebensumstände im Sinne von Attraktoren eher aussuchen. Diese Umstände beeinflussen das Individuum wiederum in seinen Erfahrungen, indem sie beispielsweise alte psychologische Funktionsmuster verstärken. In den Kästen mit den punktierten Linien sind die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Auf der Seite der Therapeutin gilt das Interesse der Frage, wie relativ unerfahrene Therapeutinnen neue Konzepte in ihre therapeutische Arbeit, wie sie an der Psychotherapeutischen Praxisstelle ausgeübt wird, integrieren. Im Fokus steht der Veränderungsprozess der Therapeuten im Sinne eines Lernprozesses einschliesslich der damit einhergehenden Herausforderungen und Chancen (*Studie I*, siehe Kapitel 5.2). Was das Patientensystem betrifft, soll in zwei unterschiedlichen Studien der Frage nach plötzlichen Veränderungssprüngen (*Studie III*, siehe Kapitel 6.3), als eine Art nicht linearer Veränderungsprozesse, sowie der Frage nach tiefgreifenden und nachhaltigen Veränderungsprozessen (*Studie II*, siehe Kapitel 5.3) nachgegangen werden. Zudem wird untersucht, welche Faktoren des Therapeut-Patienten-Systems den plötzlichen Veränderungssprüngen zeitlich vorangehen.

Nebst der Erforschung eines integrativen Therapieansatzes ist ein weiteres Ziel der vorliegenden Dissertation, auch auf anderen Ebenen, zusätzlich zur praktisch-therapeutischen, einen integrativen Ansatz zu verfolgen. Auf der konzeptuellen Ebene werden Modelle und Forschungsinstrumente unterschiedlicher Therapieschulen (u. a. die Heidelberger Umstrukturierungsskala aus der Psychodynamischen Psychotherapie) zur theoretischen Herleitung von Veränderung und zur empirischen Überprüfung von Veränderungsmechanismen herangezogen. Hinsichtlich der methodischen Herangehensweise wird schliesslich unter Berücksichtigung quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden ein *Mixed-Method-Ansatz* im Sinne eines eingebetteten, oder integrativen, Designs verfolgt.

5 Vorgelegte Artikel im Rahmen des Improve-Projekts

Die vorliegende Dissertation umfasst das Studienprotokoll von *Improve* sowie drei, innerhalb dieses Projekts durchgeführte Studien, welche jede wiederum einen spezifischen Aspekt, im Sinne der Prozessforschung respektive Prozess-Ergebnisforschung, vertieft. Nachfolgend werden das Studienprotokoll sowie zwei der drei Studien zusammengefasst vorgestellt.

Studienprotokoll: Babl, A., grosse Holtforth, M., **Heer, S.**, Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., & Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: Investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(423), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>

Studie I: **Heer, S.**, Stähli, A., Edöcs, J., Suppiger, E., grosse Holtforth, M., Babl, A., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2021). How do novice therapists manage the process of assimilative integration? A qualitative interview study about the application of implicit heuristics. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000268>

Studie II: **Heer, S.**, Ehrenthal, J. C., Berger, T., Babl, A., Lin, M., Stähli, A., grosse Holtforth, M., & Caspar, F. (2021). Structural change in integrative psychotherapy and its predictive value for symptomology at follow-up. *Manuscript in preparation*.

Eine detaillierte Darstellung der drei Artikel in Form der Originalmanuskripte befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Die dritte Studie wurde nicht als Manuskript verfasst, weshalb sie stattdessen in Kapitel 6 beschrieben wird. Eine Übersicht über alle Studien kann in der Tabelle 4 eingesehen werden. Eine allgemeine Diskussion aller Studien folgt in Kapitel 7.

Für weitere Forschung im Rahmen des Improve-Projekts wird auf die Dissertationen von Anna Babl (2019) und Annabarbara Stähli (2021) sowie auf die Hauptpublikation (Caspar et al., 2021) verwiesen.

5.1 Zusammenfassung des Studienprotokolls

Das Studienprotokoll umfasst detaillierte Ausführungen zum Hintergrund und Ziel des Improve-Projekts. Es erklärt das Studiendesign sowie die Verfahren und Techniken, die zur Erreichung der vorgenommenen Ziele eingesetzt werden, und beschreibt die vorgeschlagene Methodik zur Datenerfassung und -verarbeitung. Das Studienprotokoll erfüllt in erster Linie den Zweck eines transparenten Vorgehens, um Publikationsverzerrungen zu minimieren und die Replizierbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Zusätzlich dient es als Basis für alle im Rahmen von Improve durchgeführten Publikationen. Da das Improve-Projekt bereits in Kapitel 3.3 dargestellt wurde, erfolgen an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen dazu.

5.2 Zusammenfassung der Studie I

Psychotherapeuten, die sich selbst als integrativ bezeichnen, werden gewöhnlich als autodidaktische Integrationisten betrachtet (Norcross & Halgin, 2005; Robertson, 1986). Erst nach Abschluss einer Therapierichtung beziehen sie im Verlauf ihrer Karriere weitere Konzepte anderer Therapierichtungen mit in ihre therapeutische Arbeit ein und entwickeln eine integrative Praxis. Trotz der wachsenden Popularität von Psychotherapieintegration bleibt die integrative Ausbildung ein selten erforschtes Gebiet. So wird unter anderem die Frage, zu welchem Zeitpunkt angehenden Psychotherapeutinnen ein integratives Modell vermittelt werden soll, kontrovers diskutiert (Hollanders, 1999; Norcross, 1986; Norcross & Beutler, 2000; Norcross & Halgin, 2005; Wolfe & Goldfried, 1988). Die erste Studie widmete sich diesem Thema, indem sie untersuchte, nach welchen Kriterien die relativ unerfahrenen Therapeutinnen des Improve-Projekts die neuen (EFT) oder ausgearbeiteten (SR) Konzepte in ihre Praxis einbezogen, was sie dabei als hinderlich beziehungsweise hilfreich erachteten und wie sich diese Erfahrungen über die Zeit hinweg entwickelten. Das Interesse galt dabei der individuellen Wahrnehmung der Therapeutinnen. Obschon die Therapeuten während ihrer postgradualen Ausbildung in Bern unterschiedliche Modelle (z. B. das *Wirkfaktorenmodell* oder das *Neukonstruktionsmodell*) kennenlernen, die sie in Form von Prinzipien in ihren Entscheidungsprozessen zur Umsetzung einer integrativen Psychotherapie unterstützen, blieb es bisher unbekannt, ob sie diese in ihrer Praxis explizit berücksichtigen. Basierend auf der Annahme, dass solche Leitprinzipien (zumindest teilweise) implizit angewendet werden, ohne dass der Entscheidung eines Therapeuten eine bewusste Überlegung vorausgeht, wurde ein qualitatives Vorgehen in Form von halbstandardisierten Interviews gewählt.

Tabelle 4

Überblick über die vorgelegten Artikel im Rahmen des Improve-Projekts

Studie		Ziel / zentrale Forschungsfragen	Stichprobe / Design	Material	Vorgehen
Studienprotokoll		Ermöglicht ein transparentes Vorgehen, vermindert das Risiko für Publikationsverzerrungen und begünstigt die Replizierbarkeit der Studie.			
I	Qualitative Studie zur Untersuchung der assimilativen Integrationsleistung von angehenden Psychotherapeutinnen	- Wie gestalten Therapeutinnen in Ausbildung die Integration neu erlernter Therapieelemente in ihre bisherige therapeutische Praxis? - Was sind die Vorteile und Herausforderungen?	$n = 26$ Therapeutinnen, insgesamt 97 Interviews Prozessforschung: Qualitative Erhebung mit einem 2 x 3 Design	Transkripte der Interviews Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt mittels MAXQDA 12.3	Interviewstudie zu den individuellen Erfahrungen mit der Integration von EFT- bzw. SR-Elementen; wiederholte Interviews nach der 8., 16. und 25. Therapiesitzung
II	Untersuchung zu tiefgreifender Veränderung (Umstrukturierung) in der Psychologischen Therapie	- Führt Psychologische Therapie zu Umstrukturierung? - Bewirkt die gezielte Förderung der emotionalen Verarbeitung eine inkrementelle Umstrukturierung?	$n = 78$ Patientinnen Prozess-Ergebnisforschung: Quantitative Methodik mit einem 2 x 4 Design unter Einbezug eines Ratinginstruments und Selbstbeurteilungsverfahren	Erfassung der individuellen Problembereiche anhand der Fallkonzeptionen Rating von Umstrukturierung mittels HSCS anhand von Videoaufnahmen ausgewählter Therapiesitzungen	Rating der HSCS prä und post Erhebung der Fragebogen zu prä, post, fu1, fu2

		- Hilft ein hohes Ausmass an Umstrukturierung bei der Prävention psychischer Symptome?		Therapieergebnis operationalisiert als Composite Mass aus BSI, BDI-II und BAI	Datenanalyse mittels multipler Regressionen
III	Untersuchung der plötzlichen Veränderungssprüngen zugrunde liegenden Veränderungsprozesse und -mechanismen	- Erleben Patienten während der Behandlung mit Psychologischer Therapie plötzliche Veränderungssprünge hinsichtlich der Symptombelastung? - Unterscheidet sich die Häufigkeit zwischen den Bedingungen? - Können Patienten mit einem solchen Veränderungssprung besser von der Therapie profitieren? - Welche patienten- und therapeutenbezogenen Veränderungsprozesse und -mechanismen gehen den plötzlichen Veränderungssprüngen voran?	Total: $n = 104$ Patienten Rating: $n = 55$ Patienten, 76 Fälle, 150 Ratings Prozess-Ergebnisforschung: Quantitative Methodik mit einem 2 x 2 Design unter Einbezug eines Ratinginstruments und Selbstbeurteilungsverfahren	Rating von patientenbezogenen Veränderungsprozessen sowie therapeutischen Interventionen mittels des MEPI anhand von Videoaufnahmen ausgewählter Therapiesitzungen Therapieergebnis operationalisiert als Composite Mass aus BSI, BDI-II und BAI	Rating der überarbeiteten Version des MEPI in den eines plötzlichen Veränderungssprungs vorangehenden Sitzungen ($n = 2$) Erhebung der Fragebogen zu prä, post, fu1, fu2 Datenanalyse mittels hierarchisch linearer Modelle

Anmerkung. n = Grösse der Stichprobe, 2x3 Design = ein Zwischensubjektfaktor (zwei Therapiebedingungen) und ein Innersubjektfaktor (Zeitpunkte, hier drei), MAXQDA = Programm zur Unterstützung qualitativer Inhaltsanalysen, EFT = Emotionsfokussierte Therapie, SR = Selbstregulation, HSCS = Heidelberger Umstrukturierungsskala, BSI = Brief Symptom Inventory, BDI-II = Beck Depressions-Inventar, revidierte Ausgabe, BAI = Beck Angst-Inventar, prä = Therapiebeginn, post = Therapieende, fu1 = Follow-up nach sechs Monaten, fu2 = Follow-up nach 12 Monaten, MEPI = Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen.

Zwischen September 2016 und Oktober 2017 nahmen sechszwanzig Therapeuten an der Interviewstudie teil. Die restlichen zwölf Therapeuten begannen erst nach Oktober 2017 mit der Durchführung der Projekttherapien und wurden daher nicht in die Interviewstudie eingeschlossen. Die Vorgabe des Improve-Projekts war es, drei Psychotherapien durchzuführen. Die Therapeutinnen wurden zwei Behandlungsbedingungen zugeteilt, in welcher sie in der einen Bedingung Komponenten der EFT und in der anderen Bedingung Elemente der SR in ihre Behandlung integrierten. Eine Therapeutin wurde jeweils zu drei verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf einer Therapie zu ihren jeweiligen Erfahrungen anhand eines für diese Studie erarbeiteten halbstandardisierten Interviewleitfadens befragt. Insgesamt wurden 97 Interviews durchgeführt, transkribiert und mit der technischen Unterstützung durch MAXQDA 12.3 mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigten, dass Therapeuten sowohl explizit wie implizit Heuristiken folgten, um neue Therapieelemente in ihren ursprünglich trainierten Ansatz zu assimilieren. Die Heuristiken konnten drei verschiedenen Kategorien zugeordnet werden: Patienteneigenschaften, Therapeuteneigenschaften und Eigenschaften der neu zu integrierenden Therapieelemente. Hinsichtlich der Patienteneigenschaften versuchten die Therapeutinnen bei der Integration der neuen Therapieelemente, auf die Passung zu den Therapiezielen, dem Störungsbild, wichtigen Motiven, individuellen Eigenschaften und Stärken zu achten, wobei sie die Therapiemotivation und die therapeutische Allianz mitberücksichtigten. Die Längsschnittanalysen wies dabei auf einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und der Implementierung der assimilativen Integration hin. Wenn die neuen Therapietechniken unter Berücksichtigung gewisser Patienteneigenschaften modifiziert und individualisiert wurden (z. B. der Patientin Hausaufgaben mitzugeben, um sie in die therapeutische Arbeit mit dem inneren Dialog einzuführen), trug dies dazu bei, die therapeutische Allianz zu stärken oder zumindest Allianzbrüche (sog. alliance ruptures; siehe Muran et al., 2021) zu verhindern. Umgekehrt sahen die befragten Therapeutinnen eine gute Therapieallianz als günstige Voraussetzung, um die neuen Therapieelemente in den Therapieprozess zu integrieren. Hinsichtlich der Therapeuteneigenschaften empfanden es die Therapeuten förderlich für die Integration der neuen Therapieelemente, wenn diese mit ihren persönlichen Präferenzen übereinstimmten. Zudem erachteten sie eine optimistische Haltung sowie konzeptuelles Wissen und praktische Erfahrung hinsichtlich der neuen Konzepte und Techniken als wichtige Voraussetzung für eine subjektiv gelungene Integration.

Die Ergebnisse deuteten ausserdem darauf hin, dass die Komplementarität und Neuartigkeit der frisch einbezogenen Techniken eine entscheidende Rolle für den Integrationsprozess

spielen. Es ist anzunehmen, dass bei Techniken, die dem eigenen Ansatz fremder sind – in diesem Fall der EFT-Elemente – die Einbettung für Therapeuten eine grössere Herausforderung darstellt, selbst wenn sie bereits mit der assimilativen Integration vertraut sind. Gleichzeitig scheinen sich diese Herausforderungen zu lohnen: Die PT+EFT-Therapeuten berichteten häufiger als die PT+SR-Therapeuten, vom Erlernen der neuen Therapieelemente profitiert zu haben. So erwähnten sie in den Interviews am Ende des Projekts, über ein umfangreicheres Repertoire an Therapieinterventionen zu verfügen, was ihnen wiederum bei der Individualisierung des therapeutischen Vorgehens geholfen hat.

Negative Nebeneffekte waren das Auftreten von Verunsicherung, das Gefühl von Heraus- oder Überforderung durch den Integrationsprozess und die Vorgaben des Improve-Projekts sowie die Vernachlässigung bewährter Veränderungsmechanismen. Zudem sahen sich die Therapeutinnen gezwungen, einen Umgang mit als Widersprüche wahrgenommenen Aspekten zwischen der PT und den neuen Therapieelementen zu erlernen. Interessanterweise zeigte sich in der Auswertung der Longitudinalanalysen, dass diese negativen Nebenwirkungen mit zunehmender Erfahrung hinsichtlich der Anwendung und Integration der neuen Therapieelemente wieder verschwanden.

5.3 Zusammenfassung der Studie II

Verschiedene Therapieorientierungen verfügen über unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie es zu Veränderungen während einer Psychotherapie kommt, sowie welche Art von Veränderung notwendig ist, damit sie als bedeutende Verbesserung gilt. Vertretende von erfahrungsorientierten Ansätzen sind der Meinung, dass positive Veränderungen mit den Prozessen während einer Therapiesitzung, insbesondere der Förderung von Einsicht und emotionaler Verarbeitung, zusammenhängen (z. B. Greenberg, 2004; Shedler, 2010). Letztere zielt auf zentrale Aspekte der Persönlichkeit eines Patienten ab (z. B. emotionale Schemata [EFT], Kernkonflikte [Psychodynamische Therapie] etc.), weshalb Vertretende dieser Therapierichtungen davon ausgehen, dass ihre Behandlungen anhaltende Wirkungen zeigen und sich somit in nachhaltigeren Verbesserungen im psychischen Funktionieren manifestieren (Shedler, 2010). Diese besondere Form der Veränderung wird oft als strukturelle Veränderung oder Umstrukturierung bezeichnet. Umstrukturierung gilt daher als ein Kernmerkmal von Therapien mit dem Fokus auf der emotionalen Verarbeitung und Förderung von Einsicht. Dementsprechend wurde Umstrukturierung bisher überwiegend in Psychodynamischen und Psychoanalytischen Psychotherapien erforscht (u. a. Grande et al., 2009; Grande et al., 2001; Rudolf et al., 2012). Bis anhin gibt es lediglich eine Studie, welche das Konzept der Umstrukturierung in der KVT untersucht hat

(Leuzinger-Bohleber et al., 2019). Tatsächlich zeigten Leuzinger-Bohleber et al. (2019), dass nach einem Jahr der Behandlung mit KVT 24% der Patienten (im Vergleich zu 26% unter psychodynamischer Behandlung) strukturelle Veränderungen erfuhren, obschon diese in der KVT nicht explizit angestrebt wurden.

Die Psychologische Therapie schreibt mit dem Wirkfaktor der motivationalen Klärung der Förderung von Einsicht ebenfalls eine hohe Bedeutung zu (Grawe, 2000). Jedoch gibt es bisher keine empirische Untersuchung zur Umstrukturierung in der Psychologischen Therapie. Die dritte Studie hatte daher zum Ziel, diese Forschungslücke zu schliessen und analysierte erstmals Umstrukturierung innerhalb der Psychologischen Therapie. Das Design des Improve-Projekts eignete sich zudem dazu, den Einfluss der emotionalen Verarbeitung auf die Umstrukturierung zu überprüfen. Emotionales Bewusstsein sowie emotionale Verarbeitung werden als eine wesentliche Voraussetzung für strukturelle Veränderungen diskutiert (Leuzinger-Bohleber et al., 2019; Subic-Wrana et al., 2011). Als einzige Studie, die explizit Umstrukturierung und Emotionen untersuchte, konnten Leising et al. (2006) zeigen, dass emotionale Variabilität ein signifikanter Prädiktor für die Veränderung auf der HSCS war. In modernen KVT-Ansätzen wird die emotionale Verarbeitung als Folge der Integration neuer Informationen und Erfahrungen in zugrundeliegende kognitiv-affektive Schemata betrachtet, aber nicht als primäres Ziel der therapeutischen Arbeit formuliert (z. B. Baker et al., 2012; Caspar & Berger, 2007; Castonguay et al., 1996). Im Gegensatz dazu stellt die EFT (Greenberg, 2004) eine Therapieausrichtung dar, welche die emotionale Verarbeitung als zentralen Veränderungsmechanismus versteht. Als Kernprinzip fördert sie insbesondere die Transformation der kognitiv-affektiven Bedeutung von Emotionen. Die emotionale Verarbeitung umfasst die Aktivierung problemrelevanter Emotionen und die kognitive Explikation ihrer Tragweite und ihrer Bedeutung (Greenberg, 2015). Die ersten beiden Forschungsfragen lauteten daher wie folgt: Führt Psychologische Therapie zu Umstrukturierung? Und bewirkt die gezielte Förderung der emotionalen Verarbeitung in der PT+EFT-Bedingung eine inkrementelle Umstrukturierung?

Darüber hinaus sollte der Zusammenhang von Umstrukturierung und Symptombelastung während der Follow-ups analysiert werden. Grande et al. (2003) untersuchten, ob das Ausmass der erreichten kognitiven und emotionalen Einsicht in das jeweilige zentrale psychologische Problem die Fähigkeit der Patienten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen nach der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Einrichtung beeinflusste. Sie konnten zeigen, dass höhere Umstrukturierung zum Zeitpunkt der Entlassung positiv mit Fortschritten im Alltag beim sechsmonatigen Follow-up korrelierte. Ausserdem stellten sie die Hypothese auf, dass symptomatische Veränderungen während der Nachbeobachtungsphase stabiler verlaufen, wenn

durch die Behandlung strukturelle Veränderungen erreicht werden konnten. Obwohl sie keine Katamnese-Messungen einschlossen, konnten Rudolf et al. (2012) zeigen, dass Patienten mit einem hohen Grad an Umstrukturierung eine niedrigere Symptombelastung am Behandlungsende aufwiesen. Huber et al. (2017) konnten schliesslich die von Grande et al. (2003) aufgestellte Hypothese bestätigen, indem sie nachwiesen, dass ein hohes Ausmass an Umstrukturierung während der Behandlung eine tiefere Symptomatik (depressive und allgemeine psychiatrische Symptome) drei Jahre nach der Behandlung vorhersagten. Die Annahme war, dass sich dies in unserer Studie gleich verhält. Falls sich eine Umstrukturierung in unserer Studie finden liesse, würde diese mit tieferer Symptombelastung während der Katamnese-Messungen einhergehen.

Untersucht wurden 78 Patientinnen⁹, die an einer depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung litten. Diese wurden einer der beiden Therapiebedingungen (PT+EFT oder PT+SR) randomisiert zugeteilt und erhielten maximal 28 Therapiesitzungen. Zur Einschätzung der strukturellen Veränderung wurde die HSCS eingesetzt. Die HSCS, ein der psychodynamischen Tradition entstammendes Ratinginstrument, wurde ausgewählt, da sie keine der beiden Behandlungsbedingungen a priori begünstigte und daher angenommen wurde, dass dadurch systematische Verzerrungen der Einschätzungen vermieden werden können. Die Fragebogen zur Symptombelastung wurden von den Patienten bei Behandlungsbeginn und -ende sowie bei der 6- und 12-monatigen Katamnese-Messung ausgefüllt.

Die Anwendung der HSCS setzt eine vorgängige Festlegung von zentralen Problemreichen voraus, von welchen angenommen wird, dass sie zur psychischen Belastung einer Patientin beitragen und diese aufrechterhalten. Da im Rahmen der Psychologischen Therapie die Erhebung mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; OPD Task Force, 2008) nicht vorgesehen ist, wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Johannes Ehrenthal, einem Experten für die OPD und die HSCS, ein neues Verfahren entwickelt. Das Ziel dieser neuen Art der Problembestimmung war die Anlehnung an die gängigen Konzepte der Psychologischen Therapie, welche im Rahmen der Abklärungsphase mit erhoben werden. Gleichzeitig sollte sich das neue Verfahren in seinem Aufbau stark an der Vorgehensweise zur Problembestimmung der OPD orientieren.

Die Datenanalyse der HSCS ergab, dass 63% der Patienten am Ende der Behandlung ein höheres Umstrukturierungsniveau erreichten als zu Behandlungsbeginn. Wie in bisher

⁹ Von den insgesamt 104 Patienten lagen zum Zeitpunkt, ab dem mit den HSCS-Ratings begonnen wurde, für 78 von ihnen eine Fallkonzeption vor. Da diese als Grundlage für die Einschätzung (genauer für die Fokidefinition) dienten, konnten dementsprechend nur diese 78 Fälle untersucht werden.

publizierten Studien (z. B. Grande et al., 2001; Leising et al., 2006; Schneider et al., 2006) begann die Mehrheit der Patienten des Improve-Projekts die Therapie auf der Stufe 2. Mit 2.28 zu Beginn und 3.35 am Ende der Behandlung sind die mittleren HSCS-Werte in dieser Studie vergleichbar mit den bisher publizierten Werten früherer Studien zur Umstrukturierung in der Psychodynamischen Therapie (Grande et al., 2001; Leising et al., 2006; Schneider et al., 2006). Darüber hinaus erfüllten 23% aller Patienten die Kriterien für substanzielle strukturelle Veränderung (siehe Rudolf et al., 2012), was bedeutet, dass der Fortschritt auf der HSCS als bedeutsam eingestuft werden kann. Die Ergebnisse stimmen interessanterweise mit jenen bisher publizierten Studien überein, obschon letztere Psychodynamische Psychotherapien untersuchten. Es lässt sich schlussfolgern, dass Umstrukturierung auch mittels der Psychologischen Therapie erreicht werden kann. Dieser Befund steht im Einklang mit Befunden, die darauf hinweisen, dass Einsicht ein Prädiktor für den Behandlungserfolg in verschiedenen Therapietraditionen ist (Jennissen et al., 2018). Der angenommene Unterschied zwischen den beiden Improve-Behandlungsbedingungen wurde jedoch nicht gefunden. Die Integration von EFT-Interventionen in die Psychologische Therapie führte folglich nicht zu einer stärkeren Zunahme der Einsicht oder der strukturellen Veränderung. Ebenso konnte die Annahme, dass Umstrukturierung ein Prädiktor für die langfristige Abnahme der Symptombelastung ist, nicht bestätigt werden. Weitere Forschung ist notwendig, um die Therapieprozesse, Therapeuten- und Patientencharakteristika, welche die Umstrukturierung beeinflussen, besser zu verstehen.

6 Sudden Changes in der Psychologischen Therapie – Eine Studie zu therapiebezogenen Prädiktoren (Studie III)

Der Veränderungsprozess während einer Psychotherapie kann sich von Patient zu Patient unterscheiden. Die Prozessforschung hat gezeigt, dass sich der Behandlungsverlauf entgegen der häufigen Annahme nicht zwangsläufig linear entwickelt, sondern dass auch diskontinuierliche und unregelmässige Entwicklungen auftreten (Barkham et al., 1993; Hayes, Laurenceau, et al., 2007) (siehe auch Kapitel 2.2.1). Während die in der Therapie vorkommenden Verbesserungen oft anhand der Symptomreduktion gemessen werden, sind es die psychologischen Veränderungsprozesse, die ihnen zugrunde liegen. Die basalen Veränderungsprozesse werden wiederum, zumindest teilweise, durch therapeutische Interventionen angestossen. Daher lässt sich die Frage stellen, wie die nicht linearen Symptomverbesserungen psychotherapeutisch mithilfe bestimmter Interventionen gezielt genutzt oder herbeigeführt werden kön-

nen. Die vorliegende Studie widmet sich dieser Frage. Wie eingangs erwähnt, bietet das Konzept der Sudden Gains eine Möglichkeit zur Operationalisierung diskontinuierlicher Therapieverläufe (Tang & DeRubeis, 1999). Bisherige Forschung zeigte, dass Sudden Gains ein häufiges Phänomen sind und einen wichtigen Prädiktor für den Erfolg einer Psychotherapie darstellen (Shalom & Aderka, 2020). In der *Studie III* im Rahmen der vorliegenden Dissertation soll untersucht werden, welche Veränderungen im Patienten-Therapeuten-System (siehe erweitertes Multiphasenmodell von Doss (2004) in *Abbildung 3*) einem Sudden Gain sowie dem umgekehrten Phänomen, dem Sudden Loss (eine plötzliche Symptomverschlechterung), vorangehen.

6.1 Bisherige Forschung zu Sudden Gains

Die Zahlen zur Prävalenz von Sudden Gains in der bisherigen Literatur sind sehr unterschiedlich und liegen je nach untersuchter Patientenstichprobe sowie dem eingesetzten Erhebungsinstrument zwischen 17% und 62% (u. a. Busch et al., 2006; Hardy et al., 2005; Hofmann et al., 2006; Kelly et al., 2005). In der Originalstudie von Tang und DeRubeis (1999) zeigten 39% aller Patienten mindestens einen Sudden Gain. Von allen Patientinnen, die ein positives Therapieergebnis verzeichnen konnten, erlebten 79% einen Sudden Gain während des Therapieverlaufs. Zudem haben die Autoren festgestellt, dass die plötzlichen Symptomsprünge sehr gross waren und mehr als 50% der gesamten Verbesserung während der Behandlung ausmachten. Diese waren grösstenteils stabil, hoben sich jedoch in 17% der Fälle wieder auf (Tang & DeRubeis, 1999). Patienten, welche einen Sudden Gain erlebten, gaben signifikant weniger depressive Symptome zum Zeitpunkt der Postmessung sowie während der beiden Katamnese-messungen nach sechs und 18 Monaten an als diejenigen Patientinnen, die keinen Sudden Gain aufwiesen (Tang & DeRubeis, 1999).

Seit dieser Studie wurden Sudden Gains bei einer Reihe von Störungsbildern (Depression, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung), anhand unterschiedlicher Stichproben (Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen), in einer Vielzahl an Behandlungsrichtungen (u. a. KVT, erfahrungsbasierte Therapie, psychodynamische Therapie) und Behandlungssettings (z. B. Gruppentherapie, Einzeltherapie, Paartherapie, internetgestützte Therapie) sowie unter verschiedenen Umständen (randomisierte kontrollierte Studien sowie naturalistische Settings) untersucht (Aderka, Anholt, et al., 2012; Aderka et al., 2011; Clerkin et al., 2008; Hedman et al., 2014; Hofmann et al., 2006; Lutz et al., 2013; Present et al., 2008; Singh et al., 2020; Stiles et al., 2003). Einige Studien konnten bestätigen, dass das Erleben von Sudden Gains positiv mit der Therapieeffektivität korreliert (Gaynor et al., 2003; Hardy et al., 2005), während andere keinen Zusammenhang fanden (Hofmann et al., 2006;

Kelly et al., 2005; Tang et al., 2002; Vittengl et al., 2005). Die Metaanalyse von Aderka, Nickerson, et al. (2012) bestätigte jedoch, dass Personen, die Sudden Gains während einer Psychotherapie erleben, im Vergleich zu solchen ohne Sudden Gain bessere Therapieergebnisse nach Behandlungsende und zum Zeitpunkt des Follow-ups erzielen. Dieser Befund konnte in einer kürzlich erschienen Metaanalyse repliziert werden (Shalom & Aderka, 2020). Dabei zeigte sich eine mittlere Effektstärke von $g = .68$ für die Postmessung und $g = .61$ für das Follow-up. Darüber hinaus weisen Personen mit Sudden Gains selbst im Vergleich zu Personen ohne Sudden Gains aber mit signifikanten prä-post Verbesserungen im Durchschnitt eine tiefere Symptombelastung am Ende der Behandlung auf (z. B. Greenfield et al., 2011; Hedman et al., 2014; Lemmens, DeRubeis, et al., 2016). Somit scheint ein Sudden Gain ein wichtiger, konsistenter und robuster Prädiktor für den Behandlungserfolg bei psychischen Störungen zu sein (Shalom & Aderka, 2020).

Einige Forschende haben kritisch eingewendet, dass Sudden Gains kein psychologisches Phänomen darstellen, sondern lediglich aufgrund der Regression zum Mittelwert auftreten (z. B. Hofmann et al., 2006). Konkret fanden zwei Studien, dass Sudden Gains durch den Schweregrad zu Behandlungsbeginn vorhergesagt wurden. Ihnen zufolge haben Personen mit höheren Symptomwerten vor der Behandlung eine höhere Wahrscheinlichkeit, einen Sudden Gain zu erfahren (Hofmann et al., 2006; Vittengl et al., 2005). Später erschienene Studien fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad vor der Behandlung und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Sudden Gains (Aderka, Anholt, et al., 2012; Aderka et al., 2011; Collins & Coles, 2017; Durland et al., 2018; Jun et al., 2013). In ihrer Metaanalyse untersuchten Shalom und Aderka (2020) diese Frage und fanden keine Hinweise auf eine signifikante Moderation der Symptomausprägung zu Behandlungsbeginn. Dies deutet darauf hin, dass der Effekt von Sudden Gains auf das Therapieergebnis auf psychologische Prozesse zurückzuführen ist.

In ihrer Metaanalyse zu Sudden Gains konnten Aderka, Nickerson, et al. (2012) zeigen, dass die Effektstärke von Sudden Gains bei der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) grösser ist (Hedges $g = .74$) als bei Nicht-KVT-Therapien (Hedges $g = .23$). Das bedeutet, dass die Differenz zwischen Patienten mit und ohne Sudden Gains in anderen untersuchten Therapieansätzen kleiner ist als in der KVT. Bezüglich der Sudden Gain Charakteristika zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Behandlungsmodalitäten (z. B. hinsichtlich des Ausmasses eines Sudden Gains, der Häufigkeit und Rückfallraten; Aderka, Nickerson, et al., 2012). Eine weitere Metaanalyse, welche mehr Studien berücksichtigt und daher eine grössere statische Power erreicht hat, brachte andere Ergebnisse hervor (Shalom & Aderka, 2020). Die

Effekte von Sudden Gains waren bei KVT ($g = .72$) und bei Nicht-KVT-Behandlungen ($g = .57$) nicht signifikant unterschiedlich, trotz eines statistischen Trends hin zu leicht grösseren Effekten in der KVT. Dies legt nahe, dass Sudden Gains unabhängig von der Therapierichtung vorkommen. Zudem scheinen nicht KVT-spezifische Prädiktoren entscheidend für das Auftreten von Sudden Gains zu sein (siehe Kapitel 6.2). Im Rahmen der Sudden Gain-Forschung ist die KVT jedoch immer noch die am besten untersuchte Therapieform. Bisher wurden lediglich zehn Studien auf Englisch publiziert, welche Sudden Gains in anderen Therapieansätzen untersuchten (u. a. Gaynor et al., 2003; Haugen et al., 2015; Kelly, Cyranowski, et al., 2007; König et al., 2014; Lemmens, DeRubeis, et al., 2016; Present et al., 2008). Zudem existiert nur eine kleine Anzahl an Studien, welche das Vorkommen von Sudden Gains innerhalb der integrativen Psychotherapie erforscht haben (Adler et al., 2013; Ehrlich & Lutz, 2015; Haugen et al., 2015; Lutz et al., 2013; Schilling et al., 2020; Stiles et al., 2003; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009).

Ebenso widmeten sich bisher nur wenige Forschende dem umgekehrten Phänomen des Sudden Gains, der plötzlichen Symptomverschlechterung oder *Sudden Loss* (Ehrlich & Lutz, 2015; Hansen et al., 2015; König et al., 2014; Krüger et al., 2014; Lutz et al., 2007; Lutz et al., 2013; Lutz & Tschitsaz, 2007; Odyniec et al., 2019; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Lutz et al. (2013) konnten allerdings in einer naturalistischen Studie mit einer gemischten Patientengruppe zeigen, dass Sudden Losses über den gesamten Therapieverlauf verteilt weniger häufig auftreten als Sudden Gains (siehe auch König et al., 2014; Krüger et al., 2014). Zudem scheinen sie nicht mit Einbussen in der Patientenzufriedenheit einherzugehen (Odyniec et al., 2019). Hinsichtlich der Bedeutung dieser negativen Sprünge für das Therapieergebnis liegen noch wenige publizierte Daten vor. Lutz et al. (2007) erfassten Sudden Gains und Losses unter Verwendung eines allgemeinen Masses der psychischen Funktionsfähigkeit (Outcome Questionnaire 30; Lambert et al., 2010) bei 1640 Patienten, welche während 5 bis 75 Therapiesitzungen unter Routinebedingungen an einer US-amerikanischen universitären Ambulanz behandelt wurden. Sie fanden, dass Patientinnen mit ausschliesslich Sudden Gains am häufigsten eine reliable Therapieveränderung verzeichneten (78.4%). Patienten mit ausschliesslich Sudden Losses hingegen wiesen bei Therapieende die höchste Symptombelastung sowie die wenigsten reliablen Veränderungen (35.3%) auf. Die Gruppen, die sowohl Sudden Gains als auch Losses (1.6%) oder keines von beidem (82.7%) erlebt hatten, unterschieden sich hinsichtlich ihres Therapieergebnisses nicht voneinander, erzielten aber ein besseres Ergebnis als die Gruppe mit Sudden Losses. Eine spätere Untersuchung von Lutz et al. (2013) ergab vergleichbare Ergebnisse. Das Vorhandensein einer Subgruppe, deren Patienten sowohl Gains als auch Losses erlebte, liefert Hinweise dafür, dass Sudden Losses Teil des Genesungsprozesses sein könnten, sofern sie von

Sudden Gains begleitet sind. Zudem zeigt dieser Befund, dass psychotherapeutische Veränderung über unterschiedliche therapeutische Prozesse stattfinden kann (vgl. Lutz et al., 2006). Ob die kurzzeitigen Verschlechterungen im Therapieverlauf als Indikator für Misserfolg oder als Teil des Genesungsprozesses zu verstehen sind, kann aktuell nicht abschliessend gesagt werden. Interessanterweise fanden Odyniec et al. (2019) in ihrer explorativen Studie mit 1763 Patientinnen, dass Sudden Losses einerseits häufiger auftraten, als zuvor in Studien beobachtet wurde (26% im Vgl. zu 10%), und sich nicht von Patienten mit «neutralen» Verläufen (d. h. weder Sudden Gain noch Loss) hinsichtlich ihres Therapieergebnisses unterschieden.

6.2 Ursachen von Sudden Gains

Die Ursache für einen Sudden Gain sehen Tang und DeRubeis (1999) in den spezifischen Techniken der KVT. In Anlehnung an die kognitive Mediationshypothese (Beck et al., 1979) gehen sie davon aus, dass die Verbesserung bezüglich depressiver Symptome zwischen zwei Therapiesitzungen (Sudden Gain) auf eine Abnahme dysfunktionaler, Depression fördernder Kognitionen zurückzuführen ist. Ihre Arbeitsgruppe (Tang & DeRubeis, 1999; Tang et al., 2005) entdeckte mittels Kodierung der pre-gain-Sitzung kognitive Veränderungen beim Patienten, was ihre Hypothese stützte. Dieser Befund lässt die Autoren schlussfolgern, dass durch die kognitiven Veränderungen eine positive Feedback-Schleife («upward spiral») ausgelöst wird, sodass die Therapiesitzungen nach dem Sudden Gain durch zusätzliche kognitive Einsichten, eine verbesserte therapeutische Allianz und Symptomreduktion charakterisiert sind. Dies trägt wiederum zu einem positiven Therapieergebnis bei (Tang & DeRubeis, 1999; Tang et al., 2005). Es stellt sich jedoch die Frage, ob die kognitiven Veränderungen bei der Patientin ausschliesslich auf die postulierten spezifischen KVT-Interventionen zurückzuführen sind. Tang und DeRubeis (1999) erhoben in ihrer Studie zwar die kognitiven Techniken, welche die Therapeuten einsetzten, konnten jedoch keine Zusammenhänge zum Sudden Gain aufzeigen. Zudem tritt der von den Autoren beschriebene Sudden Gain vorrangig zu Beginn der Therapie auf ($Md = 5$. Therapiesitzung, wobei die Therapiedauer insgesamt 20 Sitzungen betrug). Ilardi und Craighead (1999) argumentieren, dass frühzeitige Veränderungen dieser Art nicht auf kognitive Techniken zurückzuführen sind, da diese zu Beginn der Therapie noch gar nicht angewendet werden. Sie erklären sich die frühen Veränderungen eher aufgrund *allgemeiner Faktoren* (common factors; Ilardi & Craighead, 1999). In Anlehnung an Franks Konzept der Remoralisierung (Frank, 1973) und Howards Phasenmodell (engl. remoralization, remediation, rehabilitation; Howard et al., 1993) sehen Ilardi und Craighead vor allem die Vermittlung von Hoffnung auf einen Therapieerfolg als wesentliche Ursache für die Sudden Gains. Inwiefern

therapiespezifische Elemente überhaupt als Erklärung für Sudden Gains im Therapieverlauf herangezogen werden können, wird zudem in den Arbeiten von Gaynor et al. (2003) und Busch et al. (2006) kritisch diskutiert. In ihren Studien verweisen sie auf die Bedeutung von sogenannten Pretreatment Gains, womit plötzliche Veränderungen gemeint sind, welche bereits zwischen der ersten Messerhebung und der ersten Therapiesitzung auftreten. Die Autoren führen dieses Phänomen auf Mediatoren wie eine positive Therapieerwartung und Hoffnung zurück. Da zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei therapeutische Interventionen stattgefunden haben, würde dies bestätigen, dass es sich bei Sudden Gains nicht um eine psychotherapiespezifische Besonderheit handelt. Zudem wird die Annahme von Tang und DeRubeis (1999) durch die Ergebnisse der Studie von Vittengl et al. (2005), in der Sudden Gains auch in der Pharmakotherapie und unter Placebo-Bedingungen gefunden wurden, geschwächt. Kelly, Roberts, et al. (2007) konnten Sudden Gains bei depressiven College-Studierenden beobachten, die in keiner Behandlung waren. Dies deutet darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Sudden Gains eher etwas über den Krankheitszustand und nicht die Behandlung per se aussagt (Koffmann, 2019).

Darüber hinaus werden in der Literatur therapieexterne Ereignisse als alternative Ursache für Sudden Gains diskutiert. Therapieexterne Ereignisse beeinflussen die Befindlichkeit der Patienten und sind somit auch für den Therapiefortschritt relevant (Probst et al., 2015; White et al., 2015). Bisher haben zwei Studien extratherapeutische positive und negative Lebensereignisse untersucht. Allerdings liess sich kein Zusammenhang zum Auftreten von Sudden Gains finden (Hardy et al., 2005; Kelly, Roberts, et al., 2007). Hardy et al. (2005) kommen daher zum Schluss, dass Sudden Gains auf den Therapieprozess und nicht auf äussere Faktoren zurückzuführen sind. In einer retrospektiven, qualitativen Studie wurden die Therapeuten von Sudden Gain-Patientinnen hinsichtlich der Sudden Gain zugrunde liegenden Faktoren befragt (Davies et al., 2006). Die Berichte liefern entgegen den Resultaten von Hardy et al. (Hardy et al., 2005) den Hinweis, dass nicht nur therapiespezifische Faktoren (z. B. Einsicht, Explizieren unbewusster Emotionen oder Gedanken, Erreichen eines Therapieziels) Sudden Gains bewirkten, sondern die Therapeutinnen auch die individuellen Lebensumstände für den Sudden Gain verantwortlich machten. Tschitsaz-Stucki und Lutz (2009) schliessen aus ihren Daten, dass nicht die aussertherapeutischen Ereignisse an sich prädiktiv für das Auftreten eines Sudden Gains oder Losses sind, sondern der Umgang mit den täglichen Stressoren (sog. *daily hassles*) und den Lebensereignissen entscheidend ist. Insbesondere das gleichzeitige Auftreten von kognitiven Veränderungen und des Berichts von aussertherapeutischen Ereignissen kamen signifikant

häufiger in den Gain-Sitzungen vor. Dies könnte auf die Wichtigkeit der kognitiven Verarbeitung solcher Vorkommnisse hinweisen (Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009).

Ein weiterer Faktor, welcher im Zusammenhang mit Sudden Gains häufig diskutiert wird, ist die Therapieallianz. Tang und DeRubeis (1999) sowie Lutz et al. (2013) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Sudden Gains und der Therapieallianz. Comminos und Grenyer (2007) erklären sich diesen Befund so, dass die Therapieallianz als Mediator zwischen der anfänglichen Symptomreduktion (in Folge des Sudden Gains) und dem Therapieergebnis wirkt. Diese Hypothese konnte ebenfalls von Zilcha-Mano, Errázuriz, et al. (2019) bestätigt werden. Das Mediationsmodell der Therapieallianz bestärkt auch die Annahme der Aufwärtsspirale nach Sudden Gains ausserhalb der KVT (Tang & DeRubeis, 1999).

Generell gibt es Hinweise, dass Patienten mit Sudden Gains die Therapieallianz signifikant höher einschätzen als Patientinnen mit Sudden Losses (Lutz et al., 2013). Therapeutinnen vor einer Sudden-Loss-Sitzung wurden in einer Studie, welche Fremdratings anhand von Videoaufnahmen der Therapiesitzungen verwendete, von unabhängigen Beurteilenden als kontrollierend, kritisierend, abschätzig, ungeduldig, distanziert und fordernd wahrgenommen (Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Eine schwächere therapeutische Beziehung scheint folglich die Entstehung von Sudden Losses zu begünstigen. Umgekehrt könnte eine gute Therapieallianz eine notwendige Bedingung für Sudden Gains darstellen. Ein weiterer Unterschied zwischen den Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen hinsichtlich deren Zusammenhang zur Therapiebeziehung zeigte sich bei Ehrlich und Lutz (2015). Sie untersuchten anhand von Videoanalysen das Auftreten und den Umgang mit Allianzbrüchen in Verbindung mit Sudden Gains und Losses. Es zeigte sich, dass offene Konfrontationen deutlich seltener in Sudden Gains als in Sudden Losses und «neutralen» Sitzungen auftraten. Zudem gab es Hinweise, dass Therapeutinnen in Sudden-Gain-Sitzungen die Allianzprobleme besser erkannten und besser auffingen, sodass es im Sitzungsverlauf nicht zu schwerwiegenden Problemen in der Therapieallianz kam (siehe auch Zilcha-Mano, Eubanks, et al., 2019). Andere Studien fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und Sudden Gains (Hardy et al., 2005), beziehungsweise keinen Unterschied zwischen Sudden Gain, Loss und «neutralen» Sitzungen hinsichtlich der Therapiebeziehung (Schilling et al., 2020). Wie die Befunde zeigen, wird die Therapieallianz sowohl als Prädiktor als auch als wichtige Konsequenz von Sudden Gains diskutiert.

Weitere bisher erforschte Prädiktoren von Sudden Gains sind die Einsicht sowie die emotionale Verarbeitung. Goodridge und Hardy (2009) untersuchten bei fünf Patienten, auf welcher Stufe sie sich im Assimilationsmodell (APES; Honos-Webb et al., 1998; Stiles et al.,

1990) in der pre-pre-gain-, in der pre-gain- und in der post-gain-Sitzung befanden. Die Resultate zeigten, dass alle fünf Patienten vor der post-gain-Sitzung mindestens einmal Stufe 4 des Modells (Einsicht; siehe Tabelle 2) erreichten, entweder in der pre-pre-gain- oder in der pre-gain-Sitzung. In der post-gain-Sitzung zeigte sich dann bei drei Patienten das Erreichen von Stufe 5 (Anwendung) sowie ein längeres Verbleiben auf den Stufen 4 und 5. Die Autoren schlussfolgerten, dass Verstehen und Einsicht (Stufe 4) ein fundamentales Element zur Entstehung eines Sudden Gains darstellen. Die Arbeitsgruppe um Hayes erhob Einsicht mittels Kodierung transkribierter Essays von depressiven Patienten (Hayes, Laurenceau, et al., 2007). Die Studie ergab, dass ein hohes Ausmass an Einsicht überzufällig mit emotionaler Aktivierung einherging und in Folge zu einer Symptomreduktion führte. Zusätzlich korrelierte Einsicht mit Hoffnung. Auch Abel et al. (2016) konnten zeigen, dass in der KVT vor einem Sudden Gain einerseits Patienten mehr Hoffnung ausdrückten und andererseits Therapeutinnen als kompetenter hinsichtlich ihrer Fallkonzeptualisierung eingeschätzt wurden. Beide Faktoren waren mit höherer emotionaler Verarbeitung assoziiert, was wiederum tiefere Depressionswerte im 12-Monate-Follow-up vorhersagte. In der EFT konnte in einer Studie von Singh et al. (2020) vor einem Sudden Gain folgendes beobachtet werden: Die Patienten zeigten mit grösserer Wahrscheinlichkeit ein vertieftes Erleben und drückten mit grösserer Wahrscheinlichkeit primär adaptive Emotionen aus. Zudem konzentrierten sich die Therapeutinnen vermehrt auf unerfüllte Bedürfnisse der Patienten. Bei einer Studie von Andrusyna et al. (2006) sagten die gewonnenen Einsichten in maladaptive zwischenmenschliche Muster während einer supportiv-expressiven Therapie Sudden Gains vorher. Auch Tschitsaz-Stucki und Lutz (2009) erachten Einsicht als wichtigen Prädiktor für Veränderungssprünge. Ihre Daten zeigten jedoch, dass im Vergleich zu den anderen Sitzungstypen insbesondere Patientinnen vor einem Sudden Loss mehr Aufschluss in ihre Problematik gewannen. Dies könnte darauf hindeuten, dass Einsicht in die eigenen maladaptiven kognitiven, emotionalen oder behavioralen Muster für manche Patienten destabilisierend ist, diese Destabilisierung jedoch ein wichtiger Bestandteil des Therapiefortschritts darstellt (vgl. Odyniec et al., 2019).

Unabhängig vom Therapieansatz werden die Prädiktoren Einsicht und emotionale Verarbeitung vermutlich durch einen in den Therapiesitzungen angestossenen Klärungsprozess vermittelt. Klärung beschreibt einen Prozess, durch den der Patient eine verbesserte Kenntnis seiner eigenen kognitiven und emotionalen Schemata wahrnimmt. In der KVT meint Einsicht den Bewusstseinsgewinn über automatische negative Gedanken, was zum Beispiel durch den Sokratischen Dialog erreicht werden kann (Grosse Holtforth et al., 2007; Wucherpfennig et al.,

2017). Ursprünglich haben sich vor allem prozessorientierte Therapieansätze (u. a. Psychodynamische Psychotherapie, EFT etc.) auf Klärungsprozesse und das Erreichen von Einsicht konzentriert. In diesen Ansätzen wird Einsicht über das eigene Erleben während der Therapiesitzung gefördert (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Bereits vor einigen Jahren wurde Einsicht als wichtige Ursache für die abrupte einstufige Symptomverbesserung (sog. *one-step drop*) diskutiert (Caspar & Berger, 2007), auch wenn der direkte Zusammenhang zu Sudden Gains nicht untersucht wurde.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass, obschon sich viele Studien der Ursachenforschung insbesondere von Sudden Gains gewidmet haben, die Ergebnisse nicht eindeutig und teilweise widersprüchlich sind. Demnach ist weiterhin ungeklärt, ob Sudden Gains und Losses Teil eines natürlichen Verlaufs in der Behandlung von psychischen Störungen sind oder bestimmte Faktoren diese Veränderungen bedingen. Ein Problem dabei scheint zu sein, dass die Forschenden jeweils theorieimmanente Prädiktoren von Sudden Gains untersuchen. Das heisst, es wird jeweils nur auf die für den jeweiligen Behandlungsansatz spezifischen Prozesse oder Techniken fokussiert. Folglich sind die Befunde jeweils ausschliesslich für ihren Behandlungsansatz gültig. Dies fördert die Heterogenität und erschwert die Vergleichbarkeit der Befunde. Zudem wurde die Mehrheit der Studien als RCT durchgeführt. Weil sich in der Praxis kaum «reine» Therapieansätze finden lassen, scheint es daher vielversprechender, Ursachen von Sudden Gains und Losses unter Routinebedingungen zu untersuchen. Dazu bietet sich die integrative Therapie insbesondere an, weil sie eine Vielzahl an Interventionen aus verschiedenen Behandlungsansätzen umfasst. Zudem weist die begrenzte Anzahl an bisher publizierten Studien zu Sudden Gains und Losses in integrativen Behandlungen auf eine Forschungslücke hin.

6.3 Ziel der Studie

Das Auftreten von Sudden Gains ist in unterschiedlichen Therapieansätzen und für verschiedene psychische Störungen gut dokumentiert (für eine Übersicht siehe Aderka, Nickerson, et al., 2012; Shalom & Aderka, 2020). Zudem lässt sich aufgrund der Daten einer Metaanalyse von Shalom und Aderka (2020) festhalten, dass Sudden Gains den Therapieerfolg signifikant vorhersagen und der Effekt auch bei Follow-ups bestehen bleibt. Gleichwohl konnten einige wichtige Fragen bisher noch nicht beantwortet werden. Gerade das Phänomen der Sudden Losses wurde bisher selten untersucht. Weiterhin ist ungeklärt, wie es zu diesen plötzlichen Symptomverschiebungen kommt und welche therapeutischen Prozesse und Interventionen Sudden Gains oder Losses fördern. Ziel dieser Studie ist es daher, die Ursachen und Prozesse vor Sudden Gains und Sudden Losses anhand eines integrativen Therapieansatzes, der Psychologischen

Therapie, zu untersuchen. Dabei scheint es notwendig, Sudden Losses in die Studie zu integrieren, da sie in bisherigen Publikationen häufig beobachtet werden konnten (in 10-26%). Werden bisherige Forschungsergebnisse berücksichtigt, die darauf hinweisen, dass Patientinnen mit Sudden Losses weniger von der Therapie profitieren können, scheint es zudem wichtig, ein besseres Verständnis für dieses Phänomen zu gewinnen, um die Therapiewirksamkeit für diese Patientengruppe zu erhöhen. Im Folgenden wird von Sudden Changes gesprochen, wenn sowohl Sudden Gains als auch Losses gemeint sind.

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden Sudden Changes bei Patientinnen mit der primären Diagnose einer depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung, welche unter klinischen Routinebedingungen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle im Rahmen des Improve-Projekts (für mehr Informationen zum Projekt wird auf das Kapitel 3.3 verwiesen) behandelt werden, untersucht. Einerseits soll der Zusammenhang von Sudden Gains und Losses und dem Therapieergebnis überprüft werden. Andererseits werden die Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen und unter Anwendung eines Fremdratingverfahrens die pre-pre-gain/loss sowie die pre-gain/loss Sitzungen analysiert. Es soll damit der Frage nachgegangen werden, welche von der Therapeutin angewendeten Interventionen sowie welche Veränderungsprozesse beim Patienten einem Sudden Change vorangehen.

In Anlehnung an die bisher veröffentlichten Forschungsergebnisse wurden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1: Patienten mit einem Sudden Gain erreichen im Vergleich zu denjenigen ohne Veränderungssprung am Therapieende sowie im Follow-up ein signifikant besseres Therapieergebnis.

Hypothese 2: Werden die Subgruppen Sudden Gain (SG), Sudden Loss (SL) und Sudden Gain und Loss (SGL) untersucht, zeigt sich folgender Unterschied hinsichtlich des Therapieergebnisses: Die Gruppen SG und SGL weisen am Behandlungsende sowie in der Nachbehandlungsphase eine signifikant tiefere Symptombelastung auf als die Gruppe SL.

Bezüglich der Fragestellung zu den Prädiktoren von Sudden Changes wurde aufgrund der bisher uneinheitlichen Forschungsbefunde keine Hypothese formuliert. Daher folgt die Untersuchung einem explorativen Ansatz. Die beiden Behandlungsbedingungen (PT+EFT vs. PT+SR) sollen auf mögliche Unterschiede hinsichtlich der Prädiktoren untersucht werden.

6.4 Methode

6.4.1 Studiendesign und Behandlung

Die vorliegende Studie ist eingebettet in das Improve-Projekt (ClinicalTrials.gov: NCT02822443), welches an der Psychotherapeutischen Praxisstelle (PtP) der Universität Bern durchgeführt wurde (für eine detaillierte Beschreibung siehe Studienprotokoll, Babl et al., 2016). Sie folgt einem 2 x 4 Design mit einem Zwischensubjektfaktor (zwei Behandlungsbedingungen) und einem Innersubjektfaktor (drei Erhebungszeitpunkte: Therapiebeginn, Therapieende, Follow-up nach sechs und zwölf Monaten). Patienten, die sich an der PtP in Behandlung begaben und die Voraussetzungen für Improve erfüllten, wurden während des Erstgesprächs rekrutiert und nach vollständiger schriftlicher Einwilligung von einem unabhängigen Forscher mittels eines computergesteuerten Zufallsgenerators einer Behandlungsbedingung zugewiesen. Hinsichtlich Diagnosen wurden die unipolare Depression [ICD, F32], Angststörungen [ICD, F40, F41] sowie Anpassungsstörung [ICD, F43.2] als Hauptdiagnosen eingeschlossen. Das Vorliegen von Komorbiditäten war erlaubt, sofern auch diese die Einschlusskriterien erfüllten. Die genannten Diagnosen decken etwa 50% der üblichen Fallzahlen an der PtP ab. Die Therapien wurden in einem naturalistischen Setting unter Routinebedingungen durchgeführt, was zu einer hohen externen Validität beiträgt. Der Therapieprozess wurde unter der Anwendung verschiedener Methoden (z. B. Prozessmessungen, Videoaufzeichnungen und Supervision) kontinuierlich begleitet. Die Therapeutinnen konnten zwischen den beiden aktiven Behandlungsarmen wählen: Psychologische Therapie (Caspar, 2018a; Grawe, 2000; Grawe & Caspar, 2011), wie sie an der PtP gelehrt und praktiziert wird, entweder mit zusätzlichen Therapieelementen aus dem Selbstregulationsansatz (Carver & Scheier, 2000) oder der Emotionsfokussierten Therapie (Greenberg, 2004).

6.4.2 Teilnehmende

Patientenstichprobe

Die Stichprobe besteht aus 104 Patienten, die sich im Zeitraum zwischen Januar 2016 und Juni 2018 einer psychotherapeutischen Behandlung an der PtP unterzogen. Davon sind 44 (42.3%) männlich und 60 (57.7%) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei $M = 31.04$ Jahre ($SD = 10.5$; Spannweite: 19 – 68 Jahre). Hinsichtlich der Hauptdiagnose erfüllten 48 Patienten (46.2%) die diagnostischen Kriterien einer unipolaren Depression (ICD-10; F32), 30 Patienten (28.8%) die einer Angststörung (F40, F41) und 26 (25.0%) die einer Anpassungsstörung (F43.2). Davon wiesen 13 Patientinnen (12.5%) komorbide psychische Störungen auf, unter

anderem affektive Störungen (F32.x, F33.x und F34.1; $n = 4$), Angststörungen (F41.1, F40.01, F40.1 und F42; $n = 5$), Bulimia nervosa (F50.2, $n = 1$), Anpassungsstörung (F43.20 und F43.9; $n = 2$) und Hypochondrie (F45.2, $n = 1$). Alle Patienten waren verblindet hinsichtlich ihrer zugewiesenen Behandlungsbedingung. 23 Patienten (22.1%) wurden zusätzlich mit Psychopharmaka (am häufigsten: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI] und/oder Benzodiazepine) behandelt, wobei drei davon erst nach Studienstart damit begannen.

Therapeutinnen

Die Behandlung wurde von 38 Therapeuten durchgeführt, von denen 28 (73.68%) weiblich und 10 (26.32%) männlich sind. Acht Therapeuten hatten ihre postgraduale Ausbildung abgeschlossen, während der Rest ($n = 30$) zu Projektbeginn seit mindestens eineinhalb Jahren am postgradualen Masterstudium in Psychotherapie (PMP) teilnahm. 23.7% ($n = 9$) der Therapeuten gaben an, in ihrer beruflichen Laufbahn bisher mehr als 1000 Einzelsitzungen durchgeführt zu haben, 23.7% ($n = 9$) zwischen 501 und 1000 Sitzungen, 13.2% ($n = 5$) zwischen 201 und 500, 13.2% ($n = 5$) zwischen 51 und 200 und 21.1% ($n = 8$) zwischen 1 und 50 Sitzungen (bei $n = 2$ ohne Angaben). Das Durchschnittsalter betrug $M = 32.97$ Jahre ($SD = 6.15$ Jahre, $Md = 31$ Jahre). Zu Beginn des Improve-Projekts nahmen die Therapeuten vor der Durchführung der Studientherapien an einer achttägigen Fortbildung zu den jeweiligen Behandlungszusätzen ihrer Therapiebedingung teil (entweder Selbstregulation [SR] oder Emotionsfokussierte Therapie [EFT]). Während der Durchführung der Therapien wurden sie durch eine für ihren jeweiligen Behandlungsarm spezifische Supervision unterstützt. Der Umfang der Schulung und Supervision war in beiden Bedingungen gleich. In beiden Behandlungsbedingung nahmen je 19 Therapeuten teil (d. h. je 50%). Jeder Therapeut bot lediglich Therapien innerhalb der gewählten Behandlungsbedingung an. Auch diese Vorgabe war im Interesse der externen Validität, da Therapeutinnen generell (also ausserhalb der Studie) Weiterbildungen im Sinne der assimilativen Integration so wählen, dass sie ihrem Interesse entsprechen. Dass Therapeuten in zwei Bedingungen nebeneinander mit der gleichen Motivation und Überzeugung arbeiten, wäre zudem eine zusätzliche Anforderung an die Therapeuten und schwierig zu kontrollieren gewesen. Im Durchschnitt wurden 2.7 Therapien pro Therapeutin durchgeführt (Abbrüche eingeschlossen), mit einer Varianz von einer bis fünf Therapien pro Therapeutin ($Md = 3$). Für beide Bedingungen wurde die Behandlungssadärenz eingeschätzt. Sie kann als erfüllt angesehen werden. Für eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens und der Ergebnisse siehe Babl et al. (2018). Im Durchschnitt dauerte eine Behandlung $M = 20.46$ Sitzungen ($SD = 8.51$), mit einer Spannweite von 0 bis 31 Sitzungen.

6.4.3 Messinstrumente

Selbstbeurteilung

Prozessmasse

Zur Messung des Verlaufs der Symptombelastung über die gesamte Therapie hinweg füllten die Patientinnen nach jeder Therapiesitzung die Kurzversion der SCL-90-Symptom-Checkliste, die SCL-K-9, (Klaghofer & Brähler, 2001) aus. Der SCL-9-K besteht aus neun Items und erfasst den allgemeinen psychischen Distress der letzten sieben Tage. Jedes Item kann einer der folgenden Skalen zugeordnet werden: Ängstlichkeit, Depressivität, Feindseligkeit, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Zusätzlich zu den neun Skalen können drei globale Kennwerte ermittelt werden: Der GSI (global severity index) erfasst die allgemeine psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) erfasst die Intensität der Antworten und das PST (positive symptom total) gibt die Anzahl der Symptome wieder, bei denen eine Belastung vorliegt. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) betrug in dieser Stichprobe $\alpha = .73$. Prozessfragebogen lagen in dieser Stichprobe für 97.2% aller Sitzungen vor, was bedeutet, dass die Patienten fast während der gesamten Therapiedauer Einschätzungen zu ihrer aktuellen Symptomatik abgaben.

Baseline und Ergebnismessung

Die deutsche Übersetzung des Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993; Derogatis & Fitzpatrick, 2004; Derogatis & Melisaratos, 1983) wurde als primäres Ergebnismass ausgewählt, weil es den allgemeinen psychischen Distress erfasst, anstatt sich auf eine bestimmte diagnostische Kategorie zu beziehen. Gerade wenn unterschiedliche Störungsbilder in die Studie eingeschlossen werden, erscheint dies sinnvoll. Die BSI ist eine verkürzte Form der überarbeiteten Version der Symptom-Checkliste-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1977) und wurde entwickelt, um das Ausmass der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung während der letzten sieben Tage zu messen. Der BSI besteht aus 53 Items, die eine Vielzahl von psychologischen Symptomen erfassen (z. B. Entscheidungsschwierigkeiten, Niedergeschlagenheit, Unruhe). Die Items werden auf einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet, die von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) reicht. Für die Datenanalyse im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der Global Severity Index (GSI), ein auf der Summe basierender gewichteter Häufigkeitswert, verwendet. Der BSI umfasst in deutschsprachigen Stichproben vergleichbare psychometrische Eigenschaften wie die SCL-90-R (Geisheim et al., 2002). Die interne Konsistenz für diese Stichprobe betrug Cronbach's Alpha $\alpha = .93$.

Zur Messung der selbstberichteten Depressionssymptome wurde die überarbeitete Version des Beck Depressionsinventar (BDI-II; Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006) verwendet. 21 Items erfassen die Symptomschwere über einen Zeitraum von zwei Wochen auf einer 4-Punkte-Likert-Skala, welche von 0 bis 3 reicht. Es wird ein Summenwert für die Gesamtsymptombelastung berechnet, der von 0 bis 63 reichen kann, wobei höhere Werte eine schwere Depression anzeigen. Der BDI-II verfügt über starke psychometrische Eigenschaften und erwies sich als ein zuverlässiges und valides Mass (Beck et al., 1996). In dieser Stichprobe lag die interne Konsistenz für den Summenwert bei einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .90$.

Ebenso wurde die deutsche Übersetzung des Beck Angstinventars (BAI; Beck et al., 1988; Margraf & Ehlers, 2007) als Ergebnismass verwendet, um zusätzlich den Schweregrad der Angstsymptome zu erfassen. Das BAI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der 21 Items umfasst. Auf einer 4-Punkte-Likert-Skala geben die Patienten die Ausprägung verschiedener Angstsymptome während der letzten sieben Tage an (0 = überhaupt nicht, 3 = stark). Für die Datenanalyse wird ein Summenwert berechnet, der von 0 bis 63 reicht. Werte von ≥ 26 weisen auf klinisch relevante Ängste hin. Auch der BAI hat gute psychometrische Eigenschaften (siehe Beck et al., 1988; Margraf & Ehlers, 2007). In dieser Stichprobe lag die interne Konsistenz für den Summenwert bei einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .88$.

Fremdbeurteilung

Zur Kodierung der Therapiesitzungen, die einem Sudden Gain oder Loss vorangehen (pre-pre-gain/loss und pre-gain/loss), wurde das Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen (MEPI; Tschitsaz & Lutz, 2007; Tschitsaz-Stucki, 2007) eingesetzt. Das MEPI ist ein beobachterbasiertes Ratingsystem, welches sich auf Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen stützt. Die Items wurden theoriegeleitet aus verschiedenen bereits bestehenden Ratingverfahren zur Einschätzung von Therapieprozessen zusammengestellt. Konkret stammen die Items aus 12 Inventaren und Ratingmanualen, wie zum Beispiel der Patient Cognitive Change Scale (PCCS; Tang & DeRubeis, 1999), der Change and Growth Experiences Scale (CHANGE; Hayes, Feldman, & Goldfried, 2007), der Konsistenztheoretischen Mikroprozessanalyse (KMP; Gassmann, 2002; Gassmann & Grawe, 2004) und der Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala (Watzke, 2002). Die Autoren des MEPI (Tschitsaz & Lutz, 2007) gaben an, ein solches Vorgehen gewählt zu haben, um die Untersuchung von zuvor diskutierten Faktoren und Prozessen, die für das Auftreten von Sudden Changes relevant sind, leicht zugänglich zu machen. Sie argumentierten, dass durch die Verwendung bereits empirisch validierter Ratinginstrumente, im Gegensatz zu einem neu konstruierten, die Nützlichkeit und Validität der einzelnen Items von vornherein gewährleistet werden kann (Tschitsaz-Stucki &

Lutz, 2009). Um eine ökonomische Durchführung des Trainings sowie des Ratingverfahrens zu gewährleisten, wurde das Manual für diese Studie leicht gekürzt und modifiziert. Alle Änderungen und deren Begründung sind im Anhang detailliert beschrieben. Das überarbeitete Manual besteht aus 31 Items, die jeweils auf einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet werden können (von -2 = trifft überhaupt nicht zu bis 2 = trifft extrem zu, wobei für jedes Item die Bedeutung erklärt und für jeden Score ein Beispiel angegeben wurde). Einige der Items fokussieren auf die Rolle des Therapeuten (z. B. welche Interventionen durchgeführt wurden), andere betonen Patientenmerkmale oder Therapieprozesse. Die 31 Items lassen sich in neun Themenbereiche beziehungsweise neun Subskalen zusammenfassen. Die Angaben in den Klammern geben an, ob therapeuten- (Th) oder patientenbezogene Faktoren (Pat) kodiert werden. Die neun Subskalen lauten:

- (a) Experiencing, Emotionsaktivierung (Th/Pat),
- (b) Therapeutische Beziehung (Th/Pat),
- (c) Inkongruenz (Pat),
- (d) Arbeit mit Kognitionen (Th/Pat),
- (e) Klärung (Th/Pat),
- (f) Motivation und Therapieerwartungen (Pat),
- (g) Verhalten und Direktivität (Th),
- (h) externe Lebensereignisse (Pat) und
- (i) Ressourcen (Th/Pat).

Alle Items wurden im Manual ausführlich erläutert. Anhand von Ankerbeispielen wurden die Abstufungen (-2 bis +2) für jedes Item beschrieben. Das überarbeitete Manual sowie ein Dokument, welches alle Ankerbeispiele und Hinweise für die Rater enthält, findet sich im Anhang dieser Arbeit. Die Beurteilung der Items wurde alle 10 Minuten vorgenommen, was pro Therapiesitzung zwischen fünf und sechs Ratings ergab. Für die weiteren statistischen Auswertungen wurden diese Ratings gemittelt, sodass pro Item und Therapiesitzung je ein Wert übrigblieb.

Insgesamt wurden 16 Raterinnen durch die Autorin der vorliegenden Dissertation geschult. Vor Beginn der Trainingsphase wurde sie von der Erstautorin des MEPI hinsichtlich der Durchführung des Ratings beraten. Die Rater waren alle Teilnehmende des PMP an der Universität Bern. Die Ausbildung der Raterinnen umfasste eine Anleitung zur Anwendung sowie ein Selbststudium des Manuals, ein Gruppenrating und drei eigenständige Ratings von Therapiesitzungen und deren Diskussion in der Gesamtgruppe. Die Dauer der Schulung betrug 20

Stunden. Während der Trainingsphase gab es regelmässige Supervisionen und wiederkehrende Rückmeldungen durch die Autorin der vorliegenden Arbeit, um allfällige Diskrepanzen unter den Ratern zu kontrollieren und ein Abdriften der Ratings zu verhindern. Für die Trainingsphase wurde eine Intraklassen-Korrelation von $ICC(2,1) = .686 [.575, .796]$ erreicht. Die ICC-Schätzungen und ihre 95%-Konfidenzintervalle wurden mithilfe des SPSS-Statistikpakets Version 25 (SPSS Inc, Chicago, IL) auf der Grundlage eines unjustierten, zweifaktoriellen Modells (two-way random) basierend auf den Einzelwerten (single measure) und zur Überprüfung der absoluten Übereinstimmung (absolute agreement) berechnet. Eine ICC von .69 zeigt eine moderate bis gute Übereinstimmung an (Portney & Watkins, 2009). Es wurde ein unjustiertes, zweifaktorielles Modell verwendet, da alle Raterinnen jede ausgewählte Sitzung beurteilten, was dazu führte, dass die Rater als fester Effekt und die zu beurteilenden Patienten als zufälliger Effekt betrachtet wurden (Wirtz & Caspar, 2002).

Während der Ratingphase wurde eine Sitzung von mindestens einer Raterin beurteilt. Alle Rater waren verblindet gegenüber der Sitzungsnummer, dem Sudden Change Status, der Behandlungsbedingung und dem Behandlungsergebnis. Zwischen den Ratern und der Trainerin des Manuals (SH) bestand ein regelmässiger Kontakt per Telefon und E-Mail. Fühlte sich eine Raterin bezüglich der Ratingwerte unsicher, bestand die Möglichkeit, den spezifischen Video-clip in einer Kleingruppe zu besprechen. Dieses Vorgehen wurde aufgrund seiner flexiblen und zeiteffizienten Durchführung gewählt, da die Rater arbeitstätige Psychotherapeutinnen waren und dementsprechend kaum Zeit für regelmässige Besprechungen hatten.

24% des Videomaterials (insgesamt $N = 152$ Sitzungen) wurden von je zwei Beurteilenden bewertet und zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität verwendet. Die Paarbildung erfolgte durch zufällige Zuordnung mittels eines Online-Zufallsgruppengenerators¹⁰. Das Rating wurde von jedem Mitglied eines Paares unabhängig durchgeführt. Da nicht jede Sitzung von jeder Raterin bewertet wurde, wurde für die Ratingphase die Berechnung der $ICC(1, k)$ (justiertes, einfaktorielles Modell) gewählt. Für die weiteren statistischen Analysen wurden die Bewertungen der beiden Rater gemittelt, weshalb die Mittelwerte des Modells ($k = 2$) gewählt wurden. Der $ICC(1)$ -Wert liefert einen eher konservativen Wert und verhindert somit eine Überschätzung der Interrater-Übereinstimmung (Koo & Li, 2016). Die mittlere ICC über alle Subskalen hinweg betrug $ICC(1,2) = .810 [.623, .906]$ und variierte zwischen $ICC(1,2) = .195$ und $.945$. Dies spricht für eine gute mittlere Reliabilität, weist jedoch gleichzeitig auf eine

¹⁰ <https://www.ultimatesolver.com/en/random-groups>

grosse Varianz in der Beurteilungsqualität hin. Bei einer eingehenden Analyse dieser Ergebnisse zeigten sich zwei Hauptprobleme: Einerseits gab es Items, bei welchen es keine oder eine vernachlässigbar kleine Intra- oder Inter-Subjekt-Varianz bei der Beurteilung gab. Diese Items waren folglich schwierig zu beurteilen, das heisst, sie waren wenig sensitiv. Andererseits fielen Items auf, für die trotz des intensiven Trainings die signifikante Interaktion zwischen der zu beurteilenden Person und der Raterin nicht kompensiert werden konnte. Aufgrund der Problematik die Endergebnisse zu verzerren, wurden die Items von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Konkret betraf dies die Items 2, 5, 6, 7, 8, 18, 20, 21, 22, 23, 27c, 28a, 28c. Folglich wurden die folgenden Subskalen nicht weiter analysiert: *Therapeutische Beziehung*, *Inkongruenz*, *Motivation und Therapieerwartung* des Patienten, *Verhalten und Direktivität* des Therapeuten sowie *externe Lebensereignisse*. Unglücklicherweise zeigten sich für die verbleibenden Subskalen jedoch ungenügende Reliabilitätswerte mit $ICC(1,2) = .597$ [.160, .816] und variierten zwischen $ICC(1,2) = .054$ und $.978$. Die durchschnittliche Korrelation zwischen den Beurteilungen beider Rater betrug $r_s = .59$, aber auch hier zeigte sich eine grosse Varianz mit Werten von $r_s = .14$ bis $r_s = .89$. Aufgrund der teils stark ungenügenden Interrater-Reliabilität einzelner Paare wurde auf die Analysen des Ratinginstruments verzichtet. Somit kann der explorativen Fragestellung zu den Prädiktoren von Sudden Changes nicht weiter nachgegangen werden.

6.4.4 Vorgehen

Identifikation von Sudden Changes

Vergleichbar mit Abel et al. (2016) wurden in der vorliegenden Untersuchung alle Therapiefälle mit mindestens zehn Sitzungen in die Stichprobe aufgenommen. Ansonsten wurden keine weiteren Ausschlusskriterien formuliert. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von anderen Studien (z. B. Lemmens, DeRubeis, et al., 2016), die nur Fälle mit einem Mindestwert von ≥ 15 BDI-II (Beck et al., 2009) einbezogen haben. Da eine solche Auswahl jedoch zu Verzerrungen (z. B. Deckeneffekt) und einer Überschätzung der Häufigkeit von Sudden Gains führen kann, wurden in dieser Studie minimale Ausschlusskriterien verwendet.

Für die Identifizierung von Sudden Gains wurden die Kriterien von Tang und DeRubeis (1999) herangezogen, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Leichte Abänderungen, wie sie Stiles et al. (2003) und Hardy et al. (2005) vorgeschlagen haben, waren jedoch notwendig, da in dieser Studie ein anderes Mass zur Identifizierung von Sudden Changes verwendet wurde. In Übereinstimmung mit den Vorschlägen von Stiles et al. (2003) wurde das erste Kriterium durch den *reliable change index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) ersetzt, wozu in dieser Studie für den SCL-9-K der Wert = 0.62 verwendet wurde. Zudem erlauben die von (Hardy et al.,

2005) angepassten Kriterien die Detektion von Sudden Gains in der zweiten und vorletzten Therapiesitzung. Symptomveränderungen in der ersten und letzten Therapiesitzung wurden nicht mitberücksichtigt, da diese Sitzungen an der PtP der Universität Bern normalerweise damit verbracht werden, Fragebogenauswertungen mitzuteilen, Therapieziele zu definieren und organisatorische Rahmenbedingungen zu besprechen (vgl. Tang & DeRubeis, 1999). Die erwähnten Kriterien wurden analog auf die Sudden Losses übertragen (vgl. Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Die Daten wurden nach dem Intent-to-treat-Ansatz analysiert. Wie in früheren Studien (z. B. Shalom et al., 2018), wurden fehlende Daten während der Behandlungsphase nicht imputiert, um eine Überschätzung der Häufigkeit der Sudden Changes zu vermeiden und die Vergleichbarkeit zu früheren Studien uneingeschränkt zu ermöglichen.

Auswahl der Sitzungen

Um die mit Sudden Gains verbundenen Prozesse zu untersuchen, wurden typischerweise die pre-pre-gain- und die pre-gain-Sitzungen analysiert und miteinander verglichen (z. B. Adler et al., 2013; Bohn et al., 2013; Hofmann et al., 2006; Tang & DeRubeis, 1999; Tang et al., 2005). Während dieses Untersuchungsdesign wertvolle Erkenntnisse über die einem Sudden Gain vorangehenden Veränderungsmechanismen hervorbringt, kann damit nicht beurteilt werden, inwiefern sich die Patienten ohne Veränderungssprung diesbezüglich unterscheiden. Ebenso bleibt unklar, ob der untersuchte Veränderungsmechanismus spezifisch für einen Sudden Gain ist. In dieser Studie sollen daher die kritischen Sitzungen, die unmittelbar dem beobachteten Sudden Change vorangingen, mit Kontrollsitzen von «neutralen» Fällen (d. h. ohne Sudden Change) verglichen werden. Da die Prozessfragebogen jeweils nach den Therapiesitzungen ausgefüllt wurden, sind in dieser Studie die pre-gain- sowie die gain-Sitzung als aussagekräftig für den Sudden Change zu bewerten.

Um Vergleiche zwischen den Patientengruppen mit und ohne Sudden Changes zu ermöglichen, wurden die Teilstichproben mittels Propensity Score Matching (PSM; West et al., 2014) aufeinander abgestimmt. Indem verschiedene potenziell konfundierende Variablen zwischen den Teilstichproben kontrolliert und gepaart werden, verbessert sich die Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen. Der geschätzte Propensity Score (PS) ist definiert als die bedingte Wahrscheinlichkeit der Zuordnung zu einer bestimmten Gruppe bei einem oder mehreren gegebenen Merkmalen (Rosenbaum & Rubin, 1983). Als Wahrscheinlichkeitswert reicht er von 0 bis 1. Für das Matching ist es entscheidend, alle Kovariablen zu berücksichtigen, die einen signifikanten Einfluss sowohl auf die Gruppenzugehörigkeit (in diesem Fall: Sudden Changer vs. «neutrale» Fälle) als auch auf das Studienergebnis haben könnten (West et al., 2014). Wenn

zwei Patienten einen übereinstimmenden PS haben, dann haben sie vergleichbare Werte hinsichtlich der erhobenen Kovariaten und daher in dieser Studie dieselbe Wahrscheinlichkeit, einen Sudden Change oder einen «neutralen» (i. S. v. ohne Sudden Change) Verlauf während der Behandlung zu verzeichnen. Die Berechnung der PS erfolgte mittels logistischer Regression mit der binären abhängigen Variable $T_i = 1$ für die Sudden Change Stichprobe und $T_i = 0$ für die Stichprobe ohne Veränderungssprung und den folgenden Kovariaten als unabhängige Variablen: Diagnose, BSI, BDI-II, BAI, Therapieerwartung erfasst via Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV; Schulte, 2005), jeweils erfasst vor Therapiebeginn, und Sitzungsanzahl. Es wurden nur Fälle mit vollständigen Baseline Daten für die weiteren Analysen verwendet. Alle Berechnungen zum PSM in der vorliegenden Studie wurden in R (Version 3.6.3 für MacOS) mit dem Paket «Match It» (Ho et al., 2011) durchgeführt. Nach der Berechnung verschiedener Matching Methoden, wie von Randolph et al. (2014) vorgeschlagen, wurde die für diese Stichprobe passendste ausgewählt. Anhand der Nearest Neighbour (NN) Methode mit einem zusätzlichen Caliper von $= .2$ wurden die Paare, bestehend aus je einem Patienten mit und einem ohne Sudden Change, gebildet. Das Paar wurde danach aus dem Datensatz entfernt. Der Prozess wurde so lange wiederholt, bis jede Patientin in der Sudden Change Stichprobe einen passenden Partner aus der «neutralen» Stichprobe hatte. Der Caliper ist die maximal tolerierte Differenz zwischen den Patientinnen beider Teilstichproben. Er ist definiert als die Standardabweichung des geschätzten PS der Gesamtstichprobe. In dieser Studie wurde ein kleiner Caliper mit der Grösse von $= 0.2 \text{ SD}$ gewählt, um eine möglichst gute Übereinstimmung zwischen den beiden Teilstichproben zu erreichen. Die Caliper-Spezifizierung, ergänzend zur NN-Methode, ermöglicht es, mehr als einen passenden Patienten pro Zielpatient in der Sudden Change Stichprobe auszuwählen, wenn mehrere Patienten aus der «neutralen» Stichprobe innerhalb des vorgegebenen Bereichs der minimalen Nähe liegen. Auf diese Weise wurde die Wahrscheinlichkeit, für jede Zielpatientin eine Passung zu finden, erhöht. Die Güte des Propensity-Score-Modells und des Matching-Verfahrens lässt sich daran erkennen, inwieweit sie zu ähnlichen Verteilungen von Kovariaten in den gematchten Stichproben führen. Diese wurde einerseits anhand von empirischen Quantil-Quantil-Diagrammen (eQQ) visuell überprüft. Andererseits wurde zur Kontrolle der Gleichverteilung von Kovariaten zwischen den Stichproben nach dem PSM die standardisierte Mittelwertdifferenz (engl. standardized mean differences, *smd*) und die empirischen CDF Statistiken (engl. empirical cumulative density functions; *eCDF*) verwendet (Guo & Fraser, 2014; West et al., 2014). Die Werte beider Statistiken reichen von 0 bis 1, wobei Werte, die näher bei null liegen, ein besseres Gleichgewicht

anzeigen. Ein *smd*-Wert von < 0.25 bedeutet eine akzeptable Übereinstimmung zwischen den Stichproben hinsichtlich der jeweiligen Kovariate (Rubin, 2001).

6.4.5 Statistische Analysen

Als erster Schritt wurden verschiedene Voranalysen durchgeführt. Dabei wurden deskriptive Statistiken zur Charakterisierung der Patienten- und Therapeutenstichprobe berechnet. Zudem wurden *t*-Tests für intervallskalierte (Alter, BSI, BDI-II, BAI, HSCS, Anzahl der Therapiesitzungen) und Chi-Quadrat-Tests für nominale Variablen durchgeführt, um für etwaige Gruppenunterschiede zwischen den beiden Behandlungsbedingungen bei Therapieaufnahme (für Geschlecht, Diagnose und Psychopharmaka-Einnahme) sowie hinsichtlich einiger anderer Merkmale (für Therapieabbruch oder -wiederaufnahme nach eigentlicher Behandlungsbeendigung) zu kontrollieren. Da die Sudden Change Fälle mit den «neutralen» Fällen gematcht wurden, erübrigte sich eine erneute Testung auf mögliche Gruppenunterschiede. Variablen mit signifikanten Unterschieden wurden zusätzlich als Kovariaten in die statistischen Analysen einbezogen. Für Symptomvariablen (BSI, BDI-II und BAI), für welche sich keine signifikanten Unterschiede zu Therapiebeginn zeigten, wurde ein ungewichtetes Composite Mass mit der Methode der proportionalen Maximalskalierung (engl. *proportion of maximum scaling*, POMS) gebildet (Little, 2013), um eine Standardisierung zu vermeiden (Moeller, 2015). Das Composite Mass wird im Folgenden als *Symptombelastung* bezeichnet.

Um Veränderungen hinsichtlich der *Symptombelastung* statistisch zu untersuchen, wurden aufgrund der Abhängigkeit der Daten (Vorliegen verschachtelter Daten innerhalb der Patienten durch Messwiederholungen sowie bei der Zuordnung zu Therapeutinnen) Hierarchisch Lineare Modelle (HLM) (Bryk & Raudenbush, 1992) berechnet. HLM entsprechen der statistischen Methode der Wahl, wenn die Voraussetzung der Unabhängigkeit der Daten verletzt ist. Zudem haben HLM den Vorteil, dass sie durch die Nachahmung eines Intention-to-Treat-Ansatzes (ITT) auch für Datensätze mit fehlenden Werten geeignet sind. So ist es möglich, alle Teilnehmer in die Analyse mit einzubeziehen, welche die Ergebnismessungen mindestens einmal ausgefüllt haben. Alle Datenanalysen wurden mit R (R Core Team, 2013) und dem Paket «lme4» (Bates et al., 2015) durchgeführt. Um die *p*-Werte für verschiedene Modellanpassungen zu erhalten, wurde das Paket «lmerTest» (Kuznetsova et al., 2017) verwendet. Zunächst wurde ein dreistufiges Nullmodell (Ebene 1: Messzeitpunkte, Ebene 2: Patienten, Ebene 3: Therapeuten) mit *Symptombelastung* als Ergebnisvariable berechnet. Basierend darauf wurde der Intra-

klassen-Koeffizient ausgerechnet, um die Varianzerklärung der Therapeuteneffekte zu ermitteln (Ebene 3). Die Ergebnisse zeigten, dass ein zweistufiges Modell ausreichend ist, da 0% der Varianz der *Symptombelastung* durch die Therapeutinnen-Ebene erklärt wurde.

Um festzustellen, ob sich die *Symptombelastung* signifikant verändert hat, wurde ein Zeit-als-einziger-Prädiktor Modell berechnet. Die Zeitvariable wurde auf der Ebene 2 als zufällig festgelegt, was ermöglicht, dass das durchschnittliche Ausmass der Symptombelastung zwischen den Patientinnen variiert. Sie wurde basierend auf dem Studiendesign in die Behandlungsphase (T1 bis T2) und die Nachbehandlungsphase (T2 bis T4) aufgeteilt. Die Zeitvariable wurde als Wochen definiert und bei der Postmessung (T2) zentriert. Dies bedeutet, dass der Achsenabschnitt des Modells als die geschätzte Ergebnisvariable nach 24 Wochen interpretiert wird, während die zeitliche Steigung als die Veränderungsrate der einzelnen Sitzungen in den Wochen 1-24 für T1 bis T2 und in den Wochen 24-76 für T2 bis T4 definiert ist. Auf Ebene 1 schätzen die Zeit-als-einziger-Prädiktor Modelle die Werte der Ergebnisvariable zum Zeitpunkt i für den Patienten j als Funktion des Wertes der abhängigen Variable in Woche 24 (π_0) und ihrer Veränderungsrate während der Interventions- (π_1) und der Nachbehandlungsphase (π_2) wiederum für einen Patienten j separat ein. Auf Ebene 2 werden der Durchschnittswert der abhängigen Variable in Woche 24 (β_{00}) sowie die durchschnittliche Veränderung im Verlauf der Interventions- (β_{10}) und der Nachbehandlungsphase (β_{20}) über alle Patienten hinweg vorhergesagt.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurden vier *konditionale Modelle* mit zwei Ebenen berechnet (Ebene 1: Messzeitpunkte, Ebene 2: Patienten), bei denen der Sudden Change Status (Sudden Gain, Sudden Loss oder «neutraler» Fall) als Prädiktor sowohl für den Achsenabschnitt (geschätzter Wert der Ergebnisvariable in Woche 24) als auch für die lineare Steigung während der Interventionsphase (wöchentliche Änderung der Ergebnisvariable zwischen Woche 1 und 24) und der Nachbeobachtungsphase (wöchentliche Änderung der Ergebnisvariable zwischen Woche 24 und 76) der abhängigen Variable eingefügt wurde.

6.5 Ergebnisse

6.5.1 Deskriptive Analysen

Mit einer Grösse von $N = 104$ erreichte die Stichprobe nicht die durch Power Berechnung vorgeschlagenen $N = 130$ (G*Power; Faul et al., 2009). Von den 104 Patientinnen wurden 52 der PT+EFT- und 52 der PT+SR-Bedingung zugeteilt. Die beiden Behandlungsbedingungen

unterschieden sich weder hinsichtlich der demografischen Variablen noch hinsichtlich der Ausprägungen zu Behandlungsbeginn signifikant, sodass die beiden Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Diagnose und Symptombelastung zu Beginn der Behandlung vergleichbar waren (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Patienteneigenschaften verglichen über beide Behandlungsbedingungen hinweg

	PT+SR (<i>n</i> = 52)	PT+EFT (<i>n</i> = 52)		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>X</i>²	<i>p</i>
Geschlecht (weiblich)	31 (59.62)	29 (55.77)	0.16	.843
Primäre Diagnose			0.28	.849
Depression	24 (46.15)	24 (46.15)		
Angststörung	16 (30.77)	15 (26.92)		
Anpassungsstörung	12 (23.08)	13 (26.92)		
Psychopharmaka °	13 (25.00)	11 (21.15)	0.22	.816
Dropout °	11 (21.15)	8 (15.38)	0.58	.612
Therapiewiederaufnahme °	8 (15.38)	13 (25.00)	1.49	.328
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>
Alter (Jahre)	31.17 (11.52)	30.90 (9.49)	0.13	.897
Anzahl Sitzungen °	19.90 (8.20)	21.02 (8.86)	-0.66	.507
BDI-II prä	21.57 (10.31)	20.32 (9.99)	0.62	.538
BAI prä	16.47 (10.02)	16.46 (19.07)	0.00	.996
BSI prä (GSI)	1.11 (0.54)	1.05 (0.48)	0.63	.531

Anmerkung. Variablen mit einem ° beziehen sich auf die gesamte Behandlungsphase oder das -ende. Alle anderen Variablen beschreiben die Verteilung zu Behandlungsbeginn. PT+SR = Psychologische Therapie mit ausgearbeiteten Therapieelementen zur Selbstregulation, PT+ EFT = Psychologische Therapie mit zusätzlichen Therapieelementen aus der Emotionsfokussierten Therapie, *n* = Anzahl Patienten, % = relativer Anteil.

Die Patienten in der PT+EFT-Bedingung erhielten im Durchschnitt 21 Sitzungen. Acht Patientinnen brachen die Behandlung ab und wurden daher als Dropouts klassifiziert. In der PT+SR-Bedingung erhielten die Patienten im Durchschnitt 20 Sitzungen und elf wurden als Dropouts eingestuft. Zwischen den Fällen mit abgeschlossener Behandlung und den Dropouts zeigten sich in den statistischen Analysen keine signifikanten Unterschiede vor Behandlungsbeginn (alle *ps* > .48). Was die Therapeutenstichprobe betrifft, waren sowohl das Alter als auch der Erfahrungsstand stark linksschief verteilt. Jedoch unterschieden sich diese Variablen nicht

signifikant zwischen den Therapeutinnen der beiden Behandlungsbedingungen mit PT+EFT = 33.48 Jahre, PT+SR = 32.29 Jahre, $t(95) = -0.98$, $p = .33$ für das Alter und PT+EFT = 3.98 Jahre, PT+SR = 3.21 Jahre, $t(58) = -0.75$, $p = .46$ für den Erfahrungsstand.

Insgesamt trat bei 36 Patienten (34.62%) mindestens ein Sudden Change auf. Von ihnen zeigten 20 Patienten einen Sudden Gain (55.55% bzw. 19.23% der Gesamtstichprobe), 9 einen Sudden Loss (25% bzw. 8.65% der Gesamtstichprobe) und 7 sowohl einen Sudden Gain als auch einen Loss (19.44% bzw. 6.73% der Gesamtstichprobe). Von den sieben Fällen, welche sowohl einen Sudden Gain als auch Loss aufwiesen, erlebten drei zuletzt einen Sudden Loss und vier einen Sudden Gain. Da diese Gruppe mit einem $n = 7$ klein ausfiel, wurden die Fälle entsprechend des zuletzt verzeichneten Sprungs entweder der Sudden Gain oder Loss Gruppe zugeteilt. Die beiden Behandlungsbedingungen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Auftretens und der Verteilung der Sudden Changes; bei vier Gruppen mit «neutral», SG, SL oder SGL: $\chi^2(3) = 3.65$, $p = .318$; bei drei Gruppen mit «neutral», SG oder SL: $\chi^2(2) = 2.09$, $p = .389$. Zudem unterschieden sich die «neutralen» Fälle nicht von den Sudden Change Fällen hinsichtlich der Symptombelastung zu Behandlungsbeginn (siehe Tabelle 6). Der Verlauf der Werte der Symptomfragebogen über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg ist in Tabelle 7 für die Patienten ohne Sudden Change, mit einem Sudden Loss sowie für diejenigen mit einem Sudden Gain dargestellt.

Tabelle 6

Symptombelastung zu Behandlungsbeginn für Patientinnen mit und ohne Sudden Change

	«Neutral» ($n = 68$)	Sudden Change ($n = 36$)		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
GSI prä	1.03 (0.54)	1.17 (0.45)	0.63	.531
BDI-II prä	20.15 (10.93)	22.39 (8.41)	-1.14	.255
BAI prä	15.18 (8.44)	18.77 (12.10)	-1.58	.120

Anmerkung. «Neutral» bezeichnet diejenigen Patienten ohne Sudden Change, n = Anzahl Patientinnen.

6.5.2 Hypothesentestung

Haupteffektmodell

Die geschätzten Werte für die *Symptombelastung* betrugen nach der Intervention, $Y_{00} = 3.52$, $SE = 0.33$, 95% CI [2.87, 4.18], $t(228.37) = 10.61$, $p < .001$. Die Symptombelastung reduzierte sich signifikant während der Interventionsphase, $Y_{10} = -0.23$, $SE = 0.02$, 95% CI [-0.27, -0.20], $t(218.37) = -14.43$, $p < .001$. Diese Abnahme vergrößerte sich in der Nachbehandlungsphase nicht weiter, blieb jedoch stabil, $Y_{20} = -0.01$, $SE = 0.01$, 95% CI [-0.02, 0.01], $t(215.80) = -0.83$, $p = .41$. Das Zeit-als-einziger-Prädiktor-Modell (*fixed slope*) verbesserte die Modellpassung im Vergleich zum Nullmodell für die primäre Ergebnisvariable der *Symptombelastung* signifikant, $\chi^2(2) = 195.7$, $p < .001$. Dies bedeutet, dass ein signifikanter Haupteffekt der Zeit (i. S. eines Innergruppen-Effekts) hinsichtlich des Composite Masses vorliegt. Des Weiteren wurden verschiedene random slope Modelle getestet, welche individuelle Patientenverläufe (u. U. in verschiedene Richtungen) erlauben. Das Modell, welches für den Patienten j individuelle Verläufe in der Behandlungs- aber nicht in der Nachbehandlungsphase erlaubt, erreichte dabei die beste Modellpassung, $\chi^2(1) = 33.50$, $p < .001$. Das Modell, welches für den Patienten j individuelle Verläufe in der Behandlungs- und Nachbehandlungsphase erlaubt, erreichte ebenfalls gute Modellgütekriterien, passte jedoch im direkten Vergleich zum vorher genannten Modell mit $\chi^2(4) = 4.57$, $p = .334$ nicht besser zu den Daten. Folglich wurde dieses Modell nicht für die weiteren Analysen der konditionalen Modelle verwendet.

Konditionale Modelle

Die Ergebnisse für die konditionalen Modelle sind in Tabelle 8 und 9 dargestellt. Es zeigten sich keine Zwischengruppeneffekte, was bedeutet, dass sich die Sudden Gainer und die «neutralen» Fälle nicht signifikant unterschieden. Somit konnte die formulierte *Hypothese 1* nicht bestätigt werden. Ebenso musste die *Hypothese 2* verworfen werden, obschon sich ein statistischer Trend von $p = .10$ hinsichtlich der Unterschiede in der *Symptombelastung* zwischen den Patientengruppen mit einem Sudden Gain und Loss nach Therapieende zeigte. Die Patientinnen mit einem Sudden Loss hatten am Ende der Behandlung durchschnittlich um 1.27 Punkte höhere Werte im Composite Mass *Symptombelastung* im Vergleich zu den Patienten mit einem Sudden Gain. Hinsichtlich des Verlaufs der Symptombelastung über die Behandlungsphase hinweg zeigte sich hingegen kein Unterschied zwischen den Sudden Loss und Sudden Gain Fällen.

Tabelle 7

Verlauf der Einzelmasse (Symptomfragebogen) über die gesamte Erhebungszeit hinweg, dargestellt für Patientinnen ohne Sudden Change, mit einem Sudden Loss oder einem Sudden Gain

	«Neutral» (<i>n</i> = 68)	Sudden Loss (<i>n</i> = 12)	Sudden Gain (<i>n</i> = 24)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
GSI prä	1.03 (0.54)	1.13 (0.39)	1.18 (0.49)
GSI post	0.35 (0.30)	0.65 (0.46)	0.40 (0.36)
GSI fu1	0.42 (0.34)	0.45 (0.25)	0.44 (0.46)
GSI fu2	0.33 (0.28)	0.47 (0.25)	0.36 (0.29)
BDI-II prä	20.15 (10.93)	20.92 (7.57)	23.13 (8.86)
BDI-II post	6.64 (7.00)	12.09 (9.17)	8.45 (6.18)
BDI-II fu1	7.00 (6.83)	8.27 (7.69)	8.22 (9.01)
BDI-II fu2	5.12 (6.19)	9.13 (7.38)	6.50 (5.63)
BAI prä	15.18 (8.44)	17.42 (14.29)	19.46 (11.12)
BAI post	5.57 (6.97)	7.45 (7.35)	6.18 (4.95)
BAI fu1	6.19 (7.32)	8.09 (7.98)	8.17 (10.17)
BAI fu2	5.17 (6.41)	6.88 (5.49)	5.00 (5.30)

Anmerkung. «Neutral» bezeichnet diejenigen Patienten ohne Sudden Change, *n* = Anzahl Patientinnen.

Tabelle 8

Innergruppen- und Zwischengruppeneffekte der gemischten Modelle – Vergleich zwischen Patienten mit und ohne Sudden Gain

Parameter	Innergruppeneffekte										Zwischengruppeneffekte				
	Sudden Gain					«Neutral»									
	Estimate	SE	95% CI		p	Estimate	SE	95% CI		p	Estimate	SE	95% CI		p
			UG	OG				UG	OG				UG	OG	
Therapie- ende	3.45	0.51	2.43	4.46	< .001	3.26	0.31	2.65	3.88	< .001	-.18	0.60	-1.36	1.00	.765
Behand- lungsphase	-0.28	0.04	-0.35	-0.21	< .001	-0.23	0.02	-0.27	-0.19	< .001	.05	0.04	-0.02	0.13	.204

Anmerkung. Mit «Neutral» sind diejenigen Patientinnen ohne Sudden Change gemeint. UG = Untergrenze, OG = Obergrenze.

Tabelle 9

Innergruppen- und Zwischengruppeneffekte der gemischten Modelle – Vergleich zwischen Patienten mit einem Sudden Gain und einem Sudden Loss

Parameter	Innergruppeneffekte										Zwischengruppeneffekte				
	Sudden Loss					Sudden Gain									
	Estimate	SE	95% CI		p	Estimate	SE	95% CI		p	Estimate	SE	95% CI		p
			UG	OG				UG	OG				UG	OG	
Therapie- ende	4.40	0.70	3.01	5.79	< .001	3.13	0.51	2.43	4.46	< .001	-1.27	0.75	-2.77	0.22	.097•
Behand- lungsphase	-0.21	0.05	-0.31	-0.11	< .001	-0.25	0.02	-0.31	-0.20	< .001	-0.04	0.05	-0.14	0.07	.477

Anmerkung. UG = Untergrenze, OG = Obergrenze, • markiert einen statistischen Trend von $p = .10$.

6.6 Diskussion

Die dritte Studie der vorliegenden Dissertation untersuchte das Auftreten von Sudden Gains und Losses innerhalb eines integrativen Psychotherapieansatzes bei Patientinnen mit der primären Diagnose einer depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung. Die Patienten wurden unter klinischen Routinebedingungen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle im Rahmen des Improve-Projekts behandelt. Das erste Ziel der Studie war es, die Häufigkeit von Sudden Gains und Losses sowie deren Zusammenhang zum Therapieergebnis zu untersuchen. Damit trug die Studie dazu bei, das Auftreten von Sudden Changes in der integrativen Psychotherapie besser zu verstehen, da bisherige Publikationen Sudden Gains überwiegend deren Vorkommen innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie behandelten. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen bisheriger Studien liessen sich auch in dieser Stichprobe unter Routine-Praxisbedingungen starke Fluktuationen in den Symptomanangaben der Patientinnen feststellen. Mit einer Häufigkeit von 19% beziehungsweise 23% (inkl. der vier Fälle mit einem Sudden Loss und Gain, die zuletzt den Gain zeigten) ist die Inzidenz von Sudden Gains in dieser Studie vergleichbar mit bisher publizierten Zahlen, wobei sie leicht unter den durchschnittlichen 34.65% (Shalom & Aderka, 2020) liegt. Bisherige Studien mit Erwachsenen, welche face-to-face Psychotherapien in Anspruch nahmen, berichteten eine Häufigkeit von Sudden Gains zwischen 14.7% (KVT bei Erwachsenen mit einer Panikstörung; Nogueira-Arjona et al., 2017) und 53.8% (KVT bei Erwachsenen mit einer Depression; Abel et al., 2016).

Es sind verschiedene Gründe vorstellbar, die zum eher geringeren Auftreten in der Improve-Stichprobe beigetragen haben könnten: Obschon in dieser Studie ebenfalls angepasste Kriterien für die Definition von Sudden Gains verwendet wurden, entschieden sich die Autoren für minimale Abänderungen und daher für ein konservatives Vorgehen. So wurde beispielsweise das erste Kriterium zur Definition eines Sudden Gains allein deshalb revidiert, weil nicht das BDI-II, wie dies die Definition von Tang und DeRubeis (1999) umfasst, zur Erhebung eines Sudden Gains verwendet wurde. Des Weiteren mussten die plötzlichen Symptomveränderungen mindestens während den zwei vor- und nachgehenden Therapiesitzungen stabil bleiben. Andere Studien veränderten auch das dritte Kriterium und ermöglichten auf diese Weise, dass Sudden Gains gleich in der ersten Sitzung auftreten können (z. B. Hardy et al., 2005; Hopko et al., 2009). Die Veränderungen des dritten Kriteriums führte in der Studie von Lutz und Tschitsaz (2007) zu einer Fluktuation in der absoluten Häufigkeit von Sudden Gains von 88 bis

174. Die Lockerung des Kriteriums kann somit zur Verdoppelung der Häufigkeit führen, was wiederum die Vergleichbarkeit zu Studien mit unveränderten oder nur leicht angepassten Kriterien erschwert und das Auftreten in der vorliegenden Studie tief erscheinen lässt. Interessanterweise ist die Verwendung alternativer Kriterien zur Ermittlung von Sudden Gains zudem ein wichtiger Moderator für den Zusammenhang von Sudden Gains und dem Therapieergebnis. Die Untersuchung der Moderatoren in der Metaanalyse von Shalom und Aderka (2020) ergab, dass die Effektstärke hinsichtlich des Therapieergebnisses stärker war, wenn alternative Kriterien verwendet wurden. Die Art der Definition scheint nicht nur Auswirkungen auf die Häufigkeit der Sudden Gains zu haben, sondern beeinflusst auch die Grösse des Effekts, wie stark Sudden Gains das Therapieergebnis nach Behandlungsende vorhersagen können. Was bisher zudem wenig Beachtung fand in der Erforschung von Sudden Gains, ist die Rolle der (Veränderungs-)Sensitivität der jeweils verwendeten Fragebogen. Obschon diese üblicherweise bei Validierungsstudien untersucht wird, kann sie sich zwischen den Fragebogen unterscheiden. In Kombination mit alternativen Kriterien zur Bestimmung von Sudden Gains kann dies die Vergleichbarkeit der publizierten Studienresultate zusätzlich erschweren. Wird jedoch, wie von Stiles et al. (2003) vorgeschlagen, der RCI als erstes Kriterium für Sudden Gains herangezogen, kann der Verzerrung entgegengewirkt werden.

Weiter fällt beim Vergleich mit bisherigen Studien auf, dass in integrativen Therapieansätzen tiefere Häufigkeiten von Sudden Gains beobachtet wurden. Diese reichen von 9.3% (Lutz et al., 2007) bis 24.1% (Adler et al., 2013) mit einer durchschnittlichen Auftretenshäufigkeit von 16.77% (dabei berücksichtigte Studien: Adler et al., 2013; Haugen et al., 2015; Lutz et al., 2007; Lutz et al., 2013; Lutz & Tschitsaz, 2007; Stiles et al., 2003; Zilcha-Mano, Errázuriz, et al., 2019). Das durchschnittliche Vorkommen bei integrativen Verfahren liegt folglich beinahe 20% tiefer als bei den restlichen Untersuchungen, welche am häufigsten bei KVT-Behandlungen stattgefunden haben. Gründe dafür sind bisher unbekannt. Möglicherweise setzen integrative Verfahren nicht direkt bei der Behandlung von psychischen Symptomen an, sondern legen den Fokus auf symptomübergreifende Mechanismen wie beispielsweise Selbstwert, Emotionsregulation oder Metakognitionen. Fortschritte in diesen Bereichen würden sich folglich weniger in symptomorientierten Verlaufsmassen niederschlagen, was wiederum weniger Fluktuationen in der Symptombelastung und als Konsequenz seltenere plötzliche Veränderungssprünge bedeuten würde. Im Vergleich dazu setzt insbesondere die manualbasierte KVT bei der Symptombehandlung an, was sich dann auch direkt in den symptombezogenen Prozessmassen widerspiegeln sollte.

Ein weiterer Grund für die genannte Differenz hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit könnte auf den Umstand zurückzuführen sein, dass die Publikationen, welche integrative Verfahren untersuchten, heterogene Störungsbilder zugelassen haben. Damit zusammenhängend wurden Fragebogen zur allgemeinen Psychopathologie, psychischen Funktionsweise und Beeinträchtigung eingesetzt. Es ist möglich, dass die Heterogenität der eingeschlossenen Störungsbilder innerhalb einer einzigen Stichprobe sowie die Verwendung genannter Messinstrumente anstelle von störungsspezifischen Symptommassen die Identifizierung und Auswirkungen von Sudden Gains beeinflussen. Zur Überprüfung dieser Erklärungsansätze ist weitere Forschungsarbeit erforderlich.

Sudden Losses wurden bisher deutlich seltener untersucht als Sudden Gains, weshalb weniger Vergleichsdaten existieren. In der vorliegenden Arbeit lag die Häufigkeit von Patientinnen, welche nur einen Sudden Loss erlebten, mit 8.65% im vergleichbaren Bereich mit bisher publizierten Studien (Lutz et al., 2007; Lutz & Tschitsaz, 2007; Odyniec et al., 2019). Ebenso war die Häufigkeit der Patienten mit einem Sudden Gain und einem Loss mit 6.7% vergleichbar mit bisher publizierten Zahlen, welche von 1.6% (Lutz et al., 2007) bis zu 15% (Odyniec et al., 2019) reichen. Mit Ausnahme der Studie von Odyniec et al. (2019) wurden bisherige Untersuchungen zu Sudden Losses anhand integrativer Psychotherapien durchgeführt. Die beiden Behandlungsbedingungen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit von Sudden Gains und Losses. Dies spricht dafür, dass weder die ausgearbeiteten Interventionen zur Förderung der Selbstregulation noch die Therapieelemente der EFT plötzliche Symptomsprünge förderten. Jedoch kann damit nicht ausgeschlossen werden, dass in den beiden Bedingungen unterschiedliche Interventionen oder Therapieprozesse zu den plötzlichen Symptomveränderungen geführt haben. Ausführungen dazu folgen weiter unten.

Die Resultate bestätigten die formulierten Hypothesen nicht. Es zeigte sich weder zwischen den Patienten mit einem Sudden Gain und denjenigen ohne Veränderungssprung ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Therapieergebnisses noch zwischen den Subgruppen mit einem Sudden Gain, mit einem Sudden Loss und je einem Sudden Gain und Loss. Es fand sich einzig ein statistischer Trend hinsichtlich der Symptombelastung am Therapieende. Patienten, welche einen Sudden Loss während der Therapiephase erlebten, gaben am Ende der Behandlung eine leicht höhere Belastung durch psychopathologische Symptome an als Patientinnen mit einem Sudden Gain. Das bedeutet, dass Patienten mit einem Sudden Loss durchschnittlich leicht weniger Fortschritte hinsichtlich der Symptomverbesserungen verzeichnen konnten. Obschon dieser Unterschied statistisch nicht signifikant wurde, passt der Befund mit denjenigen von Lutz et al. (2007) und Lutz et al. (2013) überein. Jedoch kann das Resultat auch dahin

gehend interpretiert werden, als dass sich Sudden Losses nicht negativ auf das Behandlungsergebnis auswirken. Insbesondere da sich über den Behandlungsverlauf hinweg als auch zu den Katamnesemessungen nach sechs und zwölf Monaten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Sudden Loss zeigten, erscheint diese Interpretation der Ergebnisse naheliegender. Somit würden die Resultate dieser Studie die Annahme stützen, dass Sudden Losses Teil eines natürlichen psychischen Genesungsprozesses sind. Obschon es während des Therapieprozesses zu plötzlichen Symptomverschlechterungen kommen kann, müssen diese nicht mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergehen. Umso mehr zeigt dieser Befund auf, dass psychotherapeutische Veränderung über unterschiedliche therapeutische Verläufe stattfinden kann (vgl. Lutz et al., 2006). Darauf, dass Sudden Gains und Losses als gleichbedeutende Phänomene von Veränderungen verstanden werden können, wiesen Olthof, Hasselman, Strunk, van Rooij, et al. (2020) hin. Ihre Daten bestätigten, dass Symptomfluktuationen ein Frühwarnsignal für Sudden Gains und Losses sind. Zudem fanden sie keine Hinweise, dass es unterschiedliche Frühwarnsignale sind, die entweder einen Sudden Loss oder einen Sudden Gain bedingen. Obschon mehr Forschung dazu nötig ist, könnte argumentiert werden, dass Sudden Gains und Losses, obschon aus einer klinischen Perspektive kontraintuitiv, gleiche Phänomene darstellen und Ausdruck eines Veränderungsprozesses sind. Bis heute gibt es kaum Studien, welche die patientenbezogenen Veränderungsprozesse nach einem Sudden Change untersucht haben (Flückiger et al., 2021; Zilcha-Mano, Errázuriz, et al., 2019). Dies wäre wichtig, um besser verstehen zu können, wie Sudden Changes mit dem Therapieergebnis zusammenhängen, und wieso bei manchen Patienten die plötzlichen Symptomverbesserungen aufrechterhalten werden können, während bei anderen die Symptombelastung nach einem Sudden Gain plötzlich oder linear wieder zunimmt. Somit bleiben aktuell viele Fragen zum prädiktiven Wert von Sudden Gains und Losses auf das Therapieergebnis offen.

Allerdings muss oben angeführter Argumentation entgegengestellt werden, dass sowohl die Häufigkeit als auch die Effekte von Sudden Changes auf das Therapieergebnis in dieser Studie durch die Wahl des Erhebungsmasses zur Bestimmung von Sudden Changes beeinflusst worden sein könnten. Mehrere Studien verwendeten zur Definition von Sudden Changes denselben Fragebogen wie zur Erhebung des Therapieergebnisses. Dies führte zu höheren Effektstärken im Vergleich zu Studien, welche unterschiedliche Masse zur Erhebung von Sudden Changes und dem Therapieergebnis verwendet haben (Shalom & Aderka, 2020). Somit könnte in den erstgenannten Studien die gemeinsame Methodenvarianz zu den Unterschieden in den Effektgrößen beitragen. Da in der vorliegenden Studie mit dem Composite Mass *Symptombe-*

lastung (bestehend aus BDI-II, BAI und BSI) nicht dasselbe Mass wie zur Erhebung von Sudden Changes (SCL-9) verwendet wurde, kann diese statistische Verzerrung ausgeschlossen werden. In der Tat hat bisher eine Minderheit der publizierten Studien zu Sudden Gains zwei unterschiedliche Masse zur Erhebung von Sudden Gains und dem Therapieergebnis verwendet (ausschliesslich folgende Studien: Bohn et al., 2013; Lutz & Tschitsaz, 2007; Tang et al., 2007; Thorisdottir et al., 2018; Wucherpfennig et al., 2017). Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass es auch Studien gibt, die trotz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente über ähnlich hohe Effektstärken berichtet haben (Vittengl et al., 2013).

Weitere Eigenschaften, welche in dieser Studie die Effekte von Sudden Gains auf das Therapieergebnis verdeckt haben könnten, sind die Diagnose als Einschlusskriterium für das Improve-Projekt sowie die Therapielänge. Wie die Ergebnisse der Metaanalyse von Shalom und Aderka (2020) zeigten, erzielten Studien zu Sudden Gains, welche bei Patientinnen mit einer Depression oder Angststörung durchgeführt wurden, höhere Effektstärken als Studien, die unterschiedliche psychische Störungen eingeschlossen hatten. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass der Einschluss verschiedener psychischer Diagnosen innerhalb einer einzigen Untersuchung zu mehr Varianz führt, was die Auswirkungen von Sudden Gains verschleiern kann. Dieser Umstand könnte auch auf die vorliegende Studie zutreffen und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden. Ebenso machte die genannte Metaanalyse (Shalom & Aderka, 2020) mit ihren Resultaten darauf aufmerksam, dass mit der Zunahme der Therapielänge der Effekt von Sudden Gains auf das Therapieergebnis sank. Die Maximallänge der in der Metaanalyse untersuchten Psychotherapien lag bei 37 Sitzungen, was vergleichbar ist mit der Maximaldauer von 31 Therapiesitzungen im Rahmen des Improve-Projekts. Das bedeutet, dass auch in der vorliegenden Studie die (nicht signifikanten) Effekte durch die Therapielänge beeinflusst worden sein könnten. Shalom und Aderka (2020) erklärten sich den Befund so, dass mit zunehmender Behandlungsdauer auch die Anzahl an therapeutischen Interventionen sowie aussertherapeutischen Erfahrungen und Lebensereignissen wahrscheinlicher werden, was sich wiederum auf die Fluktuationen von Symptomverläufen und somit auf das Auftreten von Sudden Changes auswirken kann. Gleichzeitig wird somit der Zusammenhang von Sudden Changes und dem Therapieergebnis verdeckt. Eine erst kürzlich publizierte Studie zum Dosis-Wirkungszusammenhang zeigte zudem, dass die Veränderungskurve vom Schweregrad der Psychopathologie abhängt (Nordmo et al., 2021). Während Patienten mit leichten psychischen Belastungen die grössten Veränderungen während den frühen Therapiesitzungen (Sitzung vier bis acht) verzeichnen, verläuft die Verbesserung bei schwerwiegenden psychischen Einschränkungen langsamer und die Therapien dauern länger an.

Nordmo et al. (2021) schlussfolgern, dass in länger andauernden Psychotherapien Verbesserungen der Psychopathologie einem linearen Trend folgen. Der Einfluss des Schweregrads der psychischen Belastungen wurde in der vorliegenden Studie nicht untersucht und die Differenzierung in verschiedene individuelle Verlaufsformen nicht vorgenommen, weshalb keine Aussagen diesbezüglich gemacht werden können.

Als zweites Ziel hatte sich die vorliegende Studie vorgenommen, die einem Sudden Gain und Loss vorangehenden therapeutischen Prozesse und Interventionen zu untersuchen und auf diese Weise das Verständnis für die Ursache der plötzlichen Symptomverschiebungen zu fördern. Dazu wurden Videoaufzeichnungen der pre-pre-gain/loss sowie pre-gain/loss Sitzungen bei Patientinnen mit und ohne Sudden Change anhand einer auf diese Studie angepassten Version des MEPIs analysiert. Aufgrund der bisher uneinheitlichen Forschungsbefunde wurde ein explorativer Ansatz gewählt und auf die Formulierung von Forschungshypothesen verzichtet. Des Weiteren war vorgesehen, die beiden Behandlungsbedingungen (PT+EFT vs. PT+SR) hinsichtlich der bisher in der Literatur gefundenen Prädiktoren für Sudden Changes zu vergleichen. Aufgrund der hohen Varianz der Interrater-Reliabilität mit teils ungenügenden ICC-Werten musste jedoch auf die Auswertung der Ratingdaten verzichtet werden. Somit konnte die explorative Fragestellung nicht bearbeitet werden. Für die teils niedrigen Interrater-Reliabilitäten könnte möglicherweise die begrenzte Schulungszeit verantwortlich sein. Obschon der Umfang mit zwanzig Stunden vergleichbar mit der Trainingszeit anderer Ratinginstrumente ist (vgl. z. B. Abel et al., 2016), könnte sie in Anbetracht der Komplexität des MEPI nicht ausreichend sein. Das MEPI ist mit 31 Items und neun Subskalen ein umfangreiches Instrument. Zudem erfasst es verschiedenste therapeutische Prozesse und Interventionen aus diversen Therapieschulen. Mit der Überarbeitung des MEPI wurde versucht, die Komplexität zu reduzieren. Doch es scheint, als wäre diese Abänderung nicht ausreichend gewesen. Bereits bei der Konzipierung der Originalversion zeigten sich teilweise niedrige Übereinstimmungen. Ein Grund, der von Tschitsaz-Stucki (2007) in ihrer Dissertation diskutiert wurde, war, dass es unmöglich war, alle eventuellen Auftretensformen der zu bewertenden Konstrukte zu schulen. So kam es, trotz der Absprachen darüber, welche Aspekte in welchen Situationen wie bewertet werden sollten, im Laufe der Videoanalysen zu Situationen, in denen neue Aspekte auftraten. Da diese in der Schulung nicht besprochen wurden, waren sie für die Raterinnen unter Umständen schwieriger einzustufen. Als Folge traten vermehrt Diskrepanzen in der Beurteilung auf. Wie die hohe Varianz hinsichtlich der Übereinstimmung in der vorliegenden Studie zeigte, reichte die Erstellung von Ankerbeispielen für die Items nicht aus, um den Ratern diese Unsicherheit nehmen zu können. Da die Interrater-Reliabilität nach der Schulung zudem leicht höher war,

kann auch argumentiert werden, dass zu wenig Vorkehrungen getroffen wurden, um Veränderung in der Beurteilung über die Zeit (sog. Raterdrifts) zu verhindern. Aufgrund der begrenzten Zeitressourcen der Raterinnen fanden während der Ratingphase keine regelmässigen Treffen in der Gruppe statt. Die Raterinnen waren grösstenteils als Klinische Psychologinnen tätig und absolvierten gleichzeitig die postgraduale Weiterbildung, was einem Arbeitspensum von mindestens 100% entspricht. Einige Rater wohnten zudem in anderen Städten, sodass sie ein Treffen weitere Zeit gekostet hätte. Da die für das Rating zur Verfügung stehende Zeit der auszubildenden Psychologinnen auf maximal 50 Stunden begrenzt war, wurde entschieden, diese Zeit für die Videoeinschätzungen zu nutzen, um eine grössere Datenmenge generieren zu können. Stattdessen wurden individuelle Rückmeldungen von der Erstautorin zur Vorkehrung von Raterdrifts gewählt. Um eine bessere Interrater-Reliabilität zu erreichen, wären sowohl die Intensivierung der Schulung als auch insbesondere die Durchführung regelmässiger Gruppenbesprechungen während der Ratingphase angezeigt. Zudem wäre es sinnvoll gewesen, wenn sich die Rater jeweils auf eine Auswahl an Subskalen beschränkt hätten, statt jeweils alle 31 Items zu beurteilen. Somit hätten sie ihre Aufmerksamkeit auf weniger Prozesse und Interventionen richten müssen, wovon unter Umständen die Interrater-Reliabilität hätte profitieren können. Da jedoch auch bereits in den Untersuchungen mit der Originalversion des Items Schwierigkeiten hinsichtlich der Beurteilerübereinstimmung aufgetreten sind, muss auch grundsätzlich die Entscheidung für dieses Messinstrument kritisch betrachtet werden. Der Anspruch, verschiedene Interventionen und Wirkungsweisen von integrativer Psychotherapie gleichzeitig zu untersuchen, schränkte die Auswahl an Messinstrumenten stark ein. Die Ratinginstrumente in bisherigen Studien zu Sudden Changes konzentrierten sich jeweils auf einen therapeutischen Veränderungsprozess oder ein vordefiniertes Set an Interventionen (z. B. Abel et al., 2016; Tang et al., 2005) und kamen daher nicht infrage. Um dem oben genannten Anspruch gerecht zu werden und gleichzeitig die Reliabilität und Validität des Instruments zu berücksichtigen, hätte beispielsweise der Berner Stundenbogen (Flückiger et al., 2010) verwendet werden können. Durch das Vorhandensein einer Patientinnen- und Therapeutenversion wäre auch der Einschluss beider Perspektiven im Hinblick auf die Prädiktoren von Sudden Changes möglich gewesen.

6.6.1 Stärken, Limitationen und Ausblick

Eine Stärke der vorliegenden Studie ist das Studiendesign. Bisher wurde die Mehrheit der Untersuchungen zu Sudden Changes anhand eines RCTs durchgeführt. Wie die Metaanalyse von Shalom und Aderka (2020) zeigen konnte, scheinen sich gewisse Eigenschaften eines solchen Designs (u. a. die homogene Stichprobe oder die begrenzte Therapiedauer) auf den

Effekt von Sudden Gains auf das Therapieergebnis auszuwirken. Daher kann nicht vorausgesetzt werden, dass sich die Befunde solcher Studien auf Routinepraxisbedingungen übertragen lassen. Mit einem naturalistischen Design, dem Einschluss verschiedener psychischer Störungen und einer Therapiedauer, welche diejenige von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung innerhalb von RCTs übersteigt, ähneln die methodischen Eigenschaften des Improve-Projekts den Bedingungen ambulant durchgeführter Psychotherapien. Zudem entspricht die Behandlung in beiden Studienbedingungen einer empirisch fundierten integrativen Psychotherapie, was ebenfalls der Mehrheit der in niedergelassenen Praxen durchgeführten Psychotherapien entspricht (Cook et al., 2010). Somit gibt es guten Grund anzunehmen, dass sich die Befunde der vorliegenden Studie auf die Routinebedingungen übertragen lassen. Eine weitere Stärke ist, dass nebst den Sudden Gains auch Sudden Losses untersucht wurden. Studien zu Sudden Losses sind weiterhin in der Minderheit. Bisher haben sich wenige Forschungsgruppen diesem Gebiet angenommen. Dementsprechend wurde die Mehrheit der bisher publizierten Studien zu Sudden Losses entweder an der Universität Trier oder Bern durchgeführt (Lutz et al., 2013; Schilling et al., 2020; Tschitsaz-Stucki, 2007; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009)¹¹. Dies birgt die Gefahr, dass die Resultate durch den Allegiance-Effekt verzerrt sein könnten. Daher wäre es wünschenswert, dass sich zukünftig auch andere Forschergruppen mit dem Phänomen der Sudden Losses beschäftigen würden.

Neben den genannten Stärken ist jedoch auch Kritik an der vorliegenden Studie anzubringen. Zusätzlich zur bereits erwähnten ungenügenden Datenqualität der Beobachtereinschätzungen und der damit zusammenhängenden Kritik hinsichtlich der Auswahl des Ratingsinstruments gibt es weitere methodische Mängel, welche an dieser Stelle erwähnt werden müssen. Mit einer Stichprobengrösse von insgesamt 104 respektive 75 für die Ratings erreicht sie nicht die durch die Power Berechnungen vorgeschlagene Zahl von 130 Patienten. Somit konnte die Wahrscheinlichkeit eines Typ-II-Fehlers nicht so stark wie erwünscht reduziert werden, was dazu geführt haben könnte, dass ein statistischer Effekt nicht entdeckt wurde. Obschon für die Ratings jeweils zwei Videos einer Patientin analysiert wurden und sich dadurch die Stichprobe vergrösserte, muss beachtet werden, dass so auch die hierarchischen Ebenen der Daten zunahmen. Zusätzlich zu den Messzeitpunkten, Patienten und Therapeuten (3-Ebenen) kam mindestens eine weitere Ebene dazu: Ein Patient konnte mehrmals einen Sudden Change erleben und

¹¹ Prof. Dr. Wolfgang Lutz war von 2004 bis 2007 SNF-Professor für Klinische Psychologie/Psychotherapie am Institut für Psychologie an der Universität Bern, bevor er die Leitung der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Trier übernahm.

wurde dadurch mehrfach mit dem Ratinginstrument eingeschätzt. Um den Einfluss der verschiedenen Verschachtelungen systematisch zu untersuchen, bräuchte es eine bedeutend grössere Stichprobe. Als Grundregel für den Stichprobenumfang gilt, dass mindestens 30 Einheiten pro Ebene für eine solide Parameterschätzung vorliegen sollten (Hox et al., 2018). Dies bedeutet, dass bei Einschluss von vier Hierarchien eine Stichprobengrösse von 120 nötig gewesen wäre.

Die Stichprobengrösse wirkte sich auch auf das Propensity Score Matching (PSM) aus. Obschon die Anwendung einer solchen Matchingmethode als Stärke der vorliegenden Studie angesehen werden kann, muss angemerkt werden, dass mit der Abnahme der Stichprobengrösse ebenfalls die Auswahl an möglichen Paaren sinkt. Dies kann sich wiederum negativ auf die Güte des PSM auswirken. Dass jedoch in der vorliegenden Studie ein Matching mit einem Caliper von 0.2 möglich war, schwächt diesen Kritikpunkt wiederum ab. Des Weiteren muss die Entscheidung, die Fälle mit einem Sudden Gain und einem Loss jeweils entsprechend des letzten Sprungs zur Sudden Gains oder Sudden Losses Subgruppe zu zählen, kritisch betrachtet werden. Da die Patientenfälle, bei welchen beide Arten von plötzlichen Veränderungssprüngen während des Therapieprozesses vorkamen, nur 7% der Gesamtstichprobe ausmachten und dies die Vergleichbarkeit mit den anderen Subgruppen erschwerte, schien die Entscheidung naheliegend. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die gewählte Aufteilung die statistischen Ergebnisse verzerrt hat. Insbesondere deshalb, weil bisher empirisch nicht geklärt wurde, wieso manche Patientinnen beide Richtungen von Veränderungssprüngen erleben und inwiefern sich diese Patientensubgruppe von den restlichen – ohne Sprung, mit Sudden Gain oder mit Sudden Loss – unterscheidet. Fälle mit einem Sudden Gain und einem Loss weisen einen kubischen Symptomverlauf (Symptomabnahme, -zunahme, wieder -abnahme, oder umgekehrt) auf. Interessant wäre es daher, in einer zukünftigen Studie basierend auf Längsschnittdaten (z. B. erhoben anhand Prozessmassen) ein Wachstumskurvenmodell zu berechnen. Da in der vorliegenden Studie nur sieben solche Fälle vorkamen, war die statistische Power zu schwach, um anhand der Improve-Daten einen kubischen Verlauf zu testen. Andrews et al. (2020) versuchten, unterschiedliche Veränderungsverläufe in ihrer Studie zu Sudden Gains miteinzubeziehen, und untersuchten auch kubische Veränderungskurven. Doch auch in ihrer Stichprobe wies lediglich eine Minderheit diesen Verlauf auf, sodass der Vergleich mit den Fällen, welche einem linearen, loglinearen oder stufenweisen Verlauf folgten, nicht möglich war. Zukünftige Studien sollten die Untersuchung von Längsschnittdaten miteinbeziehen, um auf diese Weise die Robustheit von Sudden Changes zu testen.

Ein Ziel der vorliegenden Studie war es, die Prädiktoren von Sudden Changes zu untersuchen. Dabei wurden die therapeutischen Interventionen und patientenbezogenen Veränderungsprozesse anhand von Videoanalysen eingeschätzt. Was jedoch in dieser Untersuchung nicht beachtet wurde, war die Wahl des Zeitpunkts der Interventionen sowie die zeitliche Abfolge. Eine therapeutische Intervention als in sich geschlossene Entität zu betrachten stellt eine stark vereinfachte und nicht der Praxis entsprechende Annahme dar. In Bezug auf Kapitel 2.2 sowie daran anlehnend auf das erweiterte Modell von Doss (2004) (siehe *Abbildung 3*) beeinflussen sich die therapeutenbezogenen Interventionen und die patientinnenbezogenen Veränderungsprozesse gegenseitig. Eine statistische Methode, welche diese Interaktion berücksichtigen würde, ist die Zeitreihenanalyse (Tschacher & Ramseyer, 2009). Eine Voraussetzung dazu wäre, dass Prozessmasse auf Sitzungsebene erfasst werden. Idealerweise sollten alle einem Sudden Change vorangehenden Erhebungszeitpunkte untersucht werden und nicht nur die zwei letzten Therapiesitzungen vor dem Veränderungssprung, wie dies sowohl in den meisten bisher publizierten Studien als auch in der vorliegenden Untersuchung gemacht wurde. Die zwei einzigen Publikationen, welche alle einem Sudden Gain vorangehenden Therapiesitzungen in ihre Analysen einschlossen, waren diejenigen von Shalom et al. (2018) und Zilcha-Mano, Errázuriz, et al. (2019). Während beide Studien die Symptomverläufe über den Therapieprozess bis zu einem Sudden Gain analysierten, untersuchten Zilcha-Mano, Errázuriz, et al. (2019) zusätzlich die therapeutische Allianz und Prädiktoren, wobei sie diese auf demografische Variablen und klinische Eigenschaften zu Therapiebeginn einschränkten. Eine Studie, welche auch Prädiktoren im Sinn von therapeutischen Interventionen und patientinnenbezogenen Veränderungsprozessen (z. B. emotionale Verarbeitung) überprüft und dabei Sudden Losses mit einschließt, wurde bisher nicht publiziert. Eine solche Untersuchung würde dazu beitragen, besser zu verstehen, was Sudden Changes bedingt, inwiefern sich Sudden Gains und Losses hinsichtlich der vorangehenden Therapieprozesse unterscheiden und wie Sudden Gains gezielt herbeigeführt werden können. Zukünftige Studien sollten sich zudem mit den einem Sudden Change nachfolgenden Therapieprozessen befassen. Wie bereits hiervoor erwähnt, soll auf diese Weise mehr Wissen über deren Stabilität gewonnen werden. Zudem ist aktuell noch unbekannt, wieso manche Patientinnen mehrere Sudden Changes erleben. Gerade das Auftreten von Sudden Losses nach einem Gain legt nahe, dass Prozesse, die nach einem Sudden Gain auftreten, entscheidende Auswirkungen haben und potenziell das Therapieergebnis beeinflussen können. Daher wäre es auch nötig, zukünftig zu untersuchen, inwiefern therapeutische Interventionen zur Aufrechterhaltung der plötzlichen Symptomverbesserungen beitragen. Bisher gibt es zwei Studien,

welche Moderatoren für den Zusammenhang von Sudden Gains und dem Therapieergebnis erforschten (Flückiger et al., 2021; Zilcha-Mano, Errázuriz, et al., 2019). Flückiger et al. (2021) führten eine Interventionsstudie mit Angstpatienten durch, bei welcher die Therapeutinnen der einen Behandlungsbedingung explizit die Veränderungen im Prä-Stundenbogen (d. h. ein der Therapiesitzung vorangehender Stundenbogen, welcher sich auf die Zeit seit dem letzten Termin bezieht) mit den Patienten besprachen. Sie analysierten, inwiefern dieser Fokus das Auftreten von Sudden Gains bedingte und das Therapieergebnis beeinflusste. Die Resultate brachten einen interessanten Zusammenhang zum Vorschein. Einerseits kamen in der genannten Studienbedingung Sudden Gains häufiger vor. Andererseits zeigte sich, dass die aktive Erkundung von Patientenveränderungen zu Beginn der Therapiesitzung kurzfristig mit einem rascheren Rückgang der Sorgensymptome zusammenhing. Gleichzeitig brachte aber das absichtliche Fördern von Therapiefortschritten im Sinne von «Big-Bang-Erlebnissen» auch einige Risiken für den langfristigen Behandlungserfolg mit sich (Flückiger et al., 2013; Flückiger et al., 2021). Die Autoren der Studie führen in diesem Zusammenhang die Risiken an, den Fokus auf andere Sitzungsziele zu verlieren, die Motivation der Patienten für weitere Fortschritte zu schmälern oder erhöhte Erwartungen an die Psychotherapie zu induzieren. Diese Befunde zeigen auf, dass die therapeutischen Interventionen nach einem plötzlichen Veränderungssprung entscheidend für das kurz- sowie langfristige Therapieergebnis sind. Sie machen deutlich, dass auch der Therapieverlauf nach einem Sudden Change eingehend untersucht werden sollte.

Es wurde bereits diskutiert, dass der Schweregrad der psychischen Belastung und die Therapielänge die Auswirkungen von Sudden Gains auf das Therapieergebnis verwischen können. Daher sollten zukünftige Studien zu Sudden Gains in integrativen Psychotherapien unter Routinebedingungen den psychopathologischen Schweregrad zu Therapiebeginn als Kovariable in ihre statistischen Analysen miteinbeziehen. Bisherige Studien untersuchten lediglich den Einfluss des Schweregrads auf das Auftreten von Sudden Gains. Es fanden sich diesbezüglich jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Um den Einfluss der Therapielänge unter Routinebedingungen systematisch analysieren zu können, wird die Unterteilung einer Behandlung in verschiedene Phasen vorgeschlagen. Jede Phase soll hinsichtlich des Auftretens und der Ursachen von Sudden Changes untersucht werden. Anschliessend werden die verschiedenen Phasen miteinander verglichen und auf mögliche Unterschiede untersucht. Bisher existiert keine Studie, welche ein solches Studiendesign angewendet hat.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt, welcher zukünftig bei der Erforschung von Sudden Changes berücksichtigt werden sollte, ist der folgende: Wie bereits weiter zuvor erwähnt, können Änderungen der Kriterien für Sudden Changes zu den gefundenen Unterschieden in deren

Effekt auf das Therapieergebnis führen (siehe Shalom & Aderka, 2020). Vergleiche zwischen Ergebnissen zu Sudden Changes, die auf unterschiedlichen Kriterien beruhen, sollten demnach mit Vorsicht gemacht werden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Sudden Changes, die auf unterschiedlichen Kriterien beruhen, verschiedene psychologische Konstrukte darstellen. Da kein objektives Instrumentarium existiert, das festlegt, was als «wahrer» Sudden Change angesehen werden soll, erscheint es umso notwendiger, einen Konsens hinsichtlich dessen Definition zu finden. Es ist wünschenswert, dass zukünftig ein standardisiertes Set an Kriterien festgelegt wird, welches in sämtlichen Studien zu Sudden Changes Verwendung findet. Dies würde den Vergleich zwischen Studien erleichtern.

6.6.2 *Fazit*

Die im Rahmen des Improve-Projekts behandelten Patienten zeigten während des Therapieverlaufs sowohl plötzliche Symptomverbesserungen als auch -verschlechterungen, sogenannte Sudden Gains und Losses. Die dabei beobachtete Häufigkeit ist vergleichbar mit bisher publizierten Zahlen in integrativen Psychotherapien. Diese liegt in der Regel leicht unter dem Durchschnitt der Studien, welche eine höhere interne Validität aufweisen. Entgegen den Erwartungen zeigte sich kein signifikanter Effekt von Sudden Gains auf das Therapieergebnis. Zudem unterschieden sich die Patientinnen mit Sudden Gains nicht signifikant hinsichtlich ihrer psychischen Symptombelastung von denjenigen mit einem Sudden Loss. Die vorliegende Studie weist diverse Charakteristika auf (u. a. Wahl der Messmittel, längere Therapien, nicht-KVT, Einschluss unterschiedlicher Diagnosen), von denen gezeigt wurde, dass sie die Effekte von Sudden Gains auf das Therapieergebnis reduzieren. Womöglich sind diese Eigenschaften dafür verantwortlich, dass sich die formulierten Hypothesen anhand der Daten nicht bestätigen liessen und somit die vorliegenden Befunde nicht mit denjenigen bisheriger Publikationen übereinstimmen. Gleichzeitig könnte es sein, dass Sudden Changes insbesondere in RCTs und Kurzinterventionen als wichtiges Prozessphänomen gelten (Shalom & Aderka, 2020) und deren Wichtigkeit für den Behandlungserfolg in längeren Psychotherapien unter Routinebedingungen abnimmt. Es sind Studien mit grösseren Stichproben und unter Anwendung anspruchsvollerer statistischer Analysemethoden erforderlich, um komplexere Forschungsfragen zu Sudden Changes zu untersuchen.

7 Allgemeine Diskussion

Indem den Projekttherapeuten die Aufgabe gestellt wurde, neue oder ausgearbeitete Konzepte (EFT oder SR) in die Psychologische Therapie zu integrieren, bot das Improve-Projekt die Möglichkeit, Psychotherapieintegration exemplarisch zu untersuchen. Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Dissertation war es, verschiedene Aspekte der assimilativen Integration in die Psychologische Therapie zu vertiefen. Da im Rahmen des Improve-Projekts die Schulung der neu zu integrierenden Therapieelemente begrenzt war, konnte die übliche Herangehensweise von integrativ orientierten, in Praxen tätigen Psychotherapeuten imitiert werden. Aufgrund reduzierter zeitlicher und finanzieller Ressourcen bilden auch sie sich häufig im Selbststudium oder mittels der Teilnahme an einzelnen Kurstagen fort, anstatt eine komplette Ausbildung in einem neuen Therapieansatz zu absolvieren. Dadurch, dass das Projekt im Rahmen der Routinebedingungen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle durchgeführt wurde, zeichnete es sich durch eine hohe externe Validität aus. Mittels dreier Studien wurden prozedurale, patientenbezogene und therapeutenbezogene Faktoren sowie deren Zusammenhang zum Therapieergebnis erforscht. Auf diese Weise war es ein Ziel der vorliegenden Arbeit, zu einem besseren Verständnis der Möglichkeiten, Wirkungsweise und Eigenschaften einer integrativen Praxis beizutragen. Der Fokus lag dabei auf drei Forschungsbereichen: (a) Integration als individueller Konstruktionsprozess eines Therapeuten, (b) nicht lineare und (c) tiefgreifende Veränderung in der Psychologischen Therapie. Die Dissertation verfolgte einen *Mixed-Method*-Ansatz, indem quantitative und qualitative Forschungsmethoden angewendet wurden. Je nach Studie wurden therapeutinnenbezogene Veränderungsprozesse, patientenorientierte Veränderungsprozesse oder eine Interaktion der beiden beleuchtet. In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Befunde der durchgeführten Studien rekapituliert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse kritisch diskutiert. Da die Ergebnisse der *Studie III* bereits in Kapitel 6.6 ausführlich erörtert wurden, wird im Folgenden nur noch kurz darauf eingegangen. Daran anknüpfend wird der Bezug zu aktuellen Themen der Psychotherapieprozessforschung hergestellt und Überlegungen zur weiterführenden Forschung präsentiert.

7.1 Therapeutenbezogene Veränderung: Assimilative Integration als komplexer Konstruktionsprozess

Integration von Behandlungsansätzen in der klinischen Praxis ist weit verbreitet und beruht häufig auf klinischer Intuition sowie bisherigen Erfahrungen und Präferenzen der Thera-

peuten. Ein assimilativ-integratives Vorgehen erfordert dabei eine Vielzahl an klinisch-intuitiven Entscheidungsprozessen (Caspar, 1995; Lutz, Schöttke, et al., 2020). Die Aufgabe der Forschung sollte es daher sein, diese Entscheidungsprozesse besser zu verstehen, sodass daraus handlungsanleitende Modelle zur Unterstützung der Integrationsleistung abgeleitet und bestenfalls die Wirksamkeit von Psychotherapie verbessert werden können (z. B. bei ausbleibendem Behandlungserfolg oder Verschlechterung während des Therapieverlaufs). Die Studie zu den therapeutenbezogenen Veränderungsprozessen (*Studie I*) setzte da an. Das Ziel war es, besser zu verstehen, wie relativ unerfahrene Therapeutinnen es meistern, neue Konzepte und Interventionen in ihre bisherige Arbeit zu integrieren. Obschon das Improve-Projekt in beiden Behandlungsbedingungen Manuale zur Anleitung der Integration zur Verfügung stellte, waren sie bewusst heuristisch aufgebaut. Sie beinhalteten insbesondere die Kompatibilität zwischen den neuen Therapieelementen und der Psychologischen Therapie auf konzeptioneller Ebene (d. h. in Bezug auf die Fallkonzeption). Die Manuale enthielten keine strikten Regeln darüber, wie und wann die neu integrierten oder ausgearbeiteten Therapieelemente anzuwenden sind. Die Regel war, dies aus der individuellen plananalytischen Fallkonzeption abzuleiten. Auf diese Weise war es möglich, die Therapeutinnen bei der Integration zu unterstützen, ohne deren therapeutischen Handlungsspielraum mehr als nötig einzuschränken. Die Therapeuten behielten somit die Verantwortung für die technische Integration und die praktische Umsetzung. Der Fokus der Untersuchung lag auf den individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen der Therapeuten hinsichtlich des assimilativen Integrationsprozesses. Da die Interviews wiederholt über den Therapieprozess hinweg stattgefunden hatten, war es zudem möglich zu untersuchen, inwiefern sich die Erfahrungen der Therapeutinnen über den Therapieverlauf veränderten. Die Integration zweier verschiedener Therapiezusätze (SR und EFT) bot die Gelegenheit zu beobachten, ob die Eigenschaften der Therapiezusätze Unterschiede in den subjektiven Erfahrungen ausmachen. Damit leistet die Studie einen wichtigen Beitrag zu einem bisher wenig erforschten Gebiet.

Die qualitative Auswertung der halbstandardisierten Interviews zeigten verschiedene Aspekte auf, welche die Therapeuten implizit oder explizit in Betracht zogen, um den Prozess der Integration neuer Therapieelemente in ihre therapeutische Arbeitsweise zu steuern. Nebst der Berücksichtigung diverser Patientencharakteristika betonten die Therapeutinnen wiederholt, dass sie die assimilative Integration als schwieriger empfanden, wenn sie die Patientenmotivation oder die therapeutische Allianz als nicht zufriedenstellend einschätzten. Es gab Hinweise, dass insbesondere die Therapeutinnen der PT+EFT-Bedingung intensiv darüber nachdachten, wie und wann sie die neuen Therapieelemente anwendeten sowie welche

Konsequenzen die Integration für die Therapiemotivation des Patienten sowie die Therapieallianz haben könnte. Dies scheint interessant, da es möglicherweise Rückschlüsse auf die Art der neu zu integrierenden Therapieelemente erlaubt. Wenn davon auszugehen ist, dass die Therapeutinnen die genannten Überlegungen häufiger in den Interviews geäußert haben, weil sie sich tatsächlich mehr damit auseinandergesetzt haben, legen die Ergebnisse nahe, dass die Komplementarität und Neuartigkeit der zusätzlichen Therapieelemente eine entscheidende Rolle für den Integrationsprozess spielen. Es ist davon auszugehen, dass bei Techniken, die dem eigenen Ansatz fremder sind, in diesem Fall die EFT-Elemente, eine Integration für die Therapeuten eine grössere Herausforderung darstellt. Die Therapeuten in der PT+EFT-Bedingung berichteten in einem Drittel der Fälle von Widersprüchen zwischen den beiden Ansätzen. Dadurch, dass sie EFT und die Psychologische Therapie (PT) als unterschiedlich verstanden, sahen sie sich während einer Therapiesitzung sowie hinsichtlich der Therapieplanung gezwungen, sich für eine der beiden entscheiden zu müssen. Dieser Befund ist überraschend, denn die Studenttherapeutinnen waren bereits mit einem integrativen Ansatz vertraut und sollten in assimilativer Integration geübt sein. Dafür könnten verschiedene Gründe infrage kommen: Einerseits wurden die Therapeuten der PT+EFT-Bedingung gebeten, Techniken aus einem prozessorientierten Vorgehen zu integrieren. Obschon sie in ihrer Therapieausbildung bereits mit solchen Therapieansätzen bekannt gemacht wurden (z. B. Klärungsorientierte Psychotherapie nach Sachse), waren diese im Curriculum unterrepräsentiert. Daher könnte argumentiert werden, dass die Therapeutinnen zu Projektbeginn mehr Erfahrung mit einem kognitiv-behavioralen, direktiven Vorgehen vorzuweisen hatten. Wäre dem so, wäre es für die PT+EFT-Therapeuten eine grössere Herausforderung gewesen, EFT und PT zu vereinen, als es die Anwendung von Selbstregulation in der PT+SR-Bedingung verlangt hätte. Dazu passend gaben viele PT+EFT-Therapeuten an, dass sie sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der neu integrierten Therapieelemente auf konzeptioneller und praktischer Ebene stark auseinandergesetzt hatten. Zudem berichteten in den Interviews wenige der PT+EFT-, aber die Mehrheit der PT+SR-Therapeuten, keine Überlastung hinsichtlich ihrer Informationsverarbeitungskapazität erlebt zu haben.

Andererseits könnte ein Missverständnis für diese scheinbar stärker erlebte Auseinandersetzung mit der Passung von EFT gesorgt haben. Obschon dies nie so kommuniziert worden war, waren einige Therapeutinnen zu Projektbeginn der Auffassung, den Patientinnen eine «reine» EFT- und SR-Behandlung anbieten zu müssen. Einer der Hauptgründe dafür könnte gewesen sein, dass in der Projektsupervision die Supervisoren überwiegend auf die Umsetzung der neuen Therapieelemente geachtet haben. Dies könnte zu einer Aufmerksamkeitsverzerrung

(i. S. v. selektiver Aufmerksamkeit) geführt und bei den Therapeuten die Vorstellung einer «reinen» Behandlungsbedingung gefördert haben. So gaben in den Interviews auch einige Therapeuten an, sich in der Auswahl der Therapieinterventionen eingeschränkt gefühlt zu haben. Erfreulicherweise änderte sich dies mit Voranschreiten des Projekts, sodass ein hoher Anteil der Therapeutinnen in den zweiten und dritten Interviews von einem geringeren Druck in Bezug auf die Anforderungen des Improve-Projekts berichtete.

Was jedoch beide Erklärungsansätze einschränkt, ist der Umstand, dass, auch wenn die verwendeten Begrifflichkeiten und die Gewichtung der einzelnen Aspekte unterschiedlich sind, sich die Emotionskonzepte in der EFT und PT ähneln. Die Auffassung von Emotionen in der EFT ist kompatibel mit dem Verständnis für die Entstehung, Bewältigung und der instrumentellen Funktion von Emotionen, wie sie in der Plananalyse (Caspar, 2018a), ein wichtiges Konzept zur Beziehungsgestaltung in der Psychologischen Therapie, für jeden Patienten individuell analysiert wird. So basiert die Emotionskonzeption sowohl in der EFT als auch bei der Plananalyse auf gängigen psychologischen Emotionstheorien (z. B. Lazarus, 1966; Scherer, 2001). Beide verstehen Emotionen als evolutionär basiertes Informationsverarbeitungs- und Problemlösesystem. In der Plananalyse (Caspar, 2018a) sowie nach dem Emotionsmodell von Frijda (1986), welches unter anderem als Grundlage für die EFT dient, zeigen Emotionen an, inwiefern wichtige Bedürfnisse und Ziele erfüllt sind beziehungsweise Pläne begünstigt werden. So sind beispielsweise negative Emotionen als Ausdruck einer Bedrohung wichtiger Bedürfnisse oder Pläne zu verstehen. Emotionen zeigen sich oft subtil in nonverbalem Verhalten. Das heisst, mit der Betrachtung und Analyse von instrumentellen und reaktiven nonverbalen Verhaltensaspekten, wie es die Plananalyse vorsieht, bildet letztere eine Basis für prozessorientiertes Vorgehen (Caspar, 2018a). EFT, als ein prozessorientierter Therapieansatz, richtet ebenfalls die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten der Patienten und versucht implizite, (noch) nicht bewusste Anteile des Verhaltens und Erlebens zu verstehen (Greenberg, 2010). Daher trifft auch die oben aufgeführte Argumentation bezüglich der Direktivität nicht vollkommen zu. Überdies sollte die Direktivität in der Psychologischen Therapie idealerweise an die Bedürfnisse und Eigenschaften des einzelnen Patienten angepasst werden.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die wahrgenommenen Schwierigkeiten bezüglich der Integration von EFT in die PT lässt sich von den Befunden zu den Therapeutencharakteristika ableiten. Die Auswertung der Interviews ergab, dass insbesondere die persönliche Präferenz und eine optimistische Einstellung gegenüber den eigenen Fähigkeiten, das neue Therapieelement in die PT zu integrieren, den Integrationsprozess wesentlich beeinflussten. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass die Integrationsaufgabe bei den Therapeuten einen Reflexionsprozess

zu den eigenen Kompetenzen auslöst. Durch das Erlernen, Anwenden und Integrieren neuer Therapietechniken entstehen zwangsläufig Unsicherheiten. Diese Phase der Irritation in der Entwicklung eines integrativen Psychotherapeuten wird von Rihacek und Danelova (2016) als Adhärenz-Phase, die erste von insgesamt drei Phasen (Adhärenz, Destabilisierung und Konsolidierung), bezeichnet. Psychotherapeutinnen fühlen sich zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn in den Therapiesitzungen oft überwältigt und überfordert (Rønnestad & Skovholt, 2003), sind häufig anfällig für Gefühle der Unzulänglichkeit und Inkompetenz (Duryee et al., 1996) und neigen dazu, Schwierigkeiten im Therapieverlauf als ihr eigenes Versagen zu betrachten (Bischoff et al., 2002; De Stefano et al., 2007). Um diese unangenehmen Gefühle zu regulieren, entwickeln sie eine Tendenz zur starren Adhärenz gegenüber einem psychotherapeutischen Modell (Hill et al., 1981; Hill, Sullivan, et al., 2007). Nebst der Haltung eines wahren Anhängers (engl. true believer) zeichnet sich die Adhärenz-Phase folglich auch dadurch aus, dass andere Therapieansätze oder therapeutische Haltungen kritisch betrachtet werden (Rihacek & Danelova, 2016). Insbesondere beim Erlernen eines integrativen Ansatzes kann es zu konzeptionellen Spannungen zwischen verschiedenen Ätiologiemodellen oder Behandlungsformen kommen. Duryee et al. (1996, S. 665) schreiben in ihrem Artikel: «Stellen Sie sich eine hypothetische Diskussion zwischen Sigmund Freud und Hans Eysenck über das Wesen und die Behandlung der phobischen Pathologie vor!». Persönliche Ansichten der Psychotherapeuten wie Skepsis und Kritik können diese Tendenz weiter verstärken (Bohart, 2001; Wachtel, 2001). Interessanterweise scheint die Phase von Unsicherheit und starker, teilweise kritischer Auseinandersetzung auch aufzutreten, wenn den Therapeutinnen die Wahl der neu anzuwendenden Therapieelemente überlassen wird, so wie dies im Improve-Projekt möglich war. Dazu passend berichteten die meisten Therapeuten eine Zunahme der Umsetzung der neuen Therapieelemente, wenn diese kongruent zu ihren persönlichen Präferenzen waren. Rihacek et al. (2012) fanden in ihrer qualitativen Interviewstudie mit erfahrenen Therapeuten ähnliche Ergebnisse. Sie beschrieben die Entwicklung einer integrativen Haltung als einen Weg zu mehr Autonomie, wobei Kongruenz als ein wichtiges Kriterium angesehen wird. Die Autoren beschreiben Kongruenz als «ein Mass an Übereinstimmung zwischen einem spezifischen Konzept, einer Technik oder einem ganzen therapeutischen Ansatz [...] und persönlichen Merkmalen eines Therapeuten (Präferenzen, Überzeugungen, implizite Theorien usw.)» (Rihacek et al., 2012, S. 562). Die Ergebnisse legen nahe, dass die Passung zu persönlichen Merkmalen unabhängig vom Erfahrungsstand für die Entwicklung einer integrativen Haltung wichtig ist. Auch wenn die von Rihacek und Danelova (2016) beschriebenen Phasen den längerfristigen Prozess der Entwicklung hin zu einem integrativen Psychotherapeuten beschreiben, scheinen sich die kurzfristigen

Lernprozesse bei der sukzessiven Integration neuer Therapieelemente davon nicht zu unterscheiden, zumindest wenn die Therapeutinnen bereits vertraut mit einer integrativen Praxis sind. So wird nicht ausgeschlossen, dass die drei Phasen nicht mehrfach durchlaufen werden können (Rihacek & Danelova, 2016). Wie von Rihacek und Danelova (2016) vorgeschlagen, lösen sich die Unsicherheiten und der Widerstand mit zunehmender Integrationserfahrung auf. Diese Annahme wird durch die Befunde der *Studie I* gestützt. Die Mehrheit der Therapeuten beider Behandlungsbedingungen berichteten über den Verlauf der Interviews hinweg eine Zunahme der Flexibilität und Sicherheit bei der Anwendung der neuen Therapieelemente. In der PT+EFT-Bedingung wurde zudem ein Zugewinn an Verständnis bezüglich Chancen und Grenzen von EFT dokumentiert. Trotz der genannten Herausforderungen zu Beginn der Projekttherapien gaben die PT+EFT-Therapeutinnen im Längsschnitt einen deutlichen Nutzen der neuen Therapieelemente an. Durch das umfangreichere Repertoire an Therapieinterventionen kam es zu einer höheren Individualisierung des therapeutischen Vorgehens. Ohne es explizit zu registrieren, bewiesen die befragten Therapeuten Flexibilität und Kompetenz bei der Anwendung dieser neuen Therapieelemente, was als Kernaspekt der assimilativen Integration gilt (Messer, 1992). Denn die Therapeuten gestalteten den Integrationsprozess so, dass sie nicht möglichst viele Interventionen aus verschiedenen Therapierichtungen angewendet hatten, sondern waren stets darauf bedacht, diese so einzusetzen, dass sie zur Therapiephase (z. B. Aufbau eines Therapiebündnisses) sowie zu den Patientencharakteristika (Bedürfnisse, individuelle Eigenschaften, Therapiemotivation etc.) passten, auch wenn dies bedeutete, auf die Möglichkeit der Anwendung der neuen Techniken zu verzichten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass assimilative Integration einen komplexen, mehrdimensionalen Prozess darstellt, der von verschiedenen Heuristiken hinsichtlich der Passung der neuen Therapieelemente zu Patienten- und Therapeutencharakteristika unter Berücksichtigung der Therapieallianz geleitet wird. Die Ergebnisse betonen die interaktionelle Dynamik des Therapieprozesses (d. h. die Interaktion von Patientenmerkmalen mit Interventionsstrategien sowie mit Therapeutenmerkmalen) und die Wichtigkeit von Responsiveness. Somit stehen die Befunde im Einklang mit der gängigen Literatur zu Responsiveness (u. a. Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Kramer & Stiles, 2015) sowie mit der Haltung von Grawe (2000), dass eine ideale Behandlung selten erreicht wird, wenn therapeutische Methoden und Interventionen lediglich auf die Diagnose angepasst werden. Stattdessen sollte selektive und adaptive Indikation Eckpfeiler eines kontinuierlichen Anpassungs- und Optimierungsprozesses während des gesamten Therapieverlaufs sein.

Hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Befunde muss kritisch angemerkt werden, dass die Therapeuten in dieser Studie, auch wenn noch relativ unerfahren, bereits vertraut waren mit Konzepten der Psychotherapieintegration sowie deren Anwendung in der Praxis. Somit lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse nicht auf Psychotherapieanfänger übertragen, welche noch keine Kenntnisse in Psychotherapieintegration gewonnen haben. Um ferner den Einfluss der Eigenschaften der Behandlungszusätze auf die Ergebnisse zu untersuchen, bräuchte es Replikationsstudien, welche beispielsweise die Integration zweier prozessorientierter Ansätze in die PT untersuchen. Auf diese Weise könnte differenziert werden, inwiefern die Resultate spezifisch für die Integration von EFT sind. Unklar bleibt zudem, inwiefern die konzeptuelle Auseinandersetzung mit den zu integrierenden Therapieelementen und die dadurch angegebene eingeschränkte Informationsverarbeitungskapazität in den Sitzungen von den Patienten wahrgenommen wurde und ob dies Auswirkungen auf die Therapieallianz, beispielsweise durch die Folgen eingeschränkter therapeutischer Präsenz (Geller & Greenberg, 2012), hatte. Des Weiteren wurde nicht untersucht, welche Konsequenzen eine von den Therapeuten als erfolgreich beschriebene Integration für das Therapieergebnis hatte. Es bleibt zu klären, ob eine gelungene Integration einen inkrementellen Zugewinn an Effektivität bedeutete. Es wird angenommen, dass solche intrapsychischen Prozesse beim Therapeuten wiederum einen Einfluss auf das Patientensystem wie auch auf die therapeutenbezogenen Prozesse ausübt (vgl. z. B. Smith & Grawe, 2005). Die Hauptauswertung der Improve-Daten zeigte jedoch, dass sich die beiden Behandlungsbedingungen nicht hinsichtlich des Behandlungserfolgs in den primären und sekundären Erfolgsmassen unterscheiden haben (Caspar et al., 2021), was gegen die Annahme sprechen würde. Um eine abschliessende Aussage machen zu können, müsste jedoch eine systematische Analyse des Zusammenhangs von Integrationsleistung und Therapieergebnis vorgenommen werden.

7.1.1 Wann ist der richtige Zeitpunkt, um unerfahrene Therapeutinnen in die Integration einzuführen?

Eine Mehrheit der bisher durchgeführten Studien sprach sich für das Erlernen eines integrativen Psychotherapieansatzes zu Beginn der Psychotherapieausbildung aus, um die angehenden Psychotherapeuten möglichst früh mit einer flexiblen Herangehensweise für die klinische Arbeit vertraut zu machen (z. B. Consoli & Jester, 2005; Ziv-Beiman, 2014). Es gibt aber auch empirische Befunde, welche die Bedenken im Zusammenhang mit der frühen Integrationsausbildung, wie beispielsweise Überforderung oder Mangel an Kompetenz und Selbstver-

trauen am Ende der Ausbildung (z. B. Castonguay, 2005; Gold, 2005), bestätigen. Unsere Studie hat ebenfalls gezeigt, dass die integrative Therapiearbeit für relativ unerfahrene Therapeutinnen heraus- oder überfordernd sein kann und es bei manchen kurzzeitig zu Widerstand und Verunsicherung kommt. Dies scheint jedoch nicht typisch für unerfahrene Therapeutinnen zu sein (Finnerty & McLeod, 2019) und sich nicht von den gängigen Entwicklungsschritten eines Psychotherapeuten und der Expertiseentwicklung zu unterscheiden (Caspar, 2017; Rihacek & Danelova, 2016). Entgegen des häufig angenommenen linearen Anstiegs der subjektiven Sicherheit mit fortschreitender Ausbildung und zunehmender Erfahrung weisen Dreyfus und Dreyfus (1986) auf Befunde aus der Krankenpflege hin, die zeigen, dass das Eingeständnis von Unsicherheit positiv mit der Entwicklung von Expertise korreliert. Das deutet darauf hin, dass das Eingeständnis von Unsicherheit Ausdruck von Selbstreflexion ist, was wiederum einen produktiven Lernprozess fördern kann (siehe Scheide et al., 2020). Dieser Argumentation folgend, wäre Unsicherheit als vorübergehende, eher unangenehme als tatsächlich negative Nebenwirkung anzuschauen (Caspar, 2017).

Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Nebenwirkungen nicht auch auftreten würden, wenn ein Therapeut bereits mehr Erfahrung in der Anwendung eines «monotheoretischen» Therapieansatzes vorzuweisen hat (wie oft empfohlen wird, siehe bspw. Boswell & Castonguay, 2007), da Integration bei der Einführung, unabhängig vom Vorwissen und der Berufserfahrung, immer neu ist. Darüber hinaus konnte unsere prospektive Interviewstudie darlegen, dass sich die negativen Konsequenzen über die Zeit und mit der gesammelten Erfahrung in der Anwendung der neuen Therapieelemente legen. Die in der Literatur diskutierten Nebenwirkungen scheinen teilweise zuzutreffen, sind somit jedoch von vorübergehender Dauer. Daher darf aufgrund der in *Studie I* geschilderten Befunde und der dargelegten Diskussion angenommen werden, dass ein integratives Verfahren bereits während des Karrierebeginns gelernt werden kann. Darüber hinaus würde eine Ausbildung nach dem Prinzip der methodischen Singularität die klinische Komplexität ignorieren. Zur Schlussfolgerung, dass die Ausbildung zum integrativen Psychotherapeuten komplex, herausfordernd und gleichzeitig befriedigend, bereichernd ist, kommen auch Gordon et al. (2020). Sie führten ebenfalls halbstrukturierte Interviews mit Psychotherapeuten in Ausbildung, Absolventinnen und Ausbildern integrativer Psychotherapieprogramme in Irland und England durch. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Solomonov et al. (2016). Sie schlussfolgern basierend auf ihren Ergebnissen, dass es für neue Therapeutinnen wohl einfacher ist, zuerst Techniken ähnlicher Therapieansätze zu erlernen. Gleichzeitig betonen sie die Wichtigkeit einer frühen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Therapieschulen. Sie halten Psychologische Institute dazu an, bereits während des

Studiums integrative Modelle zu lehren, um bei den Studierenden möglichst früh ein breites Verständnis von psychotherapeutischen Wirkweisen sowie eine integrative Haltung zu schulen. Dies wird an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern bereits seit Jahren umgesetzt. Geprägt durch die Professoren Klaus Grawe, Franz Caspar und Thomas Berger wird der «Berner Ansatz» bereits während des Studiums gelehrt, sodass Studierende bei Beginn der postgradualen Weiterbildung schon mit integrativen Modellen der Psychotherapie vertraut sind. Dabei ist wiederum anzunehmen, dass ihnen daher das Erlernen eines integrativen Ansatzes vergleichsweise einfacher fällt als Studierenden, welche bisher nicht mit integrativen Modellen in Berührung kamen. Dies bestätigen die Befunde von Gordon et al. (2020). Ihre Interviewstudie ergab, dass Psychotherapieintegration durch eine klare integrative Ausrichtung der Studieninhalte und engagierte integrativ orientierte Dozierende erleichtert wird. Um die angehenden integrativ arbeitenden Psychotherapeuten, unabhängig von ihrem Erfahrungsstand hinsichtlich Psychotherapieintegration, in ihrem Entwicklungsprozess unterstützen zu können, müsste klar sein, welche Herausforderungen oder Hindernisse sie dabei antreffen. Dazu bräuchte es vermehrt prospektive Langzeitstudien, um angehende Therapeuten während der postgradualen Ausbildung zu begleiten (wie z. B. Ladmanová et al., 2020). Das dabei gewonnene Verständnis für die Schwierigkeiten kann den Ausbilderinnen helfen, die Herausforderungen, mit denen die angehenden Therapeutinnen konfrontiert sind, zu antizipieren und explizit darauf einzugehen. Die Erkenntnisse könnten ebenso bei der Gestaltung der Supervision im Rahmen der Ausbildungsprogramme berücksichtigt werden. Die Supervision stellt einen guten Rahmen für erfahrene integrative Psychotherapeuten dar, um ihr Wissen weiterzugeben. Da insbesondere assimilativ-integrative Verfahren komplexe, wiederkehrende Entscheidungsprozesse beinhalten, sollten Modelltherapien vermehrt in die Supervision integriert werden. Das Beobachten von Therapiesitzungen erfahrener Psychotherapeuten sowie anschließende Erläuterungen zu den Entscheidungsprozessen zu erhalten, könnte einen bedeutenden Lerneffekt für angehende Psychotherapeutinnen bringen (Lampropoulos, 2003; Norcross & Beutler, 2000). Zudem hat diese Methode den Nebeneffekt, dass die erfahrenen Supervisoren immer wieder für die Komplexität einer integrativen Psychotherapiepraxis und deren Herausforderung für die Auszubildenden sensibilisiert werden, wenn sie wiedergeben müssen, wieso sie eine bestimmte Intervention gewählt haben (Norcross & Halgin, 2005). Auch im Rahmen des Improve-Projekts wurde pro Studienbedingung eine Modelltherapie durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Die Aufnahmen gehörten zum Instruktionsmaterial und standen den Projekttherapeutinnen zur Verfügung. Jedoch wurde nicht kontrolliert, ob sie sich

diese angesehen und inwiefern sie sie als unterstützend wahrgenommen hatten. Auf die praktischen Implikationen der Befunde der Interviewstudie wird in Kapitel 7.4 näher eingegangen.

7.1.2 *Zukünftige Forschung zu Psychotherapieintegration*

Trotz der weiten Verbreitung von Psychotherapieintegration in der Praxis gibt es bisher wenige empirische Studien, welche sich der praktischen Umsetzung, Prozessgestaltung und Effektivität integrativer Verfahren widmen. Auch wenn sich in den letzten Jahren in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung vermehrt ein transdiagnostisches Vorgehen sowie eine Therapieschulen übergreifende Ausrichtung bezüglich Wirkfaktoren und Kompetenzen durchgesetzt hat (Lutz, Schöttke, et al., 2020), bleiben viele Fragen offen. Mit dem Ziel einer personalisierten Behandlung (Caspar, 2018a; Goldfried, 2019; Hofmann & Hayes, 2019) wird die Komplexität des Therapieprozesses erhöht. Differentielle Unterschiede hinsichtlich Patienten- aber auch Therapeutencharakteristika werden zentraler, was wiederum die Ansprüche an Forschungsdesigns und -methoden verändert. Mit der Bewegung der *praxisorientierten Forschung* (engl. *practice-oriented research*, POR) wird versucht, diesen Ansprüchen gerecht zu werden (Castonguay & Muran, 2015). Diese Art der Forschung kann als Ergänzung zu den traditionellen Psychotherapiestudien betrachtet werden, die häufig in kontrollierten Settings durchgeführt und in erster Linie von den Interessen und dem Fachwissen von Akademikern geleitet werden. Die praxisorientierte Forschung findet unter naturalistischen Bedingungen statt und bezieht die Anliegen von Klinikern mit ein. Auf diese Weise soll das Verständnis von Psychotherapie gefördert und zur Minimierung der Wissenschafts-Praxis-Lücke beigetragen werden (Castonguay & Muran, 2015). Da die Mehrheit der niedergelassenen Therapeutinnen einen integrativen Ansatz praktiziert (Cook et al., 2010; Norcross & Rogan, 2013), stellt dies eine vielversprechende Chance dar, mehr Wissen zur Psychotherapieintegration zu gewinnen. Es ist wünschenswert, dass dank dieses Forschungszweigs Schulen und Theorien übergreifende Konzepte erstellt werden, welche die therapeutischen Überlegungen vor und während einer Behandlung unterstützen. Denn wie bereits erwähnt, erfordert insbesondere ein assimilativ-integratives Vorgehen eine Vielzahl an wiederkehrenden, klinisch-intuitiven Entscheidungen, wie zum Beispiel, welche Interventionen aus welchem Theorieansatz wann und wie angewendet werden (Caspar, 1997; Lutz, Schöttke, et al., 2020). Um diese Entscheidungen zu unterstützen, braucht es transtheoretische Rahmenmodelle und handlungsleitende Heuristiken (siehe auch Flückiger, 2021). Bis anhin existieren solche übergreifende Modelle insbesondere hinsichtlich der Psychopathologie, wie zum Beispiel die *Research Domain Criteria* (Insel, 2014) oder die

multivariate hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (Conway et al., 2019). Hinter diesen Entwicklungen steht die Idee, die eindimensionale und kategoriale Diagnostik zu erweitern und vermehrt auf die gemeinsamen Ursachen psychischer Störungen zu fokussieren. Diese transdiagnostischen Konzepte können zudem zur Messung von psychotherapeutischen Veränderungen unter Berücksichtigung multidimensionaler Therapieziele hinzugezogen werden (Lutz, Schöttke, et al., 2020). Ein weiteres solches transtheoretisches Rahmenmodell, welches der Therapieplanung dient, ist das Wirkfaktorenmodell nach Grawe (1995). Sammet (2020) äusserte jedoch die Kritik, dass dieses Modell keinen systematischen theoretischen Überbau liefert, welcher Psychotherapeutinnen dabei unterstützen würde, den Therapieprozess konkret zu gestalten. Obschon diese Kritik einerseits Grawes Forderung nach einer individualisierten Fallkonzeption sowie andererseits weitere Konzepte der Berner Psychotherapietradition vernachlässigt (u. a. die Plananalyse oder das Neukonstruktionsmodell), scheint sie nicht ganz unberechtigt zu sein. Wie die Befunde der *Studie I* gezeigt haben, ist der Therapieprozess von einer Vielzahl an Faktoren wie Patienten- und Therapeutenmerkmalen, Symptomschwere und Settingaspekte abhängig, die auch gegenseitig interagieren. Bei einem assimilativ-integrativen Verfahren kommt erschwerend hinzu, dass auch die Auswahl an therapeutischen Interventionen zunimmt. Das bedeutet, Psychotherapie und insbesondere integrative Psychotherapie sind hochkomplexe Prozesse. Es braucht daher transdiagnostische und Schulen übergreifende Heuristiken und Prozessmodelle, welche den Therapeuten durch diese Komplexität navigieren (wie z. B. Barlow et al., 2019). Diese Modelle sollten sich von zu spezifizierten Inhalten (i. S. v. konkreten Interventionen) lösen und stattdessen auf der Metaebene wichtige Faktoren, welche es im Therapieprozess wiederholt zu berücksichtigen gilt, einbeziehen. Dies scheint unabdingbar, wenn einerseits kein weiterer in sich geschlossener integrativer Therapieansatz (i. S. einer weiteren Therapieschule) formuliert und andererseits die Flexibilität der Therapeuten nicht gefährdet werden sollte. Dabei ist nicht nur die technische Flexibilität, sondern, wie die Auswertungen der *Studie I* auch aufzeigen, die *relative Flexibilität* (engl. *relational flexibility*) gemeint (Muran & Safran, 2002). Die Befunde der *Studie I* bestätigen teilweise die Faktoren des Neukonstruktionsmodells (Caspar, 2009), betonen die Wichtigkeit von Responsiveness und liefern somit erste Anhaltspunkte für ein mögliches transdiagnostisches, Therapieschulen übergreifendes Modell zur Gestaltung eines assimilativ-integrativen Therapieprozesses. Gleichzeitig soll an dieser Stelle auf die Kritik von Goldfried (2019) verwiesen werden. Er betont, dass sich die Psychotherapieforschung in den letzten Jahren zu stark auf die Exploration des «Neuen» konzentriert hat. Durch die immerwährende, nach Innovation strebende Forschung wurden frühere, bereits bewährte Konzepte und die damit verbundene empirische Fundierung vernachlässigt.

Dadurch entsteht laut Goldfried (2019) kein substantieller Wissenszuwachs, was dazu führte, dass sich Psychotherapieforschung in den letzten Jahren im Kreis drehte. Er schreibt in seinem Artikel «We do not build on our previous body of knowledge but rather rediscover what we already know or – even worse – ignore past work and replace it with something new» (Goldfried, 2019, S. 484). Diese Kritik sollte bei der zukünftigen Erforschung und Formulierung transdiagnostischer Prozessmodelle berücksichtigt werden.

Darüber hinaus braucht es mehr wissenschaftliche Arbeiten zur Wirksamkeit von integrativen Verfahren, insbesondere der assimilativen Integration. Wenn bisherige Studien – obschon es wenige davon gibt – die Überlegenheit des Integrationsansatzes gegenüber nicht spezifisch behandelten Kontrollgruppen und etablierten Behandlungsverfahren gezeigt haben (z. B. Beutler et al., 2003), könnte weitere Forschung auch dazu beitragen, Patientenpopulationen zu erreichen, welche bisher nicht ausreichend von Psychotherapie profitieren konnten (siehe Hansen et al., 2002) oder deren psychischer Zustand sich während der Behandlung sogar verschlechterte (Rozental et al., 2018). Ausbleibende Symptomverbesserungen oder -verschlechterungen werden zu den unerwünschten Effekten von Psychotherapie gezählt (Rozental et al., 2014). Lange wurde deren Existenz missachtet und ihre Untersuchung vernachlässigt (Jonsson et al., 2014). Wenn durch die Psychotherapieintegration das Repertoire an Interventionen grösser ist, könnte dies dabei helfen, die Bilanz von Wirkung und Nebenwirkung zu optimieren, sofern Überlegungen zu unerwünschten Effekten in die Therapieplanung und die fortlaufenden klinischen Entscheidungen miteinbezogen werden (Caspar & Kächele, 2016). Zudem ermöglicht ein responsives Vorgehen eine Intervention jeweils so anzuwenden, dass sie auf einen spezifischen Patienten in einer bestimmten Situation abgestimmt ist.

7.2 Patientenbezogene Veränderung: Veränderungsmechanismen und -prozesse

Da die Wirksamkeit von Psychotherapie als belegt gilt, richtet sich das wissenschaftliche Interesse zunehmend auf die Frage, *wie* Psychotherapie funktioniert (für einen Überblick siehe Crits-Christoph et al., 2013; Lambert, 2013; Orlinsky et al., 2004). Dies gilt ebenfalls für die Psychologische Therapie, die sich in empirischen Studien als wirksam erwiesen hat (Caspar, 2018b; Gassmann & Grawe, 2006; Grawe et al., 1990; Regli et al., 2004; Smith & Grawe, 2003; Smith & Grawe, 2005), bisher jedoch wenig daraufhin untersucht ist, welche Veränderungsmechanismen und -prozesse zum Therapieerfolg beitragen. Ein besseres Verständnis der Prozesse, welche psychotherapeutische Veränderung bewirken, eröffnet die Möglichkeit, sich auf die Optimierung dieser Veränderungsprozesse zu konzentrieren und so bestenfalls zu einem positiven Therapieergebnis beizutragen. Dabei sind Selbstberichtsmaße immer noch das vorherrschende

Instrument zur Bewertung des Behandlungserfolgs. Mittels der *Studie II* und *III* wurde einerseits versucht, Veränderungsmechanismen und -prozesse in der Psychologischen Therapie besser zu verstehen. Andererseits wurde in beiden Studien Ratingverfahren im Sinne eines multimethodischen Vorgehens entweder zur Einschätzung von Veränderungsmechanismen oder des Therapieerfolgs angewendet.

7.2.1 *Anhaltende Effekte integrativer Psychotherapie*

Therapieerfolg kann auf unterschiedliche Weise gemessen werden. Eine bewährte Form ist die Erhebung über den Selbstbericht des Patienten. In qualitativen Studien werden die Patientinnen zu ihrer Wahrnehmung der Veränderung befragt (z. B. mittels Client Change Interview, siehe Elliott et al., 2001). In quantitativen Untersuchungen wird der subjektive Eindruck üblicherweise mit Fragebogen erhoben. Die alleinige Verwendung von Selbstberichtsinstrumenten gibt jedoch unter Umständen kein repräsentatives Bild des Therapieergebnisses ab, weshalb ein *Mixed-Method-Ansatz* sowie der Einbezug von Fremdeinschätzungen empfohlen werden (Tashakkori & Creswell, 2007). Die Fremdeinschätzung kann sich beispielsweise auf die Symptomausprägung beziehen, wie bei der Hamilton-Depressionsskala (Hamilton, 1967). Vertreter der psychoanalytischen und psychodynamischen Therapieschulen haben darüber hinaus eine weitere Form der Ergebnismessung vorgeschlagen. Entsprechend ihrer Auffassung zur Entstehung psychischer Störungen argumentieren sie, dass man anstatt Symptomveränderungen das Ausmass an struktureller Veränderung beurteilen soll (Grande et al., 2001). Strukturelle Veränderung hängt in erheblichem Masse von der Einsicht des Patienten in seine eigenen, nicht wahrgenommenen Problembereiche ab (Rudolf et al., 2000) und wurde in der *Studie II* mittels der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Heidelberg Structural Change Scale, HSCS; Rudolf et al., 2000) erhoben. Die HSCS bewertet die Fähigkeit einer Patientin, adaptiv und flexibel mit Situationen umgehen zu können, welche bei ihr eine psychische Vulnerabilität bewirken (Grande et al., 2009). Nach Leuzinger-Bohleber et al. (2019) stellen die verschiedenen Stufen der HSCS unterschiedliche Ausprägungen der Selbstreflexion dar. Ein adaptiver und flexibler Umgang mit kritischen Situationen wird erst dann möglich, wenn Patienten sowohl kognitive als auch emotionale Einsicht in ihre dysfunktionalen psychologischen Funktionsmuster gewinnen (Grande et al., 2012). Mit kritischen Situationen sind Umstände gemeint, welche dysfunktionale kognitive, emotionale oder interaktionelle Reaktionsmuster beim Patienten hervorrufen. Diese Auffassung von Therapieerfolg beinhaltet, dass Patientinnen in Bezug auf ihre zentralen Konflikte vulnerabel bleiben und selbst nach Abschluss einer erfolgreichen Psychotherapie weiterhin dysfunktional reagieren können (Leuzinger-Bohleber, 2002; Schlesinger & Robbins,

1975). Jedoch sollte das Ausmass an dysfunktionalen Reaktionen mit zunehmender Stufe auf der HSCS abnehmen.

Einsicht als Mechanismus für Veränderung ist nicht nur in der Psychodynamischen Therapie von zentraler Bedeutung. Reflexion und ein verbessertes Selbstverständnis sind ein wichtiger Bestandteil der Veränderung in der Psychotherapie, unabhängig vom Behandlungsansatz (Watson et al., 2011). Tatsächlich wurde Einsicht von verschiedenen Psychotherapieforschern als ein wichtiges Kriterium für Veränderung beschrieben (Grawe, 2000; Grosse Holtforth et al., 2007; McAleavey & Castonguay, 2014; Messer & McWilliams, 2007; Wampold et al., 2007). Die Effektstärke zum Zusammenhang zwischen Einsicht und Therapieergebnis ist vergleichbar mit jener der Therapieallianz (Flückiger et al., 2012). Wenn Patienten Einsicht gewinnen, bedeutet dies, dass sie sich der Zusammenhänge zwischen ihren aktuellen psychischen Problemen und früheren Erfahrungen bewusst werden (Hill, Castonguay, et al., 2007) und erkennen, wie sie selbst zum Wiederauftreten dieser Erfahrungen beitragen (Strupp & Binder, 1984). Mit dem neu gewonnenen Verständnis für ihr eigenes Funktionieren kann ein alternativer, funktionaler Umgang mit unangenehmen Erfahrungen erarbeitet werden. Somit wird angenommen, dass ein neu gewonnenes Selbstverständnis auf zwei Arten zur Symptomreduktion führen kann. Erstens erhöht das Verstehen an sich das Gefühl der Selbststeuerung und fördert so die Überzeugung, Probleme bewältigen zu können. Zweitens eröffnet es Möglichkeiten, neue Lösungen und adaptivere Verhaltensweisen zu finden (Jennissen et al., 2018). Die Psychologische Therapie schreibt mit dem Wirkfaktor der motivationalen Klärung dem Erreichen von Einsicht ebenfalls eine hohe Bedeutung zu (Grawe, 2000). Motivationale Klärungsarbeit fördert das Bewusstsein für implizite kognitiv-emotionale Schemata oder Schemakonflikte, die den problematischen Erfahrungen und Verhaltensweisen des Patienten zugrunde liegen. Indem kognitiv-emotionale Schemata während der Therapie aktiviert werden, sind sie zugänglich für Veränderung, was wiederum zu korrigierenden Erfahrungen führen kann (Grawe, 2004; Greenberg & Safran, 1989). Schemata können jedoch hinsichtlich ihres Bewusstseinsgrades unterschieden werden: (a) Explizite (= bewusst; Individuen können Aspekte ihrer Schemata erfassen und beschreiben) und (b) implizite Schemata (Schemata werden unbewusst repräsentiert) (Grosse Holtforth et al., 2007). Ein Klärungsprozess sollte, um erfolgreich zu sein, sowohl Problemaktualisierung und damit einhergehend emotionale Aktivierung als auch einen hohen Abstraktions- und Reflexionsgrad der Inhalte umfassen (Grawe, 2000; Mergenthaler, 2008). Es wurde daher die Hypothese formuliert, dass der in der Psychologischen Therapie beobachtete Einsichtsgewinn (siehe Caspar & Berger, 2007; Grosse Holtforth et al., 2007) mittels des Ratinginstruments HSCS (Rudolf et al., 2000) abgebildet werden kann, sodass sich ein Fortschritt von tieferen zu

höheren Stufen über den Therapieverlauf hinweg beobachten lässt. Gemäss der Aufteilung von Doss (2004) (siehe auch Kapitel 2.2 und 4) ist Umstrukturierung als ein in der Sitzung beobachtbarer patientenbezogener Veränderungsprozess aufzufassen, während Einsicht den zentralen Veränderungsmechanismus darstellt. Die *Studie II* zeigte einerseits auf, dass die HSCS auch ausserhalb der Psychodynamischen Therapien angewendet werden kann, sofern die alternative Herleitung der Foki, anstelle der OPD, verwendet wird. Die prozentuale Übereinstimmung von 72% bei der Fokiformulierung sowie die guten bis sehr guten Interrater-Reliabilitäten im HSCS-Rating bestätigen die gewählte Vorgehensweise hinsichtlich Schulung und Anwendung. Zudem war es die erste Studie, welche die HSCS in einem integrativen Therapieverfahren, der Psychologischen Therapie, eingesetzt hat. Andererseits zeigten die Resultate, dass die Patienten über den Therapieverlauf hinweg einen signifikanten Fortschritt auf der HSCS verzeichnen konnten, was dafürspricht, dass auch mittels der Psychologischen Therapie Umstrukturierung oder sogenannte tiefe Veränderungen erreicht werden können. Dieses Resultat ist bemerkenswert, wenn bedenkt wird, dass die Behandlungsdauer und die Anzahl Therapiesitzungen in *Studie II* im Vergleich zu früheren Publikationen um die Hälfte reduziert ist. In den bisher einzigen drei Studien, welche die HSCS in einem ambulanten Setting untersucht haben (Grande et al., 2009; Leising et al., 2006; Leuzinger-Bohleber et al., 2019), umfasste die Behandlung mindestens 60 Sitzungen und dauerte ungefähr ein Jahr. Gerade wenn das Ausmass an Umstrukturierung zwischen psychodynamischer Langzeittherapie und anderen Therapieansätzen verglichen wird, sollte dieser Umstand berücksichtigt werden. Keine der bisherigen Publikationen zur HSCS (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2019) hat jedoch den Dosis-Wirkungszusammenhang angesprochen (siehe auch Leichsenring, 2001; Leichsenring & Rabung, 2008). Dass es in der *Studie II* trotz «lediglich» bis zu 28 Therapiesitzungen (im Durchschnitt 20 Therapiesitzungen) zu vergleichbaren Ergebnissen kam, kann unterschiedliche Gründe haben. Einer davon ist, dass die Psychologische Therapie bereits eine ganzheitliche Sichtweise verfolgt, um das psychische Funktionieren eines Patienten zu erfassen. Mit der Plananalyse (Caspar, 2018a) und der Konsistenztheorie (Grawe, 2000) werden Konzeptualisierungen über zugrundeliegende motivationale Konflikte, dysfunktionale emotionale, kognitive und interaktionelle Muster in die Fallkonzeption einbezogen. Zudem stellt motivationale Klärung einen der vier von Grawe (2000) beschriebenen Veränderungsmechanismen dar und sollte in jeder Therapie berücksichtigt werden. Weiter integriert die Psychologische Therapie bereits Interventionen aus verschiedenen einsichtsorientierten Therapien (z. B. der Klärungsorientierten Psychotherapie nach Sachse, 1998). Ein weiterer Grund für den vergleichbaren Umstrukturierungsprozess, wie er in Studien zur Psychodynamischen Therapie und unserer beschrieben wurde, betrifft die Art

der Foki. Foki können entweder in der Forschung (Forschungsfoki) oder Praxis (Behandlungsfoki) verwendet werden (Rudolf et al., 2000). Die Mehrheit der Studien mit vergleichbaren Prä-Post-Veränderungen auf der HSCS definierte die zentralen Problembereiche als Forschungsfoki, was bedeutet, dass sich die Therapeuten der Existenz und Formulierung dieser Foki nicht bewusst waren. Auch wenn die Therapeutinnen in der *Studie II* die Foki nicht selbst formuliert hatten, basierten sie auf ihren Fallkonzeptionen. Folglich waren den Therapeuten die Hypothesen über die dysfunktionalen Interaktionsmuster und psychischen Defizite, zum Beispiel hinsichtlich der Selbst- oder Emotionsregulation, nicht unbekannt. Es ist daher anzunehmen, dass sie während der Behandlung gezielt auf diese Probleme eingingen, was möglicherweise zu einem höheren Grad an Umstrukturierung beitrug. Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Art der Fokierleitung in *Studie II* nicht vollständig mit den OPD-basierten Einschätzungen anderer Studien vergleichbar ist und daher zu den genannten Ergebnissen beigetragen hat.

Die Annahme, dass eine zunehmende Einsicht hinsichtlich eines Problemfokus zu einem bewussteren Umgang im Alltag und somit auch zu einer Symptomreduktion führt, konnte mit unseren Daten hingegen nicht bestätigt werden. Die Resultate widerlegten den vermuteten prädiktiven Wert von Umstrukturierung auf die langfristige Symptomverbesserung. Es zeigte sich weder ein Zusammenhang zwischen den Werten auf der HSCS am Ende der Therapie noch der Umstrukturierung über die gesamte Therapie hinweg und der Symptombelastung nach sechs und zwölf Monaten, obwohl die meisten Patienten im Verlauf der Behandlung ihre Symptombelastung deutlich reduzieren konnten. Dieser Befund deckt sich nicht mit den bereits veröffentlichten Daten (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2019; Rudolf et al., 2012). Auch dafür sind mehrere Gründe denkbar. Durchschnittlich wurde am Ende der Behandlung die HSCS-Stufe 3 erreicht, welche sich dadurch auszeichnet, dass eine Patientin zu erkennen beginnt, wie sie selber zu ihren sich wiederholenden belastenden Erfahrungen beiträgt. Dieser Zustand ist typischerweise von negativen Affekten und psychischer Spannung begleitet (Rudolf et al., 2000). Insofern sind keine drastischen Symptomverbesserungen zu erwarten. Wenn überhaupt, wäre es denkbar, dass sich die Symptome eher noch verschlechtern. Zu dieser Argumentation passen die Ergebnisse zweier Masterarbeiten, welche im Rahmen der vorliegenden Dissertation betreut wurden. Die Arbeiten untersuchten den Zusammenhang zwischen Umstrukturierung, Inkongruenz und Wohlbefinden. Es zeigte sich einerseits eine signifikant positive Korrelation zwischen der HSCS-Stufe und Inkongruenz und andererseits eine signifikant negative Korrelation zwischen der HSCS-Stufe und dem psychischen Wohlbefinden am Therapieende (Ankes, 2019; Hardegger, 2020). Das würde bedeuten, dass sich erst mit dem Erreichen höherer Stufen

auf der HSCS, also stärker ausgeprägter Umstrukturierung, die Symptombelastung reduzieren würde. Interessanterweise konnte dies bei einer Teilstichprobe in *Studie II* beobachtet werden. Wurde bei den Regressionsmodellen der Prädiktor durch die Variable *strukturelle Veränderung*¹² ersetzt, zeigte sich, dass diese Patienten mit einer solchen Veränderung eine signifikant grössere Symptomreduktion über den Behandlungsverlauf zeigten als Patienten mit weniger ausgeprägten Umstrukturierungswerten. Dieses Ergebnis fanden auch Rudolf et al. (2012) in ihrer Studie. Was die Vorhersage der Symptombelastung in den Katamnesemessungen betrifft, könnte möglicherweise das Intervall von sechs und zwölf Monaten zu kurz gewählt sein, um den prädiktiven Wert von Umstrukturierung auf die Symptomentwicklung zu untersuchen. Studien, welche einen solchen Zusammenhang fanden, erhoben erst nach drei Jahren ihre erste Follow-up-Messung (Grande et al., 2009; Grande et al., 2003). Es könnte jedoch auch argumentiert werden, dass Einsicht in die eigene Problematik nicht ausreicht, um eine Symptomverbesserung zu erreichen (siehe Grawes [2000] Ausführungen zu Wallerstein, 1986, 1989). Nebst dem Einsichtsgewinn braucht es die Erfahrung, die bisherigen Probleme bewältigen zu können (sog. *korrektive Erfahrungen*), damit sich der psychische Zustand eines Patienten verbessert (Caspar & Berger, 2012; Grosse Holtforth et al., 2006).

Weiter wurde in der *Studie II* untersucht, ob sich die beiden Behandlungsbedingungen hinsichtlich des Ausmasses an Umstrukturierung unterscheiden. Dabei wurde angenommen, dass mittels Integration von EFT-Interventionen in der PT+EFT-Bedingung die emotionale Verarbeitung zusätzlich gefördert wurde, was wiederum zu einer stärkeren Umstrukturierung und somit vermehrtem Einsichtsgewinn führt. Diese Annahme liess sich durch die Daten jedoch nicht bestätigen. Auch hierzu werden verschiedene Erklärungsansätze vorgestellt: Erstens handelte es sich, wie die Bezeichnung PT+EFT bereits aufzeigt, nicht um eine reine EFT-Behandlung. Vielmehr wurden die Therapeuten zu Beginn des Improve-Projekts in der Anwendung von EFT zum ersten Mal geschult. Allenfalls war die Zeit zum Erlernen und Anwenden von EFT zu kurz, als dass grosse Unterschiede hinsichtlich der Umstrukturierung in beiden Bedingungen hätten auftreten können. Wichtig für das Improve-Projekt war es jedoch, dass die EFT-Instruktion nicht über das hinausging, was sich Praktikerinnen vor dem Hintergrund der assimilativen Integration erarbeiten würden. Zweitens zeigte die *Studie I* auf, dass ein grosser Teil der PT+EFT-Therapeuten anfänglich mit der Integration überfordert war. Obwohl die unerwünschten Nebenwirkungen im Verlauf der Studie deutlich nachliessen, könnte das die Häufigkeit und Qualität der EFT-Interventionen beeinträchtigt haben. Diese Annahme kann durch

¹² So wurde die Variable genannt, welche eine positive, substantielle Umstrukturierung beschreibt, und entsprechend den Kriterien von Rudolf et al. (2012) gebildet wurde.

die im Rahmen des Improve-Projekts durchgeführte Untersuchung zur Adhärenz bestätigt werden. Die Auswertungen ergaben, dass die neuen Zusätze (EFT oder SR) zirka 20% der Behandlung ausmachten (Babl et al., 2018). Daraus folgt, dass der Grossteil der Behandlung die bereits bekannten und bewährten Interventionen der Psychologischen Therapie beinhaltete. Wie zuvor erwähnt, legt die Psychologische Therapie bereits den Fokus auf die motivationale Klärung und integriert einsichtsorientierte Interventionen. Somit kann es sein, dass der Zusatz an EFT-Interventionen keinen Mehrwert hinsichtlich der Förderung von Einsicht gebracht hat. Auf das Ziel des Improve-Projekts bezogen, würde dies bedeuten, dass die Integration von EFT die Effektivität nicht zu erhöhen vermochte, weder bezogen auf die Symptombelastung (siehe Caspar et al., 2021; Heer et al., 2021) noch hinsichtlich Umstrukturierung. Mit den bereits integrierten Interventionen aus der humanistischen und psychodynamischen Tradition sowie einem Fokus auf den Veränderungsmechanismus der motivationalen Klärung scheint die Psychologische Therapie, wie sie vor dem Improve-Projekt bereits bestanden hat, durchaus genügend therapeutische Werkzeuge zur Förderung von Einsicht zur Verfügung zu stellen. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass EFT nicht im Sinne der Individualisierung gewinnbringend sein kann (i. S. v. je mehr zur Verfügung stehende Ansätze, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein passendes Therapievorgehen zu finden). Zusätzlich bleibt noch offen, ob mit der Integration von EFT spezifisch emotionale Kompetenzen gefördert werden konnten. Dazu müssten die Improve-Daten hinsichtlich möglicher Unterschiede in den Sekundärmassen, wie beispielsweise im Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008), analysiert werden. Bisherige Auswertungen im Rahmen der Dissertation von Stähli (2021) sprechen jedoch nicht dafür. Die Patientinnen erlebten zwar im Verlauf der Therapie zunehmend mehr adaptive Emotionen und es konnten relevante Verarbeitungsschritte entsprechend dem sequenziellen Modell der emotionalen Verarbeitung von Pascual-Leone und Greenberg (2005) nachgewiesen werden. Dennoch hat sich hinsichtlich der emotionalen Transformation gezeigt, dass durch die EFT-Integration keine zusätzliche emotionale Verarbeitung im Vergleich zur Psychologischen Therapie mit ausgearbeiteten Selbstregulationskonzepten erreicht werden konnte.

Gleichzeitig soll auch darauf verwiesen werden, dass die Umstrukturierung in der PT+EFT-Bedingung, wenn auch nicht signifikant, leicht grösser ausfiel. Aufgrund der Zunahme der Varianz in den Postmessungen wurde jedoch die Wahrscheinlichkeit, einen signifikanten Interaktionseffekt hinsichtlich der Umstrukturierung zu finden, gedämpft. Deshalb kann nicht differenziert werden, ob es sich um ein durch statistische Effekte verschleiertes Ergebnis oder um einen Zufallsbefund handelt. Darüber hinaus kann die Zunahme der Streuung dahin

gehend interpretiert werden, dass die Patientinnen in Bezug auf die Veränderung interaktioneller, emotionaler und kognitiver Muster unterschiedlich von der Behandlung profitierten, was auf die Moderation durch Patientenmerkmale hinweisen könnte. Bei der Betrachtung der Prädiktoren von Umstrukturierung zeigten sich überraschende Zusammenhänge. So sagten eine hohe Symptombelastung und niedrige Werte auf der HSCS (wobei letzteres ein statistischer Trend war) zu Beginn der Studie spätere Umstrukturierung vorher. Es wäre plausibel, dass ein hoher Leidensdruck gleichzeitig eine hohe Veränderungsbereitschaft bewirkt. Der Befund hinsichtlich der Anfangsstufe der HSCS könnte zudem bedeuten, dass Patienten, welche zu Beginn kaum Problemeinsicht haben, ein grösseres Entwicklungspotential betreffend Umstrukturierung aufweisen. Zur Überprüfung dieser Hypothesen sind jedoch weitere Forschungsarbeiten erforderlich. Bis auf eine Studie (Leising et al., 2006) haben sich die bisherigen Untersuchungen nicht mit der Frage befasst, welche Patientenmerkmale für eine strukturelle Veränderung förderlich sind. Es bräuchte daher Studien zu differentiellen Effekten, um besser zu verstehen, welche Patienten von einem klärungsorientierten Vorgehen zur Förderung von Einsicht profitieren. Dass die Höhe der subjektiven Klärungserfahrung über den Therapieverlauf hinweg signifikant die Umstrukturierung am Ende der Therapie vorhersagt, konnte hingegen anhand einer Masterarbeit bestätigt werden (Welte, 2020). Unklar ist, welche Interventionen zu dieser erhöhten Klärungserfahrung beigetragen haben. Zudem wäre interessant zu untersuchen, ob Patienten mit einer tieferen Stufe auf der HSCS zu Therapiebeginn eher von PT+EFT, also einem eher klärungsorientierten Verfahren, profitieren, während Patienten mit höheren Stufen auf der HSCS von PT+SR einen Nutzen ziehen könnten. Auch diesen Fragen müsste zukünftig in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Umstrukturierungsprozesse auch in der Psychologischen Therapie vorkommen. Diese Art der Veränderung scheint jedoch erheblichen Zeit- und Therapieaufwand zu bedingen, sodass erst nach ein paar Jahren höhere Stufen auf der HSCS und sogenannte tiefe, strukturelle Veränderungen erreicht werden (vgl. Lane et al., 2015).

7.2.2 *Feedback-Ansätze in der integrativen Psychotherapie*

Auch wenn in der *Studie III* zu Sudden Gains in der Psychologischen Therapie kein Unterschied hinsichtlich des Behandlungserfolgs zwischen Patienten mit und ohne eines Sudden Gains oder Losses nachgewiesen werden konnte, soll an dieser Stelle auf einen damit verwandten Forschungszweig eingegangen werden, welcher sowohl für die zukünftige Psychotherapieprozessforschung als auch die Praxis von Psychotherapieintegration als zentral angesehen

wird: Die Routineüberwachung und Feedback-Ansätze. Anhand von Fragebogen und *Ecological momentary assessments* (EMA) werden Daten vor oder nach Therapiesitzungen sowie in «natürlicher» Umgebung erhoben und erfassen patientenbezogene Veränderungsprozesse aus Patientinnen- oder Therapeutenperspektive. Diese Daten sind für die Praxis sowie die Forschung relevant. Gewisse Forschergruppen haben in den letzten Jahren technische Lösungen zur Verarbeitung solcher Prozessdaten erarbeitet, zum Beispiel das Ampelsystem von Lambert et al. (2001) sowie den Trierer Behandlungsnavigator (Trier Treatment Navigator, TTN; Lutz et al., 2019). In Zusammenhang mit der Einführung von Feedbacksystemen in der ambulanten Psychotherapie werden verschiedene Chancen für die Psychotherapie als auch die Psychotherapieintegration gesehen:

Verbesserung der Therapiewirksamkeit: Eine Metaanalyse anhand von 24 Studien konnte zeigen, dass bei einer Mehrheit der eingeschlossenen Studien eine auf Feedbacksystemen gestützte Psychotherapie der üblichen Behandlung hinsichtlich der Wirksamkeit mit kleinen bis mittleren standardisierten Effektstärken überlegen war (Lambert et al., 2018).

Reduktion der Anzahl Non-Responders: Eine engmaschige Prozessüberwachung kann dazu dienen, ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, weshalb manche Patienten nicht von der Behandlung profitieren. Andererseits ermöglichen Rückmeldungen zur Einschätzung der Therapieallianz Beziehungsbrüche vorzubeugen oder zu thematisieren, wenn diese bereits stattgefunden haben.

Qualitätssicherung und adaptive Indikation: Durch Rückmeldungen zum Therapieprozess sowie zu Entwicklungen etwa der Symptombelastung, Selbstgefährdung oder Therapieallianz ist es möglich, eine individualisierte Behandlung, gestützt auf empirisch gewonnenen Daten, anzubieten. Durch das Verfolgen des Therapiefortschritts in Echtzeit wird es möglich, das Behandlungsvorgehen bei Bedarf schnell und flexibel anzupassen. Feedbacksysteme haben sich insbesondere dann als wirksam erwiesen, wenn Therapeuten in kritischen Fällen (z. B. bei Beziehungsbrüchen oder Symptomverschlechterungen) klinische Unterstützungshilfen erhielten (sog. Clinical Support Tools; siehe Lambert et al., 2007). Auch der Berner Stundenbogen gibt Rückmeldung zum Therapieverlauf hinsichtlich der Wirkfaktoren nach Grawe und dient der Qualitätssicherung. Jedoch existieren bisher weder Signalhinweise bei stagnierenden oder negativen Verläufen noch werden Clinical Support Tools bereitgestellt. Zudem ist unklar, ob alle Therapeuten an der Psychotherapeutischen Praxisstelle dieses Feedbacksystem nutzen.

Besseres Verständnis von Veränderungsprozessen: Feedbacksysteme fördern das Verständnis für Veränderungsprozesse. Damit ist es möglich, nebst Erkenntnissen zu differentiellen Effekten auch solche zur Interaktion von Interventionen oder Wirkmechanismen und deren

Konsequenzen auf den Behandlungserfolg zu gewinnen (z. B. Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2005). So können beispielsweise Sudden Changes beobachtet und deren Auftreten sowie auch die nachfolgenden Prozesse, welche zur Aufrechterhaltung der plötzlichen Verbesserungen oder zum erneuten Auftreten eines Sprungs beitragen, besser verstanden werden. Dieses Wissen kann helfen Handlungsregeln abzuleiten, welche dann via Feedbacksystem infolge eines Sudden Changes den Therapeuten angezeigt werden. Die Erarbeitung solcher Handlungsregeln könnte unter Einbezug moderner technologischer Entwicklungen wie der künstlichen Intelligenz zukünftig vorangetrieben werden.

Überwachen von unerwünschten und schädlichen Nebenwirkungen: Es existieren Befunde, die darauf hinweisen, dass es Therapeuten schwerfällt, unerwünschte oder sogar schädliche Nebenwirkungen «nebenbei», ohne explizite Reflexion des Therapiefortschritts, zu entdecken (z. B. Schermuly-Haupt et al., 2018). Hierbei können Feedbacksysteme eine Unterstützung bieten, indem der Erfolg der Behandlung laufend ermittelt wird. Es darf angenommen werden, dass dies wiederum die Selbstreflexion des Therapeuten anregt und dadurch unerwünschte Folgen von Interventionen rasch erkannt werden, bevor sie sich negativ auf das Therapieergebnis auswirken (vgl. Nezu, 2020).

Weitere Chancen betreffen die *Verbesserung klinischer Kompetenzen*, das *Schliessen der Forschungs-Praxis-Lücke* und die *Reduktion der Gesundheitskosten*, da Verschlechterungen im psychischen Befinden von Patienten mithilfe von Feedbacksystemen rechtzeitig erkannt werden können. Aus Gründen der Stringenz werden diese Aspekte jedoch nicht weiter vertieft. Abschliessend soll darauf hingewiesen werden, dass der Einsatz von Feedbacksystemen wiederum differenzielle Effekte aufgezeigt hat. Nur wenn die Therapeuten (a) Feedback als einen integralen Bestandteil ihrer Praxis verstehen (Strauss et al., 2015), (b) ein differenziertes Feedback zu verschiedenen Domänen des psychischen Funktionierens erhalten (Dyer et al., 2016) und (c) dieses gezielt für eine spezifische Modifikation ihres Vorgehens nutzen (Lutz et al., 2015), können Feedbacksysteme von gewinnbringendem Nutzen sein. Daher sollte die Implementierung solcher Systeme bedacht eingesetzt und gut vorbereitet werden.

7.3 Allgemeine Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit hat mehrere erwähnenswerte Stärken. Als Erstes sollen jene genannt werden, welche das Improve-Projekt, innerhalb dessen die Studien dieser Dissertation durchgeführt wurden, betreffen. Der wohl nennenswerteste Vorteil des Improve-Projekts ist, dass es die «reale Praxis» abbildet, indem es (a) unter Routinebedingungen an der Psychothe-

rapeutischen Praxisstelle der Universität Bern durchgeführt wurde, (b) die häufigsten in ambulanten Therapien behandelten psychischen Störungen einschloss und Komorbiditäten zuliess, (c) mit der Psychologischen Therapie einen integrativen Psychotherapieansatz untersuchte und (d) somit den Forderungen nachkam, die häufig beklagte Wissenschafts-Praxis-Lücke zu verringern. Anstatt die Therapieprozesse von zwei «reinen» Behandlungsbedingungen zu vergleichen, wurden zwei verschiedene Therapiezusätze zu einem gemeinsamen Behandlungsansatz hinzugefügt. Das entspricht der Art und Weise, wie die meisten Therapeuten neue Ansätze oder Interventionen im Rahmen der assimilativen Integration in ihre bisherige therapeutische Arbeit aufnehmen. Zusammengenommen haben diese Aspekte die externe Validität des Improve-Projekts maximiert. Dadurch ermöglichte das Projekt, den assimilativen Integrationsprozess, wie ihn die Therapeutinnen leisten, sowie verschiedene Aspekte von Veränderungsprozessen in der integrativen Therapie, sprich der Psychologischen Therapie, zu untersuchen. Somit ist die *Studie I* die erste überhaupt, welche den Integrationsprozess in zwei experimentellen Behandlungsbedingungen eines RCTs prospektiv begleitete. Insbesondere der Fokus auf die subjektive Wahrnehmung und das Erleben der Therapeutinnen während des Integrationsprozesses werden als essenziell angesehen, um ein differenzierteres Verständnis für Chancen und Herausforderungen zu erlangen und wird somit zu den Stärken der vorliegenden Arbeit gezählt. Überdies ist auch die *Studie II* die erste, welche die HSCS in der integrativen Psychotherapie angewendet hat, um den Prozess der Umstrukturierung und damit zusammenhängend die Rolle der emotionalen Verarbeitung zu untersuchen. Mit der HSCS wurde ein Ratinginstrument angewandt, welches der Psychodynamischen Tradition entstammt und somit keinem der beiden Therapiezusätze hinsichtlich der Einschätzung der Veränderungstiefe einen Vorteil verschaffte. Zudem gelang es, durch die Entwicklung eines eigenen, aber der OPD verwandten Ansatzes zur Herleitung von Problemfoki den Vergleich zu bisherigen Publikationen zu ermöglichen.

Selbstverständlich gibt es aber auch diverse Punkte an der vorliegenden Arbeit sowie dem Improve-Projekt, welche zu bemängeln sind und über die bereits genannte Kritik an den einzelnen Studien hinausgehen. An dieser Stelle soll auf ein paar ausgewählte Limitationen eingegangen werden. Detaillierte Ausführungen zu den Limitationen der einzelnen Studien finden sich zudem in den jeweiligen Manuskripten.

Statistische Power: Wie bereits erwähnt, wurde die anhand von Power Berechnungen vorgeschlagene Stichprobengrösse nicht erreicht. Grund dafür war, dass der Effekt durch die Begrenzung der Therapiedauer auf 25 ± 3 Sitzungen bei der Projektplanung unterschätzt wurde. Interessanterweise ist die festgelegte Dauer vergleichbar mit derjenigen der Therapien, welche unter den gängigen Bedingungen an der PtP durchgeführt werden (also nicht Teil eines Projekts

sind), jedoch war unbekannt, wie die Patientinnen auf eine Festlegung reagieren würden. Rückblickend kann festgehalten werden, dass dies die Entscheidung der Patienten bezüglich Projektteilnahme stärker beeinflusst hat als angenommen. Aufgrund der kleineren Stichprobengrösse besteht die Möglichkeit, dass statistische Effekte in den jeweiligen Studien nicht entdeckt wurden, obschon diese vorliegen würden. Damit stellen die Stichprobengrösse und die eingeschränkte Power eine Limitation des Improve-Projekts sowie der durchgeführten *Studien I bis III* dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieselben Untersuchungen mit einer grösseren Stichprobe andere Resultate hervorgebracht hätten. Dies schränkt automatisch auch die Aussagekraft der angeführten Argumentationen für die gefundenen Ergebnisse beziehungsweise der Nullbefunde ein.

Studiendesign: Ein weiterer Kritikpunkt betrifft das Studiendesign, auch wenn es bereits unter den Stärken erwähnt wurde. Wie die Auswertungen dieser Dissertation sowie der Hauptpublikation zum Improve-Projekt (Caspar et al., 2021) ergeben haben, ist die PT+EFT-Bedingung der PT+SR-Bedingung weder hinsichtlich des kurz- und langfristigen Behandlungserfolgs noch hinsichtlich der Umstrukturierung überlegen. Da die beiden Behandlungsbedingungen jedoch Therapiezusätze umfassen, kann keine Aussage darüber gemacht werden, inwiefern sich PT+EFT von der «reinen» Psychologischen Therapie betreffend Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Veränderungsprozesse unterscheidet. Um dies beurteilen zu können, hätte eine dritte «reine» Behandlungsbedingung eingeführt werden müssen. Mit drei Behandlungsbedingungen hätte weiterhin eine allfällige Verzerrung der Ergebnisse durch unspezifische Effekte kontrolliert werden können, währenddessen eine Unterscheidung zwischen den spezifischen Effekten von EFT und SR besser möglich gewesen wäre. Selbst dann wäre aber noch offen, wie die Integration von EFT-Elementen im Vergleich zur Integration eines anderen Ansatzes als SR abgeschnitten hätte. Zudem wäre für ein Studiendesign mit drei Behandlungsbedingungen eine noch grössere Stichprobe nötig gewesen. Bei der Projektplanung wurde dieses Design diskutiert, jedoch musste basierend auf den Zahlen des üblichen Patientenzulaufs an der PtP angenommen werden, dass eine Stichprobengrösse von 3 x 130 Patienten schwierig zu erreichen ist.

Da sich zudem in der qualitativen Interviewstudie zeigte, dass manche Therapeuten an unerwünschten Nebeneffekten der Integration litten, wäre es auch interessant gewesen, innerhalb der PT+EFT-Bedingung zwei Subgruppen zu bilden. Die zwei Gruppen hätten sich hinsichtlich des Schulungsaufwandes und/oder der Unterstützung bei der Umsetzung der assimilativen Integration unterschieden mit dem Ziel, die unerwünschten Nebeneffekte in der einen Subgruppe zu minimieren. Somit hätte untersucht werden können, inwiefern diese Nebeneffekte die Befunde zum Therapieerfolg sowie der Veränderungstiefe verzerrt haben.

Eine weitere Limitation betrifft die begrenzte Anzahl an Therapiesitzungen. Die Behandlungsdauer wurde aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit der Therapieprozesse auf 25 ± 3 Sitzungen festgelegt. Während der Projektumsetzung zeigte sich jedoch wiederholt, dass es den Therapeuten schwerfiel, diese Vorgabe einzuhalten und es kam zu mehreren Therapien, welche die maximal 31 möglichen Therapiesitzungen deutlich überschritten. Davon abgesehen, dass die Verlängerung der Behandlung aufgrund klinischer Überlegungen allenfalls sinnvoll war, stellt sie aus Forschungsperspektive eine Limitation dar, insbesondere weil sich in der *Studie II* gezeigt hatte, dass die Therapiefortführung und -wiederaufnahme überzufällig häufig in der PT+EFT-Bedingung vorkam. Dieser Unterschied zwischen den Therapiebedingungen wurde nicht mehr signifikant, wenn die ganze Stichprobe analysiert wurde. Dennoch weist der Befund auf einen möglichen Zusammenhang hin, welcher zukünftig eingehender untersucht werden sollte. Eine Möglichkeit wäre, die Sitzungszahl als Ergebnisvariable einzuführen, um zu untersuchen, inwiefern ein eher prozessorientiertes Vorgehen die Therapiedauer und Selbstwirksamkeit der Patienten beeinflusst.

Therapeuteneffekte: Therapeuteneffekte sollten bei der Erforschung von Psychotherapieprozessesstudien dringend miteinbezogen werden. Die Nichtberücksichtigung von Therapeuteneffekten ist problematisch, da ohne Therapeutenfaktor im Modell die Behandlungseffekte überschätzt und darüber hinaus die Effekte verschiedener Prozessvariablen in Therapeuten- und Patientenkomponenten aufgespalten werden, was die Interpretation des Psychotherapieprozesses unklar macht (siehe Wampold & Owen, 2021). Da jedoch im Improve-Projekt durchschnittlich zwei bis drei Therapien pro Therapeuten bei einer Stichprobengröße von 38 Therapeutinnen durchgeführt wurden, konnte der Therapeutenfaktor bei den statistischen Auswertungen nicht in das hierarchisch lineare Modell einbezogen werden. Um Therapeuteneffekte bei der Berechnung von prä-post Vergleichen mit einem Mehrebenenmodell und einer Therapeutenstichprobe von 40 nachweisen zu können, wird empfohlen, dass jeder Therapeut 30 Patientinnen behandelt (Schiefele et al., 2017). Die Anzahl der Fälle pro Therapeutin reduziert sich bei Zunahme der Anzahl Therapeutinnen pro Stichprobe, sodass bei drei Patienten¹³ pro Therapeuten eine Therapeutenstichprobengröße von 400 erforderlich gewesen wäre. Diese Zahlen im Rahmen des Improve-Projekts zu erreichen wäre unmöglich gewesen oder hätte zumindest die Rekrutierung der Projekttherapeuten deutlich erschwert.

Auswahl Messinstrumente: Auf Limitationen im Zusammenhang mit dem Ratinginstrument MEPI wurde bereits in der Diskussion zur *Studie III* eingegangen. An dieser Stelle soll

¹³ Im Rahmen des postgradualen Masterstudiums in Psychotherapie an der Universität Bern absolvieren die Auszubildenden in der Regel drei Therapien an der Psychotherapeutischen Praxisstelle.

jedoch noch auf einen weiteren Kritikpunkt verwiesen werden. Zur Beurteilung der Umstrukturierung wurde die HSCS verwendet, auch wenn sich diese Skala, wie im Theorieteil dargelegt, inhaltlich kaum von der APES unterscheidet. Dementsprechend fällt es auch schwer zu begründen, wieso die HSCS der APES vorgezogen wurde. Im Grunde genommen operationalisieren sie beide den zunehmenden Einsichtsgewinn und sind laut ihren Autoren mit verschiedenen Behandlungsansätzen kompatibel. Jedoch entstammt die APES der humanistischen Therapietradition, welcher auch die EFT entspringt. Somit wurde befürchtet, dass die APES aufgrund ihrer Herkunft und Konzeptualisierung von Einsicht der PT+EFT einen Vorteil verschaffen würde. Mit der HSCS, welche für die Psychodynamische Therapie konzipiert wurde, konnte diese befürchtete systematische Verzerrung umgangen werden. Was zusätzlich für die Wahl der HSCS sprach, ist die transparente Beschreibung der Herleitung von Problemfoki. Auch wenn nicht die gleiche Methode zur Fokidefinition im Improve-Projekt angewendet wurde, konnten das Vorgehen und die Schulung darauf abgestützt werden. Die Entscheidung für ein ähnliches Vorgehen erhöht wiederum die Replizierbarkeit der Befunde der *Studie II* und die Vergleichbarkeit mit bisherigen Publikationen. Eine zukünftige Studie könnte beide Ratinginstrumente anwenden und eine Kreuzvalidierung vornehmen, sodass eine Aussage zur Übereinstimmung der praktischen Anwendung sowie des Stufenfortschritts während einer Behandlung gemacht werden kann. Bisher basiert die Aussage, dass sich die HSCS und APES ähnlich sind, auf deren theoretisch-konzeptuellen Übereinstimmung. Würde sich zeigen, dass während einer ambulanten Psychotherapie von bestimmter Dauer eine vergleichbare Stufenentwicklung zu erwarten ist, könnten bisherige Publikationen zur HSCS und APES verglichen werden.

Schlussendlich soll auch noch auf eine generelle Limitation von Stufenmodellen eingegangen werden. Die HSCS beschreibt sieben voneinander abgrenzbare, aufeinander aufbauende Stufen der Veränderung. Somit gilt die HSCS als hierarchisch-sequentielles Modell, welches in Untersuchungen, wie auch in der vorliegenden Dissertation, als Intervallskala verwendet wird. Bei genauer Betrachtung ist dies nicht korrekt, da die Stufen unterschiedliche Ordnungszustände beschreiben. Zudem wird mit der Stufe 5, bei welcher es zu einer erneuten Verschlechterung des emotionalen Zustands kommen kann, eher ein nicht linearer Veränderungsverlauf beschrieben. Diese Kritik trifft sicherlich nicht nur auf die HSCS zu, muss jedoch erwähnt werden, wenn es um Limitationen der vorliegenden Arbeit geht.

Therapieprozess als dynamisches System: Die vorliegende Dissertation orientierte sich am überarbeiteten Multiphasenmodell von Doss (2004), wobei betont wurde, dass es sich sowohl beim Patienten und Therapeuten als Einzelpersonen als auch bei der therapeutischen

Dyade um komplexe, dynamische Systeme handelt. Obschon diese Überlegungen den Aufbau und Inhalt dieser Dissertation beeinflusst haben und versucht wurde, patienten- sowie therapeutinnenbezogene Veränderungsprozesse zu betrachten, fehlt eine Integration der verschiedenen Studien, um einer ganzheitlichen Sichtweise im Sinne der komplexen Systeme gerecht zu werden. Wie bereits hiavor erwähnt, wäre es interessant, folgende Fragen weiter zu untersuchen: Welche Auswirkungen hatten die anfänglichen unerwünschten Nebenwirkungen der Integration neuer Therapieelemente, welche einige Therapeutinnen zeigten, auf den Therapieprozess sowie den Behandlungserfolg? Wurden diese Nebenwirkungen von den Patientinnen wahrgenommen? Traten allenfalls Sudden Losses in Therapiesitzungen auf, in welcher der Therapeut zu stark kognitiv mit der Auflösung vermeintlicher konzeptueller Widersprüche zwischen der PT und den neuen Therapieelementen beschäftigt war? Wurde bei der letzten Projekttherapie der Therapeuten mehr Umstrukturierung erreicht, da sie sich an die Integration der Therapiezusätze in ihre therapeutische Arbeit gewöhnt hatten?¹⁴

Erst mit der Beantwortung dieser Forschungsfragen wäre die Dissertation dem Anspruch, Therapeut und Patient als komplexes System zu erfassen, gerecht geworden. Gleichzeitig kann diese Kritik an vielen Publikationen geübt werden und scheint zur Psychotherapieprozessforschung dazuzugehören, vor allem da die Erforschung der genannten Fragen anspruchsvolle methodische Kompetenzen sowie materielle und finanzielle Ressourcen voraussetzt. Letztlich wären die weiteren Untersuchungen zudem weit über den üblichen Rahmen einer Dissertation hinausgegangen, weshalb sie hier lediglich als Anregungen für weitere Forschung aufgelistet werden.

7.4 Praktische Implikationen

Auch wenn nicht alle formulierten Hypothesen im Rahmen der dargestellten Untersuchungen bestätigt wurden, konnten diverse Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis und Ausbildung, insbesondere in der Psychologischen Therapie, gewonnen werden.

7.4.1 *Ausbildung in Psychotherapieintegration*

Die qualitative Interviewstudie zeigte auf, dass das Erlernen und Integrieren von Therapieelementen aus fremden Ansätzen für relativ unerfahrene Therapeutinnen mit Herausforderungen und potenziellen unerwünschten Nebeneffekten verbunden sein können. Trotz dieser

¹⁴ Diese Auflistung ist nicht abschliessend.

anfänglichen Schwierigkeiten fassten sie die Integration von EFT in die Psychologische Therapie als Chance und Erweiterung ihrer Kompetenzen und Behandlungsmöglichkeiten auf. Weiter kann aus den Ergebnissen geschlossen werden, dass die Therapiezusätze dem Zweck der assimilativen Integration dienten und laut den Aussagen der befragten Therapeutinnen die Responsiveness erhöhten (siehe S. 104). So berichteten sie beispielsweise, die EFT-Stuhldialoge nicht streng nach Lehrbuch durchgeführt zu haben, wenn dies nicht zur Therapiephase oder den Patientencharakteristika passte oder sie annahmen, dass eine solche Durchführung die Therapieallianz gefährdet hätte (für detaillierte Ausführungen siehe den Artikel im Anhang A2). Wichtige Aspekte, welche die Therapeuten entsprechend den Befunden bei der Integration berücksichtigen sollten, sind die Passung der neuen Therapiezusätze zu den eigenen Präferenzen, den Patienteneigenschaften (z. B. deren Therapieziele, Motive, individuelle Eigenschaften und Kompetenzen). Zusätzlich sollten bei der Integration stets mögliche Konsequenzen für die Therapiemotivation und -allianz mitbedacht werden. Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen deutlich auf, wie wichtig die Flexibilität des Therapeuten nicht nur in Bezug auf den Einsatz verschiedener Interventionen ist, sondern auch hinsichtlich der Fähigkeit, diese angemessen auszuwählen und umzusetzen. Dies bestätigt – zumindest aus der Behandlerperspektive – indirekt die Annahme, dass mit einer grösseren Auswahl an möglichen Vorgehensweisen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass der erwünschte Haupteffekt begünstigt und unerwünschte Nebenwirkungen reduziert werden (siehe Caspar, 2018a; Grawe et al., 1990). Die Resultate passen gut zum Ansatz der Motivorientierten Beziehungsgestaltung, welche ebenfalls vorschreibt, Interventionen so gut als möglich der individuellen Planstruktur von Patienten anzupassen. Zudem beschreibt Caspar (2009) in seinem Neukonstruktionsmodell das Therapievorgehen als wiederkehrenden kreativen Konstruktionsprozess, bei dem er die Berücksichtigung ähnlicher Aspekte, wie sie in der Interviewstudie berichtet wurden, empfiehlt. Für die Praxis der Psychologischen Therapie bedeutet dies, dass nicht nur im Rahmen der Fallkonzeption genannte Kriterien bei der Therapieplanung beachtet, sondern während des Behandlungsverlaufs immer wieder explizit reflektiert werden sollten. Die Supervision bietet eine ideale Gelegenheit, um die Umsetzung der assimilativen Integration zu überdenken. Erstens könnte die Reflexion top-down gesteuert werden, indem beispielsweise anhand des Neukonstruktionsmodells erarbeitet wird, aufgrund welcher Aspekte bestimmte Interventionen ausgewählt und umgesetzt wurden (retrospektiv) oder angewendet werden möchten (prospektiv). Die Orientierung am Modell könnte dabei die Reflexion vereinfachen, indem es bereits bestimmte Prinzipien zur Handlungssteuerung vorgibt. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass wenige der befragten Therapeutinnen die allgemeinen Wirkfaktoren als die Integration steuernden Prinzipien erwähnten. Eine

mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die Orientierung an den allgemeinen Wirkfaktoren zwar beim Erstellen der Fallkonzeption hilfreich ist, jedoch bei der konkreten Umsetzung assimilativer Integration als wenig unterstützend empfunden wird. Es kann daher von Vorteil sein, konkrete Prinzipien zur Steuerung des Integrationsprozesses heranzuziehen, was für das Neukonstruktionsmodell oder ähnliche prinzipiengeleitete Handlungskonzepte sprechen würde. Diese abgeleiteten Implikationen sind aktuell als Hypothesen zu verstehen, deren Richtigkeit zukünftig erst noch empirisch überprüft werden müsste.

Zweitens könnte die Reflexion innerhalb der Supervision bottom-up erfolgen, indem die impliziten Heuristiken, welche die Therapeutinnen bei der assimilativen Integration von Therapieelementen bereits verwenden, explizit gemacht werden. Indem Supervisorinnen immer wieder dazu aufgefordert werden, ihre gefällten Entscheidungen aktiv wiederzugeben, könnten sie auf diese Aspekte hin sensibilisiert und ein rational-analytisches Vorgehen geschult werden. Eine solche Form der Sensibilisierung würde idealerweise anhand von Videomaterial der Therapiesitzungen stattfinden (vgl. Haggerty & Hilsenroth, 2011). Diese Empfehlungen sind per se nicht neu, scheinen jedoch auch für das Training von Psychotherapieintegration wichtig zu sein (vgl. Aafjes-van Doorn et al., 2018; Wampold & Owen, 2021). Würde es damit gelingen, die unerwünschten Nebenwirkungen für die Therapeuten zu reduzieren oder sie zumindest im Umgang damit zu unterstützen, wäre die Kritik rund um das Erlernen von integrativen Ansätzen als Erstausbildung nicht mehr gerechtfertigt. Eine weitere Chance der Supervision könnte es zudem sein, dass integrativ praktizierende Supervisorinnen als Rollenmodelle dienen. Boswell und Castonguay (2007) schlugen vor, dass eine optimale integrative Ausbildung eine Vielzahl von Supervisoren umfassen sollte, welche unterschiedliche Expertisen (z. B. Forschung oder Praxis) und Therapieansätze abdecken. So erhält der Supervisand die Gelegenheit, in der Umsetzung unterschiedlicher Ansätze angeleitet zu werden. Ob es zwingend Supervisorinnen anderer Therapierorientierung benötigt, wird hier infrage gestellt. Es kann zwar von Vorteil sein, Experten verschiedener Therapieansätze kennenzulernen; letztlich unterstützt dies jedoch weder die Integrationsleistung noch fördert es die Kompetenz, assimilative Integration umzusetzen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Interviewstudie muss angenommen werden, dass auf diese Weise unerwünschte Nebeneffekte eher fortbestehen würden. Idealer scheint es, wenn eine integrative Supervisorin aufgrund eigener Erfahrung vermitteln könnte, wie sie verschiedene Ansätze miteinander kombiniert und anwendet.

Die Auswertungen der Interviewstudie zeigten weiter, dass die theoretischen und praktischen Erfahrungen mit den neu zu integrierenden Therapieelementen für die meisten Thera-

apeutinnen wichtige Voraussetzungen für eine gelungene Integration waren (vgl. das Neukonstruktionsmodell nach Caspar, 2009). Nebst der Supervision scheint daher auch die Selbsterfahrung relevant in der Ausbildung und Schulung assimilativ-integrativer Therapeutinnen zu sein. Somit könnte es empfehlenswert sein, dass die Therapeutinnen während ihrer postgradualen Weiterbildung immer wieder die Gelegenheit erhalten, verschiedene Therapieansätze selbst zu erfahren. Sie sollten zudem dazu motiviert werden, ihre Selbsterfahrungsstunden bei verschiedenen Therapeutinnen zu absolvieren. Unsere Befunde sprechen dafür, dass die eigene Erfahrung mit einer neuen Therapiemethode das Kompetenzerleben sowie die Zuversicht, diese in den eigenen Therapien anwenden zu können, erhöht. Zumindest traf dies auf die Integration von Therapieelementen der Selbstregulation und Emotionsfokussierten Therapie zu. Ob die Annahme auf weitere Ansätze generalisiert werden kann, ist aktuell noch mit Vorsicht zu interpretieren. Eine repräsentative Studie von Norcross et al. (1992) konnte zeigen, dass Psychotherapeutinnen eher von den Therapieansätzen überzeugt sind, wenn sie diese selbst im Rahmen einer eigenen Therapie erfahren haben. Zudem stimmen die wahrgenommenen Vorteile der Selbsterfahrung in der Interviewstudie mit denjenigen überein, welche Strauss und Taeger (2021) in ihrem Review fanden.

7.4.2 Psychologische Therapie

Was die klinischen Implikationen für die Psychologische Therapie betrifft, legen die Ergebnisse dieser Dissertation nahe, dass die Integration von EFT-Therapieelementen zwar nicht zu einer Erhöhung der Therapiewirksamkeit geführt hat. Dennoch gibt es einige Aspekte, auf die aus der Sicht der Autorin näher eingegangen werden sollte. Grundsätzlich zeigen die Befunde der Studie zur Umstrukturierung, dass in beiden Behandlungsbedingungen eine solche erreicht wurde und zwar in einem Umfang, der mit bisherigen Publikationen vergleichbar ist. Wie bereits erläutert wurde, ist dieses Ergebnis für eine ambulante Psychotherapie mit einer Dauer von zirka 30 Sitzungen, welche den Behandlungsfokus nicht explizit auf strukturelle Veränderungen legt, überraschend. Daraus lassen sich zwei Implikationen für die Praxis der Psychologischen Therapie ableiten. Erstens scheint sie durch die Berücksichtigung des Wirkfaktors der motivationalen Klärung bereits gute Ergebnisse zur Förderung von Einsicht zu erreichen. Das Ausmass der aus Patientensicht gewonnenen Einsicht in die eigene psychische Problematik scheint wiederum die Stärke der Umstrukturierung am Therapieende vorherzusagen. Dieser Befund ist für die Praxis der Psychologischen Therapie von Bedeutung, vor allem da Einsicht in vielen Therapieansätzen als wichtiger Veränderungsmechanismus und Prädiktor des Behandlungserfolgs angesehen wird (vgl. Jennissen et al., 2018). Dabei bietet die EFT mit ihren

Interventionen ein zusätzliches Set an klärungsorientierten Techniken, welches zur Förderung von Einsicht herangezogen werden kann. Auch wenn es nicht ein signifikantes Resultat ist, zeigten Patientinnen in der PT+EFT-Bedingung dementsprechend eine leicht grössere Umstrukturierung von Behandlungsbeginn bis -ende. Daher scheint die Integration von EFT in die Psychologische Therapie, nicht nur aus den bereits genannten Gründen der verbesserten Möglichkeiten zu responsivem Therapeutenverhalten und höherer Individualisierung der Behandlung, vielversprechend. Zweitens zeigen die Befunde auf, wie wichtig Fallkonzeptionen für den Behandlungserfolg, sei er symptomatisch oder strukturell definiert, sein können. Wenn eine Therapeutin über ein gutes Verständnis für die Hauptproblembereiche des Patienten verfügt, kann sie diese gezielt bearbeiten, sodass in vergleichsweise kurzer Zeit Umstrukturierungsprozesse angestossen werden können. Hierbei wäre es denkbar, die HSCS in der Praxis auch als konzeptionelles Modell der Veränderung, von welchem Behandlungsindikationen abgeleitet werden könnten, zu verwenden. In Bezug darauf wäre es eine Möglichkeit, das Therapieverfahren an die Stufe des Patienten auf der HSCS zu Behandlungsbeginn, die für das aktuelle Verständnis seines Problems steht, anzupassen (ähnlich wie die Anpassung des Therapieprozesses an die fünf Stufen der Veränderung; siehe Krebs et al., 2018). Hauptsächlich Patienten mit einer tieferen Stufe zu Beginn der Therapie, also mit kaum vorhandener Einsicht in ihre Problematik, scheinen nämlich von der Psychologischen Therapie profitiert zu haben. Um Implikationen hinsichtlich der konkreten Interventionen angepasst auf die einzelnen Stufen nennen zu können, braucht es jedoch weitere Forschung.

7.5 Fazit

Die vorliegende Arbeit widmete sich der Erforschung von Veränderungsprozessen in der Psychologischen Therapie. Das übergeordnete Ziel war es, verschiedene Aspekte der Psychologischen Therapie, als ein assimilativ-integratives Psychotherapieverfahren, zu untersuchen und dabei zu einem besseren Verständnis für die Eigenschaften, Wirkungsweise und Chancen einer integrativen Praxis beizutragen. Dieses Ziel leitete sich von der Tatsache ab, dass ein integratives therapeutisches Vorgehen zwar der gängigen Arbeitsweise vieler Praktiker näherkommt als dies «reine» Therapieansätze tun (vgl. Cook et al., 2010; Norcross & Rogan, 2013), es jedoch im Vergleich zu letzteren deutlich seltener erforscht wird. Der Anspruch war es daher, ein Stück zur Schliessung dieser Wissenschafts-Praxis-Lücke beizutragen, im Wissen um die Schwierigkeit, dass assimilative Integration einen hoch individualisierten, komplexen Prozess beschreibt. Dabei wurde versucht, der Forderung nach methodischer Vielfalt (z. B. Beutler et

al., 2004) im Bereich der Psychotherapieforschung nachzukommen, indem ein Mixed-Method-Ansatz gewählt wurde.

Das Improve-Projekt bot dabei den wissenschaftlichen Überbau, innerhalb dessen drei Studien geplant und umgesetzt wurden. Das eingangs der Arbeit vorgestellte Multiphasenmodell von Doss (2004) diente als konzeptueller Orientierungsrahmen für die verschiedenen durchgeführten Studien und soll daher an dieser Stelle wieder aufgegriffen werden: *Erstens* wurden mit einer Interviewstudie *therapeutenbezogene Veränderungsprozesse* während der Umsetzung assimilativer Integration beleuchtet. Die qualitativen Auswertungen bestätigten die Befürchtung, dass relativ unerfahrene Therapeutinnen zu Beginn der Integrationsaufgabe unerwünschte Nebeneffekte erlebten. Dies war insbesondere in der PT+EFT-Bedingung der Fall, wo davon auszugehen ist, dass die neuen Therapieelemente ungewohnter und fremder waren. Insgesamt zeigte sich jedoch, dass die Integration von Therapieelementen der Selbstregulation und der Emotionsfokussierten Therapie die technische Flexibilität und mithin die Individualisierbarkeit der Behandlung erhöhte. Die Studie machte zudem auf implizite Heuristiken, welche die Therapeuten zur Unterstützung des Integrationsprozesses heranzogen, aufmerksam. Diese Heuristiken betonen die Passung der neuen Therapieelemente zu Patienten- und Therapeutencharakteristika unter Berücksichtigung der Therapieallianz und der interaktionellen Dynamik des Therapieprozesses (d. h. die Interaktion von Patientenmerkmalen mit Interventionsstrategien sowie mit Therapeutenmerkmalen). *Zweitens* wurde in zwei weiteren quantitativen Studien *patientenbezogene Veränderungsmuster, -prozesse und -mechanismen* untersucht. Es zeigte sich, dass in der Psychologischen Therapie sowohl nicht lineare Veränderungsmuster als auch Umstrukturierungsprozesse (beides *patientenbezogene Veränderungsprozesse* nach Doss), eine psychodynamische Konzeptualisierung tiefliegender Veränderung, beobachtet werden konnten, wobei keine der beiden Phänomene mit der Symptombelastung am Ende der Therapie sowie bei der Katamnese zusammenhingen. Es liegen zudem Hinweise aus den Daten vor, dass die beobachtete Umstrukturierung auf den *Veränderungsmechanismus* der Einsicht zurückzuführen ist, welche wiederum durch klärungsorientierte Techniken gefördert werden kann.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Psychologische Therapie dadurch, dass sie ein integratives Psychotherapieverfahren mit Betonung der motivorientierten Beziehungsgestaltung und unter Berücksichtigung der allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe ist, sowie durch den Einbezug von Fallkonzeptionen und Prozessmasse wie der Berner Stundenbogen bereits ein wirksames Verfahren zur Behandlung von psychischen Störungen darstellt. Die Wirksamkeit konnte daher durch die Integration der EFT nicht zusätzlich erhöht werden, jedoch zeigten

sich auf Prozessebene diverse interessante Befunde, die zukünftig vertiefter untersucht werden sollten. Die Arbeit legte verschiedene Möglichkeiten für die weitere Forschung dar und verwies im Kontext der Befunde auf aktuelle Themen und Chancen der Psychotherapieintegration. Auch nach der Kritik von Grawe et al. (2001) zur «psychotherapeutischen Konfession»¹⁵ wird in der Psychotherapieforschung immer noch erheblicher zeitlicher und finanzieller Aufwand in die empirische Validierung verschiedener psychotherapeutischer Ansätze investiert. Dabei scheint sich der Forschungszweig in eine Sackgasse manövriert zu haben. Dies führt dazu, dass es weiterhin Differenzen zwischen den Therapieschulen gibt, die Wissenschafts-Praxis-Lücke fortbesteht und immerzu neue Konzepte und Ansätze entwickelt werden, anstatt auf bewährte Beiträge aus der Wissenschaft zurückzugreifen (siehe Bohus, 2015; Goldfried, 2019). Zudem sind nach wie vor viele Fragen rund um die Ausbildung in Psychotherapieintegration offen. Die Heterogenität hinsichtlich der Psychotherapieintegration erschwert die Erforschung sowie die Generalisierbarkeit der Befunde. Es lässt sich daher ableiten, dass zukünftig die Forschungsthemen und -arbeit zur Psychotherapieintegration wohl noch lange nicht ausgehen werden. Ausserdem beinhalten das Schliessen und Aufarbeiten der genannten Lücken und Defizite Chancen sowohl für die Forschung als auch die Praxis. Gleichzeitig soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass, trotz allen Bemühungen um qualitativ hochwertige Forschung, Psychotherapieintegration ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess bleibt, der ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren beinhaltet und dessen Ergründung zwar spannend, aber anspruchsvoll ist (Cuijpers et al., 2019; Lemmens, Müller, et al., 2016; Lorenzo-Luaces & DeRubeis, 2018).

¹⁵ Damit wird die Überidentifizierung eines Therapeuten mit dem erlernten Therapieverfahren und die daraus folgende starke Abgrenzung zu anderen Therapieschulen beschrieben.

8 Literaturverzeichnis

- Aafjes-van Doorn, K., Klinar Alfaro, D., Fialová, M., & Kamsteeg, C. (2018). Psychotherapy integration training around the globe: A personal and empirical perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 505-520. <https://doi.org/10.1037/int0000135>
- Abel, A., Hayes, A. M., Henley, W., & Kuyken, W. (2016). Sudden gains in cognitive behavior therapy for treatment resistant depression: Processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 726-737. <https://doi.org/10.1037/ccp0000101>
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.216>
- Abteilung für Gleichstellung. (2017). *Geschlechtergerechte Sprache. Empfehlungen für die Universität Bern*. Universität Bern. https://www.unibe.ch/unibe/portal/content/e809/e810/e812/e824/e826/e17401/e554561/e554562/2017GendergerechteSprache_Auflage2_f.Web_ger.pdf
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Addis, M. E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00094.x>
- Aderka, I. M., Anholt, G. E., van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., Hermesh, H., & van Oppen, P. (2012). Sudden gains in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 44-51. <https://doi.org/10.1159/000329995>
- Aderka, I. M., Appelbaum-Namdar, E., Shafran, N., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Sudden gains in prolonged exposure for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 441-446. <https://doi.org/10.1037/a0024112>

- Aderka, I. M., Nickerson, A., Boe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 93-101. <https://doi.org/10.1037/a0026455>
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 839-845. <https://doi.org/10.1037/a0033774>
- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.48.3.251>
- Andrews, L. A., Hayes, A. M., Abel, A., & Kuyken, W. (2020). Sudden gains and patterns of symptom change in cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(2), 106-118. <https://doi.org/10.1037/ccp0000467>
- Andrusyna, T., Luborsky, L., Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in supportive-expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 526-536. <https://doi.org/10.1080/10503300600591379>
- Ankes, F. (2019). *Strukturveränderung und deren Einfluss auf das psychische Befinden in der Psychologischen Therapie* [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.
- Arbeitskreis OPD. (2006a). Ergänzende Module. In Arbeitskreis OPD (Ed.), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (pp. 497-507). Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2006b). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2006c). Veränderungsmessung mit der OPD. In Arbeitskreis OPD (Ed.), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (pp. 351-358). Huber.
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Peri, T., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). Emotional congruence between clients and therapists and its effect on treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology, 65*(1), 51-64. <https://doi.org/10.1037/cou0000250>

- Atzil-Slonim, D., & Tschacher, W. (2020). Dynamic dyadic processes in psychotherapy: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 30(5), 555-557.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1662509>
- Babl, A. (2019). *Everybody has won and all must have prizes: Combining cognitive-behavioral, humanistic-experiential and psychodynamic approaches to better understand how psychotherapy works* [Unveröffentlichte Dissertation]. Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Albrecht, A.-M., Eberle, D., Stähli, A., Heer, S., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2018). *Adherence to new elements in integrative psychotherapies* [Unpublished manuscript]. University of Bern.
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., & Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: Investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(423), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., Tosunlar, L., Corrigan, E., & Thomas, P. W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 19-37.
<https://doi.org/10.1017/S1352465810000895>
- 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* (pp. 258-297). Wiley.
- Bandura, A. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 285-298). Psychology Press.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.619>
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Connolly Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229-240.
<https://doi.org/10.1080/10503300500288951>

- Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 667-677.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S. E., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2019). *Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen: Therapeutenmanual. Übersetzung und Herausgeber der deutschen Ausgabe: F. Caspar*. Hogrefe.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikation in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Ed.), *Indikationen zur Psychotherapie* (pp. 158-168). Urban & Schwarzenberg.
- Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1-48.
<https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (2009). *BDI-II - Beck Depressions Inventar Revision*. Pearson Assessment and Information GmbH.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck Depressions Inventar*. Hogrefe.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II: Manual* (2nd ed.). The Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (2010). Cognitive therapy. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0198>
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141-153.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.2.141>
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). Wiley.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M. L., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI

- factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 69-85. <https://doi.org/10.1002/cpp.354>
- Bischoff, R. J., Barton, M., Thober, J., & Hawley, R. (2002). Events and experiences impacting the development of clinical self confidence: A study of the first year of client contact. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 371-382. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01193.x>
- Bohart, A. C. (2001). The evolution of an integrative experiential therapist. In M. R. Goldfried (Ed.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (pp. 221-246). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10392-013>
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 177-192. <https://doi.org/10.1037/a0031198>
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145-155. <https://doi.org/10.1159/000381154>
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288-298. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.288>
- Boswell, J. F., Castonguay, L., & Pincus, A. L. (2009). Trainee theoretical orientation: Profiles and potential predictors. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 291-312. <https://doi.org/10.1037/a0017068>
- Boswell, J. F., & Castonguay, L. G. (2007). Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 378-383. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.378>
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 717-723. <https://doi.org/10.1037/a0020088>
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S., & Barlow, D. H. (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. <https://doi.org/10.1037/a0031437>

- Boswell, J. F., Nelson, D. L., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., & Castonguay, L. (2010). Competency in integrative psychotherapy: Perspectives on training and supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 3-11.
<https://doi.org/10.1037/a0018848>
- Boswell, J. F., Sharpless, B. A., Greenberg, L. S., Heatherington, L., Huppert, J. D., Barber, J. P., Goldfried, M. R., & Castonguay, L. G. (2010). Schools of psychotherapy and the beginnings of a scientific approach. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 98-127). Oxford University Press.
- Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Buchan, G., & Cunningham, J. A. (1997). Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction*, 92, 1479-1489.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02869.x>
- Bryk, A. S., & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Sage Publications.
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict - controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(6), 510-522. <https://doi.org/10.1002/cpp.648>
- Busch, A., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 37(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.04.002>
- Carere-Comes, T. (2015). One or two psychotherapies? *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(4), 313-324. <https://doi.org/10.1037/a0038133>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41-84). Academic Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Control processes and self-organization as complementary principles underlying behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 6(4), 304-315. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0604_05
- Caspar, F. (1995). *Hypothesenbildungsprozesse in psychotherapeutischen Erstgesprächen. Probleme und Möglichkeiten des empirischen Zuganges* [Habilitationsschrift]. Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a therapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105-125. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>

- Caspar, F. (1998). A connectionist view of psychotherapy. In D. J. Stein & J. Ludik (Eds.), *Neural Networks and Psychopathology*. Cambridge University Press.
- Caspar, F. (2008a). The current status of psychotherapy integration in Germany and Switzerland. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(1), 74-78.
<https://doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.74>
- Caspar, F. (2008b). Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (pp. 526-558). DGVT.
- Caspar, F. (2009). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. ed., pp. 214-225). Springer.
- Caspar, F. (2011). Hat sich der störungsspezifische Ansatz in der Psychotherapie „zu Tode gesiegt“? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(5), 199.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1276828>
- Caspar, F. (2016). Selbstregulation. In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Eds.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (pp. 245-255). Elsevier.
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 193-214). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000034-012>
- Caspar, F. (2018a). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Hogrefe.
- Caspar, F. (2018b). Studying effects and process in psychotherapy for personality disorders. *Psychopathology*, 51(2), 141-148. <https://doi.org/10.1159/000487895>
- Caspar, F., & Berger, T. (2007). Insight and cognitive psychology. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 375-399). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-018>
- Caspar, F., & Berger, T. (2012). Corrective experiences: What can we learn from different models and research in basic psychology? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 141-157). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13747-009>

- Caspar, F., Berger, T., & Grosse Holtforth, M. (2015). The impact of integrating emotion-focused components into psychological therapy (project 100019_159425) [project proposal]. Retrieved 15th June, 2021, from <http://p3.snf.ch/project-159425>
- Caspar, F., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Babl, A., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Gomez Penedo, J. M., Holstein, D., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Krieger, T., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Greenberg, L., Carver, C. S., Castonguay, L. G., Kramer, U., Auszra, L., Herrmann, I., & Belz, M. (2021). The impact of integrating emotion-focused components into psychological therapy: A randomized controlled trial. *Manuscript submitted for publication*.
- Caspar, F., & Grawe, K. (1989). Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 11, 6-19.
- Caspar, F., & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozess? *Report Psychologie*, 7, 10-22.
- Caspar, F., & Grawe, K. (1996). Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (pp. 65-86). DGVT.
- Caspar, F., & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61-69. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.1.61>
- Caspar, F., Herpertz, S., & Lieb, K. (2017). Was ist Psychotherapie? In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Eds.), *Psychotherapie*. Elsevier.
- Caspar, F., & Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring, & S. K. Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Vol. 1, pp. 395-410). CIP-Medien.
- Caspar, F., & Kächele, H. (2016). Fehlentwicklungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Eds.), *Psychotherapie: Funktions- und Störungsorientiertes Vorgehen* (pp. 631-644). Elsevier.
- Caspar, F., Rothenfluh, T., & Segal, Z. (1992). The appeal of connectionism for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 12, 719-762. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90022-Z](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90022-Z)
- Castonguay, L. G. (2005). Training issues in psychotherapy integration: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 384-391. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.384>

- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Beutler, L. E. (2019). *Principles of change: How psychotherapists implement research in practice*. Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382.
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied and Preventive Psychology*, 3(3), 159-172. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80068-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80068-X)
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007). *Insight in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- Castonguay, L. G., Reid, J. J., Halperin, G., & Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy integration. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Comprehensive handbook of Psychology* (Vol. 8, pp. 327-345). Wiley.
- Chen, R., Rafaeli, E., Ziv-Beiman, S., Bar-Kalifa, E., Solomonov, N., Barber, J. P., Peri, T., & Atzil-Slonim, D. (2020). Therapeutic technique diversity is linked to quality of working alliance and client functioning following alliance ruptures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 844-858. <https://doi.org/10.1037/ccp0000490>
- Chi, M. T. H., Glaser, R., & Farr, M. J. (1988). *The Nature of Expertise* (1st ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1244-1250. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.002>
- Collins, L. M., & Coles, M. E. (2017). Sudden gains in exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 93, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.003>
- Collins, L. M., & Sayer, A. G. (2000). Growth and change in social psychology research: Design, measurement, and analysis. In H. Reis & C. Judd (Eds.), *Handbook of research in social psychology* (pp. 478-495). Cambridge University Press.
- Comminos, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 239-249.
- Consoli, A. J., & Jester, C. M. (2005). A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 358-373. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.358>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Monika A. Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Patalay, P., Pincus, A. L., Tackett, J. L., Reininghaus, U., Waldman, I. D., Wright, A. G. C., Zimmermann, J., Bach, B., Bagby, R. M., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Dalgleish, T., DeYoung, C. G., Hopwood, C. J., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Patrick, C. J., Ruggero, C. J., Samuel, D. B., Watson, D., & Eaton, N. R. (2019). A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419-436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P., & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260-267. <https://doi.org/10.1037/a0019788>.
- Cooper, A. A., Clifton, E. G., & Feeny, N. C. (2017). An empirical review of potential mediators and mechanisms of prolonged exposure therapy. *Clinical Psychology Review*, 56, 106-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.003>
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 298-340). Wiley.

- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., & Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*(3), 145-154.
- Cronbach, L. J., & Snow, R. E. (1981). *Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions*. Irvington.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Davies, L., Leach, C., Lucock, M., Stiles, W. B., Iveson, S., & Barkham, M. (2006). Therapists' recall of early sudden gains in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(1), 107-114. <https://doi.org/10.1348/147608305X41209>
- De Stefano, J., D'Iuso, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., & Chamodraka, M. (2007). Trainees' experiences of impasses in counselling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 42-47. <https://doi.org/10.1080/14733140601140378>
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI - Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (3rd ed., pp. 1-41). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*(3), 596-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 469-482. <https://doi.org/10.1007/BF01172968>
- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*(4), 393-407.

- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph094>
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Blackwell.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (2005). Peripheral vision: Expertise in real world contexts. *Organization Studies*, 26(5), 779-792. <https://doi.org/10.1177/0170840605053102>
- Dreyfus, S. E. (2004). The five-stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177-181. <https://doi.org/10.1177/0270467604264992>
- Durland, P. H., Wyszynski, C. M., & Chu, B. C. (2018). Predictors and outcomes of sudden gains and sudden regressions in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Behavior Therapy*, 49(5), 823-835. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.006>
- Duryee, J., Brymer, M., & Gold, K. (1996). The supervisory needs of neophyte psychotherapy trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 663-671.
- Dyer, K., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2016). Effects of providing domain specific progress monitoring and feedback to therapists and patients on outcome. *Psychotherapy Research*, 26(3), 297-306. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983207>
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapeutic case formulations* (2nd ed.). Guilford.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneiderman, C. T., & Lucas, C. P. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4), 385-399. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.539284>
- Ehrlich, T., & Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie: „Sudden gains“ und „sudden losses“. *Psychotherapeut*, 60, 205-209. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0019-6>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
<https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. Rennie (Eds.), *The Methodology of Qualitative Psychotherapy Research*. Pabst Science Publishers.
- Ellis, A. (1963). Toward a more precise definition of “emotional” and “intellectual” insight. *Psychological Reports*, 13(1), 125-126. <https://doi.org/10.2466/pr0.1963.13.1.125>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Fernández-Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* [Fundamentals of an integrative model of psychotherapy]. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A. J., & Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820-830. <https://doi.org/10.1037/amp0000100>
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>
- Finnerty, M., & McLeod, J. (2019). A qualitative study of the principles that self-defined integrative therapists in Ireland perceive as underpinning their practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 345-358. <https://doi.org/10.1037/int0000128>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. (SCID-I/P)*. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flückiger, C. (2021). Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie. Wer und was macht Psychotherapie wirksam? *Psychotherapeut*, 66, 73-82. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00478-y>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., & Wampold, B. E. (2015). The sleeper effect: Artifact or phenomenon — A brief comment on Bell et al. (2013). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 438-442. <https://doi.org/10.1037/a0037220>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Del Re, A. C., & Lutz, W. (2013). Working along sudden gains: Responsiveness on small and subtle early changes and exceptions. *Psychotherapy*, 50(3), 292-297. <https://doi.org/10.1037/a0031940>
- Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Znoj, H. J., Caspar, F., & Wampold, B. E. (2013). Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient

- psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 23(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.693773>
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 [The Bern Post Session Report 2000, Patient and Therapist Versions: Measuring Psychotherapeutic Processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71-79.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000015>
- Flückiger, C., Vîslă, A., Wolfer, C., Hilpert, P., Zinbarg, R. E., Lutz, W., Grosse Holtforth, M., & Allemand, M. (2021). Exploring change in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder - A two-arms ABAB crossed-therapist randomized clinical implementation trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 454-468. <https://doi.org/10.1037/ccp0000639>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2nd ed.). John Hopkins University Press.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 273-280.
- Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess. Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikroprozessanalyse KMP* [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität Bern.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2004). Die Messung intrapersonaler Ressourcen im Therapieprozess: Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36(1), 63-72.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1002/cpp.442>
- Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J., & Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 386-393.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.386>

- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie *Diagnostica*, 48(1), 28-36. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.1.28>
- Geller, S., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 379-395. <https://doi.org/10.1037/cou0000150>
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict, and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 374-383. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.374>
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Owen, J. J., & Gold, J. R. (2013). Psychotherapy integration and alliance: Use of cognitive-behavioral techniques within a short-term psychodynamic treatment model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(4), 373-385. <https://doi.org/10.1037/a0034363>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248-260. <https://doi.org/10.1080/10503300512331385188>
- Gómez Penedo, J. M., Coyne, A. E., Constantino, M. J., Krieger, T., Hayes, A. M., Grosse Holtforth, M., & Davila, J. (2020). Theory-specific patient change processes and mechanisms in different cognitive therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(8), 774-785. <https://doi.org/10.1037/ccp0000502>
- Goodridge, D., & Hardy, G. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19(1), 114-123. <https://doi.org/10.1080/10503300802545611>
- Gordon, E., McElvaney, R., Dunne, S., & Walton, T. (2020). “It’s a hell of a journey”: Student, graduate, and trainer views on the integrative process in psychotherapy

- training. *Journal of Psychotherapy Integration*, Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/int0000245>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357.
<https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Grande, T., Keller, W., & Rudolf, G. (2012). What happens after treatment: Can structural change be a predictor of long-term outcome? In R. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Current Clinical Psychiatry* (pp. 169-183). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_9
- Grande, T., Rudolf, G., & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stühr (Eds.), *Psychoanalysen im Rückblick* (pp. 415-431). Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Jakobsen, T. (2001). Therapeutic changes beyond the symptoms-effects of inpatient treatment in the view of the Heidelberg Structural Change Scale. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(3), 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg006>
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43(3), 132-162.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130-145.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44(6), 350-359.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2nd ed.). Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-12.
- Grawe, K., & Caspar, F. (2011). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Eds.), *Praxis der Psychotherapie* (Vol. 5., pp. 33-47). Thieme.

- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. R. (1990). Differenzielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), 294-376.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (5th ed.). Hogrefe.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H., & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (pp. 189-224). dgvt-Verlag.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30. <https://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus: The journal of life long learning in psychiatry*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Newman, F. L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 435-438.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2005). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Greenfield, M. F., Gunthert, K. C., & Haaga, D. A. F. (2011). Sudden gains versus gradual gains in a psychotherapy training clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 17-30. <https://doi.org/10.1002/jclp.20748>

- Grencavage, L. M., & Norcross, C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 602-613. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.602>
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2004). Expanding our strategies to study the process of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 396-404. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph097>
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L. A., Kakouros, A. A., & Borkovec, T. D. (2007). Insight in cognitive-behavioral therapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 57-80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-003>
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Castonguay, L. G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, 16(5), 639-644. <https://doi.org/10.1080/10503300600608215>
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A., & Znoj, H. (2008a). Inkonsistenz als differentiell-indikationskriterium in der Psychotherapie – eine randomisierte kontrollierte Studie *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 103-111. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.2.103>
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A., & Znoj, H. J. (2008b). Inkonsistenz als differenzielles Indikationskriterium in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 103-111. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.2.103>
- Guo, S., & Fraser, M. W. (2014). *Propensity Score Analysis: Statistical methods and applications*. Sage Publications.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.10044>
- Haggerty, G., & Hilsenroth, M. J. (2011). The use of video in psychotherapy supervision. *British Journal of Psychotherapy*, 27, 193-210. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2011.01232.x>

- Hahlweg, K. (1995). Zur Forderung und Verbreitung psychologischer Verfahren: Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 24(4), 275-284.
- Haken, H. (1998). Can we apply synergetics to the human sciences? In G. Altman & W. A. Koch (Eds.), *Systems, new paradigms for the humas sciences* (pp. 58-78). Walter de Gruyter.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015). Sudden gains and sudden losses in the clients of a „supershrink“: 10 case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11, 154-201. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hardegger, L. (2020). *Die Heidelberger Umstrukturierungsskala - Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstruktur, Symptomatik und Wohlbefinden* [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.
- Hardy, G., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 59-67. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.59>
- Haugen, P. T., Goldman, R. E., & Owen, J. J. (2015). Sudden gains and deteriorations in the treatment of posttraumatic stress disorder in world trade center responders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3), 205-209. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000263>.
- Hautzinger, M. (2011). *Kognitive Verhaltenstherapie - Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter*. Beltz.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., & Pearson. (2006). *BDI-II: Beck Depressions-Inventar - Revision*. Pearson.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G., Laurenceau, J.-P., & Perlman, C. A. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 111-122. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_9

- Hayes, A. M., Feldman, G., Beevers, C. G., Laurenceau, J.-P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 409-421. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.409>
- Hayes, A. M., Feldman, G., & Goldfried, M. R. (2007). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. In L. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 231-253). American Psychological Association.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Hayes, A. M., Ready, C. B., & Yasinski, C. (2015). Application of exposure and emotional processing theory to depression: Exposure-based cognitive therapy. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 121-145). Guilford Press.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939-947.
- Hayes, A. M., Yasinski, C., Barnes, J. B., & Bockting, C. L. H. (2015). Network destabilization and transition in depression: New methods for studying the dynamics of therapeutic change. *Clinical Psychology Review*, 41, 27-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.007>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hedman, E., Lekander, M., Ljótsson, B., Lindefors, N., Rück, C., Hofmann, S. G., Andersson, E., Andersson, G., & Schulz, S. M. (2014). Sudden gains in internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.007>
- Heer, S., Ehrental, J. C., Berger, T., Babl, A., Lin, M., Stähli, A., Grosse Holtforth, M., & Caspar, F. (2021). Structural change in integrative psychotherapy and its predictive value for symptomology at follow-up. *Manuscript in preparation*.
- Helmich, M. A., Wichers, M., Olthof, M., Strunk, G., Aas, B., Aichhorn, W., Schiepek, G., & Snippe, E. (2020). Sudden gains in day-to-day change: Revealing nonlinear patterns of

- individual improvement in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 119-127. <https://doi.org/10.1037/ccp0000469>
- Hill, C. E., Castonguay, L. G., Angus, L., Arnkoff, D. B., Barber, J. P., Bohart, A. C., Borkovec, T. D., Bowman, E. A., Caspar, F., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Cruz, J. M., Elliott, R., Friedlander, M. L., Gelso, C. J., Glass, C. R., Goldfried, M. R., Greenberg, L., Grosse Holtforth, M., Haverkamp, B. E., Hayes, A. M., Hayes, J. A., Heatherington, L., Knox, S., Ladany, N., Messer, S. B., Pascual-Leone, A., Safran, J. D., Schottenbauer, M. A., Stiles, W. B., Vernon, R. F., & Wampold, B. E. (2007). Insight in psychotherapy: Definitions, processes, consequences, and research directions. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 441-454). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-021>
- Hill, C. E., Charles, C., & Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28(5), 428-436. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.5.428>
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434-449. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.434>
- Ho, D. E., Imai, K., King, G., & Stuart, E. A. (2011). MatchIt: Nonparametric preprocessing for parametric causal inference. *Journal of Statistical Software*, 42(8), Available online: <http://www.jstatsoft.org/v42/i08>.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 51, 510-513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 687-697. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.687>
- Hollanders, H. (1999). Eclecticism and integration in counseling: Implications for training. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(4), 483-501. <https://doi.org/10.1080/03069889908256285>

- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51(10), 1025-1030.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4), 406-420.
<https://doi.org/10.1037//1053-0479.12.4.406>
- Honos-Webb, L., Surko, M., & Stiles, W. B. (1998). *Manual for rating assimilation in psychotherapy: February 1998 version*. Miami University.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Carvalho, J. P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. *Behavior Therapy*, 40(4), 346-356. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.09.001>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Hox, J. J., Moerbeek, M., & van de Schoot, R. (2018). *Multilevel Analysis: Techniques and Applications* (3rd ed.). <https://doi.org/10.4324/9781410604118>
- Huber, D., Zimmermann, J., & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 434-445. <https://doi.org/10.1037/pap0000129>
- Hunnicutt-Ferguson, K., Hoxha, D., & Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.005>
- Hunsley, J., & Rumstein-McKean, O. (1999). Improving psychotherapeutic services via randomized clinical trials, treatment manuals, and component analysis designs. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1507-1517.
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. (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. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.10.001>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-156.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and De-Rubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 295-299.

- Insel, T. R. (2014). The NIMH research domain criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Itten, S., Trösken, A., & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 23-40.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrental, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 961-969.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847>
- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.02.005>
- Jun, J. J., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2013). Sudden gains in prolonged exposure and sertraline for chronic PTSD. *Depression and Anxiety*, 30, 607-613.
<https://doi.org/10.1002/da.22119>
- Kanfer, F. H., & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 659-686). Academic Press.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5th ed.). Springer.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
<https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kelly, M. A., Cyranowski, J. M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2563-2572.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.007>

- Kelly, M. A., Roberts, J. E., & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 737-747. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.06.008>
- Kelly, M. A., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 703-714. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.002>
- Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 16-43). Wiley.
- Kenny, D. A., & Hoyt, W. T. (2009). Multiple levels of analysis in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 462-468. <https://doi.org/10.1080/10503300902806681>
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (2014). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Psychology Press.
- Kivlighan, D. M., Goldberg, S. B., Abbas, M., Pace, B. T., Yulisha, N. E., Thomas, J. G., Cullen, M. M., Flückiger, C., & Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.003>
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 115-124.
- Koffmann, A. (2019). Intersession improvement and outcome in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 146-155. <https://doi.org/10.1002/cpp.2337>
- König, J., Karl, R., Rosner, R., & Butollo, W. (2014). Sudden gains in two psychotherapies for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.005>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>

- Kowalik, Z., Schiepek, G., Kumpf, K., Roberts, L., & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as a chaotic process II. The application of nonlinear analysis methods on quasi time series of the client-therapist interaction: A nonstationary approach. *Psychotherapy Research*, 7(3), 197-218. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331973>
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277-295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., & Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24470. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24470>
- Kruse, J. (2017). Was ist Struktur? *Psychotherapeut*, 62(2), 106-112. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0175-y>
- Kuznetsova, A., Brockhoff, P. B., & Christensen, R. H. B. (2017). lmerTest package: Tests in linear mixed effects models. *Journal of Statistical Software*, 82(13), 1-26. <https://doi.org/10.18637/jss.v082.i13>
- Ladmanová, M., Řiháček, T., & Roubal, J. (2020). Helpful and hindering events in an integrative psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000246>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In C. Norcross & M. R. Goldfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy research*. Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). Wiley.
- Lambert, M. J., Bailey, R. J., Kimball, K., & Shimokawa, K. (2007). *Clinical support tools manual - brief version - 40*. OQ Measures LLC.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 157-212). Wiley.

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 159-172.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Harmon, C. S. (2010). Outcome Questionnaire System (The OQ System): Development and practical applications in healthcare settings. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 141-154). Wiley-Blackwell.
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2018). The merits of implementing routine outcome monitoring in clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(4), 1-12. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12268>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). Wiley.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 288-301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520-537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 11*(1), 5-19. <https://doi.org/10.1023/A:1026672807119>
- Lampropoulos, G. K. (2003). A common factors view of counseling supervision process. *The Clinical Supervisor, 21*(1), 77-95. https://doi.org/10.1300/J001v21n01_06
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences, 38*, e1-e64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lane, R. D., Subic-Wrana, C., Greenberg, L. S., & Yovel, I. (2020). The role of enhanced emotional awareness in promoting change across psychotherapy modalities. *Journal of Psychotherapy Integration, 1-20*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000244>

- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J. C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29(1), 11-20. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.29.1.11>
- Lazarus, A. A., & Messer, S. B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 143-158. <https://doi.org/10.1037/h0101225>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00057-4)
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leising, D., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Grande, T. (2006). Veränderungen des Emotionserlebens im Verlauf psychoanalytischer Langzeitbehandlungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(1), 39-51.
- Lemmens, L. H. J. M., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., & Huibers, M. J. H. (2016). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.014>
- Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>
- Leuzinger-Bohleber, M. (2002). A follow-up study - critical inspiration for our clinical practice? In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers* (pp. 143-173). Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U., & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the

- outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99-127.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>
- Linehan, M. M. (2006). *Treating borderline personality disorder: The dialectical approach*. Guildford Press.
- Little, T. D. (2013). Overview and foundations of structural equation modeling. In T. D. Little (Ed.), *Longitudinal structural equation modeling (Methodology in the social sciences)* (pp. 2-35). The Guildford Press.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1-21.
- Lorenzo-Luaces, L., & DeRubeis, R. J. (2018). Miles to go before we sleep: Advancing the understanding of psychotherapy by modeling complex processes. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 212-217. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9893-x>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirical based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12, 251-273. <https://doi.org/10.1080/713664389>
- Lutz, W., Bachmann, F., Tschitsaz, A., Smart, D. W., & Lambert, M. J. (2007). Zeitliche und sequenzielle Muster von nichtlinearen Veränderungen im Therapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 261-269.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.4.261>
- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J. A., Hallwachs, N., Rottger, M. A., Jorasz, C., Mocanu, S., Vocks, S., Schulte, D., & Tschitsaz-Stucki, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23(1), 14-24.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.693837>

- Lutz, W., & Grawe, K. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen, Konzepte und neue Trends. In B. Strauss, F. Hohagen, & F. Caspar (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (1st ed., pp. 727-768). Hogrefe.
- Lutz, W., Lambert, M. J., Harmon, C. S., Tschitsaz, A., Schürch, E., & Stulz, N. (2006). The probability of treatment success, failure and duration – what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(4), 223-232. <https://doi.org/10.1002/cpp.496>
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Boehnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, 25(6), 647-660. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553>
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A.-K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103438>
- Lutz, W., Schöttke, H., & Deisenhofer, A.-K. (2020). Plädoyer für eine stärkere Integration der Psychotherapieforschung in die zukünftige Weiterbildung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 70(09/10), 367-370. <https://doi.org/10.1055/a-1214-7434>
- Lutz, W., Schwartz, B., Gómez Penedo, J. M., Boyle, K., & Deisenhofer, A.-K. (2020). Working towards the development and implementation of precision mental healthcare: An example. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47, 856-861. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01053-y>
- Lutz, W., & Tschitsaz, A. (2007). Plötzliche Gewinne und Verluste im Behandlungsverlauf von Angststörungen, depressiven und komorbiden Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 298-308. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.4.298>
- Luyten, P. (2015). Psychotherapy and psychotherapy research: Quo vadis? *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(4), 338-345. <https://doi.org/10.1037/int0000011>
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Margraf, J., & Ehlers, A. (2007). *Beck-Angst-Inventar (BAI): Manual*. Harcourt Test Services GmbH.

- Masterson, C., Ekers, D., Gilbody, S., Richards, D., Toner-Clewes, B., & McMillan, D. (2014). Sudden gains in behavioural activation for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.008>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Article 20. Retrieved 02.08.2019, from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). Springer Fachmedien.
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist-reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy*, 51(2), 283-294. <https://doi.org/10.1037/a0032410>
- McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 26(3), 307-317. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.973921>
- McCollough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 833-846. <https://doi.org/10.1002/jclp.10176>
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126. <https://doi.org/10.1080/10503300701883741>
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130-165). Basic Books.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4.
- Messer, S. B. (2019). My journey through psychotherapy integration by twists and turns. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 73-83. <https://doi.org/10.1037/int0000159>
- Messer, S. B., & McWilliams, N. (2007). Insight in Psychodynamic Therapy: Theory and Assessment. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 9-29). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-001>

- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.21>
- Messer, S. B., & Winokur, M. (1984). Ways of knowing and visions of reality in psychoanalytic therapy and behavior therapy. In H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 63-100). Plenum.
- Miller, S. J., & Binder, J. L. (2002). The effects of manual-based training on treatment fidelity and outcome: A review of the literature on adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 184-198. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.39.2.184>
- Moeller, J. (2015). A word on standardization in longitudinal studies: Don't. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01389>
- Müller-Spahn, F. (2002). Künftige Entwicklung der Psychopharmakotherapie. In W. Gaebel (Ed.), *Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie: Internationales wissenschaftliches Symposium 24. und 25. Oktober 2001 Rheinische Kliniken Düsseldorf—Klinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf* (pp. 73-86). Steinkopff. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-57392-7>
- Muran, J. C., Eubanks, C. F., & Samstag, L. W. (2019). The processes of Jeremy Safran. *Psychotherapy Research*, 29(3), 277-278. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1562250>
- Muran, J. C., Eubanks, C. F., & Samstag, L. W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to "Rupture Repair in Practice". *Journal of Clinical Psychology*, 77, 361-368. <https://doi.org/10.1002/jclp.23105>
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (2002). A relational approach to psychotherapy: Resolving ruptures in the therapeutic alliance. In F. W. Kaslow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (pp. 253-281). Wiley.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). Oxford University Press.
- Nezu, A. M. (2020). When psychotherapy is not working: Ethical considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 417-425. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.05.006>
- Nogueira-Arjona, R., Santacana, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillaumat, R., Vallès, V., & Fullana, M. A. (2017). Sudden gains in exposure-focused cognitive-behavioral group

- therapy for panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1-7.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2093>
- Norcross, J. C. (1986). Special section: Training integrative/eclectic psychotherapists. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 5(1), 71-94.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 3-23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (2000). A prescriptive eclectic approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 247-261.
<https://doi.org/10.1023/A:1009444912173>
- Norcross, J. C., Dryden, W., & DeMichele, J. T. (1992). British clinical psychologists and personal therapy: What's good for the goose? *Clinical Psychology Forum*, 44, 29-33.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 439-485). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Lister, K. M. (2005). What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1587-1594. <https://doi.org/10.1002/jclp.20203>
- Norcross, J. C., Krebs, P., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Rogan, J. D. (2013). Psychologists conducting psychotherapy in 2012: Current practices and historical trends among division 29 members. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 50(4), 490-495.
<https://doi.org/10.1037/a0033512>
- Nordmo, M., Monsen, J. T., Høglend, P. A., & Solbakken, O. A. (2021). Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 31(7-8), 859-869. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1861359>
- Odyniec, P., Probst, T., Göllner, R., Margraf, J., & Willutzki, U. (2019). An exploratory study of patients' sudden losses during outpatient CBT and therapists' experience of difficulties. *Journal of Clinical Psychology*, 75(10), 1790-1809.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22828>

- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., Aas, B., Schiepek, G. n., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2020). Destabilization in self-ratings of the psychotherapeutic process is associated with better treatment outcome in patients with mood disorders. *Psychotherapy Research*, 30(4), 520-531. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1633484>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., van Rooij, M., Aas, B., Helmich, M. A., Schiepek, G., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2020). Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clinical Psychological Science*, 8(1), 25-35. <https://doi.org/10.1177/2167702619865969>
- OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis (OPD-2). Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe & Huber.
- Orlinsky, D. E. (1999). Learning from many masters - Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In H. Petzold & M. Märtens (Eds.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis* (Vol. 1: Modelle, Konzepte, Settings, pp. 31-43). Springer.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. J. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-384). Wiley.
- 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). Wiley.
- Owen, J. J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280-288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353-366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients „change emotion with emotion“: A programm of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1349350>

- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2005). Classification of Affective-Meaning States. In A. Pascual-Leone (Ed.), *Emotional processing in the therapeutic hour: Why 'The only way out is through'* (pp. 289-366). Unpublished doctoral thesis, York University, Toronto.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Insight and awareness in experiential therapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 31-56). American Psychological Association.
- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M., & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic-disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7-8), 665-673. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00035-7)
- Pepper, S. P. (1942). *World hypotheses: A study of evidence*. University of California Press.
- Pereplechikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 365-383. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi045>
- Popp-Liesum, M. (2005). *Aufmerksamkeitssteuerungsprozesse von erfahrenen und unerfahrenen Psychotherapeuten*. Der Andere Verlag.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (3rd ed.). Pearson Education.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Present, J., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hearon, B., Ring-Kurtz, S., Worley, M., & Gallop, R. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 119-126. <https://doi.org/10.1002/jclp.20435>
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic inpatient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 714-723. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.981682>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147-171). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10-15.
- R Core Team. (2013). *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Randolph, J. J., Falbe, K., Manuel, A. K., & Balloun, J. L. (2014). A step-by-step guide to Propensity Score Matching in R. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 19(18), Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=19&n=18>
- Regli, D., Flückiger, C., & Grawe, K. (2004). Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess von erfolgreichen Gruppen- und Einzeltherapien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36(1), 41-50.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depressions: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1184-1191. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00019>
- Rihacek, T., & Danelova, E. (2016). The journey of an integrationist: A grounded theory analysis. *Psychotherapy*, 53(1), 78-89. <https://doi.org/10.1037/pst0000040>
- Rihacek, T., Danelova, E., & Cermak, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research*, 22(5), 556-569.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.688883>
- Robertson, M. H. (1986). Training eclectic psychotherapists. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 416-435). Brunner/Mazel.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41-55.
<https://doi.org/10.1093/biomet/70.1.41>

- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415 <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., Ljótsson, B., Kaldø, V., Titov, N., & Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.001>
- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M. J., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307-312. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.42>
- Rubin, D. B. (2001). Using Propensity Scores to help design observational studies: Application to the tobacco litigation. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 2, 169-188. <https://doi.org/10.1023/A:1020363010465>
- Rudolf, G., & Grande, T. (2000). Indikation und Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Psychotherapie. In H.-J. Möller (Ed.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (pp. 1169-1175). Thieme.
- Rudolf, G., Grande, T., & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala [The Heidelberg Structural Change Scale. A model for change in psychoanalytic therapies and its operationalization in an assessment scale]. *Psychotherapeut*, 45(4), 237-246. <https://doi.org/10.1007/PL00006720>
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Grande, T. (2012). Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie-Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie [Structural change as an outcome paradigm in psychodynamic psychotherapy - results of the PAL-Study]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(1), 55-66.
- Rumelhart, D. E., Hinton, G. E., & Williams, R. J. (1986). Learning representations by back-propagating errors. *Nature*, 323, 533-536. <https://doi.org/10.1038/323533a0>
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented client-centered psychotherapy of psychosomatic disorders. In L. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 295-327). Guilford Press.

- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 1-17.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Sammet, I. (2020). „Therapieschulen? Da bin ich nicht dogmatisch!“ Argumente für eine prozessorientierte Allgemeine Psychotherapie. In K. Viol, H. Schöller, & W. Aichhorn (Eds.), *Selbstorganisation - ein Paradigma für die Humanwissenschaft* (pp. 441-447). Springer.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.373>
- Scheide, L., Teufel, D., Wijnen-Meijer, M., & Berberat, P. O. (2020). (Self-)Reflexion and training of professional skills in the context of „being a doctor“ in the future – a qualitative analysis of medical students’ experience in LET ME ... keep you real! *GMS journal for medical education*, 37(5), Doc47. <https://doi.org/10.3205/zma001340>
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal process in emotion - Theory, methods, research* (pp. 92-120). Oxford University Press.
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A. J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Schiefele, A.-K., Lutz, W., Barkham, M., Rubel, J., Boehnke, J. R., Delgadillo, J., Kopta, M., Schulte, D., Saxon, D., Nielsen, S. L., & Lambert, M. J. (2017). Reliability of therapist effects in practice-based psychotherapy research: A guide for the planning of future studies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 598–613. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0736-3>
- Schiepek, G., Eckert, H., & Weihrauch, S. (2003). Critical fluctuations and clinical change: Data-based assessment in dynamic systems. *Constructivism in the Human Sciences*, 8, 57-84.
- Schiepek, G., Kowalik, Z., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K., Strunk, G., Mühlnickel, W., & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as a chaotic process I. Coding the client-therapist interaction by means of sequential plan analysis and the search for chaos: A stationary

- approach. *Psychotherapy Research*, 7(2), 173-194.
<https://doi.org/10.1080/10503309712331331953>
- Schilling, V. N. L. S., Boyle, K., Rubel, J. A., Flückiger, C., Zimmermann, D., & Lutz, W. (2020). Patients' and therapists' actions on the precipice of change: Session processes before sudden gains and sudden losses. *Journal of Psychotherapy Integration*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000242>
- Schlesinger, N., & Robbins, F. P. (1975). The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflicts and changes in ego functions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- Schneider, G., Schmitz-Moormann, S., Bär, O., Driesch, G., & Heuft, G. (2006). Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie-Zusammenhänge zu den Selbstauskunftsskalen und individuellen Therapiezielen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 259-273.
- Schneider, W., Benecke, C., de la Parra, G., Freyberger, H. J., & Initialgruppe OPD. (2018). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Entwicklungsgeschichte, Konzepte und Perspektiven. *Psychotherapeut*, 63(5), 373-380. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0305-1>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.3.176>
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guildford Press.
- Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review*, 76, 101827. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101827>
- Shalom, J. G., Gilboa-Schechtman, E., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., & Aderka, I. M. (2018). Intraindividual variability in symptoms consistently predicts sudden gains: An examination of three independent datasets. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(11), 892-902. <https://doi.org/10.1037/ccp0000344>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Singh, T. (2012). *More to gain: Sudden gains in experiential therapy for depression* [Doctoral dissertation, University of Windsor]. <https://scholar.uwindsor.ca/etd/5537>
- Singh, T., Pascual-Leone, A., Morrison, O.-P., & Greenberg, L. (2020). Working with emotion predicts sudden gains during experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1866784>
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(5), 275-285. <https://doi.org/10.1002/cpp.377>
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 112-123. <https://doi.org/10.1002/cpp.427>
- Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2016). What do psychotherapy experts actually do in their sessions? An analysis of psychotherapy integration in prototypical demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 202-216. <https://doi.org/10.1037/int0000021>
- Solomonov, N., Lee, J., Banerjee, S., Flückiger, C., Kanellopoulos, D., Gunning, F. M., Sirey, J. A., Liston, C., Raue, P. J., Hull, T. D., Areán, P. A., & Alexopoulos, G. S. (2020). Modifiable predictors of nonresponse to psychotherapies for late-life depression with executive dysfunction: A machine learning approach. *Molecular Psychiatry, Online article*, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0836-z>
- Sotskova, A., Carey, T., & Mak, B. (2016). Applying Goldfried's concept of assimilative psychotherapy integration: The process of synthesizing existential and cognitive behavioral therapy models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 36-48. <https://doi.org/10.1037/a0040040>
- Stähli, A. (2021). *Emotionale Verarbeitung in der Psychologischen Therapie: Drei wissenschaftliche Artikel zum Einfluss der Integration emotionsfokussierter Therapieelemente auf den Veränderungsprozess der emotionalen Transformation* [Unveröffentlichte Dissertation]. Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., Allen, M., Braun, M. M., & McCart, M. R. (2007). Are complex psychotherapies more effective than biofeedback, progressive muscle relaxation, or

- both? A meta-analysis. *Psychological Reports*, 100(1), 303-324.
<https://doi.org/10.2466/pr0.100.1.303-324>
- Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25(1), 27-35. <https://doi.org/10.1037/H0085320>
- Stiles, W. B., & Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D. A., & Hardy, G. E. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(3), 411-420.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 14-21. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.14>
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., & Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based in clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 889-893. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.889>
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 942-948. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- Strauss, B., & Taeger, D. (2021). Untersuchungen zur „Wirkung“ von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung – Ein systematisches Review. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 71(12), 489-498. <https://doi.org/10.1055/a-1499-8115>
- Strauss, B. M., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., Boehnke, J. R., Rubel, J., Scheidt, C. E., Caspar, F., Vogel, H., Altmann, U., Steyer, R., Zimmermann, A., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kramer, D., & Kirchmann, H. (2015). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the

- QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(1), 32-51.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856046>
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011>
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited psychotherapy*. Basic Books.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M., Garfield, D. A. S., & Lane, R. D. (2011). Levels of emotional awareness: A model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 289-310.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00392.x>
- Summergrad, P. (2016). Investing in global mental health: The time for action is now. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 390-391. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30031-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30031-1)
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894-904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168-172.
<https://doi.org/10.1037/0022.006x.73.1.168>
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 404-408. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.404>
- Tang, T. Z., Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 444-447.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.444>
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). The new era of mixed methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/2345678903042>
- Thelen, E. (2005). Dynamic systems theory and the complexity of change. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(2), 255-283. <https://doi.org/10.1080/10481881509348831>

- Thelen, E., & Smith, L. B. (2007). Dynamic systems theories. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 1: Theoretical models of human development, pp. 258-313). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0106>
- Thompson, M., Thompson, L., & Ghallager-Thompson, D. (1995). Linear and nonlinear changes in mood between psychotherapy sessions: Implications for treatment outcome and relapse risk. *Psychotherapy Research*, 5(4), 327-336.
- Thorisdottir, A. S., Tryggvadottir, A., Saevarsson, S. T., & Bjornsson, A. S. (2018). Brief report: Sudden gains in cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder among college students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(6), 462-469. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1466909>
- Tschacher, W., Baur, N., & Grawe, K. (2000). Temporal interaction of process variables in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 296-309.
<https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.296>
- Tschacher, W., & Ramseyer, F. (2009). Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis (TSPA). *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 469-481.
<https://doi.org/10.1080/10503300802654496>
- Tschacher, W., Schiepek, G., & Brunner, E. J. (1992). *Self-organization and clinical psychology. Empirical approaches to synergetics in psychology*. Springer.
- Tschitsaz, A., & Lutz, W. (2007). *MEPI. Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen* [Unveröffentlichtes Ratingmanual]. Universität Bern.
- Tschitsaz-Stucki, A. (2007). *Diskontinuitäten im individuellen Psychotherapieverlauf - Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen* [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität Bern.
- Tschitsaz-Stucki, A., & Lutz, W. (2009). Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen im individuellen Psychotherapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 13-23.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.1.13>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 173-182. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.173>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2013). Nomothetic and idiographic symptom change trajectories in acute-phase cognitive therapy for recurrent depression.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 615-626.
<https://doi.org/10.1037/a0032879>
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. Basic Books.
- Wachtel, P. L. (2001). An (inevitably) self-deceiving reflection on self-deception. In M. R. Goldfried (Ed.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (pp. 83-101). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10392-006>
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195-205.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson-Jennings, M. D. (2007). Insight as a common factor. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 119-139). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-006>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „All must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Wampold, B. E., & Owen, J. J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (50th anniversary ed., pp. 297-326). Wiley.
- Watson, J. C. (2018). Mapping patterns of change in emotion-focused psychotherapy: Implications for theory, research, practice, and training. *Psychotherapy Research*, 28(3), 389-405. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1435920>
- Watson, J. C., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(4), 773-781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C., & Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1), 86-96.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518637>

- Watzke, B. (2002). *Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapien* [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität Hamburg.
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Welte, S. (2020). *Wie hängen die Wirkfaktoren Klärungserfahrung und Problemaktualisierung mit der Persönlichkeitsstruktur von Patientinnen und Patienten zusammen?* [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.
- West, S. G., Cham, H., Thoemmes, F., Renneberg, B., Schulze, J., & Weiler, M. (2014). Propensity scores as a basis for equating groups: Basic principles and application in clinical treatment outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 906-919. <https://doi.org/10.1037/a0036387>
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 58-71. <https://doi.org/10.1002/cpp.392>
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 679-693). Wiley.
- White, M. M., Lambert, M. J., Ogles, B. M., McLaughlin, S. B., Bailey, R. J., & Tingey, K. M. (2015). Using the Assessment for Signal Clients as a feedback tool for reducing treatment failure. *Psychotherapy Research*, 25(6), 724-734. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1009862>
- Wichers, M., Groot, P. C., Psychosystems, Group, E., & Group, E. (2016). Critical slowing down as a personalized early warning signal for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 114-116. <https://doi.org/10.1159/000441458>
- Wichers, M., Schreuder, M. J., Goekoop, R., & Groen, R. N. (2018). Can we predict the direction of sudden shifts in symptoms? Transdiagnostic implications from a complexsystems perspective on psychopathology. *Psychological Medicine*, 49, 380-387. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002064>
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Hogrefe.

- Wolfe, B. E. (2001). A message to assimilative integrationists: It's time to become accommodative integrationists: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 123-131. <https://doi.org/10.1023/A:1026637226683>
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 448-451. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.448>
- Wucherpennig, F., Boyle, K., Rubel, J. A., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2020). What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach. *Psychotherapy Research*, 30(6), 739-752. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1671630>
- Wucherpennig, F., Rubel, J. A., Hollon, S. D., & Lutz, W. (2017). Sudden gains in routine care cognitive behavioral therapy for depression: A replication with extensions. *Behaviour Research and Therapy*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.003>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Abel, A., Görg, N., & Kuyken, W. (2020). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: Psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research*, 30(8), 983-997. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1699972>
- Zilcha-Mano, S., Errázuriz, P., Yaffe-Herbst, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2019). Are there any robust predictors of “sudden gainers”, and how is sustained improvement in treatment outcome achieved following a gain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(6), 491-500. <https://doi.org/10.1037/ccp0000401>
- Zilcha-Mano, S., Eubanks, C. F., & Muran, J. C. (2019). Sudden gains in the alliance in cognitive behavioral therapy versus brief relational therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(6), 501-509. <https://doi.org/10.1037/ccp0000397>
- Ziv-Beiman, S. (2014). Teaching psychotherapy integration from the start: A proposal to teach integration as a fundamental aspect. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037/a0037800>

9 Anhang

Anhang A

Artikel / Manuskript

Übersicht:

- 1) Studie I – Studienprotokoll
- 2) Studie II – Publikation 2021
- 3) Studie II – veröffentlichtes *Supplemental Material*
- 4) Studie III – unveröffentlichtes Manuskript

1) Studie I – Studienprotokoll:

Babl, A., grosse Holtforth, M., **Heer, S.**, Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., & Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: Investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(423), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>

STUDY PROTOCOL

Open Access



Psychotherapy integration under scrutiny: investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: a study protocol of a randomized controlled trial

Anna Babl^{*} , Martin grosse Holtforth, Sara Heer, Mu Lin, Annabarbara Stähli, Dominique Holstein, Martina Belz, Yvonne Egenolf, Eveline Frischknecht, Fabian Ramseyer, Daniel Regli, Emma Schmied, Christoph Flückiger, Jeannette Brodbeck, Thomas Berger and Franz Caspar

Abstract

Background: This currently recruiting randomized controlled trial investigates the effects of integrating components of Emotion-Focused Therapy (EFT) into Psychological Therapy (PT), an integrative form of cognitive-behavioral therapy in a manner that is directly mirroring common integrative practice in the sense of assimilative integration. Aims of the study are to understand how both, an existing therapy approach as well as the elements to be integrated, are affected by the integration and to clarify the role of emotional processing as a mediator of therapy outcome.

Methods: A total of 130 adults with a diagnosed unipolar depressive, anxiety or adjustment disorder (seeking treatment at a psychotherapy outpatient clinic) are randomized to either treatment as usual (PT) with integrated emotion-focused components (TAU + EFT) or PT (TAU). Primary outcome variables are psychopathology and symptom severity at the end of therapy and at follow up; secondary outcome variables are interpersonal problems, psychological wellbeing, quality of life, attainment of individual therapy goals, and emotional competency. Furthermore, process variables such as the quality of the therapeutic relationship are studied as well as aptitude-treatment interactions. Variables are assessed at baseline, after 8 and 16 sessions, at the end of therapy, after 25 ± 3 sessions, and at 6, 12 and 36 month follow-up. Underlying mechanisms of change are investigated. Statistical analyses will be conducted using the appropriate multilevel approaches, mainly two-level regression and growth analysis.

(Continued on next page)

* Correspondence: anna.babl@psy.unibe.ch
Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern,
Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, Switzerland



© The Author(s). 2016 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

(Continued from previous page)

Discussion: The results of this study will indicate whether the integration of emotion-focused elements into treatment as usual increases the effectiveness of Psychological Therapy. If advantages are found, which may be limited to particular variables or subgroups of patients, recommendations for a systematic integration, and caveats if also disadvantages are detected, can be formulated. On a more abstract level, a cognitive behavioral (represented by PT) and humanistic/experiential (represented by EFT) approach will be integrated. It must be emphasized that mimicking common practice in the development and continued education of psychotherapists, EFT is not integrated as a whole, but only elements of EFT that are considered particularly important, and can be trained in an 8-day training plus supervision of therapies.

Trial registration: ClinicalTrials.gov, NCT02822443, 22 June 2016, retrospectively registered

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Integration, Self-regulation, Psychological Therapy, Cognitive-behavioral therapy, Randomized Controlled Trial

Background

Grawe formulated an approach designated General Psychotherapy [1–3] in which he postulated that first generation approaches, the original approaches to psychotherapy as developed by their founders, had to be overcome. In his opinion they neglect or even suppress and fight concepts and findings that are not in line with their original stance. Second generation approaches, in contrast, utilize all concepts and evidence relevant for a scope of applications. The domain for which it claims relevance may be limited, but all that is relevant to the claimed range of application should be integrated. As research is continually developing, *General Psychotherapy* stands for a continuous endeavor despite the end state never fully being reached. It is not just another approach to psychotherapy with a fixed set of concepts and interventions, but rather a model in continuous development. *Psychological therapy* (PT; [4, 5]) as practiced in Bern at the outpatient clinic of the Institute of Psychology and taught in the postgraduate training program as well as in many other German-speaking institutions, follows the idea of General Psychotherapy. It is mainly a cognitive behavioral approach that has its roots in humanistic and learning theories, but also relies on cognitive science, emotion and social psychology, neurobiology, and interpersonal and systemic approaches. Since its origins in the late 70's, there has been an ongoing attempt to follow the principles of General Psychotherapy. This has led to an approach that could be described as integrative [6]. The integration, however, is not eclectic but guided by theoretical concepts such as general change factors [4]. These change factors include clarification, resource activation, problem activation, and problem mastery. Psychotherapeutic interventions can be related to these factors, which allows for the description of approaches to psychotherapy in terms of their typical profiles. Cognitive-behavioral therapy (CBT), for example, has an emphasis on mastery, and problem activation takes specific forms, such as behavioral exposure. Systemic

approaches have a traditional strength in resource activation. Client centered therapy and psychodynamic approaches predominantly offer interventions fostering clarification, etc. A problem is that not all patients need the same profile in their therapy, and matching the patients' needs with what a traditional approach has to offer is not an optimal solution: The same patient may need different approaches for different problems, there may be a change of needs over time, and not all relevant problems may be known in the beginning of a therapy. Therefore a psychotherapeutic approach should be adaptable to the patient needs and possibilities as reflected in a case formulation [7]. To reach this goal, it is desirable that for all change factors a sufficient range of interventions and concepts upon which they are based is available, and the use of each has been empirically studied.

In the past decades Emotion-Focused Therapy (EFT) has become increasingly popular, both in clinical practice and in research. EFT is an approach of humanistic, client-centered, and gestalt origin. Main proponents are Greenberg, Elliott, Paivio, Watson, Pascual-Leone, Goldman, and Pos (for an overview: [8]). EFT refers to common concepts of emotion psychology and other relevant domains of psychology and includes a number of concepts as well as interventions. EFT is a process-oriented approach that integrates an empathic relationship offer and process-directive interventions aiming to improve a patient's ability to constructively deal with emotions [9]. According to the prescriptive concepts of EFT, various types of emotional experiencing/processing are distinguished, which require different interventions. Important distinctions are primary vs. secondary emotions (roughly: natural/spontaneous vs. transformed/distorted) and adaptive vs. maladaptive emotions (roughly: helpful vs. not helpful for satisfying one's needs). It is assumed that a patient's problems are often related to an inability to understand own emotions and thus an inability to derive appropriate responses. It can also be an inability to expose oneself to threatening or

painful emotions, even though such exposure has a potential of fostering personal development. The overarching goal is to enable the patient to become asymptomatic and improve quality of life by transforming maladaptive emotions into adaptive emotions. The therapeutic procedure is led by “markers” (indicators for problems in emotional processing, but also for a patient’s readiness to work on emotional problems), which become visible/audible in the therapeutic process and indicate which therapeutic interventions are most promising under which circumstances. Within a relatively short time, EFT has acquired a sound scientific stance in several empirical studies [10]. It corresponds to APA (American Psychological Association) standards of empirically validated treatments for individual treatment of depression and for couples therapy, for which manuals have been developed [9, 11–13]. Moreover, there is evidence for positive effects on other disorders.

In practice, psychotherapists increasingly tailor their interventions to the characteristics of an individual patient and thereby use a number of methods not confined to a single therapy approach. Recent evidence shows that a big part, if not a majority of psychotherapists, adopt a rather integrative stance [14]. Trained in one approach, therapists seek complements in other approaches when they find conceptual and practical weaknesses of their initial approach. With experience, therapists acquire elements from other therapy schools and traditions and thus become more flexible in the treatment of their patients, conceptually and technically. Therapists tend to integrate therapeutic elements from a new approach into the old one, once they were found effective through empirical evidence. They rather integrate elements of a new approach into an old one than changing completely from the original approach to another [15]. At the level of training, a recent study conducted in the United States showed that one third of the accredited training programs in psychotherapy offer mandatory or optional training in five major psychotherapy theories (psychodynamic theory, humanistic theory, cognitive theory, behavioral theory, systems theory), 90% reported teaching psychotherapy integration in one or more courses [16]. The majority of trainees characterizes their therapeutic approach as “eclectic/integrative” [16], and in private practice, only two percent of therapists completely identify themselves with one single orientation [17]. A common type of integration has been named assimilative integration, that is, therapists are trained in a particular approach and take it as a point of departure for integrating other concepts and interventions that appear as particularly useful complements to the original one [15]. A recent expert panel on the future of psychotherapy in the United States of America (“Psychotherapy in 2022”) estimated a likely increase of integrative approaches [18].

Nevertheless, it is uncommon to study such integration, and research on its effects on process and outcome is rather rare [16]. Thus, more research on psychotherapy integration is needed, if psychotherapy research is to cover real practice in an endeavor to reduce the currently much bemoaned scientist-practitioner gap. The main aim of this study is to compare Psychological Therapy corresponding to the usual practice in Bern to Psychological Therapy with integrated EFT elements. A central characteristic of the presented project is its external validity being particularly evident in the elaboration of naturalistic conditions and treatment as usual (TAU) being part of both conditions (TAU + EFT and TAU). Twenty-three therapists per condition treat a total of 130 patients from the outpatient clinic of the University of Bern, suffering from depressive, anxiety and adjustment disorders. Therapists vary in their general therapy experience and extent of training. This will allow for evaluating the influence of these variables. To secure balance regarding the amount of training and supervision between the project conditions, TAU without EFT will be supplemented with additional units elaborating on some elements that are already part of PT.

The overarching question addressed is: What are the consequences of systematically integrating emotion-focused concepts and interventions into Psychological Therapy? This is seen as exemplary for major steps in therapy development in the sense of General Psychotherapy and follows suggestions by others [19]. The general research question can be subdivided into the following questions:

1. Is there a general superiority of TAU + EFT over TAU in the changes from pre to follow-up (with indicators such as stability of change, post-therapeutic gain, and reduction of relapses)?
2. Is there a superiority of TAU + EFT over TAU in variables indicating deeper levels of processing?
3. Are there negative side effects of the integration e.g. due to less attention and time dedicated to more traditional but useful elements and procedures?
4. Additional exploratory research questions include the examination of potential predictors, moderators and mediators of outcome (e.g. symptom severity, onset of primary disorder, previous psychotherapies, and process variables such as experiencing ratings).

Some questions are specific in terms of differential effects regarding TAU and TAU + EFT (e.g., level of experiential processing, emotion-regulation skills). The example of emotional processing (EP) is used to illustrate the kind of planned analyses. EP is assumed to be a trans-theoretical mechanism of change [20] and emotion-focused interventions are considered potent ways to facilitate emotional

processing [12, 21]. Moreover, the level of EP has predicted psychotherapy outcome in previous research [22, 23]. Therefore, we hypothesize that patients in TAU + EFT will show higher levels of EP than patients in TAU, and the level of EP in both conditions will mediate the relationship between emotion-focused interventions and therapy outcome. Higher levels of EP will predict better outcomes at follow-up.

Methods

Participants

A total of 130 patients fulfilling the diagnostic criteria for a unipolar depressive (ICD, F32), anxiety (ICD, F40, F41) or adjustment disorder (ICD, F43.2) are being recruited, with 65 participants randomly assigned to the TAU + EFT condition and 65 to treatment as usual. Participants are recruited at the psychotherapy outpatient clinic of the University of Bern, once they have registered for therapy and meet the requirements for participation in the study. As both conditions can be offered as treatments with empirically supported effects, it is not expected that many patients will decline, although the standard of 25 ± 3 sessions may be an obstacle to some.

With an average of three therapies per therapist, 23 therapists are needed per condition. In support of external validity and generalizability of our findings, therapists of varying experience are included. The participation of five experienced therapists and 18 therapists in training per condition is planned. All therapists in this study have a master's degree in psychology and therapists in training have been in postgraduate training at the University of Bern for at least 1 and a half years.

Inclusion and exclusion criteria

One important goal of this project is to inform therapists about the effects of integrating emotion-focused elements in Psychological Therapy in a naturalistic and routine practice setting. To maximize external validity and generalizability to common therapeutic practice the patient sample should not be too homogeneous and the sample should be replicable. A good solution seems to focus on patients with unipolar depressive, anxiety and adjustment disorders as the most prevalent patient groups in psychotherapy outpatient settings [24], making about 50% of the patients in our outpatient clinic. Minimum age is 18. Exclusion criteria are active substance dependence for the previous 6 months, current suicidal risk or immediate threats of self-harm, or meeting criteria for organic mental disorders. In addition, we exclude individuals with health conditions that require medication potentially affecting their mood (e.g., steroids), and individuals receiving concurrent psychological treatments, including psychotherapy. Patients who have been under antidepressant medication at a stable dose for at least 1 month are

allowed to participate. Comorbidity with disorders not on the exclusion list does not lead to exclusion as long as anxiety, depression, or adjustment problems are of primary concern.

Sample size calculation

Based on a power analysis with G*Power [25] an optimal total sample size of 130 patients allows for the detection of a small effect (Cohen's $f = 0.10$) for the interaction between time (pre, post, follow-up) and treatment condition (TAU + EFT vs. TAU) (repeated measures analyses of variance (ANOVA), within-between-interaction; $\alpha = 0.05$; power = 0.80; number of groups = 2; number of measurements = 3; pre-post correlation of pre-post values: $r = 0.6$; non-sphericity correction = 1). Multilevel models allow for assessment-by-assessment approaches: Assuming 130 patients and three assessments per patient (pre, post, follow-up), the resulting N would be 390. Further assuming a 20% dropout rate at follow-up, this sample would be reduced to 312. This would enable the detection of small effects of 3.4% explained variance in a regression model (linear multiple regression: random model; H1: $\rho^2 > 0$; $\alpha = 0.05$; power = 0.80) with three predictors (treatment condition, time, and their interaction); and would still allow the identification of small effects of 5.1% explained variance in a model including additional covariates with a total of ten predictors [25].

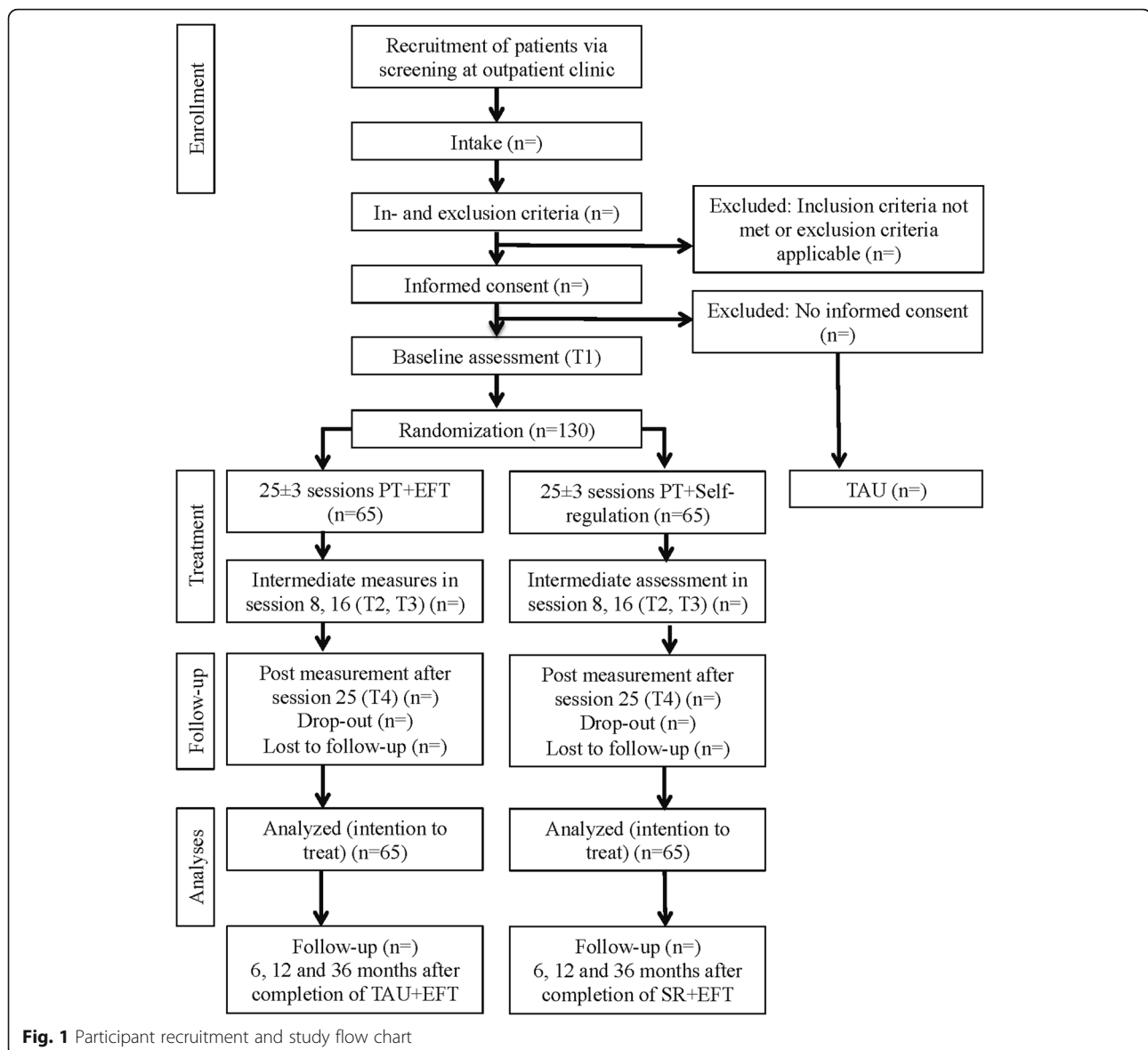
Study design and group allocation

This study is conducted as a randomized controlled trial with two active treatments: TAU + EFT and TAU. A 2×3 design is used with one between-subject factor (two treatment conditions) and one within-subject factor (time: pre, post, 12 month follow-up).

After completion of the baseline assessment and checking of the inclusion and exclusion criteria, a randomization procedure with equal allocation of patients to each treatment condition is used. To ensure a balanced distribution of diagnostic groups in the two treatment arms, a stratified randomization is applied. The allocation lists are created by an independent researcher with a computerized random number generator and are unknown to the investigators. The study design is shown in Fig. 1.

Description of the interventions

The treatment conditions are Psychological Therapy as usual and Psychological Therapy with emotion-focused components. Each intervention consists of 25 ± 3 sessions of 50 min each. Twenty-five sessions is the official standard for short-term therapies in the German health-care system. To standardize the duration to some extent serves to facilitate the comparison of therapies in the planned process analyses.



Case formulation and Plan Analysis: Both treatments are based on Psychological Therapy [5], an integrative form of cognitive-behavioral therapy and are based on explicit individual case formulations. The case formulations include an analysis of the individual etiology for the development and maintenance of patient problems. A first overarching question is which factors lead to inconsistency (i.e., the tension resulting from discrepancies between needs and reality and from internal conflicts [4]). Inconsistency has been shown to be closely related to mental problems [26]. Second, patient strengths and resources are emphasized and used (e.g., abilities, preferences, favorable circumstances, etc.). The patient's ability to secure and enhance consistency and to solve problems is conceptualized in terms of Plan Analysis [27].

The case formulation also includes an analysis of problems and potentials for the therapeutic relationship.

Psychological therapy further makes reference to general change factors, and an explicit prescriptive concept for fostering the therapeutic relationship (Motive-Oriented Therapy Relationship as derived by the therapist from Plan Analysis). The main focus of Plan Analysis [27] is the instrumentality of behavior and experience (what conscious or non-conscious purpose does an aspect of overt or covert behavior hypothetically serve?). From the patient's verbal and nonverbal behavior, the therapist infers underlying Plans of which many are non-conscious. For a specific patient, the therapist defines and implements a customized therapeutic relationship offer based on an individual Plan Analysis. Whereas

the Motive-Oriented Therapy Relationship is a prescriptive approach, it is neutral in terms of therapy orientations. Its essence is to recognize, support and foster a patient's positive motives in an active way that is not contingent to the presenting problem behaviors. Whereas the therapeutic procedure is developed individually, it utilizes etiological models and therapeutic procedures as often described in manuals. Following the principles of General Psychotherapy, the choice of helpful concepts and interventions is generally free, but empirical evidence is a strong argument for the therapist to favor one over another. In principle, all change factors, clarification, resource activation, problem activation, and problem mastery [4], are utilized, and the whole range of broad-spectrum behavior therapy interventions may be implemented [28–30]. However, it has been found in the past that working with emotions (instances of the change factors problem activation and clarification) has normally less weight in comparison to more cognitive/rational forms of clarification, skill building, or behavioral exercises. As explained above, this is closely related to lesser familiarity with and a greater insecurity in the implementation of interventions focusing on emotions.

Treatment as usual with emotion-focused components [8] is based on Psychological Therapy, but emphasizes working with emotions, particularly the use of EFT models and techniques. This involves the practice of mainly four psychological skills: empathy, focusing, two-chair work and empty-chair work. These are conveyed in a special 8-day training and supported by supervisions (individually or in small groups of up to four supervisees) on average every 2 weeks, so that therapists feel comfortable using them. In addition every 3 months a supervision of the supervisors by expert EFT supervisors takes place. Manuals, which are relatively heuristic/flexible to allow for individualized procedures, accompany instructions for the interventions. All components of both interventions must be implemented according to the manual's specification. For detailed information on the content of EFT-components see Table 1.

Treatment as usual: In an add-on design, it would be problematic to give special training and attention to therapists only in one condition, because it would be hard to retrospectively single out factors such as higher expectancy, additional investment of time, allegiance, etc. To ensure that effects are specifically attributable to the add-on condition, it is important to balance out the conditions by making an equivalent addition also to the TAU condition, while keeping these additions within the concepts that characterize TAU. Thus in the TAU condition, self-regulatory processes as conceptualized by Carver & Scheier [31] and others receive particular attention as an equivalent addition. Self-regulatory processes are part of the consistency theory described by

Table 1 Content of the emotion-focused components

EFT-Component	Content
Empathy	Empathy forms the basis of the therapeutic work in emotion-focused therapy as a technique and the fundament of the therapeutic relationship. Different forms of empathy play an important role in the shaping of the therapeutic relationship, affect regulation, deconstruction and the establishment of positive behavior towards the self.
Focusing	Focusing is a therapeutic technique to help expand the cognitive memories by the corresponding bodily reactions and thereby activate affective schemes usually arising in problematic situations. The goal is to look at current behavior in a larger context and recognize potential relationships to past experiences.
Two-chair work	The two-chair dialogue is used for confrontational processes e.g. self-evaluative splits, anxiety-splits and hopelessness splits where the patient operates alternating from both chairs. The main aim of two-chair work is an increase in self-compassion.
Empty-chair work	An indication for the empty-chair work is unfinished business with a significant other. The significant other can be imagined in the empty chair and contacted. The objective is a change in emotional schemes concerning the significant other.

Grawe [4] and are conceptually part of Psychological Therapy as usual. It has been found though, that therapists seldom exploit the concrete possibilities of utilizing the self-regulation perspective in practice. Therefore, concrete self-regulation based interventions including psychoeducation on self-regulation models have been described and conveyed in the training. The self-regulation perspective does not come along with specific interventions. However, the self-regulation perspective determines the planning of interventions in this condition, the way therapists are conveyed to their patients, and the choice of an attention focus.

In addition, therapists in this condition are advised to use strategies emphasizing emotions not more than considered necessary based on the individual case conceptualization. The first category in Table 1, empathy, is considered to be part of TAU, although plausibly more typical and frequent in the TAU + EFT condition. Techniques most typical for EFT (categories 2–4 in Table 1) are proscribed although in the improbable case that a therapist thinks, that an intervention typical for EFT is absolutely required for a particular patient, he or she can argue in favor of such an intervention vis a vis the supervisor who can approve it, if convinced that no non-EFT procedure would lead to similar effects.

The amount of training and supervision is equivalent in both conditions. Besides the basic model of self-regulation by Carver & Scheier [31] other concepts are part of this active control condition, e.g. practicing an inner monologue for the planning and regulation of behavior [32] and clarification which factors lead to maladaptive self-organization, in particular ego depletion [33]. For a detailed description of the self-regulation components see Table 2.

Measurements

For an overview of assessments at baseline, intermediate measurements (8 weeks, 16 weeks), post-treatment after 25-weeks, as well as 6, 12 and 36 month follow-up see Table 3.

Primary outcome measures

Measures of psychopathology, symptoms of depression and symptoms of anxiety are used as a composite primary

Table 2 Content of the self-regulation components

SR-Component	Content
Explanation of the SR-model	Explanation and discussion of the basic model of self-regulation. Illustration of both, self-regulatory and self-organized processes. Responding to the different boxes in the model and development of possible therapeutic starting points.
Clarification, when the patient produces perceptions, instead of objective change	Identification of changes reducing discrepancies between desired and the perceived states in perception only, as opposed to more tangible, concrete changes.
Deliberate reflection of goals and values	Goals, values, needs and standards are brought to mind and reflected. Finding out possible meanings for the activity of the comparator (which compares perceived to desired states).
Tracing the development of ideals and norms from personal history	Clarification of the origin of goals, values, needs and standards from the biography of the patient.
Attention-regulation	Training of conscious adaptation of the allocation of attention to the requirements and the switching between different modes of perception (deliberate/conscious vs. implicit/self-organized). Focusing attention on self-organized patterns of attention.
Work on self-instruction	Practicing self-control by the concretization of long-term consequences, to strengthen them over short-term consequences.
Regulation of behavior	Learning to monitor and control own behavior in terms of dual-process models (deliberate vs. self-organized regulation).
Regulation of the body	Relaxation exercises and techniques to reduce tension and agitation.
Emotion-regulation	Training of skills in emotion regulation as part of self-regulation.

outcome measure [34]. This composite measure consists of the Brief Symptom Inventory [35], the Beck Depression Inventory II [36] and the Beck Anxiety Inventory [37].

Brief symptom inventory

The Brief Symptom Inventory (BSI; [35]) is a self-report measure consisting of 53 items and detecting the subjective impairment by a range of psychological symptoms during the last seven days. The BSI offers information about the psychological burden with regard to nine subscales: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism. As an economic screening instrument with robust psychometric properties, this inventory is commonly administered to detect pre-post changes [35].

Beck depression inventory II

The revised version of the Beck Depression Inventory (BDI-II; [36]) is a self-assessment tool consisting of 21 items to determine depressive symptoms during the past 2 weeks. The BDI-II is not only an indicator of the severity of depressive symptoms in accordance with DSM-IV but also one of the most widely used self-report measures for depression in clinical practice and research [38]. It has shown robust psychometric properties [36].

Beck anxiety inventory

The Beck Anxiety Inventory (BAI; [37]) is a self-report questionnaire to detect the severity of anxiety symptoms. The BAI consists of 21 descriptive statements with regard to symptom severity during the last 7 days. 13 of 21 items detect physiological symptoms, five items measure cognitive aspects of anxiety and three items refer to both, somatic and cognitive symptoms. The BAI can be cited as a reliable and valid questionnaire [37].

Secondary outcome measures

World Health Organization

The WHO-5 [39] is a short questionnaire measuring subjective psychological wellbeing over the past 2 weeks using five items. A low value indicates low wellbeing and quality of life and a high value is associated with wellbeing and high quality of living. The WHO-5 has shown to be a sensitive and specific screening instrument for depression [40]. The clinimetric validity, the responsiveness and sensitivity were evaluated. The WHO-5 performed well with regard to all these aspects [40].

Short Form of the Health Survey

Health-related quality of life is measured with the Short Form of the Health Survey (SF-12; [41]). Its two subscales measure physical and mental aspects of health-related quality of life. It captures general health as well as pain, disabilities in daily life and mental problems.

Table 3 Measurements and time of assessment

Instrument	Abbr.	Aim	Time of assessment
Clinician administered			
Structured Clinical Interview for DSM IV	SCID	DSM-IV Axis I/II disorders	pre, post
Hamilton Depression Rating Scale	HDRS	severity of depressive symptoms	pre, post
Goal Attainment Scaling	GAS	individual goals	pre, intermediate, post
Self-report ratings			
A. Symptom severity			
Brief Symptom Inventory	BSI	symptom impairment	pre, intermediate, post, follow-up
Beck Depression Inventory	BDI-II	severity of depressive symptoms	pre, intermediate, post, follow-up
Beck Anxiety Inventory	BAI	severity of anxiety symptoms	pre, intermediate, post, follow-up
B. Wellbeing			
World Health Organization 5	WHO-5	psychological wellbeing	pre, intermediate, post, follow-up
Short Form 12 of the Health Survey	SF-12	health-related quality of life	pre, intermediate, post, follow-up
C. Coping/Emotion regulation			
Self-assessment of Emotional Competences	SEK-27	dealing with negative emotions	pre, post
D. Interpersonal problems			
Inventory of Interpersonal Problems	IIP-32	interpersonal problems	pre, intermediate, post, follow-up
E. Motives/Incongruence			
Inventory of Approach and Avoidance Motives	FAMOS	motivational goals and schemes	pre, post
Incongruence Questionnaire	INK	incongruence	pre, intermediate, post, follow-up
F. Process measures			
Bern Post-Session Report Patient Version	BPSR-P	treatment process	after every therapy session
Bern Post-Session Report Therapist Version	BPSR-T	treatment process	after every therapy session
Symptom Checklist	SCL-9	psychological distress	after every therapy session
Classification of Affective Meaning States	CAMS	emotional processing	rating of therapy session
Experiencing Scale	EXP	experiencing	rating of therapy sessions

Abbr. Abbreviation

The SF-12 asks for the presence and severity of 12 items over the course of the last 4 weeks. The re-test reliability is good and roughly equivalent to the long form [42].

Emotional competence

Emotional Competence is measured by the SEK-27 [43]. The emotional competence is recorded both, in general (trait) as well as with respect to the last week (prolonged state). The questionnaire consists of 27 items that are re-summed to nine subscales: attention, clarity, body perception, understanding, acceptance, resilience, self-support, willingness to confront and regulation. The total value generally corresponds to the constructive handling of negative emotions. The SEK-27 is a reliable, valid and sensitive self-assessment measure for the constructive dealing with negative emotions [43].

Inventory of interpersonal problems

The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; [44]) is a questionnaire for the self-assessment of interpersonal problems. With the help of this instrument patients can

describe how much they suffer from specific difficulties in dealing with other people. The IIP-32 consists of 32 items and the eight scales correspond to the octants of the Interpersonal Circle [45]: too autocratic/dominant, too expressive/intrusive, too caring/friendly, too exploitable/resilient, too insecure/obsequious, too introverted/socially avoidant, too repellent/cold, too quarrelsome/competitive. In addition, a total value is formed which characterizes the degree of interpersonal problems. The IIP-32 has shown adequate psychometric properties [46].

Inventory of approach and avoidance motives

The Inventory of Approach and Avoidance Motives (IAAM/German: FAMOS; [47]) assesses motivational goals of psychotherapy patients. The FAMOS consists of 94 items, which are rated in terms of their importance. The motivational goals are differentiated into approach-goals (14 scales; intimacy, socializing, helping others, recognition, impressing, autonomy, performance, control, education, faith, variety, self-confidence, self-rewarding) and avoidance-goals (nine scales; loneliness, contempt, humiliation,

criticism, dependence, tension with others, being vulnerable, helplessness, failure). The FAMOS is both, a diagnostic tool in the context of treatment planning as well as a measure of change throughout psychotherapy and has shown good psychometric properties [47].

Incongruence questionnaire short version

The Incongruence Questionnaire Short Version (K-INK; [48]) is a procedure for the determination of incongruities between the perceived reality and the motivational goals of psychotherapy patients. The K-INK is based on the Inventory of Approach and Avoidance Motives [47] and the consistency theory by Grawe [5]. The short version of the INK includes the 23 items of the long version with the highest item-total correlation with each of the 23 INK-scales, whereby 14 target the approach-goals and nine items target the avoidance-goals. The INK is the second questionnaire to attempt the building of a test-theoretical basis for Grawes psychotherapy research approach and has shown good psychometric properties [48].

Clinician administered measures

Structured clinical interview for DSM-IV

The patients' diagnostic status at baseline will be assessed with an interview of about one and a half hours conducted by trained raters (therapists in training) using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; [49]).

Hamilton depression rating scale

The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D; [50]) is administered together with the SCID. It is a well-established clinician-rated assessment of depressive symptom severity and encompasses psychological and somatic symptoms. The clinician rates the severity of these symptoms based on patient reports and his or her own observation.

Goal attainment scaling

The Goal Attainment Scaling (GAS; [51]) is a tool for the definition of individual goals and the evaluation of goal attainment in psychotherapy. The patient can indicate to what extent he/she was able reach the individual goals that were formulated at the beginning of psychotherapy on a 7-point scale from -2 to 4. Point 0 describes the current state of the problem, point +4 describes the desirable state and -2 the state if the problem deteriorated. The GAS interview is conducted with the patient by trained Master students.

Process measures

Bern post-session report

The Bern Post-Session Report (Patient and Therapist Version; BPSR-P/BPSR-T; [52]) is an instrument for the assessment of treatment processes and a regular quality-monitoring tool, completed at the end of each therapy

session. The patient version consists of 32 bipolar items which are rated on a scale ranging from -3 = not at all to +3 = yes exactly. The subscales include resource activation, positive bonding experiences, positive therapeutic relationship, problem mastery, positive problem solving experience, positive clarification experiences and treatment progress.

The therapist version assesses the treatment processes from the therapists' perspective and consists of 27 bipolar items, which are also rated at the end of each therapy session. The subscales include resource activation, therapeutic relationship, openness and engagement, willingness to work hard, problem mastery, problem solving, motivational clarification, treatment progress, interactional perspective and interactional difficult. Further, new items concerning the study-specific interventions were added to the Bern Post-Session Report Therapist Version (see Table 4).

Symptom check list

The Symptom Checklist - 9 (SCL-K-9; [53]) is a short form of the revised Symptom Checklist (SCL-90), which in turn is a previous version of the Brief Symptom Inventory. The results of the SCL-K-9 on session-level thus correspond to the results of the BSI total score (General Symptom Index; GSI) as a primary outcome measure (measured at pre, post and follow-up). The SCL-K-9 assesses the construct of psychological distress through symptom severity. The SCL-K-9 is composed of nine items corresponding to the nine scales of BSI and SCL (see above). It is a reliable and valid instrument that is used in clinical diagnostic and in practice as a measure of quality assurance [54].

Table 4 Checklist of the study-specific interventions implemented in the therapy session

Today I conducted emotion-focused intervention(s)
If so, which emotion-focused interventions (empathic exploration, empathic validation, engendering of a medium degree of emotional activation, focusing, allowing and expressing emotions, biographical work, systematic evocative deduction, two-chair dialogue, empty-chair dialogue, other Emotion-focused intervention)?
Today I conducted intervention(s) to improve self-regulation (SR)
If so, which interventions fostering self-regulation (explanation of the SR-model, clarification, deliberate reflection of goals and values, derivation of ideals and norms from personal history, attention-regulation, work on self-instruction, regulation of behavior, regulation of the body, emotion-regulation, other self-regulatory interventions)?
Has it been difficult to integrate emotion-focused components into today's therapy?
If so, which difficulties occurred?
Has it been difficult to integrate self-regulation into today's therapy?
If so, which difficulties occurred?
Did you have reasons to not realize any study-specific interventions?
If so, which reasons would that be?

Classification of affective meaning states

The Classification of Affective Meaning States (CAMS; [55]) is a process rating system for the systematic identification, observation and measurement of distinct emotional states in psychotherapy sessions. This observer-based rating system was developed based on emotion-focused theory [9]. The CAMS assesses ten affective meaning states that can be ordered on nine different levels of emotional transformation referring to a sequential model of emotional processing [21]. In several studies an excellent inter-rater reliability was reported [56].

Experiencing scale

The Experiencing Scale (EXP; [57]) is a rating scale assessing the degree to which clients orient to, symbolize, and use internally felt experiences as a source of information when solving their problems. Raters use verbal communication, including features of content, expression, grammatical selection and paralinguistic to code segments of therapy. Ratings on the lower scale levels represent clients' attempts to identify and symbolize their internal experience. Higher scale levels by contrast reflect the clients' efforts to use an experientially-oriented understanding for problem solving. The Experiencing Scale stands among the most studied and validated observational measures in psychotherapy research [57].

Depth of change will be measured by the observer-rated CAMS and EXP as well as by patient and therapist rated process questionnaires (e.g. problem actualization, clarification, emotional processing, and experiencing).

Procedure

Patients are randomly assigned to the TAU + EFT or TAU condition. The patients receive 25 ± 3 sessions of weekly Psychological Therapy with or without integration of EFT elements. Both groups are assessed at baseline (t0), immediately after completing therapy (t3, 25 sessions), for intermediate measurements (t1, 8 sessions;

t2, 16 sessions) and at 6, 12 and 36 month follow-up (t4, t5, t6) with an elaborated measuring battery (see Table 2). Additionally, participants and therapists complete self-report measures after every session for the detection of the treatment process and symptom severity. All data will be saved in an anonymous way only identified by a code, which is not related to the participant's identity. Servers are protected by high-end firewall systems. Only the researchers directly involved in the study have access to the data. The procedure is shown in Fig. 2.

Analysis

Baseline descriptive statistics will be generated for all randomized patients and compared between the two study arms with ANOVA (for continuous variables) and χ^2 statistics (for categorical variables). Missing values will be substituted with the procedure of multiple imputation. The research questions will be examined with the appropriate multilevel approaches, mainly two-level regression and growth analyses. These approaches take into account non-independence of observations in repeated measures outcome and the different number of sessions attended by the patients. Furthermore, we intend to test potential variability within therapists based on a longitudinal three-level model. The primary outcome analysis will be a modified intention-to-treat analysis that includes all patients who were randomized and attended at least one therapy session. These analyses will compare treatment differences in continuous outcome variables over time for TAU + EFT and TAU. Separate multilevel analyses will be run for the primary and each of the secondary outcome variables across three time points (pretreatment, post-treatment, 12-month follow-up). We expect primary and secondary outcome measures to be highly inter-correlated loading on one outcome factor [34]. For the purposes of the present study, a standardized composite measure taking primary and secondary symptom-related, self-report measures into

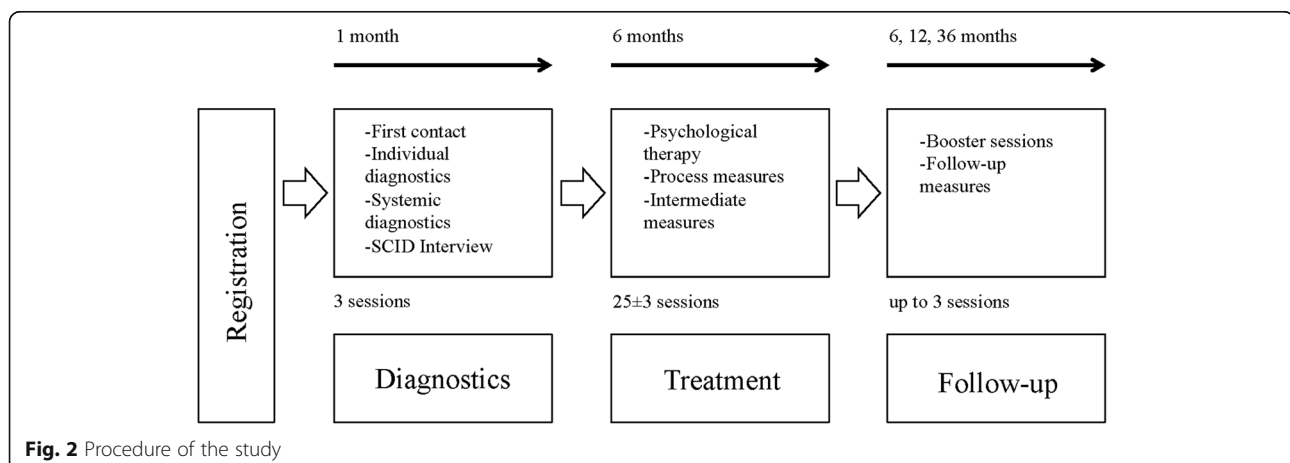


Fig. 2 Procedure of the study

account will be reported. Models will be run assuming random intercepts and slopes. For the main research questions, level-one models of individual change over time and level 2 models for the between-subjects factors are conducted. Each analysis will examine the overall effect of change over time (time), the difference between TAU + EFT and TAU, and the differences in changes over time by condition as a cross level interaction. To assess maintenance of gains, the multilevel regression analyses will be repeated with just the post-treatment and follow-up time points. A secondary series of analyses will include only those patients who completed the originally allocated treatment. Mechanisms of change will be examined as mediation effects in multilevel regression and structural equation models. Moderator effects will be analyzed as cross level interactions. Therapist effects will be investigated in three-level models. Multiple regression models will be used to predict residual change in the composite score between post and follow-up, by the level of structural change at post-treatment.

Discussion

In this randomized controlled trial, the effectiveness of treatment as usual with integration of emotion-focused components (TAU + EFT) and TAU is compared. The originality of this project lies in the examination of the consequences of integrating interventions of another promising evidence-based approach (EFT) into treatment as usual in a way that is directly mirroring common integrative practice. The use of an elaborated and intensively used psychotherapeutic model (TAU) speaks for a general effectiveness of both conditions. Emotion-Focused Therapy has acquired empirical validation for the treatment of depression, trauma and abuse [12]. Clinically significant improvements with substantial effect sizes for both treatments in primary and secondary outcome measures are thus expected.

Other projects dealing with the integration of EFT elements [12, 22, 23, 58] did not report great differences in effectiveness. Newman and colleagues for example [58] compared an integrative psychotherapy of generalized anxiety disorder that added EFT and interpersonal elements to a standardized CBT treatment with a treatment that added supportive listening to the same CBT component. The integrative therapy was equally effective post treatment and 2 years later, so that the authors concluded that the augmentation of CBT with emotion-focused and interpersonal techniques might not lead to better outcomes for generalized anxiety disorder patients. Similar results were found in an RCT on the treatment of patients with depression by Grosse Holtforth et al. [22], comparing Exposure-Based Cognitive Therapy (EBCT) with CBT. Component studies, which look at the effects of either adding particular techniques to a form

of therapy (additive design) or taking them away (dismantling studies) rarely find that the presence or absence of specific techniques makes much difference to the overall outcomes [57]. In the history of psychotherapy, there are many examples of interventions that were less effective than expected, showed negative side effects, and worked in a different way than was believed [59, 60].

Grawe criticized what he called “the myth of an outcome equivalence, an artifact created by research design” [61]. There have in fact been some deficiencies in studies on comparative therapies that exacerbate the finding of specific change factors, e.g. the uniformity myth, small sample sizes, insufficient control of group assignments, disregard of competences and experiences of the therapists, inconsistent assessments of therapy success, lack of recording complementary interventions, differences in frequencies and durations of therapies, exclusion of drop-outs and missing of follow-up measures [62]. One point of criticism viewed alone results in considerable limitations on the validity of studies. In the summation of individual points of criticism doubt should arise on the general meaningfulness of the results.

From a General Psychotherapy perspective, newness is always part of a continuous development, of which the integration of a complementary concept with the potential of enriching an existing one can be an important step. This is a methodologically challenging endeavor, and this is a major reason why a relevant part of contemporary psychotherapy practice is not empirically examined. The application of pure approaches can be studied more easily, and consequently more evidence exists relating to such applications. The problem is that in clinical reality, a majority of practitioners do not apply pure approaches, partly because they question their relevance for routine practice. The endeavor of studying an integrative procedure corresponding to widespread practice requires not only an appropriate design but also a group of researchers possessing first-hand clinical knowledge in each of the conditions under investigation. Another requirement is motivated therapists being trained in practicing integrative therapy and at the same time, being able and willing to skillfully implement the procedures defined by the experimental conditions. Finally, to render such a study realistic, an institution is highly desirable in which a practice similar to the one required by the study design is already well-established routine.

An obvious question is, of course, what will be different in the current study? This project is characterized by highly naturalistic conditions and thus it can be considered a major step towards closing the science-practitioner gap with respect to psychotherapy integration. On average, therapists will be more experienced and better trained than in previous studies. Certified EFT trainers including

Dr. Greenberg have conducted the training. The supervisors have completed an advanced EFT training. Fostering external validity, therapies will be conducted in a regular treatment setting, and the inclusion of EFT will correspond more to regular practice. This will make a competent implementation easier and the procedures will be better integrated in an overarching model. It should be emphasized again that this is not a comparison of complete and pure EFT (which would require more extensive training) with treatment as usual. The spectrum of diagnoses will be larger, therapies will be somewhat longer, and the change processes will be studied extensively. Furthermore, the proposed study uses multilevel models to analyze treatment outcomes, hypothesized moderators and mediators, as well as therapist effects. While this approach is not yet common practice in randomized controlled trials (RCTs), it is very flexible, and exposes new perspectives on predictors of change at the within-person and the between-person level in the psychotherapeutic process.

A methodologically fundamental question is how therapist variance shall be controlled. It may seem like an ideal solution to let the same therapists conduct therapies in both conditions, and some studies actually use this strategy [22, 58]. However, having the same therapists in both conditions does not necessarily ensure that their preferences, belief in the methods, fit of the personal profile with the method, competencies etc. are equal between the two conditions, but may vary between the two conditions within one and the same therapist. In addition, it has been argued plausibly that there may be considerable carry-over effects when using therapists in more than one condition [63]. Whereas both options seem viable, we decided in this trial to control at the level of relevant psychological variables. Therapist variables (e.g., therapist experience in the respective condition) will be assessed, and their impact on differential change in the outcome variables will be investigated and taken into account in the interpretation of potential differences between the groups. We will also be able to test for differential effects, e.g. whether good effects depend on therapist experience in one but not the other condition. Also higher order interactions can be studied, e.g. whether the readiness of a particular kind of patient to engage in particular interventions depends on the perceived therapist competence, etc.

To conclude, an essential contribution of this study will be to better understand how an existing and well-elaborated psychotherapy approach may be further enriched by the integration of new elements. In addition to studying the effectiveness of the two treatment protocols, the current study examines unique and joint factors which moderate and mediate treatment effects in TAU + EFT and TAU.

Furthermore, predictor variables are not only assessed before and after treatment but also over the course of treatment through weekly process measures. This provides the opportunity to measure temporal precedence and to make inferences about causality. We hope that insights into which treatment works best for whom and how, will help improve the care for patients with depressive, anxiety and adjustment disorders. Furthermore, the results of this study promise to indicate whether an 8-day EFT-training plus supervision can enhance the effectiveness of treatment as usual. Such an add-on format, if shown effective, would represent a “light” alternative to the full EFT-training, which may be more realistic and attractive for many therapists and would therefore contribute to a deserved larger implementation of EFT concepts and interventions into psychotherapy. The procedures and training could also be modified to treat other conditions as well.

Trial status

Trial start date: 2 February 2016.

Currently recruiting ($N = 28$, 13 November 2016).

Abbreviations

ANOVA: Analysis of variance; BAI: Beck anxiety inventory; BDI: Beck depression inventory; BPSR-P/BPSR-T: Bern post-session report patient version/Therapist version; BSI: Brief symptom inventory; CAMS: Classification of Affective Meaning States; CBT: Cognitive-behavioral therapy; EFT: Emotion-focused therapy; EXP: Experiencing scale; FAMOS: Inventory of approach and avoidance motives; GAS: Goal attainment scaling; HDRS: Hamilton depression rating scale; ICD: International classification for disease; IIP: Inventory of interpersonal problems; INK: Incongruence questionnaire; PT: Psychological therapy; SCID: Structured clinical interview for DSM-IV; SCL-9: Symptom checklist; SEK-27: Self-assessment of emotional competences; SF-12: Short Form 12 of the Health Survey; SR: self-regulation; TAU: treatment as usual; WHO-5: World Health Organization 5

Acknowledgements

We thank profusely all therapists in training from the psychotherapy outpatient clinic of the University of Bern, who participate in the project. Their work will build the foundation of this study.

Funding

The proposed study is funded by the Swiss National Science Foundation (SNSF), project 100019_159425 granted to Franz Caspar. The SNSF has no role in the design of the study and the collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript.

Availability of data and materials

The data will be available from the author upon reasonable request. The data will not be publicly available because it contains information that could compromise the participant's privacy.

Authors' contributions

FC is PI for this study and drafted the manuscript. AB drafted and wrote the manuscript. TB and MGH are Co-Investigators and contributed to the study design. ML, SH, AS contributed to the project. DH, MB, YE, EF, FR, DR, ES, CF and JB are therapists at the psychotherapy outpatient clinic of the University of Bern. Their help and cooperation in developing, discussing and implementing the current project in practice was exceptional. All authors read and approved the final manuscript.

Authors' information

Christoph Flückiger is now at the Department of Psychology at the University of Zurich, Switzerland.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication

Not applicable.

Ethics approval and consent to participate

This study has been approved by the Cantonal Ethics Committee Bern (KEK BE 168/15). All patients with a unipolar depressive, anxiety or adjustment disorder seeking help at the outpatient clinic of the University of Bern receive written information about the research project, the aim of the study, benefits and risks of participation and the study procedure. They are informed that they can withdraw from the study at any time. Informed consent is obtained prior to baseline assessment.

Received: 15 November 2016 Accepted: 21 November 2016

Published online: 24 November 2016

References

- Caspar F, Znoj HJ. The Bern psychotherapy research group. In: Norcross JC, Vandenbos GR, Freedheim DK, editors. *History of psychotherapy. Continuity and change*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2011. p. 389–94.
- Grawe K, Caspar F. Allgemeine psychotherapie. In: Senf W, Broda M, editors. *Praxis der psychotherapie*. 5th ed. Stuttgart: Thieme; 2011. p. 33–47.
- Caspar F. Wie allgemein ist Grawes "Allgemeine Psychotherapie"? *PiD*. 2010; 11:15–21.
- Grawe K. *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- Grawe K. *Psychologische therapie*. Göttingen: Hogrefe; 1998.
- Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005.
- Caspar F. Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In: Margraf J, Schneider S, editors. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1*. Heidelberg: Springer; 2009. p. 213–25.
- Greenberg LS. *Emotion-focused therapy*. Washington: APA; 2010.
- Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington: APA; 2002.
- Elliot R, Greenberg LS, Watson J, Timulak L, Freire E. Humanistic-experiential psychotherapies. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th ed. New York: Wiley; 2013. p. 495–539.
- Greenberg LS, Goldman RN. *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power*. Washington: APA; 2008.
- Greenberg LS, Watson JC. *Emotion-focused therapy for depression*. Washington: APA; 2005.
- Paivio SC. Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychother*. 2013; 50(3):341–9.
- Norcross JC, Rogan JD. Psychologists conducting psychotherapy in 2012: current practices and historical trends among division 29 members. *Psychother*. 2013;54:23–5.
- Messer SB. Introduction to the special issue on assimilative integration. *J Psychother Integr*. 2001;11(1):1–4.
- Boswell JF, Castonguay LG, Pincus AL. Trainee theoretical orientation: profiles and potential predictors. *J Psychother Integr*. 2009;19(3):291.
- Cook JM, Biyanova T, Elhai JD, Schnurr P, Coyne JC. What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychother Theory Res Pract*. 2010;47:260–7.
- Norcross JC, Pfund RA, Prochaska JO. Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Prof Psychol Res Pr*. 2013;44:363–70.
- Borkovec TD, Castonguay LG. What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:136–42.
- Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99(1):20–35.
- Pascual-Leone A, Greenberg LS. Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through". *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75(6):875–87.
- Grosse Holtforth M, Hayes A, Wilm K, Sutter M, Schmied E, Laurenceau J-P, Caspar F. Fostering cognitive-emotional processing in the treatment of depression: a preliminary investigation in exposure-based cognitive therapy. *Psychother Psychosom*. 2012;81:259–60.
- Hayes AM, Beevers CG, Feldman GC, Laurenceau JP, Perlman C. Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *Int J Behav Med*. 2005;12(2):111–22.
- Strauss BM, Lutz W, Steffanowski A, Wittmann WW, Boehnke JR, Rubel J, Scheidt CE, Caspar F, Vogel H, Altmann U, Steyer R, Zimmermann A, Bruckmayer E, von Heymann F, Kramer D, Kirchmann H. Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: the TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychother Res*. 2015;25(1):32–51.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41:1149–60.
- Fries A, Grawe K. Inkonsistenz und psychische Gesundheit: eine Metaanalyse. *ZPPP*. 2006;54(2):133–48.
- Caspar F. Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Hans Huber; 2007.
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H. The Bern therapy comparison study: basic research questions and design. *Z Klin Psychol*. 1990;19(4):294–315.
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Fries A, Znoj H. Inconsistency as a criterion for differential indication in psychotherapy – a randomized controlled trial. *Z Klin Psychol Psychother*. 2008;37(2):103–11.
- Grosse Holtforth M, Wilm K, Beyermann S, Rhode A, Trost S, Steyer R. Differential change in integrative psychotherapy: a re-analysis of a change-factor based RCT in a naturalistic setting. *Psychother Res*. 2011;21(6):631–43.
- Carver CS, Scheier MF. On the structure of behavioral self-regulation. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic; 2000. p. 42–80.
- Meichenbaum D, Cameron R. Stress inoculation training. In: *Stress reduction and prevention*. US: Springer; 1989. p. 115–54.
- Baumeister RF, Vohs KD. Self-regulation, ego depletion and motivation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2007;1:1–14.
- Flückiger C, Regli D, Grawe K, Lutz W. Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychother Res*. 2007;17(3):359–64.
- Franke GH. BSI, Brief Symptom Inventory – deutsches Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH; 2000.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II, Beck Depressions-Inventar. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services; 2006.
- Margraf J, Beck AT, Ehlers A. Beck-Angst-Inventar: BAI; Manual. Harcourt Test Services. 2007.
- Kühner PDC, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und Validität des Revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Nervenarzt*. 2007;78(6):651–6.
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller H, Hegerl U. The WHO-5 well-being index performed the best in screening for depression in primary care. *Evid Based Med*. 2003;8(5):155.
- Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015; 84(3):167–76.
- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Frazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. Cross validation of item selection and scoring for the sf-12 health survey in nine countries: results from the iqola project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171–8.
- Morfel M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- Berking M, Znoj H. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen. *ZPPP*. 2008; 56:141–52.
- Thomas A, Brahler E, Strauß B. IIP-32 Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*. 2011;57:68–83.
- Kiesler DJ. Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, and psychotherapy. *J Psychother Pract Res*. 1997;6(4):339.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villaseñor VS. Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):885–92.
- Grosse Holtforth M, Grawe K. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schmata (FAMOS). *Z Klin Psychol*. 2000;29(3):170–9.
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Tamcan Ö. Inkongruenzfragebogen (INK). *Diagnostica*. 2005;51(1):52–4.
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse I und II). Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Clin Psychol*. 1967;6:278–96.

51. Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal Attainment Scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1994.
52. Flückiger C, Regli D, Zwahlen D, Hostetter S, Caspar F. Der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Z Klin Psychol Psychother.* 2010;39(2):71–9.
53. Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform des SCL-90-R. *ZPPP.* 2001;49(2):115–24.
54. Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM. A randomized clinical trial comparing an acceptance based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(5):761–73.
55. Pascual-Leone A, Greenberg LS. Classification of Affective-Meaning States. Edited by Pascual-Leone. Unpublished doctoral thesis, York University, Toronto; 2005. p. 289–366.
56. Kramer U, Pascual-Leone A, Rohde KB, Sachse R. Emotional processing, interaction process, and outcome in clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a process-outcome analysis. *J Pers Disord.* 2015;29:1–19.
57. Klein MH, Mathieu-Coughlan P, Kiesler DJ. In: Pinsof WM, Greenberg LS, editors. The experiencing scales. New York: Guilford Press; 1986. p. 21–71.
58. Newman MG, Castonguay L, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szkodny LE, Nordberg SS. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J Consul Clin Psychol.* 2012;79:171–81.
59. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2008;46:296–321.
60. Carryer JR, Greenberg LS. Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):190–9.
61. Tschuschke V, Czogalik D. Psychotherapie. Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer-Verlag; 2013.
62. Bozok B, Bühler KE. Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1988;56(04):119–32.
63. Falkenström F, Markowitz JC, Jonker H, Philips B, Holmqvist R. Can psychotherapists function as their own controls? Meta-analysis of the “crossed therapist” design in comparative psychotherapy trials. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(5):482–91.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



2) Studie II – Publikation 2021:

Heer, S., Stähli, A., Edöcs, J., Suppiger, E., grosse Holtforth, M., Babl, A., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2021). How do novice therapists manage the process of assimilative integration? A qualitative interview study about the application of implicit heuristics. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000268>

Journal of Psychotherapy Integration

How Do Novice Therapists Manage the Process of Assimilative Integration? A Qualitative Interview Study About the Application of Implicit Heuristics

Sara Heer, Annabarbara Stähli, Judit Edöcs, Elvira Suppiger, Martin Grosse Holtforth, Anna Babl, Mu Lin, Thomas Berger, and Franz Caspar

Online First Publication, October 21, 2021. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000268>

CITATION

Heer, S., Stähli, A., Edöcs, J., Suppiger, E., Grosse Holtforth, M., Babl, A., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2021, October 21). How Do Novice Therapists Manage the Process of Assimilative Integration? A Qualitative Interview Study About the Application of Implicit Heuristics. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000268>



How Do Novice Therapists Manage the Process of Assimilative Integration? A Qualitative Interview Study About the Application of Implicit Heuristics

Sara Heer¹, Annabarbara Stähli¹, Judit Edöcs¹, Elvira Suppiger¹,
Martin Grosse Holtforth^{1, 2}, Anna Babl¹, Mu Lin¹, Thomas Berger¹,
and Franz Caspar¹

¹ Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern

² Division of Psychosomatic Medicine, Department of Neurology, University Hospital Bern

Integration of different psychotherapeutic approaches and interventions has become a crucial aspect in psychotherapy practice. Although different conceptual models exist, the experiences of integrative therapists are often ignored. The aim of the present study is to reach a better understanding of therapists' experiences and challenges while integrating new therapy elements. Twenty-six relatively inexperienced therapists took part in the interview study, which was embedded in a randomized control trial. The goal was to carry out 3 psychotherapies while integrating either components of Emotion-Focused Therapy (EFT) or Self-Regulation (SR) into their treatment as usual. Therapists were interviewed during 3 different time points throughout their therapies. In total, 97 interviews were transcribed and analyzed using MAXQDA 12.3 following Mayring's (2000) qualitative content analysis. Results indicate that therapists implicitly followed heuristics to assimilate new therapy elements into their originally trained approach. With the integration of therapy elements from conceptually more foreign therapy orientations (i.e., EFT), therapists seemed to experience a slightly higher challenge, but at the same time, perceived it as a chance to enrich their practice with the result of a more individualized, responsive practice. 62% of all therapists reported a thorough change in their therapeutic style. The results suggest that assimilative integration is a complex, multidimensional process guided by various principles regarding the fit of the new therapy elements to patients and therapist characteristics in a responsive manner considering the therapeutic alliance. The findings stress the importance of therapists' relational flexibility.

Public Health Significance Statement

This study highlights the perceived experiences of novice therapists while integrating new therapy elements into their originally trained approach. The study delivers heuristic cues that can be applied in the sense of principal-based integration to support future therapists in their efforts to further develop their therapeutic skills. Such research is necessary to reach the ultimate goal of offering a responsive, individualized, and empirically based integrative treatment to patients.

Sara Heer <https://orcid.org/0000-0002-9079-6561>

Judit Edöcs <https://orcid.org/0000-0002-9969-633X>

Martin Grosse Holtforth <https://orcid.org/0000-0003-0674-8741>

Franz Caspar <https://orcid.org/0000-0003-2595-2975>

This work was funded by the Swiss National Science Foundation (SNSF) under Grant [100019_159425] to Franz Caspar. The SNSF did not dictate any specifications of the study design, data collection, analysis, or interpretation. We have no known conflicts of interest to disclose.

All data that support the findings of this study are available on reasonable request from Sara Heer. The qualitative data (interview transcripts) are not publicly available due to privacy and ethical restrictions. The quantitative data (frequencies), in turn, can be viewed in the online supplemental materials of this article.

Correspondence concerning this article should be addressed to Sara Heer, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Gesellschaftsstrasse 49, CH-3012 Bern, Switzerland. Email: sara.heer@psy.unibe.ch

Keywords: psychotherapy integration, assimilative integration, qualitative research, adaptive indication, responsiveness

Supplemental materials: <https://doi.org/10.1037/int0000268.supp>

Integration of different psychotherapeutic approaches and interventions has become a crucial aspect in psychotherapy practice. In the past decades, a growing number of articles was published focusing on psychotherapy integration and its consequences for therapeutic practice. The interest in an integrative treatment has reached an extent that it has been considered a “movement” or zeitgeist (Castonguay et al., 2015; Castonguay et al., 2003; Norcross, 2005) but started early in the 1940s (Rosenzweig, 1936). A study by Solomonov et al. (2016) showed that even expert psychotherapists from earlier generations (e.g., Aron Beck, Carl Rogers, and Fritz Perls) practiced integration, although they were considered to be representatives of specific therapeutic orientations. In fact, several studies have shown that the delivery of any psychotherapy most likely involves interventions from various treatment orientations (e.g., Ablon, 2006; Cook et al., 2010; McCarthy et al., 2016).

In general, integrative approaches have in common that they are motivated by discontent with the therapeutic approach being originally trained in, and the concomitant wish to cross the boundaries of the own therapeutic school to learn other ways of practicing therapy (Norcross, 2005). Assimilative integration, as one form of integration, allows clinicians to individualize the treatment by incorporating perspectives, attitudes, or techniques from complementing approaches that fit the needs and problems of a patient but without ignoring the primary theoretical model (Messer, 1992). As a result, integrative practice represents a variable and ever-changing process (see Messer, 2019); whereby the ultimate integrative approach is never reached. Assimilative integration follows the assumption that psychological interventions will be maximally effective when different strategies from other approaches are incorporated in a way that overcomes the limitations of the underlying model (see Sotskova et al., 2016). With an increased choice of concepts and intervention methods, there is simply an increased chance of finding a concrete therapeutic procedure optimally fitting a patient (Caspar & Grawe, 1989; Grawe, 2004). Nevertheless, the risk of becoming an “integrative supertherapist”, who is a jack of all trades but master of none, should not be neglected (e.g., Castonguay,

2005). It should be kept in mind that previous studies have found a nonlinear association between therapists’ intervention use and therapy outcome (termed the “Goldilocks effect”), showing that “more” is not always “better” (Chen et al., 2020; McCarthy et al., 2016).

To make assimilative integration accessible and reach competence in integrative practice, several authors proposed principle-based learning (e.g., Boswell et al., 2010; Caspar & Grawe, 1989; Hayes, 2000). For example, according to Grawe (2004); a competent integrative clinician should practice a thinking style that considers important aspects of the patient, the problem, and the situation and is guided by general change mechanisms (e.g., therapeutic alliance, clarification, problem activation, problem mastery, resource activation). Furthermore, they should be aware that these aspects are process-related (i.e., they change throughout therapy) and that similar therapeutic goals can be achieved with various techniques (Hayes, 2000). Therefore, a stance of constant reflection and awareness is required from integrative therapists (see Boswell et al., 2010). To describe this multiple constraint satisfaction process, Caspar and Grawe (1992) formulated the process model of constructing therapist actions (see also Caspar, 2019), which illustrates various (but not all) aspects based on which therapeutic action is constructed anew in every therapy session. It would seem comprehensible that the number of different aspects that can be considered simultaneously depends on the therapist’s experience and training stage.

The question about the right time to introduce psychotherapy integration in a therapist’s career is widely discussed. According to the model of Dreyfus and Dreyfus (1982); it is common for novices in any complex professional field to be overwhelmed by a high load of information. They apply simple, overgeneralized rules before refining and specifying them with advancing training. Therefore, some researchers argue that integration should only be taught after therapists have mastered at least one or two specific therapeutic approaches (e.g., Boswell et al., 2010; Castonguay, 2005; Gold, 2005). As a matter of fact, relatively few training programs teach psychotherapy integration directly from the

start (Consoli & Jester, 2005; Lampropoulos, 2006). As discussed in the literature, possible negative consequences of an early exposure with integration for novice therapists include, for example, anxiety, resistance (Gold, 2005); and negative opinions about integrative treatment (Castonguay, 2005).

In this context, one goal of this study is to address and examine these reservations. With the present study, we mimic what happens when novice therapists try to enrich their original approach by integrating either therapy techniques from Emotion-Focused Therapy (EFT; Greenberg, 2004) or the Self-Regulation approach (SR; Carver & Scheier, 2000) into their home approach. While the latter has been a theoretical part of the home approach, its full potential has not been utilized for practical use. In summary, this study's objective is to better understand the consequences of an assimilative integration process. The main research questions are (a) What are the benefits young practitioners experience when integrating therapy techniques? (b) What are the challenges they have to overcome when integrating therapy techniques? (c) How do their experiences regarding the integration process change throughout therapy? Furthermore, with the integration of either new (EFT) or elaborated therapy elements (SR) into treatment as usual, we seek to compare the two approaches regarding their consequences for the integration process. Comparable to a recently published qualitative study by Finnerty and McLeod (2019), the particular interest lies in the therapists' own experiences and perceptions. As they correctly stated, few studies have investigated how therapists describe their understanding of integrative therapies. Therefore, a qualitative and explorative research approach was chosen.

Method

The interview study was embedded within a randomized controlled trial (RCT; entitled the "Improve" project; ClinicalTrials.gov: NCT028 22443), taking place at the outpatient clinic at the University of Bern and approved by the Cantonal Ethics Committee Bern (KEK BE 168/15). The RCT contained two active treatment arms (see *Treatment*). When conducting an average of three study therapies in a naturalistic and routine practice setting, therapists were monitored continuously with different methods (e.g., process measures, video recordings, supervision, and

interviews). For further information on the study design of the "Improve" project, please see the study protocol (Babl et al., 2016).

Treatment

The basis of both treatment arms was Psychological Therapy, an integrative treatment form formulated by Grawe (2004). Psychological Therapy gives special attention to the therapeutic alliance according to the principles of Motive Oriented Therapeutic Relationship (Caspar, 2019) and is guided by the empirically supported general change mechanisms of clarification, problem activation, problem mastery, and resource activation. For each patient, a case-formulation is written to reflect on tailoring the psychotherapeutic approach to the patient's problems and needs by including interventions from Cognitive-Behavioral Therapy (CBT; currently the most prominently represented therapy orientation in the study curriculum), and some elements from Psychodynamic, Humanistic, and Systemic Therapy (Grawe et al., 1996; Itten et al., 2004). All therapists in this study had been trained in this approach. They could choose their preferred treatment condition.

In one treatment arm, therapy techniques from Emotion-Focused Therapy (EFT; see Greenberg, 2004) were integrated (in the following: TAU+EFT). EFT is a process-oriented approach of humanistic, client-centered, and gestalt origin that lays a special focus on building an empathic relationship and working with emotions (for an overview; Greenberg, 2010). For this study, the integrated techniques consisted of: (a) empathy, (b) focusing, (c) systematic evocative unfolding, (d) two chair work, and (e) empty chair work (Greenberg, 2002, 2010; Greenberg & Watson, 1998).

In the second treatment arm, the addition covered an elaboration of the Self-Regulation approach (SR; see Carver & Scheier, 2000); developed in social and personality psychology (in the following: TAU+SR). Self-regulation is understood here as the sum of what a person does, consciously or not, to establish a good fit between their perception of the current situation and their goals (i.e., needs/values/norms; Caspar, 2016). The main focus of this approach lies in the collaboration between deliberate and implicit processing in adaptive and maladaptive functioning. The following interventions were part of the SR-add-on: (a) Psychoeducation of the SR-model by Carver and Scheier (2000), and related to this model (b) deliberate reflection of

goals and values, (c) derivation of ideals and norms from personal history, (d) attention regulation (e.g., switching between different modes of perception deliberate/conscious vs. implicit/self-organized), (e) work on self-instructions, (f) regulation of behavior and body (e.g., relaxation techniques and other forms of self-control), and (g) emotion regulation (e.g., skills-training).

In both conditions, specialized training to learn the new or elaborated therapy techniques was provided. It was limited to eight days, led by experts in the field, and complemented by supervision provided by local supervisors. A manual was available stressing the compatibility between the add-ons and TAU on a conceptual level (i.e., regarding the case conceptualization). However, the manual did not state strict rules on how and when to apply the newly integrated or elaborated therapy techniques, leaving the therapists in charge of the technical integration and practical implementation. This procedure allowed for high flexibility and treatment individualization. Both treatment conditions consisted of 25 $\pm$ 3 sessions of 50–60 minutes and up to three optional booster sessions (max. 31 sessions).

Study Design

Between September 2016 and April 2018; all therapists in the “Improve” project participated in interviews in which they were asked to elaborate their thoughts and reflections on the integration process. Interviews were carried out at the outpatient clinic at the University of Bern with the option to conduct it later over the phone if a therapist was unable to stay at the outpatient clinic for the interview. Interviews were conducted by two post- (SH & AS) and two undergraduate students (JE & ES). They were trained by listening to old interviews and conducting mock interviews under live supervision. To maintain a good quality of the interview procedure and prevent any interviewer bias, regular group meetings were held to discuss difficulties and uncertainties.

The interviews took place directly preceding or following the 8th, 16th, and 25th therapy session, resulting in three interviews per therapy case. Exceptions were either (a) cases of dropouts or (b) not reaching agreement on dates or times for the interview. Recurrent interviews allowed for the detection of any changes over the course of therapy. Each interview was tailored to one therapy case at a time. This approach offered the possibility to elaborate the

concrete advantages and difficulties of integrating the elaborated or new therapy techniques within each case. As a sign of recognition for their cooperation, therapists were offered a book voucher (20 CHF) after taking part in all three interviews.

For the current study, all interviews between September 2016 and October 2017 were considered. During this period of time, 97 interviews were conducted (TAU+SR: $n = 48$, TAU+EFT: $n = 49$). In 13 cases (24.1%), all three interviews per therapy could be completed. In 17 cases (31.5%), two interviews, and in 24 cases (44.4%), just a single interview could be carried out. The duration of the interviews was between 10 and 38 minutes, with an average of 24 minutes. Every interview was audiotaped and transcribed according to detailed transcription rules using the qualitative data analysis software MAXQDA (Version 12.3.2).

Participants

In total, 26 therapists (TAU+SR: $n = 12$, TAU+EFT: $n = 14$) were interviewed. All of them had finished their master’s degree and participated in at least 1.5 of five years of the postgraduate clinical training program (Master of Advanced Studies in Psychotherapy) at the University of Bern. 23.1% ($n = 6$) of the therapists reported to have conducted more than 1000 single sessions so far in their professional careers, 23.1% ($n = 6$) between 501 and 1000 sessions, 19.2% ($n = 5$) between 201 and 500, 19.2% ($n = 5$) between 51 and 200, and 15.4% ($n = 4$) between 1 and 50 sessions. The majority of therapists were female ($n = 19$, 73.1%; TAU+SR: $n = 8$, 67%, TAU+EFT: $n = 11$, 79%). The average age was 33.85 years with a range of 23 to 50 years (TAU+SR: 32.8y, TAU+EFT: 34.9y). All were Caucasian. The 26 interviewed therapists treated 54 patients (TAU+SR: $n = 26$, TAU+EFT, $n = 28$).

Interview Schedule

As usual in qualitative research (Lutz & Knox, 2014); a semistructured interview approach was preferred to allow a more comprehensive uncovering of the therapists’ unique experiences without the cost of losing uniformity across interviews (cf. DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Knox & Burkard, 2014; Smith, 2008). Based on a comprehensive literature search (Knox & Burkard, 2014; Lampropoulos,

2001; McLeod, 2013; Messer, 1992; Ramsay, 2001; Wolfe, 2001; etc.), the interview schedule was developed covering the research questions. It consisted of the following explorative questions:

- (a) How did you perceive the therapy course so far?
- (b) Did you apply Self-Regulation (SR)/ Emotion-Focused Therapy elements (EFT) in your practice? If so, how did you implement the integrated therapy elements?
- (c) Did you feel capable of implementing SR/EFT? If not, what hindered you?
- (d) Did you follow any specific strategy to transfer the new concepts, interventions, and procedures into your therapies?
- (e) Did you sometimes find yourself in a dilemma about which intervention you should choose? Please elaborate. What has guided your decision in these situations?
- (f) Did you face any challenges when integrating SR/EFT?

At the end of the interview, the therapists got the chance to make further comments. To prevent misunderstandings, the interviewers continuously paraphrased and summarized the core elements of the answers. Additionally, interviewees were assured that there were no right or wrong answers to keep response tendencies and socially desirable behavior to a minimum. Before each interview, the interviewer read the patient documentation to prepare for the conversation.

Qualitative Data Analysis

An inductive category development approach was chosen to analyze the data. This method is frequently used to extract core themes “when an existing theory or research literature on a phenomenon is limited” (Hsieh & Shannon, 2005, p. 1279). With this approach, researchers are allowed to derive content categories bottom-up instead of using pre-conceived categories in a top-down manner (Kon-dracki et al., 2002). As suggested by Mayring (2000); a multistage analytic strategy was used (for a detailed visual summary, see Figure S1 in the online supplemental materials): Once the audiotapes were transcribed word-by-word, meaning units (or thought units; Srnka & Koeszegi, 2007) were defined and applied to the transcripts. Meaning units (MU) are segments of text containing one main idea and are often considered the best targets for coding and analysis (e.g., Giorgi, 1985; Srnka &

Koeszegi, 2007). As a next step, the preliminary coding process with the development of content categories began. After coding the first ten transcripts, the emergent categories were used to organize the codes within a first draft of the category system. The working group then discussed discrepancies and partially revised the categories (taxonomy) by negotiating consensus. This process continued until data saturation, or an informational redundancy (cf. Sandelowski, 2008); was reached, and a final taxonomy could be formulated. In this case, data saturation was reached when no new categories could be generated, meaning that all new relevant information could be subsumed in an already existing category. After working through 22 transcripts (23%), the qualitative content analysis resulted in a taxonomy assumed to sufficiently represent the data material. A total of nine categories and several subcategories emerged from the coded interviews (see Table S1 in the online supplemental materials). Lastly, the coding was finalized by two undergraduates (ES and JE), who made sure that one unit was assigned to only one (sub-)category. They were blinded for the main research questions until every interview was conducted and coded.

In addition to the qualitative analysis, the absolute and relative frequency of mentioning certain aspects were calculated. To prevent inflation, the frequency was controlled for the number of interviews and patients. For example, if a therapist mentioned a particular aspect in each of the three interviews about one of his patients, the frequency was one. When analyzing therapist characteristics, the same logic was applied. Similar to Hill, Kannan, and Levitt’s labeling system (e.g., Hill et al., 1996; Kannan & Levitt, 2017), the words “few” represent 1–6 therapists, “some” to 7–12 therapists, “many” to 12–18 therapists, “most” to 19–25 therapists, and “all” to 26 therapists. The same logic was applied for the report of frequencies separated for the two therapy conditions.

Interrater Agreement

Based on 30 transcripts (31%) that were considered representative for the two conditions and the three interview time points, interrater reliability and relative agreement were calculated. On average, Cohen’s kappa was .71, while agreement was 99% across all categories. After establishing interrater reliability, consensual ratings were applied for the 30 transcripts. The other 67 transcripts were coded by one rater each. Allocation was carried out by

stratified randomization (by the number of interviews per therapist).

Results

The data derived from the interview transcripts ($N = 97$) yielded 6'924 MUs, of which 3'195 were questions and statements of the interviewers, and 1'493 contained no relevant content for further data analyses (e.g., extensive descriptions of therapy process or case formulation), leaving 2'236 MUs for analyses. In the TAU+SR-condition, the most frequently mentioned category was *positive aspects* (36.1%) followed by *negative aspects* (26.4%). In the TAU+EFT-condition, therapists most often talked about *negative aspects* (48.3%) followed by *positive aspects* (26.4%). An overview of the numbers of MUs per category and condition is listed in Table S2 in the online supplemental materials.

Due to economic reasons¹, only the following categories were analyzed further regarding their content: (a) *positive aspects*, (b) *negative aspects*, (c) *consequences for therapeutic actions*. This limitation reduced the number of analyzed MUs to 1'540. For those three categories, interrater agreement was 97%, and Cohen's kappa was $\kappa = .77$. The content analysis regarding the cross-sectional analysis showed that the data material of the three categories could be subdivided into three main content clusters: The interviewed therapists reported considering various aspects regarding (a) *patient characteristics*, (b) *therapist characteristics*, and (c) *characteristics of the new or elaborated therapy elements* during the integration process. The detailed content analysis is reported in this form for the three clusters separately. The exact numbers of the quantitative analyses for all clusters are displayed in Tables S3, S4, and S5 in the online supplemental materials. The results of the longitudinal analysis are reported in a separate chapter. Detailed information about the quantitative numbers can be found in Table S6 in the online supplemental materials.

Patient Characteristics

The qualitative content analysis showed that therapists in both treatment conditions mentioned the same crucial aspects regarding patient characteristics relevant for the integration process. Only the subspects emerging from content analyses were partially different. Regardless of their properties of fostering or hindering integration, the following

aspects were mentioned by the therapists: *therapy alliance*², *therapy motivation*, and *matching* (i.e., the degree to which the newly integrated therapy elements were matched to patient characteristics). In 24.07% of the cases, a good *therapy alliance* was seen as a necessary condition for successfully integrating SR or EFT into TAU. In total, 12 therapists (46.15%) reported that only when they consider the therapeutic alliance as good, they felt free to integrate the new therapy elements. For instance, one therapist stated:

At the beginning of the session, she [the patient] says: "I'm tired" or she talks a lot. . . . Or she says clearly, "No, that doesn't work for me." Especially when we try to do chair-work or a self-critical split. Two sessions ago—when she should act as her critical self [during a two-chair-dialogue] – she said: "I can't do that. I simply can't. And now I am very annoyed with you because you force me to do that [being critical with herself]". She attacks me [when she loses control] and criticizes me as her therapist. . . . Instead of working with the content, we then have first to broach the issue of our therapeutic alliance. (TAU+EFT, 21305_3, 9)

Most of the therapists ($n_t = 23$, 88.46%) in both conditions agreed that *therapy motivation* is another essential prerequisite. Only when the patients were motivated to open up about their problems and work on them, the therapists felt okay with integrating the new therapy elements.

The third aspect regarding the degree to which the newly integrated therapy elements were matched to patient characteristics (*matching*) was mentioned by almost every therapist in the study ($n_t = 25$, 96.15%). The following five subspects were mentioned as relevant for the integration: The therapists thought about matching the newly integrated or elaborated techniques to a) the patient's *individual goals and problems* ($n_t = 17$, 65.38%), b) the *diagnosis and severity of the disorder* ($n_t = 10$, 38.46%), c) the patient's *needs and implicit motives* ($n_t = 9$,

¹ Originally, it was planned to analyze all categories for this manuscript, but soon it became obvious that this would not be possible. Firstly, the manpower was too small to analyze all the data parallelly during the same time span. Secondly, it became clear that the amount of data would be too extensive for just one manuscript. As a consequence, the authors decided to concentrate on the categories which were either essential to answer the main research question and/or were mentioned most often by the interviewees.

² Although therapy alliance surely represents a bidirectional, dyadic concept, the therapists often reported characteristics of their patients that simplified or complicated the process of establishing a stable working alliance. Therefore, these aspects were considered a patient-specific characteristic in this context.

34.62%), d) *individual attributes* ($n_i = 21$, 80.77%) and e) *competencies* ($n_i = 24$, 92.31%). All *matching* characteristics were more frequently mentioned by therapists in TAU+EFT.

Focusing on *matching* the new therapy techniques to the *patient's needs and implicit motives*, some therapists ($n_i = 4$, 28.57%) in TAU+EFT thought that a patient's predominant need for control (compare the basic needs as formulated by Grawe, 2004)), respectively, It is meant that not only the need for control, but the fear of losing control as well, were perceived as hindering. The fear of losing control during the therapy interventions, was perceived as difficult for the integration of EFT-techniques. Because, in their opinion, EFT required a patient's willingness to immerse oneself in the process during a therapy session. A therapist said:

Yes, she [the patient] is scared to feel overwhelmed [by the activated emotions] and fears the loss of self-control. We needed to work first on that by elements from TAU and motivational clarification so that she does not feel the need for self-control or control over the situation. That is why it took some time before she could get involved with it [EFT]. (TAU+EFT, 48304_1, 19)

Interestingly, this was not the case in the TAU+SR-condition.

The patient's *individual attributes* ($n_i = 21$, 80.77%) and *competencies* ($n_i = 24$, 92.31%) were the two most often mentioned *matching* subcategories. Regarding *individual attributes*, therapists of both treatment conditions found it important to consider a patient's *style of processing* when integrating. Especially, a cognitive-rationally structured mindset seemed to be an important aspect. In the TAU+EFT-condition, many therapists ($n_i = 8$, 57.14%) perceived the integration process as difficult when the patient pursues a cognitive-analytical approach to problem-solving. Patients with such a trait were believed to struggle with a process-oriented, emotion-focused procedure. Even though many therapists in the TAU+SR-condition mentioned the same subaspect of *cognitive-rational processing*, they disagreed on its impact on the integration process: Some of them ($n_i = 4$, 33.33%) saw this attribute as an advantage for the integration, and a few others ($n_i = 2$, 16.67%) considered it as obstructive. This result indicates that the importance of an *individual attribute* as a facilitator or inhibitor of integration depends on various circumstances: Besides the therapy condition, the perception of cognitive-analytical processing as a strength or weakness also depended on the therapist's

understanding of the patient's case. One therapist has given this a thought during the interview:

As I see it, it [her cognitive-analytical thinking] can be both—a strength and a weakness. In my opinion, the advantage is that she understands the concepts and models very well. Nevertheless, it appears that she gets stuck with it and almost begins to ruminate. Everything remains theoretical, yet she doesn't know how to change it. . . . Instead of that, I want her to perceive her feelings. She should realize that not everything has to make sense . . . that she should be more in the moment and not care about the outcome . . . that she allows herself to make a mistake. And that's why I think these models and concepts are bittersweet in her case. They foster the dysfunctional belief that "emotions aren't allowed." (TAU+SR, 57102_1, 38-39)

Regarding *competencies*, most of the therapists of the TAU+EFT-condition ($n_i = 13$, 92.86%) reported that high ability for *introspection and self-reflection* (as part of emotional competence) simplified the integration of EFT elements into TAU. In contrast, none of the TAU+SR-therapists mentioned the importance of such competencies during their interviews.

Therapist Characteristics

Therapists reported—directly or indirectly—different personal aspects that further influenced the integration of the new and elaborated therapy elements into their home approach. Again, both favorable and obstructive aspects were mentioned by therapists of both treatment conditions. However, they could be subsumed into two main clusters on an abstract level: *Individuality* and *personal competence* (i.e., self-ascribed competence or confidence). Overall, therapists of both treatment conditions described very similar aspects regarding essential therapist characteristics.

In total, 84.62% of the therapists saw their *individuality*, like personal attitudes and preferences, to be essential for the integration process. The first main cluster of *individuality* can be subdivided into two subaspects: *personal preference* and *optimistic attitude*. If a therapy element or orientation was in line with the therapist's preferences, many therapists ($n_i = 17$, 65.38%) perceived it to increase the chance of implementation. Therefore, it could be assumed that personal preference facilitates integration. For example, one therapist mentioned that she was very interested in EFT and that this was her primary motivation to participate in the study. Furthermore, an *optimistic attitude* toward the compatibility of the newly integrated or

elaborated therapy elements and TAU was seen as crucial for successful integration. This aspect also includes other personality traits such as the *courage* to try something new and a confident and *relaxed attitude* toward their ability to integrate EFT/SR into TAU. Conversely, the therapist from both treatment conditions mentioned that self-doubt, inhibition, or feeling under pressure was unhelpful for successful integration. All aspects regarding *individuality* were much more often mentioned by therapists from the TAU+EFT-condition ($n_t = 13$, 92.86%) compared to TAU+SR ($n_t = 9$, 75%): Twelve therapists (85.71%) in the TAU+EFT-condition, compared to six (50%) in the TAU+SR-condition, mentioned the helpful aspect of an *optimistic attitude* during their interview. The *courage* to apply the newly integrated or elaborated therapy elements was mentioned to be helpful by only four therapists (33.33%) in the TAU+SR-condition compared to nine therapists (64.28%) in TAU+EFT. Additionally, most of the therapists of the TAU+EFT-condition ($n_t = 12$, 85.71%) saw a *relaxed stance* as beneficial for integration compared to only some therapists in TAU+SR ($n_t = 5$, 42.67%). Consequently, for TAU+EFT therapists, it may have been more challenging to remain relaxed, confident, and optimistic. One therapist reported:

Today, I thought to myself that I should not care about EFT and that I should just do what feels natural to me [interventions from TAU]. And then, somehow, it worked [to use EFT]. At times, I wanted so badly to fulfill the expectations of this treatment condition [TAU+EFT] that nothing worked anymore. Now I'm convinced it works [integrating TAU and EFT] if I'm relaxed and comfortable. (TAU+EFT, 34409_1, 65)

The other main cluster of self-ascribed *personal competence* comprises understanding the basic concepts of the newly integrated techniques and the confidence that comes with it. The cluster can be divided into three subaspects: a) *personal capabilities*, b) *conceptual knowledge*, and c) *practical experience*. Almost every therapist ($n_t = 24$, 92.31%) mentioned the importance of *personal competence* during the interviews. Of the 92.31%, 79.17% of therapists perceived it as helpful if they understood the underlying theory of the new therapy elements well and felt a sense of confidence in applying them (*personal capabilities* and *conceptual knowledge*). Moreover, most of them ($n_t = 24$, 92.31%_{abs}/91.67%_{rel}) stressed the importance of *practical experience* with the newly integrated or

elaborated interventions. The more they took part in training or experienced the interventions as clients in their therapies, the easier they perceived the integration process.

As soon as I knew I participated in the [Improve-] study, I visited an EFT therapist as part of my training program [self-therapy]. I thought this would be a good idea. During my own therapy, I experienced two-chair-but no empty-chair-dialogues. I think this is one of the reasons why I use fewer empty-chair-dialogues with my clients. [...] (TAU+EFT, 47103_2, 52)

She further states:

In my opinion, I found it fascinating when I couldn't continue [with the inner dialogue] or when I didn't know what to say sitting in that chair. And then suddenly, something changed. I think it gives me the confidence to know that not every dialogue has to happen smoothly. That it makes sense . . . that some processes are suddenly interrupted because this lies in the nature of the [change] process. (TAU+EFT, 47103_2, 54)

Regarding the aspects of *personal capabilities* and *conceptual knowledge*, therapists of both treatment conditions did not differ much in absolute and relative numbers. While 11 TAU+EFT-therapists (78.57%) regarded their *capabilities* (e.g., flexibility in introducing new therapy elements) as essential for the integration process, eight therapists in TAU+SR (66.67%) mentioned this aspect during their interviews. 75% in TAU+SR ($n_t = 9$) and 71.43% in TAU+EFT ($n_t = 10$) found it important to have comprehensive theoretic knowledge about the newly integrated or elaborated concepts and a profound understanding of the treatment condition they participated in (subaspect: *conceptual knowledge*). The last subaspect *practical experience* was more often reported by the therapists from TAU+SR ($n_t = 11$, 91.67%) than in TAU+EFT ($n_t = 11$, 78.57%).

Characteristics of New Therapy Elements and Their Consequences

In addition to their own and patients' characteristics, therapists considered attributes of the newly integrated (EFT) or elaborated (SR) therapy elements when integrating them into their home approach. This cluster integrates mentioned aspects about the perceived consequences of the integration process and could be subdivided into two subclusters: *consequences on therapists* and *consequences on the therapy process*. With regard to the consequences of the integration process on themselves, therapists

reported three negative—(a) *high demands*, (b) *overload of information processing system*, (c) *contradictions* between TAU and SR/EFT—and two neutral—(d) *constantly thinking about SR/EFT*, (e) *changes in therapeutic style*—aspects. Most of the therapists of TAU+EFT ($n_t = 12$, 85.71%) but none of TAU+SR perceived the integration task as highly demanding. Of those 12 TAU+EFT-therapists, ten found the process orientation and focus on emotions highly demanding. They were not used to such a procedure and therefore felt overwhelmed by the intense focus on the therapy process. For example:

[...] EFT needs much energy. Especially in the evening, if he [patient] is my seventh or eighth patient in a day, it takes a lot from me to follow him [empathically]. In this case, TAU is easier [for me]. It is easier for me to rationalize than to follow emotions. I then have to remind myself not to choose the easier road. (TAU+EFT, 50004_2, 56)

Furthermore, many therapists of TAU+EFT ($n_t = 7$, 50%) mentioned an overload of their information processing systems, of which three therapists attributed it to the constant switching between TAU and EFT. In the TAU+SR-condition, only some therapists ($n_t = 5$, 41.67%) mentioned such an overload during their interviews. Interestingly, only a few therapists from TAU+EFT ($n_t = 3$, 21.43%) but most TAU+SR-therapists ($n_t = 11$, 91.67%) reported no overload of the information processing system.

As for the neutral subspect *changes in therapeutic style*, many therapists in both treatment conditions (TAU+EFT: $n_t = 9$, 64.28%; TAU+SR: $n_t = 7$, 58.33%) perceived a change in their therapeutic style caused by the integration of the new therapy elements. For instance, one therapist felt this change had an impact on her feelings of being stressed and under pressure during the sessions:

I don't think so much anymore, whether to choose TAU or EFT. I like the EFT approach a lot. Meanwhile, it appears to me that I've integrated it into my therapeutic style. Somehow, I got the feeling that it is now an important part of my work. (TAU+EFT, 52804_2, 28)

Concerning the second subcluster of *consequences on the therapy process*, five aspects were mentioned during the interviews. Three of them were perceived as positive or neutral by the therapists (i.e., a) *complementarity of SR/EFT and TAU*, b) *higher individualization*, c) *no disadvantages*), and two of them as negative (i.e., d) *neglect of other change mechanisms*, e) *restricted repertoire of*

therapy interventions). If therapists perceived the new or elaborated therapy elements compatible with TAU, it was considered helpful for the integration process. Most of the therapists in both conditions stressed the importance of the complementarity of the two approaches (TAU+SR: $n_t = 9$, 75%; TAU+EFT: $n_t = 11$, 78.57%). Especially in TAU+EFT, therapists ($N_t = 10$, 71.43%, compared to $N_t = 6$, 50% in TAU+SR) reported difficulties reconciling the two approaches because some aspects were contradictory (e.g., preparations for the therapy sessions vs. process-orientation). Nevertheless, such contradictions were also seen as an advantage because they added new opportunities to TAU. In the end, therapists from both conditions reported having gained flexibility and a bigger repertoire of interventions and, therefore, new therapeutic possibilities. As for example, the possibility for *higher treatment individualization* was mentioned by some therapists in both conditions (TAU+SR: $n_t = 3$, 25%; TAU+EFT: $n_t = 4$, 28.57%).

In total, 69.23% ($n_t = 18$) of the therapists did not perceive any disadvantages the integration had on the therapy process (*no disadvantages*). Yet, the percentage was larger in the TAU+SR-condition with 75% ($n_t = 9$) as opposed to 64.28% in the TAU+EFT-condition ($n_t = 9$). Still, most therapists in TAU+SR ($n_t = 10$, 83.33%) saw the focus on the integrated techniques as hindering for a flexible therapeutic procedure (*restricted repertoire of therapy interventions*). They reported feeling restricted in their choice of therapy interventions because of the guidelines for implementing self-regulation techniques. Meanwhile, only a few therapists in TAU+EFT ($n_t = 2$, 14.28%) felt this way. Even though they did not mention a restricted focus on a selection of therapy interventions, they felt like they have neglected other change mechanisms on a more general level. In fact, five therapists from TAU+EFT (35.71%), compared to one therapist in TAU+SR (8.33%), described that they neglected major change mechanisms (especially resource activation and problem mastery) because they intended to prioritize EFT (*neglect of other change mechanisms*). In their opinion, EFT, with the main focus on problem activation and clarification, contradicts problem mastery and resource activation. One therapist stated:

[...] I got the impression that in this treatment condition—where I intend to focus on EFT—resource activation is less often used than in the Bernese tradition [TAU]. I rather concentrate on the emotions than

focusing on the resources. Therefore, I think I neglect the resources. . . . (TAU+EFT, 47803_1, 5)

Interestingly, these five therapists did not mention the criticism of neglecting other change mechanisms in all of their therapies. This could lead to the conclusion that the perception of an incomplete repertoire of therapeutic interventions depends more on patient variables and situational factors than on the integrated techniques. Otherwise, the therapists would have mentioned such a reservation in the interviews on each of their three cases.

Longitudinal Analyses

To register any changes regarding the integration process with advancing experience with the integrated techniques, a separate content analysis was performed with all cases on whom two or more interviews were conducted. In total, 30 cases (55.5%) with two (31.5%) or three (24.1%) interviews were available (with 19 [73%] of the 26 therapists). Divided into the two study conditions, in TAU+SR 16 cases with nine therapists, and in TAU+EFT, 14 cases with ten therapists could be further analyzed. As a result, the content could be divided into seven categories: a) *gained safety regarding application*, b) *increase in flexibility*, c) *recognition of limits and possibilities of the new therapy elements*, d) *change of attention focus* (more directed toward the new therapy elements), e) *individualization of the new therapy elements*, f) *less pressure of the study*, and g) *better adaptation of patients*. These categories were mentioned by therapists of both treatment conditions, except for the last category, which was only mentioned in TAU+EFT.

In TAU+SR, the three most mentioned categories were *increase in flexibility* ($n_t = 8$, 88.89%), *gained safety* ($n_t = 6$, 66.67%) regarding the application of the new therapy elements, and *less pressure of the study* ($n_t = 5$, 55.56%). In TAU+EFT, on the other hand, five categories were mentioned with the same frequency (60% of therapists, $n_t = 6$). In addition to the three most mentioned categories in TAU+SR, the *recognition of limits and possibilities* and *better adaptation of patients* regarding the new therapy elements seemed to be important changes in the perception of the therapists. While most therapists in TAU+SR ($n_t = 8$, 88.89%) seemed to gain more flexibility over the course of their therapies, 29% fewer TAU+EFT-therapists reported such a gain. Furthermore, only some therapists ($n_t = 4$, 44.44%) in TAU+SR, compared to many therapists ($n_t = 6$,

60%) in TAU+EFT, reported limits or possibilities of the new therapy elements. One therapist stated:

[...] Yes, depending on what problem we are working on, EFT or TAU is better suited. [...] Until the 8th session, I felt that EFT was the magic cure and that I needed to apply it [EFT elements], but I wasn't very good at it. Now, I don't really want that anymore (always work with EFT). I can now decide when I want to use it, and then I'm ready to resonate emotionally [...], and when I just want to work on something concrete. (TAU+EFT, 34409_2, 38)

Another therapist highlighted another aspect:

[...] I believe that with more experience [regarding the application of EFT], I can overcome the [patient's] resistance more easily. And yet, I would say that some of it is simply up to the patient. When a patient doesn't want to take part in it, he doesn't want it. I notice this [that patients do not want to participate in certain interventions] more with EFT than cognitive work. (TAU+EFT, 48705_3, 37)

At the same time, many therapists ($n_t = 6$, 60%) in TAU+EFT, as compared to none in TAU+SR, reported that their patients adapted to the new therapy elements and got used to it over the course of therapy.

Lastly, many TAU+EFT-therapists ($n_t = 5$, 50%), compared to only few TAU+SR-therapists ($n_t = 2$, 22.22%), reported an individualization of the new therapy elements. That is, they modified the EFT interventions, especially the chair dialogues, in favor of patient needs and characteristics: One therapist asked her patient to prepare a letter with the self-critical voice to introduce work on the inner dialogue, while two others conducted an empty-chair-dialogue without actually using chairs because patients felt uncomfortable and intimidated or got distracted.

Discussion

The goal of the present study was to shed light on the assimilative integration process, whereby the interest was on the benefits novice therapists perceived and the challenges they had to overcome when integrating new therapy techniques. Further, we were interested if they report changes over time. Therapists either integrated techniques from EFT or SR into their home approach, which constitutes Psychological Therapy, a CBT-based integrative treatment approach. To understand therapists' unique experiences, repeated half-standardized interviews were carried out and analyzed with qualitative content analysis according to Mayring (2000). By investigating two different add-ons, it became possible to compare therapists'

experiences regarding the integration process. The results highlighted various aspects that therapists took, implicitly or explicitly, into consideration to manage the process of integrating new techniques into their home approach.

Patient Characteristics

The majority of the interviewed therapists found it important to match the new techniques to the patient's goals, problems, needs, individual attributes, and competencies when applying them. They further expressed the conviction that assimilative integration was more difficult to perform when patient motivation or therapeutic alliance was not satisfactory. The results give the impression that especially therapists of the TAU+EFT-condition reflected deeply on how and when to apply the newly integrated therapy elements. By doing so, they seemed to be more concerned with the possible consequences on the therapy alliance or patient motivation and, therefore, possibly mentioned such considerations more frequently in the interviews (due to higher salience). The longitudinal analyses revealed an interesting aspect regarding therapy alliance, indicating a bidirectional relationship between therapeutic alliance and the implementation of assimilative integration: If the new therapy techniques were modified and individualized in respect to a patient's characteristics (e.g., giving home-work to subtly introduce the patient to the therapeutic work using the inner dialogue, or adjusting the technique of chair-dialogue to make the patient feel comfortable), they did help strengthen the therapeutic relationship or at least prevent alliance ruptures (see Muran et al., 2021). Interestingly, the results also pointed to another important issue with regard to individualizing the newly integrated therapy techniques. By flexibly applying therapy techniques from other orientations, therapists can provide new learning opportunities and disconfirm patients' negative expectations and dysfunctional schemes (e.g., avoidance of vulnerability), as suggested by Muran and Safran (2002).

Furthermore, the characteristics of the newly integrated therapy elements seem to impact therapists' perceptions of a patient's attributes. Identical aspects were mentioned as both conducive and impeding for integration at the same time, mediated by the treatment condition (e.g., the capacity for rational-analytical thinking). To sum up, the findings mentioned above highlight the importance of the context in order for new interventions to be

integrated. They stress the interactional dynamic of the therapy process (i.e., the interaction of patient characteristics with intervention strategies, as well as with therapist characteristics) fitting perfectly to the core aspects of assimilative integration as described by Messer (2001).

Therapist Characteristics

In respect to therapists' characteristics, particularly the personal preference for a therapy orientation and an optimistic attitude toward one's capability of mastering the new therapy element in the context of the originally trained approach were reported to have had a substantial influence on the integration process. Further, therapists of both treatment conditions understood their competence and conceptual knowledge as crucial for successful integration. The results give the impression that the integration task triggers a reflection process about their personal capabilities. Naturally, with learning and applying new therapy techniques, insecurities appear. This phase of insecurity in the development of an integrative therapist is referred to as the Adherence Phase by Rihacek and Danelova (2016) and has been described by several authors (viz., Bischoff et al., 2002; Ronnestad & Skovholt, 2003). Based on our findings, the conclusion can be drawn that relatively inexperienced therapists are thrown back into the Adherence Phase when confronted with new therapy techniques. Subsequently, therapists seemed eager to gain conceptual knowledge and practical experience, which simplified integrating the new therapy elements into the home approach. Similarly, most therapists perceived an increase in implementing the newly integrated techniques if they were in line with the therapist's preferences. In our study, this may have been related to the fact that therapists were allowed to decide on their preferred addition to their home approach. Rihacek et al. (2012) found similar results in their qualitative interview study with experienced therapists. They described the development of an integrative stance as a way to personal autonomy, whereby congruence was an important criterion. The authors describe congruence as "a level of accordance between a specific concept, technique, or a whole therapeutic approach [...] and personal characteristics of a therapist (preferences, beliefs, implicit theories, etc.)" (Rihacek et al., 2012, p. 562). The findings suggest that similar aspects are important for inexperienced and experienced therapists when striving for an integrative stance.

Characteristics of New Therapy Elements and Their Consequences

The findings support the common belief that with the addition of new therapy elements—at least temporarily—other components of the existing approach are neglected. This phase of integration is also described by Norcross (2005); who adapted Werner's (1948; Werner & Kaplan, 1963) organismic-developmental theory to the context of psychotherapy integration. According to this theory, in the second developmental stage, an integrative therapist focuses on specific components within the whole approach and is thereby threatened to lose the big picture. This seems to apply to the relatively inexperienced therapists in this study, although they have already been used to an integrative thinking style as part of their home approach. Yet, while gaining flexibility in the application of the new techniques, the majority of therapists moved to a more integrated stage over the course of the study.

Our findings further suggest that the complementarity and novelty of the integrated techniques play a crucial role for the integration process. It can be assumed that with techniques more foreign to the home approach—in this case, the integration of EFT elements—an integration is more challenging for therapists, even when they are already familiar with assimilative integration. The therapists in the TAU+EFT-condition reported in approximately one third of the cases contradictions between the two approaches and, therefore, felt like they had to choose between the two approaches resulting in constant alternation between them. In contrast to the findings of McCarthy et al. (2016) and Solomonov et al. (2016); in our sample, therapists of the TAU+EFT-condition were asked to integrate techniques from an experiential or “exploratory” orientation into a mostly cognitive-behavioral, “directive” home approach (Solomonov et al., 2016); resulting in a greater challenge not only on a technical but theoretical level as well. Many TAU+EFT therapists mentioned having been concerned with the possibilities and limitations of the newly integrated therapy elements on a conceptual and practical level over the course of the interviews. The assumption of greater perceived divergence between TAU and the EFT elements is further reflected by the fact that only a few of the TAU+EFT-therapists, but the vast majority of the TAU+SR-therapists reported no overload regarding their information processing capacities. Even though they reported gaining safety and flexibility in applying the EFT techniques,

especially the gain in flexibility was less often mentioned by TAU+EFT-therapists than TAU+SR-therapists. Interestingly, the study of adherence regarding the implementation of the therapy conditions (based on 20% of the therapy cases) showed that the treatment conditions only differed in a small proportion (TAU+SR: 18.78% SR-, as opposed to .4% EFT-interventions; TAU+EFT: 24.33% EFT-, .10% SR-interventions; for a detailed description of the procedure and results, see Babl et al. [2018]). Consequently, although the two treatment conditions did not differ immensely (see also Ablon & Jones, 2002), the internal debate on a technical and theoretical level seemed greater with therapists from TAU+EFT. This finding is rather striking and leaves room for further investigation.

Nevertheless, it appears that the challenges have their advantages: The TAU+EFT-therapists report slightly more benefits. They reported having a more extensive repertoire of therapy interventions, leading to a greater individualization of the therapeutic procedure. Throughout the therapies, half of the TAU+EFT-therapists reported having internalized the concepts of the new techniques enabling a more individualized and flexible application. Differently put, they were able to enrich their theoretical and technical “toolbox” (see, e.g., Chen et al., 2020). Without explicitly knowing it, they proved flexibility and competence in applying those new therapy elements, which is considered the core aspect of assimilative integration (Messer, 1992). Therapists, although relatively inexperienced, designed the integration process in such a way that they were not only interested in applying as many interventions from different therapeutic directions as possible. Instead, they were always careful to apply them in a way in which they suited the therapy phase (e.g., the establishment of a therapy alliance) and the patient characteristics (needs, individual attributes, therapy motivation, etc.), even if that meant to forego the opportunity to apply the new techniques (cf. the therapists' quotes, for example, 21305_3, 9 and 48304_1, 19).

Overall, the findings suggest that the therapeutic style seems to evolve and change with increasing experience with the integration of the new therapy techniques in the three study therapies. Especially, the therapists of TAU+EFT had to overcome the perceived contradictions of two different therapeutic stances (experiential vs. Cognitive-behavioral),

which in turn fostered the effect of the accommodative counterpart (i.e., adapting the home approach to reach a better fit between the new and established approach) to assimilative integration (see Messer, 2001; Wolfe, 2001). As stated by Rihacek and Danelova (2016); the encountering of new therapy elements can lead to critical incidents (Howard et al., 2006) and thereby function as triggers that cause practitioners to reach a higher level within the development to an integrative therapist.

Lastly, it seems important to address the finding that some therapists felt restricted in their choice of therapy interventions. As mentioned, therapists were not forced to follow a strict manual, why this result was unexpected. Although never communicated in this way, some therapists had the misconception of a “pure” EFT and SR treatment condition at the beginning of the RCT. One of the main reasons was that in supervision the EFT- and SR-supervisors focused on the techniques of “their” therapy orientation leading to an attention bias and fostering the misunderstanding of a “pure” treatment condition. Gladly, this changed throughout therapies, with a high proportion of therapists having reported less pressure regarding the requirements of the RCT.

Strengths and Limitations

Of course, there are several strengths and weaknesses associated with the current study. Focusing on the therapist’s perception of assimilative integration offers a new and more differentiated understanding of the integration process itself. Furthermore, it is the first study that compares the integration process in two experimental study conditions of a RCT over the course of multiple therapies. However, it has to be conceded that the current depiction of an integrative development is an imperfect representation of a highly complex process. The methodology of our analyses can be considered as sound, as it follows a structured and transparent procedure (e.g., following the guidelines & recommendations of Knox & Burkard, 2009; Srnka & Koeszegi, 2007). Many precautions have been taken to increase the credibility and trustworthiness of the results (see Williams & Morrow, 2009). Likewise, the substantial sample size of this study can be considered unique in qualitative research. Although this study is based on retrospective data, the interviews

were conducted several times throughout one therapy to minimize memory bias. Nevertheless, it could be argued that describing therapists’ interpretations of their personal and professional development left space for constructive memory processes (Neusar, 2014). Still, this study explicitly focused on the personal interpretations to gain more detailed information on the therapists’ perspective instead of finding out how the integration process objectively unfolded. An elaborate procedure maximizing the validity of therapists’ reconstruction of what happened in their minds during therapy sessions as used and described by Caspar (1997) would not have been realizable in this project in terms of research resources and therapist motivation.

A further limitation considers the bias through the wording of the interview questions. Due to organizational reasons, interviewers were split across the two treatment conditions, resulting in a potential confounding variable (i.e., by influencing the answers with a personal interview style, see Patihis & Loftus, 2016). Although it was tried to control for this confounder by organizing regular group meetings, this limitation should undoubtedly be taken into consideration. The fact that in both treatment conditions, the same categories and aspects were found through the qualitative analysis weakens this limitation. Nevertheless, response tendencies due to social desirability, in general, can never be fully excluded in an interview study.

On a more abstract level, a further limitation concerns the generalizability of the results. Although CBT was the predominant therapy orientation of TAU and the integration of SR and EFT was new to the therapists, it has to be mentioned as a special circumstance that they were already trained in assimilative integration. It would be interesting for a replication study to be executed in an even more naturalistic setting, without the guidelines of the RCT (e.g., restriction of number of sessions and treatment conditions), investigating the integration process of novice therapists who are not used to assimilative integration. Furthermore, future studies need to investigate integrating other techniques into different treatment modalities to test the generalizability of the present findings, for example integrating techniques from EFT versus sensorimotor psychotherapy (Ogden & Fisher, 2016) into psychodynamic therapy.

Clinical Implications

It is crucial to investigate psychotherapy integration from different perspectives. By better understanding the involved processes, therapists can be supported on their way to integrative practice. Although a wide variety of high-quality literature has already been published, the meaning and challenges for the individual therapist have often been ignored. Especially when psychotherapy integration is viewed as an open-ended process, guidelines to lead these processes will provide orientation and control over the integration, especially for less experienced therapists. This study showed that learning and integrating techniques from foreign therapy orientations (e.g., experiential techniques) comes with challenges and potential struggles but, in the end, serves the purpose of assimilative integration and supports responsiveness. For therapists, important aspects that should be taken into consideration for the integration of additional therapy elements are the fit of the potential new technique to their preferences and the characteristics of the patient (e.g., goals, individual attributes, competencies). Additionally, potential consequences of the integration for the therapy alliance should be examined. Inevitably, the results show the importance of responsiveness and therapist flexibility not only regarding the use of a diverse set of therapy techniques (technical flexibility, so to speak) but also regarding the capacity to choose them appropriately ("relational flexibility"; see Muran & Safran, 2002). To guarantee a successful integration, therapists should engage in theoretical and practical experience and be open to accommodative changes to their home approach and therapeutic style.

References

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775–783. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes *Psychotherapy: Theory, Research*, 43(2), 216–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.216>
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Albrecht, A.-M., Eberle, D., Stähli, A., Heer, S., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2018). *Adherence to new elements in integrative psychotherapies* [Unpublished manuscript].
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, A., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., & Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: Investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>
- Bischoff, R. J., Barton, M., Thober, J., & Hawley, R. (2002). Events and experiences impacting the development of clinical self confidence: A study of the first year of client contact. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 371–382. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01193.x>
- Boswell, J. F., Nelson, D. L., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2010). Competency in integrative psychotherapy: Perspectives on training and supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 47(1), 3–11. <https://doi.org/10.1037/a0018848>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41–84). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50032-9>
- Caspar, F. (1997). What goes on in a therapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105–125. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>
- Caspar, F. (2009). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3rd ed., pp. 214–225). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79541-4_12
- Caspar, F. (2016). Selbstregulation. [Self regulation] In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Eds.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (pp. 245–255). Elsevier.
- Caspar, F. (2019). Plan analysis and the motive-oriented therapeutic relationship: Tailoring psychotherapy to the individual client. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders* (pp. 265–288). Elsevier; <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00014-X>
- Caspar, F., & Grawe, K. (1989). Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie [Moving away from method monism in psychotherapy]. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 11(3), 6–19.
- Caspar, F., & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozess? [Psychotherapy: Application of methods or a heuristic integrative process?]. *Report Psychologie*, 7, 10–22.
- Castonguay, L. G. (2005). Training issues in psychotherapy integration: A commentary. *Journal*

- of *Psychotherapy Integration*, 15(4), 384–391. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.384>
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Castonguay, L. G., Reid, J. J., Halperin, G., & Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy integration. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (Vol. 8, pp. 327–345). Wiley. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0813>
- Chen, R., Rafaeli, E., Ziv-Beiman, S., Bar-Kalifa, E., Solomonov, N., Barber, J. P., Peri, T., & Atzil-Slonim, D. (2020). Therapeutic technique diversity is linked to quality of working alliance and client functioning following alliance ruptures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 844–858. <https://doi.org/10.1037/ccp0000490>
- Consoli, A. J., & Jester, C. M. (2005). A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 358–373. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.358>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P., & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 47(2), 260–267. <https://doi.org/10.1037/a0019788>
- Dicicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1982). *Mind over machine*. Free Press.
- Finnerty, M., & McLeod, J. (2019). A qualitative study of the principles that self-defined integrative therapists in Ireland perceive as underpinning their practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 345–358. <https://doi.org/10.1037/int0000128>
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict, and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 374–383. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.374>
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Hogrefe & Huber.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H., & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten [Schematheory-based case conceptualization and treatment planning. A guide for therapists]. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische problemanalyse* (pp. 189–224). dgvt-Verlag.
- Greenberg, L. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3–16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10447-000>
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.2.210>
- Hayes, A. M. (2000). Integrative therapy and training: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 283–286. <https://doi.org/10.1023/A:1009449013082>
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207–217. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207>
- Howard, E. E., Inman, A. G., & Altman, A. N. (2006). Critical incidents among novice counselor trainees. *Counselor Education and Supervision*, 46(2), 88–102. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2006.tb00015.x>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Itten, S., Tröskén, A., & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel [Case conceptualization and treatment planning in “Psychological Therapy”: A case study]. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 36(1), 23–40.
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2017). Self-criticism in therapist training: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 201–214. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090036>
- Knox, S., & Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 566–575. <https://doi.org/10.1080/10503300.802702105>
- Knox, S., & Burkard, A. W. (2014). Qualitative research interviews: An update. In W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203386071-21>
- Kondracki, N. L., Wellman, N. S., & Amundson, D. R. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of*

- Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224–230. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60097-3](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60097-3)
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 5–19. <https://doi.org/10.1023/A:1026672807119>
- Lampropoulos, G. K. (2006). The next generation of SEPI: Integrationists from the “get-go”. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.16.1.1>
- Lutz, W., & Knox, S. (2014). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: introduction. In W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203386071-1>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Article 20. Retrieved August 2, 2019, from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 26(3), 307–317. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.973921>
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 49–84). Wiley.
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic apy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130–165). Basic Books.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1–4. <https://doi.org/10.1023/A:1026619423048>
- Messer, S. B. (2019). My journey through psychotherapy integration by twists and turns. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 73–83. <https://doi.org/10.1037/int0000159>
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (2002). A relational approach to psychotherapy: Resolving ruptures in the therapeutic alliance. In F. W. Kaslow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (pp. 253–281). Wiley and Sons.
- Muran, J. C., Eubanks, C. F., & Samstag, L. W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to “Rupture Repair in Practice”. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 361–368. <https://doi.org/10.1002/jclp.23105>
- Neusar, A. (2014). To trust or not to trust? Interpretations in qualitative research. *Human Affairs*, 24(2), 178–188. <https://doi.org/10.2478/s13374-014-0218-9>
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 3–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0001>
- Ogden, P., & Fisher, J. (2016). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment*. Norton.
- Patihis, L., & Loftus, E. F. (2016). Crashing memory 2.0: False memories in adults for an upsetting childhood event. *Applied Cognitive Psychology*, 30(1), 41–50. <https://doi.org/10.1002/acp.3165>
- Ramsay, R. J. (2001). The clinical challenges of assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 21–42. <https://doi.org/10.1023/A:1026624923957>
- Rihacek, T., & Danelova, E. (2016). The journey of an integrationist: A grounded theory analysis. *Psychotherapy. Theory, Research, & Practice*, 53(1), 78–89. <https://doi.org/10.1037/pst0000040>
- Rihacek, T., Danelova, E., & Cermak, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research*, 22(5), 556–569. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.688883>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Sandelowski, M. (2008). Theoretical saturation. In L. M. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (Vol. 2, pp. 875–876). Sage.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed.). Sage.
- Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2016). What do psychotherapy experts actually do in their sessions? An analysis of psychotherapy integration in prototypical demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 202–216. <https://doi.org/10.1037/int0000021>
- Sotskova, A., Carey, T., & Mak, B. (2016). Applying Goldfried's concept of assimilative psychotherapy integration: The process of synthesizing existential and cognitive behavioral therapy models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 36–48. <https://doi.org/10.1037/a0040040>
- Srnka, K. J., & Koeszegi, S. T. (2007). From words to numbers: How to transform qualitative data into meaningful quantitative results. *Schmalenbach Business Review*, 59(1), 29–57. <https://doi.org/10.1007/BF03396741>
- Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. Follett.

- Werner, H., & Kaplan, B. (1963). *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*. Wiley.
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 576–582. <https://doi.org/10.1080/10503300802702113>
- Wolfe, B. E. (2001). A message to assimilative integrationists: It's time to become accommodative integrationists: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 123–131. <https://doi.org/10.1023/A:1026637226683>
- Received June 24, 2020
Revision received May 4, 2021
Accepted May 24, 2021 ■

3) Studie II – veröffentlichtes *Supplemental Material*:

Supplementary material belonging to:

**How do Novice Therapists Manage the Process of Assimilative Integration?
A Qualitative Interview Study About the Application of Implicit Heuristics**

A. Supplementary Tables

Table 1

Category system emerged from Mayring's qualitative content analysis

<i>Categories</i>	<i>Codes</i>	<i>Subcodes</i>
1. questions and statements of the interviewer		
2. positive aspects regarding ...	a. surrounding conditions; e.g., the determined number of sessions b. study c. supervision d. additional training in EFT/SR e. newly integrated therapy elements f. patient characteristics g. therapist characteristics	g1. confidence in applying newly integrated therapy elements g2. experience as a therapist g3. personal preferences g4. other
3. negative aspects regarding ...	h. other a. surrounding conditions; e.g., the determined number of sessions b. study c. supervision	

	d. additional training in EFT/SR e. newly integrated therapy elements f. patient characteristics g. therapist characteristics	- g1. confidence in applying newly integrated therapy elements - g2. experience as a therapist - g3. personal preferences - g4. other
	h. other	
4. decisions during the therapy sessions	a. towards new therapy elements b. against new therapy elements c. towards a process-oriented proceeding	
5. thoughts on the therapy session	a. preparation/reflection on the procedure b. plans/intentions for the sessions	
6. thoughts on integration	a. thoughts/reflection on new therapy element b. thoughts/opinion on the integration of new therapy elements	
7. consequences for therapeutic actions (e.g., spill-over-effect)		
8. no relevant content		
9. ambiguous statements		

Note. Every meaning unit coded for the category “ambiguous statements” was discussed amongst the coders to reach a consensus on the “right” category. When consensus was reached, the meaning unit was recoded.

Table 2*Number of coded meaning units (MUs) for each category and condition*

Categories	therapy conditions		total
	TAU+SR	TAU+EFT	
	n (%)	n (%)	n (%)
<i>positive aspects</i>	402 (36.1)	297 (26.4)	699 (31.3)
<i>negative aspects</i>	294 (26.4)	542 (48.3)	836 (37.4)
decisions during the therapy session	176 (15.8)	101 (9.0)	277 (12.4)
thoughts on the therapy sessions	49 (4.4)	38 (3.4)	87 (3.9)
thoughts on integration	60 (5.4)	79 (7.0)	139 (6.2)
<i>consequences for therapeutic actions</i>	132 (11.9)	66 (5.9)	198 (8.8)
	1'113	1'123	2'236

Note. The categories «questions and statements of the interviewer» and «no relevant content» were not included in the table because they were not relevant for further analyses. Results on the categories in italics are reported in this paper. n = absolute frequency of coded MU; % = relative frequency of coded MU, which is the absolute frequency divided by the total number of MUs per column.

Table 3*Patient characteristics*

Relevant patient characteristics for integrating new (EFT) or elaborated (SR) therapy elements, as mentioned by therapists of both treatment conditions.

	TAU+SR				TAU+EFT				total sample			
	(N _c = 26, N _t = 12)				(N _c = 28, N _t = 14)				(N _c = 54, N _t = 26)			
	cases		therapists		cases		therapists		cases		therapists	
	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%
therapy alliance	6	23.08	5 (some)	41.67	7	25	7 (many)	50	13	24.07	12 (some)	46.15
therapy motivation	11	42.30	10 (most)	83.33	22	78.57	13 (most)	92.86	33	61.11	23 (most)	88.46
willingness to engage	5	19.23	4 (some)	33.33	16	57.14	12 (most)	85.71	23	42.59	16 (many)	61.54
- critical stance	0	0	0	0	3	10.71	3 (few)	21.42	-	-	-	-
matching of new therapy elements and	21	80.77	11 (most)	91.67	27	96.43	14 (all)	100	48	88.89	25 (most)	96.15
goals / problems	9	34.62	6 (many)	50	14	50	11 (most)	78.57	23	42.59	17 (many)	65.38
diagnostics	4	15.38	3 (some)	25	7	25	7 (many)	50	11	20.37	10 (some)	38.46
needs and motives	3	11.54	3 (some)	25	6	21.43	6 (some)	42.86	9	16.67	9 (some)	34.62
individual attributes	14	53.85	9 (most)	75	16	57.14	12 (most)	85.71	30	55.56	21 (most)	80.77
- cognitive-rational orientation	6	23.07	6 (many)	50	8	28.57	8 (many)	57.14	14	25.93	14 (many)	53.85

- control over feelings	0	0	0	0	9	32.14	8 many	57.14	-	-	-	-
competencies	15	57.69	11 (most)	91.67	22	78.57	13 (most)	92.86	37	68.52	24 (most)	92.31
- cognitive abilities	15	57.69	11 (most)	91.67	9	32.14	7 (many)	50	24	44.44	18 (many)	69.23
- emotional competence	0	0	0	0	21	75	13 (most)	92.86	-	-	-	-

Note. N_c = number of cases, N_t = number of therapists, abbr. = abbreviation for the referring words describing the frequency according to Hill et al. (1996), TAU+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, TAU+ EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy.

Table 4*Therapist characteristics*

Conducive or impeding therapist characteristics for integrating the new (EFT) or elaborated (SR) therapy elements, as mentioned by therapists of both treatment conditions.

		TAU+SR				TAU+EFT				total sample					
		(N _c = 26, N _t = 12)				(N _c = 28, N _t = 14)				(N _c = 54, N _t = 26)					
		cases		therapists		cases		therapists		cases		therapists			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	% _{rel}	n	%	% _{rel}
		(abbr.)				(abbr.)				(abbr.)					
individuality		19	73.07	9	75	23	82.14	13	92.86	42	77.78	-	22	84.62	-
		(most)				(most)				(most)					
personal	14	53.85	7	58.33	13	46.43	10	71.43	27	50	64.28	17	65.38	77.27	
preferences	(many)				(most)				(many)						
optimistic attitude	9	34.62	6	50	21	75	12	85.71	30	55.56	71.43	18	69.23	81.81	
	(many)				(most)				(many)						
- courage	7	26.92	4	33.33	13	46.43	9	64.28	20	37.01	66.67	13	50	72.22	
	(some)				(many)				(many)						
- relaxed stance	6	23.08	5	41.67	18	64.28	12	85.71	24	44.44	80	17	65.38	94.44	
	(some)				(most)				(many)						
personal competence	23	88.46	11	91.67	25	96.15	13	92.86	48	88.88	-	24	92.31	-	
(confidence)	(most)				(most)				(most)						

	TAU+SR				TAU+EFT				total sample					
	$(N_c = 26, N_t = 12)$				$(N_c = 28, N_t = 14)$				$(N_c = 54, N_t = 26)$					
	cases		therapists		cases		therapists		cases			therapists		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	% _{rel}	n	%	% _{rel}
	(abbr.)				(abbr.)				(abbr.)					
personal capabilities	14	53.85	8	66.67	20	71.43	11	78.57	34	62.96	70.83	19	73.08	79.17
	(many)				(most)				(most)					
conceptual knowledge	17	65.38	9	75	15	53.57	10	71.43	32	59.26	66.67	19	73.08	79.17
	(most)				(most)				(most)					
practical experience	20	76.92	11	91.67	18	64.28	11	78.57	38	70.37	79.16	22	84.61	91.67
	(most)				(most)				(most)					

Note. N_c = number of cases, N_t = number of therapists, abbr. = abbreviation for the referring words describing the frequency according to Hill et al. (1996), TAU+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, TAU+ EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy, %_{rel} = relative frequency in relation to the next higher category.

Table 5*Characteristics of newly integrated therapy elements and their consequences*

Characteristics of the newly integrated (EFT) or elaborated (SR) therapy elements and their consequences on the integration into TAU, as perceived by therapists of both treatment conditions.

	TAU+SR ($N_c = 26$, $N_t = 12$)				TAU+EFT ($N_c = 28$, $N_t = 14$)				total sample ($N_c = 54$, $N_t = 26$)			
	cases		therapists		cases		therapists		cases		therapists	
	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%
consequences on therapists:												
high demands	0	0	0	0	22	78.57	12 (most)	85.71	-	-	-	-
because of process orientation & focus on emotions	0	0	0	0	16	57.14	10 (most)	71.43	-	-	-	-
overload of information processing	6	23.07	5 (some)	41.67	8	28.57	7 (many)	50	14	25.93	12 (some)	46.15
ongoing alternation between TAU & SR/EFT	0	0	0	0	3	10.71	3 (few)	21.43	-	-	-	-
contradictions between TAU and SR/EFT	7	26.92	6 (many)	50	14	50	10 (most)	71.43	21	38.88	16 (many)	61.54
constantly thinking about SR/EFT	16	61.54	10 (most)	83.33	5	17.86	4 (some)	28.57	21	38.89	14 (many)	53.85

	TAU+SR				TAU+EFT				total sample			
	$(N_c = 26, N_t = 12)$				$(N_c = 28, N_t = 14)$				$(N_c = 54, N_t = 26)$			
	cases		therapists		cases		therapists		cases		therapists	
	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%
changes in therapeutic style	9	34.61	7 (many)	58.33	13	46.43	9 (many)	64.28	22	40.74	16 (many)	61.54
consequences on therapy process:												
complementarity of SR/EFT and TAU	12	46.15	9 (most)	75	15	53.57	11 (most)	78.57	28	51.85	20 (most)	76.92
higher individualization	3	11.54	3 (some)	25	4	14.28	4 (some)	28.57	7	12.96	7 (some)	26.92
no disadvantages	16	61.54	9 (most)	75	12	42.86	9 (many)	64.28	28	51.85	18 (many)	69.23
neglect of other change mechanisms	1	3.85	1 (few)	8.33	9	32.14	5 (some)	35.71	10	18.52	6 (few)	23.08
restricted repertoire of therapy interventions	16	61.54	10 (most)	83.33	2	7.14	2 (few)	14.28	18	33.33	12 (some)	46.15

Note. N_c = number of cases, N_t = number of therapists, abbr. = abbreviation for the referring words describing the frequency according to Hill et al. (1996), TAU+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, TAU+ EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy.

Table 6

Longitudinal analyses over the course of the two, respectively, three interviews

Overview of changes regarding the application of the new therapeutic elements over the course of the therapies, as perceived by therapists of both treatment conditions.

	TAU+SR				TAU+EFT				total sample			
	<i>(N_c = 16, N_t = 9)</i>				<i>(N_c = 14, N_t = 10)</i>				<i>(N_c = 30, N_t = 19)</i>			
	cases		therapists		cases		therapists		cases		therapists	
	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%	n	%	n (abbr.)	%
gained safety regarding application	9	56.25	6 (many)	66.67	8	57.14	6 (many)	60	17	56.67	12 (many)	63.16
increase in flexibility	10	62.5	8 (most)	88.89	6	42.86	6 (many)	60	16	53.33	14 (most)	73.68
recognition of limits and possibilities of the new therapy elements	6	37.5	4 (some)	44.44	7	50	6 (many)	60	13	43.33	10 (many)	52.5
change of attention focus (more directed towards the new therapy elements)	5	31.25	4 (some)	44.44	5	35.71	4 (some)	40	10	33.33	8 (some)	42.11
internalization/ individualization of the new therapy elements	2	12.5	2 (few)	22.22	6	42.86	5 (many)	50	8	26.66	7 (some)	36.84
less pressure of the study	7	43.75	5 (many)	55.56	6	42.86	6 (many)	60	13	43.33	11 (many)	57.89
better adaption of patients	0	0	0 (none)	0	6	42.86	6 (many)	60	6	20	6 (some)	31.58

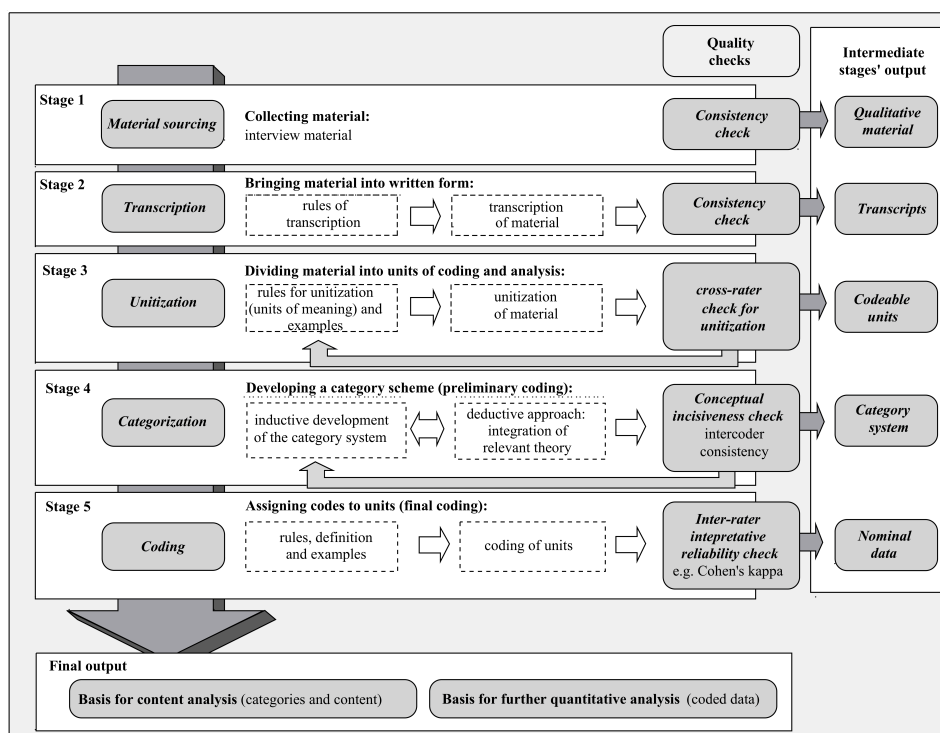
Note. *N_c* = number of cases, *N_t* = number of therapists, abbr. = abbreviation for the referring words describing the frequency according to Hill et al. (1996),

TAU+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, TAU+ EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy.

B. Supplementary Figure Captions

Figure 1

Demonstration of the qualitative analysis process



Note. The figure depicts the qualitative analysis process as followed in this study (modified from the guidelines for qualitative research by Srnka and Koeszegi (2007)).

References

- Caspar, F. (2009). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. ed., pp. 214-225). Springer.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207-217.
- Srnka, K. J., & Koeszegi, S. T. (2007). From words to numbers: How to transform qualitative data into meaningful quantitative results. *Schmalenbach Business Review*, 59(1), 29-57. <https://doi.org/10.1007/BF03396741>

4) Studie III – Manuskript:

Heer, S., Ehrental, J. C., Berger, T., Babl, A., Lin, M., Stähli, A., grosse Holtforth, M., & Caspar, F. (2021). Structural change in integrative psychotherapy and its predictive value for symptomology at follow-up. *Manuscript in preparation.*

Structural Change in Integrative Psychotherapy and Its Predictive Value for Symptomology at Follow-up

Sara Heer^{1*}, Johannes C. Ehrental², Thomas Berger¹, Anna Babl¹,
Mu Lin¹, Annabarbara Stähli¹, Martin Grosse Holtforth^{1,4}, and Franz Caspar¹

¹University of Bern

²University of Cologne

⁴University Hospital Insel, Bern

Author Note

Sara Heer, <https://orcid.org/0000-0002-9079-6561>

We have no known conflict of interest to disclosure.

Correspondence concerning this article should be addressed to Sara Heer, University of Bern, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Gesellschaftsstrasse 49, CH-3012 Bern. E-Mail: sara.heer@psy.unibe.ch

Abstract

Objective: Structural change is regarded as one of the unique features of psychodynamic-oriented therapy, whereby a central role is attributed to emotional processing. This study examines structural change in an integrative treatment approach, named Psychological Therapy (PT; Grawe, 2000). To investigate the effect of emotional processing on structural change, interventions from emotion-focused therapy (EFT) were added to PT. Further, the relationship of structural change and symptom burden during follow-up is investigated. **Methods:** Seventy-eight patients suffering from depression, anxiety, or adjustment disorder received 25 +/- 3 sessions as part of a randomized controlled trial comparing the PT+EFT treatment to an active control condition (ClinicalTrials.gov: NCT02822443). The Heidelberg Structural Change Scale (HSCS) was applied to assess structural change. Questionnaires were filled out at intake, discharge, 6- and 12-month follow-up. **Results:** 63% of patients reached higher restructuring levels at the end of treatment. In fact, 23% of all patients fulfilled the criteria for substantial structural change by Rudolf et al. (2012). Multiple regression analyses did not confirm HSCS as a predictor for long-term psychopathological symptomology. **Conclusion:** Structural change does not exclusively exist in psychodynamic-oriented therapies. Further studies are needed to better understand therapy processes, therapist and patient characteristics affecting structural change.

Keywords: structural change, HSCS, emotional processing, insight, follow-up, psychotherapy integration, randomized controlled trial

Clinical and methodological significance: To the best of our knowledge, this is the first study examining structural change in an integrative treatment approach. To formulate individual foci, a new method, without relying on the OPD system, was designed in correspond-

ence with experts from psychodynamic orientations. In terms of clinical significance, the present results indicate the importance of motivational clarification in order to foster structural change.

Structural Change in Integrative Psychotherapy and Its Predictive Value for Symptomology at Follow-up

Different therapy orientations pose different conceptions of what type of change is needed to be considered a therapy improvement, as well as “where” change is gained from. Cognitive-behavioral therapy (CBT), in its original sense, concentrates on symptom improvements and argues that change happens primarily outside of the session (via homework, e.g., repetition of exposure, applying skills, etc.) (e.g., Cooper et al., 2017). In contrast, experiential orientations proclaim that change is more associated with the processes during a therapy session (via fostering emotional and cognitive insight) (e.g., Greenberg, 2004; Shedler, 2010). The latter targets the patient’s personality (via emotional schemes, core conflicts, etc.), and therefore advocates of those therapy orientations (e.g., psychodynamic therapy) suggest that their treatments account for particularly persistent effects, and thus, manifest in more sustainable changes (Shedler, 2010). This particular form of change is often referred to as structural change. Depending on the theoretical perspective, various definitions of structure and structural change exist within psychoanalytic and psychodynamic orientations. Generally speaking, “structure” refers to a temporally stable organization of personality, as well the habitual patterns an individual implicitly adopts when facing a conflict (interpersonal or intrapsychic) (Rapaport, 1960). The psychodynamic model holds the view that the biographically grown personality represents a predisposition to developing a mental disorder. Dysfunctional characteristics hinder a person from learning the necessary skills to cope with everyday life and, when faced with challenging life changes or developmental tasks, prevent them from adapting in a functional matter (Barber et al., 2013; Rudolf et al., 2000). Structural change, or restructuring, is therefore described as the change on a deeper level of personality. Although regarded as one of the unique features of psychodynamically oriented therapy, it is suggested

that this type of change is also represented in other treatment orientations, such as expressive or supportive approaches (Wallerstein, 1988).

Various psychodynamically based rating instruments exist to capture structural change, as the Karolinska Psychodynamic Profile (Weinryb & Rössel, 1991), the Reflective Functioning Scale (Fonagy et al., 1998), or the Heidelberg Structural Change Scale (HSCS; Rudolf et al., 2000), which is based on the Operationalized Psychodynamic Diagnosis system (OPD Task Force, 2001, 2008). The HSCS is a model that stands out from this selection due to its different conceptualization. Rather than defining change as eradication of pathology (e.g., absence of vulnerabilities regarding emotional, cognitive, or behavioral patterns), the HSCS assesses a patient's ability to deal adaptively and flexibly with situations in which their vulnerabilities are triggered (Grande et al., 2009). This conception seems important as systematic studies have shown that patients remain vulnerable with respect to their central conflicts and are prone to react in a dysfunctional manner in those situations, even after the completion of a successful therapy (Leuzinger-Bohleber, 2002; Schlesinger & Robbins, 1975). The HSCS is a modified version of the Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES) (Stiles et al., 1987; Stiles et al., 1991). Both instruments follow the same approach of tracing a patient's process of how difficult experiences are acquired, integrated, and redesigned throughout treatment. The only difference is that the HSCS enables a theoretically better fit towards a psychoanalytic conceptualization of change (Grande et al., 2003). To enable assessment with the HSCS, individual problem areas (so-called foci) are determined in advance for each patient. They are most often based on the OPD, respectively OPD-2 (OPD Task Force, 2008), yet the authors stress that the HSCS can also be used independently of the OPD (Rudolf et al., 2000). As later described in detail, the HSCS distinguishes seven stages

from stage 1, where the focus problem area is warded off (i.e., the problem is entirely unconscious), to stage 7, where the focus problem is fully integrated (i.e., dealing with the problem has become natural).

To date, most studies using the HSCS to evaluate structural change were applied to data from psychodynamic therapies. In the first published study, Grande et al. (2001) showed that patients treated during 12 weeks in an inpatient-setting, moved on average one stage up on the HSCS from intake to end of treatment. Patients on the lower end of the HSCS at intake showed less favorable values regarding problem insight, therapy motivation, and emotional responsiveness. These findings could be replicated by different studies in an in- and outpatient setting (Leising et al., 2006; Schneider et al., 2006), suggesting that the HSCS is a reliable and valid instrument to measure structural change. Furthermore, Grande et al. (2003) examined whether the extent of reached cognitive and emotional insight into their central psychological problem affected the patient's ability to cope with life demands after discharge. They could show that the level on the HSCS at discharge positively correlated with progressive changes at six-month follow-up. Moreover, they hypothesized that symptomatic changes remain more stable during the follow-up phase if structural changes have occurred. Although not including follow-up assessments, Rudolf et al. (2012) could show that patients with a high level of structural change, assessed with the HSCS, showed greater symptom relief at the end of treatment. Concerning the predictive value of structural change, Grande et al. (2009) reported that the HSCS was a significant predictor of retrospective, subjective outcome evaluations conducted by the patient up to three years after treatment completion.

Even though they applied another measure, Huber et al. (2017) examined structural change in a patient sample with chronic depression comparing psychoanalytic (PA), psychodynamic (PD), and CBT. They were able to demonstrate that structural change during treatment predicted symptomatic outcomes (depressive and general psychiatric symptoms) three

years after treatment. Interestingly, no difference regarding structural change between CBT and PA/PD at a 3-year follow-up was found. In fact, Leuzinger-Bohleber et al. (2019) showed in a recent study that after one year of treatment with CBT, 24% of the patients (compared to 26% in psychodynamic treatments) experienced structural changes, although not explicitly targeted. These results lead to the question about the exclusivity of structural change to psychodynamic-oriented therapies.

The Current Study

Structural change depends largely on the patient's insight into the individual, defended, and previously imperceptible problem areas (Grande et al., 2012; Rudolf et al., 2000). Intellectual insight can create new connections at an explicit level, but only emotional insight involves implicit schema structures, emphasizing that emotional insight is crucial to the process of change (Ellis, 1963; Lane et al., 2015; Lane et al., 2020). Therefore, emotional awareness, as well as emotional processing, are discussed as an essential prerequisite to structural change (Leuzinger-Bohleber et al., 2019; Subic-Wrana et al., 2011). As the only study explicitly investigating the HSCS and emotions, Leising et al. (2006) could show that emotional variability was a significant predictor to change on the HSCS. In modern CBT approaches, emotional processing is considered a consequence of integrating new information and experiences into underlying cognitive-affective schemes but is not considered a primary goal of therapeutic work (e.g., Baker et al., 2012; Caspar, 2007; Castonguay et al., 1996). In contrast, emotion-focused therapy (EFT; Greenberg, 2004) represents a therapy orientation that includes emotional processing as the central mechanism of change. As a core principle, it particularly fosters the transformation of the cognitive-affective meaning of emotions. Emotional processing involves the activation of problem-relevant emotions and the cognitive explication of their significance and meaning (Greenberg, 2015). Several studies have proven the effectiveness of EFT (e.g., Goldman et al., 2006; Greenberg & Watson, 1998; Pos et al., 2003;

Watson et al., 2003). To date, no study has applied the HSCS in experiential therapies, like EFT.

The present study aims to investigate structural change in PT, applying the HSCS for the first time in an integrative treatment form. Since the implementation of the OPD was not intended in the present study, another way of specifying the individualized problem areas is introduced. To test if explicitly fostering emotional processing, and therefore cognitive and emotional insight, helps to reach additional structural change, EFT elements are added to Psychological Therapy (PT; Grawe, 2000) in one treatment arm, resulting in the comparison of two treatment conditions (PT+EFT and an active control condition). Lastly, in line with the findings of Huber et al. (2017) and Rudolf et al. (2012), we were interested in the predictive value of structural change regarding symptom load after six and twelve month follow-up. In accordance with the theoretical derivation and research findings presented earlier, the following research questions and hypotheses are formulated:

(1) Does structural change, measured with the HSCS, occur in PT? Does the targeted promotion of emotional processing create incremental structural change?

H1a: Patients treated with PT reach significantly higher levels on the HSCS at the end of therapy compared to their initial level on the scale, indicating restructuring of personality.

H1b: Patients in the PT+EFT-condition reach higher levels on the HSCS at the end of therapy and greater pre-post-changes compared to the control condition.

(2) Does structural change lead to longer-lasting effects regarding psychological distress?

H2a: Levels on HSCS at the end of therapy, as well as pre-post-changes, predict symptom outcome at follow-up after six (fu1) and twelve months (fu2).

H2b: This association holds when controlling for symptom change during treatment.

Methods

Study Design

The present study was embedded within a randomized controlled trial (RCT; entitled the “Improve” project; ClinicalTrials.gov: NCT02822443), taking place at the outpatient clinic at the University of Bern and approved by the Cantonal Ethics Committee Bern (KEK BE 168/15). It follows a 2 x 4 design with one between-subject factor (two treatment conditions) and one within-subject factor (time: intake, end of therapy, 6-, and 12-month follow-up). Patients who were seeking treatment at the outpatient clinic at the University of Bern and met the requirements for the study (as diagnoses: unipolar depression [ICD, F32], anxiety [ICD, F40, F41], or adjustment disorder [ICD, F43.2] as a primary diagnosis, comorbidity accepted) were recruited during their first interview. After giving full written consent, they were randomly assigned to a treatment condition by an independent researcher using a computer-controlled random number generator (see study flow in Figure 1). The selection of primary diagnoses was chosen because they correspond to about 50% of the usual caseload at the University of Bern’s outpatient clinic. Therapies were carried out in a naturalistic and routine practice setting, receiving representative psychotherapies, and by doing so, adding to a high external validity.

Treatment

The basis of both arms was Psychological Therapy, as formulated by Grawe (2004), an integrative therapy approach based on empirically supported general change mechanisms (e.g., therapeutic alliance, clarification, problem activation, problem mastery, resource activation). For each patient, a case formulation is written as a basis for tailoring the psychotherapeutic approach to the patient’s problems and needs by including interventions from Cognitive-Behavioral, and some elements from Clarification-based, Psychodynamic, Humanistic,

and Systemic Therapy (Caspar, 2018; Grawe et al., 1996; Itten et al., 2004) (for a detailed description, see section *coding of structural change*). Psychological therapy gives special attention to the therapeutic alliance according to the principles of Motive Oriented Therapeutic Relationship (Caspar, 2007) as a prescriptive, empirically evaluated Bernese process concept. Although very integrative regarding the underlying conception of human psychological functioning on a theoretical level (Caspar, 2007; Grawe, 2004), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is most prominently represented in the study curriculum due to its empirically grounded concepts that are broadly tested for their efficacy. Nevertheless, therapists have to consider all general change mechanisms in their therapeutic work to guarantee an empirically based, effective treatment.

Therapists could choose between the two treatment arms, either with the addition of elements from EFT (Greenberg, 2004) or from the Self-Regulation approach (SR; Carver & Scheier, 2000), with the latter representing the active control group. While self-regulation concepts (Carver & Scheier, 2002), which can be seen as elaborations of the original approach of human functioning by Miller et al. (1960), have been a theoretical part of PT, they had not been elaborated for practical use. The study design with two active treatment arms was chosen to control for unspecific effects (e.g., due to additional training or attention bias). It has to be emphasized that only elements, not approaches as a whole, have been integrated with both treatment arms. For a more detailed description of the treatment conditions, see the study protocol (Babl et al., 2016) and Caspar et al. (2021).

In both treatment conditions, therapists received special training. The training was limited to eight days and was led by experts in the field (for EFT: Prof. Dr. Greenberg, Dr. Auszra, Dr. Herrmann, & Dr. Belz; for SR: Prof. Charles Carver, Prof. Franz Caspar, and Prof. Thomas Berger), complemented by supervision provided by local expert supervisors.

For EFT, supervisors were acknowledged by the German EFT training institute. The treatment conditions are later referred to as PT+EFT and PT+SR.

Further, a manual in the form of a set of PowerPoint-slides enriched with excerpts from a videotaped model therapy was available. The nature of the manual was rather heuristic than algorithmic. It stresses the conceptual (e.g., compatibility regarding case formulation of EFT and Plan Analysis) and idiographic integration of new therapy elements without stating strict rules on how and when to apply them (according to the principle of multiple constraint satisfaction; Caspar, 2007). Therapists were encouraged to integrate the new therapy elements conceptually and technically, whenever suitable to the individual requirements of a case, allowing for high flexibility and individualized therapy processes. Both treatment conditions consisted of 25 +/- 3 sessions of 50-60 minutes and up to three optional booster-sessions (max. 31 sessions). All therapy sessions were videotaped. If there was a pressing reason for continuation at the end of the 28 sessions (25 + 3 sessions), it could be discussed with the supervisors and the study administration. If the continuation was guaranteed, it had to happen with a different therapist who was not involved with the Improve project. Data on continuation or resumption of treatment (at the outpatient clinic or elsewhere) was collected during the follow-up phase.

Participants

Patients

The sample for the present study consisted of 78 patients seeking treatment at the psychotherapeutic outpatient clinic of the University of Bern. Twenty-nine (37.2%) were male and 49 (62.8%) were female with a mean age of $M = 29.82$ years ($SD = 9.51$; range: 20 – 68). Sixty-one patients indicated Switzerland as their nationality (78.2 %), nine indicated Germany (11.5 %), and five selected the category “other nationality” (6.4 %). Fifty-six patients (71.8%) had a higher level of education (university, college of higher education, or Advanced Federal

Diploma of Higher Education), 15 (19.3%) had a Federal Diploma or Certificate of Vocational Education and Training. The rest ($n = 7$, 8.9%) provided no information about their educational degree.

Thirty-eight patients (48.7%) met diagnostic criteria for a principal diagnosis of unipolar depression (F32.x), 23 patients (29.5%) for an anxiety disorder (300.xx) and 17 (21.8%) for adjustment disorder (309.xx), of which, eight patients (10.2%) presented comorbid psychiatric disorders which were affective disorders (F32.x, F33.x, and F34.1; $N = 1$), anxiety disorders (F41.1, F40.01, F40.1, and F42; $N = 5$), bulimia nervosa (F50.2, $N = 1$), adjustment disorder (F43.20, and F43.9; $N = 1$). Research diagnoses were established by trained staff with the Structured Clinical Interview for DSM-IV-R (First et al., 2002). Patients were blind to their allocated treatment condition. Eighteen patients (23.1%) were further treated with psychotropic drugs (mostly SSRI and Benzodiazepine), of whom three patients started with psychopharmacological therapy after study intake.

Therapists

Treatment was provided by 32 therapists, of which 25 (78.1%) were female and seven (21.9%) male. Five therapists had completed their postgraduate training, while the rest ($N = 27$) had been in advanced postgraduate training for at least two years (Masters of Advanced Studies in Psychotherapy at the University of Bern). At the start of the project, the average age was $M = 32.63$ years ($SD = 5.97$ years, range: 23 – 51). All therapists in the study had been trained in the abovementioned treatment approach of PT. Each treatment condition consisted of 16 therapists (50%). On average, 2.4 therapies per therapist were conducted (drop-outs included), with a range of one to five therapies per therapist ($Md = 3$). For both conditions, the treatment adherence was assessed and can be considered as given. For a detailed description of the procedure and results, see Babl et al. (2018). On average, a treatment lasted $M = 22.27$ sessions ($SD = 6.97$), with a range from 7 to 31 sessions.

Measures

Baseline and Outcome Measures

The German version of the *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; Derogatis & Fitzpatrick, 2004; Derogatis & Melisaratos, 1983) was chosen as a primary outcome measure because it measures general psychological distress instead of being a specific assessment of a certain diagnostic category. The BSI is a shortened form of the revised version of the Symptom Checklist-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1977) and measures levels of psychopathology during the past seven days. The BSI consists of 53 items describing various psychological symptoms (e.g., trouble deciding things, feeling depressed, restlessness). Items are rated on a 5-point-Likert-scale ranging from 0 ("not at all") to 4 ("extremely"). The BSI has comparable psychometric properties in German-speaking populations to the SCL-90-R (Geisheim et al., 2002). Internal consistency for this sample was Cronbach's alpha $\alpha = .93$.

To measure depression symptoms, the German version of the *Beck Depression Inventory, second edition* (BDI-II; Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006) was included in the present study. Twenty-one items assess symptom severity over a two-week period on a 4-point-Likert-scale ranging from 0 to 3. Sum scores are calculated for the overall symptom burden, ranging from zero to 63, with higher scores indicating more severe depression. The BDI-II has strong psychometric properties and is considered a reliable and valid measure (see Beck et al., 1996). In this sample, the internal consistency for the sum score was Cronbach's alpha $\alpha = .90$.

Likewise, the German version of the *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al., 1988; Margraf & Ehlers, 2007) was applied to assess the severity of anxiety symptoms. The BAI is a self-report questionnaire that comprises 21 items. On a 4-point-Likert scale, patients report the manifestation of several anxiety symptoms during the past seven days (0 = not at all, 3 = extremely). For the data analyses, sum scores are calculated ranging from zero to 63. The BAI

has good psychometric properties (see Beck et al., 1988). In this sample, the internal consistency for the sum score was Cronbach's alpha $\alpha = .89$.

Coding of Structural Change

Definition of Problem Foci. To rate change processes with the HSCS, concrete problem areas, or problem foci, are needed as referral points. These foci have the value of a therapeutic hypothesis; they are assumed to cause and maintain symptoms and other difficulties (i.e., dysfunctional relationship pattern) of a patient. In contrast to the original studies, the foci were not obtained via OPD, which offers a predefined list of possible foci (see, for example, Grande et al., 2003), but a more individualized approach was chosen. The procedure was closely supervised by an expert in psychodynamic therapy and structural change (JCE). To define the problem foci, the individualized case formulations were used as a foundation.

The case formulation is a part of the usual procedure at the outpatient clinic at the University of Bern. After the intake process (i.e., intake interview, clinical diagnostics interview, and questionnaires), therapists write an individualized case formulation including – beyond the diagnosis – a comprehensive evaluation of a patient's interactional style based on the Plan Analysis (Caspar, 2007), an assessment of the therapy motivation based on the stages of change model by Prochaska and DiClemente (1983), individualized goal setting (captured via Goal Attainment Scaling by Kiresuk & Lund, 1979; Kiresuk & Sherman, 1968), an extensive analysis of resources, and systemic aspects (e.g., family system), as well as in-depth analysis of conflict schemas based on the consistency theory by Grawe (2004). A conflict schema describes two motivational goals – typically, but not solely, involving an approach and an avoidance goal – interfering with each other. In contrast to deliberate formulations of end states, motivational goals are defined as mental representations of such desired (i.e., approach goals) and undesired states (i.e., avoidance goals) (Grosse Holtforth et al., 2005), and can be

understood as abstract, implicit process goals (defined by permanent striving) that guide human behavior. Conflict schemas result in incongruence and, therefore, create impaired psychological functioning and mental suffering (e.g., psychopathological symptoms) (e.g., Coats et al., 1996; Grawe, 2004; Grosse Holtforth et al., 2006; Grosse Holtforth et al., 2005; Hayes et al., 1996). For example, a person can have a strong motivational approach goal to receive love and affection, but because of their fear of being abandoned (avoidance goal), has trouble getting closer to other people. Consequently, the motivational approach goal is not met, and the underlying need for attachment is deprived.

Assessment of Foci. In the present study, the foci serve research purposes. But because they are based on the case formulation written by the therapists, they can be regarded as treatment foci as well. The general idea of assessing core focal topics similar to the OPD (relationship patterns, motivational conflicts, personality functioning) was maintained (OPD Task Force, 2008). On the relationship axis, the patient's dominant dysfunctional interactional style, which is often based on a motivational conflict schema, was defined. Regarding the conflict axis, further motivational conflict schemas or dominant motivational avoidance goals were used to determine additional problem foci. On the third axis (originally, structure axis), limitations in basic psychological skills were recorded. Case formulations were checked for mentioned deficiencies in one of the four domains: identity, self-direction, empathy, and intimacy (according to the Levels of Personality Functioning Scale (LPFS) by Bender et al. (2011)). For a detailed description and instructions on assessing foci, see the supplemental material. A selection of two to four foci was chosen for each patient but always included a focus regarding dysfunctional relationship pattern (axis relationship), as suggested by the OPD.

Focus assessments were done by eight independent raters who were not involved with the patients' therapies and were not familiar with the conceptualization and application of the HSCS. All raters were therapists in training at the postgraduate clinical training program at

the University of Bern. The training phase included instructions, independent assessments of foci for various cases, and comparison of the assessments during frequent group discussions. Training was conducted by the first author of the present study and lasted until a sufficient percentage agreement between the raters was reached. Total duration of the training phase was 18 hours. For the training phase, the percentage agreement was 68.91% for all training cases and 80.90% for the last two training cases. Only a percentage agreement could be calculated to check for interrater agreement between two raters because raters could not choose foci from preexisting categories (to learn about the underlying calculations, see supplemental material). For the rating phase, a percentage agreement was calculated in 23% of the 78 cases and resulted in a mean percentage of 71.82%.

HSCS. In a second step, the HSCS was applied to identify how patients dealt with the selected problem foci. The HSCS describes seven successive stages of which each marks a therapeutically significant step. Stage 1 represents a state where the patient is unaware of a problem area. Patients rated on this stage do not typically seek therapy. On stage 2, the patient begins to be aware of the problem but does not realize that the problem might be associated with their person. Patients on this stage are typically occupied with unpleasant emotions (e.g., anger, frustration, or discomfort) and thoughts. Stage 3 is characterized by a vague awareness about being the origin of the problem. The patient begins to “let” the problem get to them, even if the preoccupation with it is often still extrinsically motivated. Typical emotions in this stage are consternation and despair. On stage 3, therapeutic work becomes possible. On stage 4, the active, intrinsically motivated exploration of a problem area begins, followed by the deconstruction of the problem area on stage 5. Old patterns regarding patient’s experiences and behavior begin to dissolve. This could lead again to a phase of suffering and grief because the patient realizes their limitations and deficiencies, and begins to detach from illusionary ideas

about themselves and relationships. Stages 6 and 7 then describe the reorganization and integration of the problem. Although the problem might sometimes arise again, dealing with it has become something natural and almost unexcited. Grande et al. (2001) concluded that reaching stage 4 is a desirable goal of inpatient psychotherapy. For an extensive overview of the different stages, see Grande et al. (2003).

All stages can be subdivided into two (stages 1 and 7) or three (stages 2 to 6) sub-stages for a more differentiated assessment, with a “-” describing a tendency to the next lower and a “+” to the next higher stage of the HSCS. As suggested by Grande et al. (2009), intermediate scale points (e.g., 3- and 3+) were assigned corresponding scores (e.g., 2.7 and 3.3, respectively) for calculation purposes.

To assess the HSCS, video-recordings of the second and second last session were chosen for each case. The first and last sessions were not selected because they are usually less “therapeutic” in the sense that they focus on establishing a stable therapeutic alliance, discussing the results of the questionnaires (pre- and post-measurements), or completing the treatment. Ratings were carried out for each problem focus separately.

Raters and Training. In total, two sets of raters ($N = 10$) were subsequently trained to apply the HSCS by an expert from the Heidelberger group (JCE, author of the present paper). Raters were all students on master’s level in clinical psychology and psychotherapy at the University of Bern. Training included instructions on the application of the manual, independent self-study of the manual, as well as eleven independent ratings and their discussion in the rater group. Total duration of the training was 55 hours. During group discussion, reoccurring feedback was given by the first author to review discrepancies and prevent rater drift. Afterward, raters were given a chance to adjust their ratings. To minimize bias through normative and interpersonal influence in the group, it was important that the adjustments were not made

directly during group meetings. For the last six training cases (54.54%), an intraclass correlation of $ICC(2,5) = .892$ [.472, .997] for the first group, and $ICC(2,5) = .954$ [.850, .993] for the second group were achieved before group discussions. After group discussions, the interrater reliability was $ICC(2,5) = .949$ [.768, .999] for the first group and $ICC(2,5) = .988$ [.962, .998] for the second group, respectively. All interrater reliabilities can be judged as good or excellent with some poor outliers in the first group (Koo & Li, 2016). ICC estimates and their 95% confident intervals were based on a mean-rating, absolute, two-way mixed-effects model.

Coding. For the rating phase, each video was assessed by two raters with alternating pairs. Corresponding to the training phase, each rater first coded independently and then discussed the ratings together with their rating partner. The goal of the discussions was not to reach consensus but to reveal blind spots and prevent rater drift. Following the meetings, they were free to adjust their ratings if they wished to. In advance, one individual was designated as the main rater for each pair. For further analyses, only the rating of the main rater was used. This procedure was implemented because the levels of the HSCS describe qualitatively different states that would not have been rightly represented if the two ratings had been averaged. The same set of raters performed ratings at the onset and end of therapy because they were already familiar with the specific problem areas. But to control for bias, the two sessions of the same case were rated in random order, and raters had to code at least three videos of other cases in between. If 50% of the foci could not be adequately rated due to lack of data material, the video recording of the preceding or following therapy session was used as a basis for the HSCS rating. All raters were blind to the exact session number, treatment condition, treatment outcome, and the main rater. Regular supervision in the form of meetings took place.

Interrater Reliability. First, to control group differences between the two sets of raters, eight cases were rated by four raters (two raters from each group). Intraclass correlation was $ICC(2,4) = .921$ [.776, .982] before and $ICC(2,4) = .919$ [.767, .982] after group discussions. Group discussions were only held within the same set of raters; therefore, the scores before and after discussions do not differ. There was no evidence of systematic group differences, and interrater reliability can be considered good. Therefore, further ICCs are reported for all ten raters together. For the rating phase, the mean ICC for all raters was $ICC(1,1) = .787$ [.478, .951] for before and $ICC(1,1) = .979$ [.905, .995] for after rater discussions. This indicates good to excellent agreement and can be compared to the $ICC(1,1) = 0.83$ in the previously published study by Grande et al. (2009). Here the one-way random-effects model with single measure was chosen because not each session was assessed by each rater, and only the rating from the main rater was used for consecutive analyses.

Statistical Analyses

In a preliminary step, t-tests for metric (age, BSI, BDI-II, BAI, HSCS, number of therapy sessions) and Chi-square-tests for nominal variables (gender, diagnosis, psychiatric drug intake, dropout, and continuation or resumption of treatment) were carried out to control for any group differences between the two treatment conditions at intake, as well as regarding some other characteristics. Variables with significant differences were further included as covariates in the statistical analyses. For variables regarding symptomology (BSI, BDI-II, and BAI) with no significant baseline differences, an unweighted composite score, named *symptom burden*, was built with the proportion of maximum scaling (“POMS”) method (Little, 2013) to avoid standardization (see Moeller, 2015).

For the HSCS, based on the assumption that the foci interact with each another and collectively contribute to the patient’s psychological problems, mean scores were calculated by averaging HSCS ratings across all foci. Further, two possible and meaningful measures for

success exist with the HSCS: a) the patient progress from therapy commencement to therapy end, and b) the level achieved by the patient at the end of therapy. For a) residualized change scores were calculated. These scores capture the changes brought about by therapy, whereas b) can be justified by the fact that a higher level on the HSCS at the end of therapy reflects a better treatment result in absolute terms. Both measures were included in the statistical analyses. To detect patients experiencing positive substantial structural change (SSC), the criteria of Rudolf et al. (2012) were applied: At the end of therapy, a) at least two foci are rated on stage 4 or higher, and b) the mean HSCS score shows an increase of at least 1.5 levels compared to the start of treatment. Because in this study an alternative method to assess foci was applied, criterium a) was slightly adapted: Instead of specifying the absolute number of two foci – that corresponds to 40% of the foci, when the OPD-2 is applied – in our case, 50% of the foci had to reach level 4 or higher. To avoid misunderstandings due to terminology, in the following, the term “restructuring” is used to describe the positive pre-post change on the HSCS, while structural change refers to the SSC.

To test our hypotheses, t-test (hypothesis 1a and 1b) and multiple regression analyses (hypothesis 1b and hypothesis 2) were calculated. To test the second hypothesis, two covariates were included in the regression model, which is “number of therapy sessions” during the therapy phase and “continuation or resumption of treatment” after the end of the project. Before testing hypothesis 2, a repeated-measure ANOVA was performed to test whether there was a significant reduction in symptom burden over time. Continuous predictors (e.g., number of sessions) were mean-centered and dichotomous predictors (e.g., treatment condition) were dummy-coded. All analyses were carried out with the statistical platform R (R Core Team, 2013).

Results

Preliminary Analyses

Descriptive Statistics. Treatment groups did not differ significantly on any demographic variable or measurement at pretreatment, guaranteeing that the two groups were comparable with regards to age, gender, diagnosis, and symptom burden at the beginning of treatment (see Table 1). During the follow-up phase, significantly more patients ($n = 11$, 29.7%) in the PT+EFT-condition either extended or resumed their treatment compared to patients in the PT+SR-condition ($n = 4$, 9.8%), $\chi^2(1) = 4.99$, $p < .05$). The odds ratio of resuming treatment in PT+EFT was 3.85 (0.99, 18.42) times higher than in PT+SR. This variable was, therefore, included as a covariate in further analyses.

Foci. In 55 cases (70.51%), three foci were defined, followed by two foci ($n = 15$, 19.23%). The maximum of four foci was only defined in eight cases (10.26%). No difference between the two treatment conditions regarding the distribution of the number of foci was found, $\chi^2(2) = 3.58$, $p = .166$. The foci' allocation to the three-axis structure was as follows: In 98.71% of all cases, the first focus described the repetitive-maladaptive relationship pattern (related to OPD Axis I). In one case, no evidence for a problem area regarding relationship pattern was found in the case formulation. As a second focus, a conflict schema/avoidance schema (related to OPD Axis II) was determined in 77.63% ($n = 59$) of all cases, and deficits regarding basic psychological skills (related to OPD Axis III) in 22.37% ($n = 17$). For the third focus, a conflict schema/avoidance schema (related to OPD Axis II) was chosen in 3.13% ($n = 2$) and deficits regarding basic psychological skills (related to OPD Axis III) in 96.88% ($n = 62$). In cases where a fourth focus was determined ($n = 8$), it was associated with the Axis III of the OPD (basic personality functioning).

HSCS. At the beginning of the treatment, most patients were on stage 2 of the HSCS ("unwanted preoccupation with the focus"). Start levels ranged from 1.35 ("focus problem warded off") to 4.15 ("acceptance and exploration of the focus") across the whole sample. At the end

of therapy, most patients ($n = 31$, 39.74%) reached stage 3. The range across the whole sample was big, with scores from 1 (“focus problem warded off”) to 6 (“reorganization in the focus area”). 29.49% ($n = 23$) of the patients reached stage 4 and 7.69% reached even stage 5 or 6 on the HSCS. In terms of individual foci-ratings (vs. average HSCS score), $n = 23$ (11.11%) of a total of 207 post-ratings were rated on level 5 or higher. For a detailed overview of the development of the mean HSCS levels, see Figure 2. In total, the majority of patients ($n = 49$, 62.82%) improved their mean HSCS stage by one to three levels, while 27 (34.61%) patients stagnated, and two patients (2.56%) regressed by one or two levels.

To test whether the end-stage on the HSCS predicted the likelihood of continuing or resuming the treatment after treatment officially ended, a logistic regression was calculated. The treatment condition ($\beta = -1.43$, $SE = 0.64$, $p < .05$), but not the HSCS-level at the end of therapy ($\beta = -0.25$, $SE = 0.30$, $p = .411$), was a significant predictor for the therapy reuptake during the follow-up phase. Yet, with therapy reuptake occurring in only 15 cases (19.23%), it was a rare incidence, and therefore, analysis was based on a small sample size.

Testing of Hypotheses

With hypothesis 1a, it was tested if patients treated with PT show any change on the HSCS from beginning to the end of a therapy. On average, patients moved one level up on the HSCS, from level 2 on the HSCS $M = 2.48$ ($SD = 0.61$) to level 3 $M = 3.35$ ($SD = 0.98$), $t(77) = 8.04$, $p < .001$, $r = .68$, indicating restructuring of personality. Mean pre-post change was $M = .866$ ($SD = .95$), with a range from -2.2 to +3.2 levels. On average, the HSCS change from intake to discharge was slightly bigger in the PT+EFT-condition ($M = 1.06$, $SD = 1.08$) than in the PT+SR-condition ($M = 0.68$, $SD = 0.78$). Yet, the difference was not significant $t(76) = -1.77$, $p = .959$, $r = .20$. Additionally, neither post levels nor pre-to-post-change on the HSCS could be predicted by treatment condition in a linear regression model (see Table 2). Consequently, hypothesis 1b was rejected.

At the end of therapy, 23.08% ($n = 18$) reached positive SSC as defined by Rudolf et al. (2012). To test whether the symptom burden at intake, HSCS at onset, the number of sessions, or the treatment condition predict the likelihood of reaching SSC, a logistic regression was calculated. Neither the treatment condition ($\beta = -0.488$, $SE = 0.32$, $p = .123$), nor the number of sessions ($\beta = 0.15$, $SE = 0.30$, $p = .608$) were significant predictors for SSC. Instead, symptom burden at intake reached significance ($\beta = 1.35$, $SE = 0.42$, $p < .01$) while only a trend was detected for the HSCS level at onset of therapy ($\beta = -0.62$, $SE = 0.37$, $p = .09$). In other words, the higher the symptom burden at onset of therapy, the more likely it was for a patient to reach structural change over the course of therapy. Interestingly, the beta coefficient for pre-HSCS was negative, which means that there was a trend for patients with lower HSCS stages (i.e., less insight in their problem areas) at the start of therapy to reach greater structural change.

With hypothesis 2a, the predictive value of the HSCS (post level and change during treatment) was investigated. Before calculating the regressions, it was tested if *symptom burden* decreased significantly across the measurement points via repeated-measure ANOVA and post-hoc t-tests. There was a significant main effect of time $F(3, 70) = 8.58$, $p < .001$, but not of treatment condition $F(1, 70) = 0.48$, $p = .490$, as well as the interaction term $F(3, 70) = 1.07$, $p = .368$. Holm corrected post hoc tests revealed that for time only the following differences were significant: Between pre and post scores ($p < .001$), with an average decrease from 9.22 ($SD = 3.86$) to 3.30 ($SD = 2.87$) across the whole sample, between pre and follow-up 1 (6 months) scores ($M = 3.43$, $SD = 2.85$) ($p < .001$), and between pre and follow-up 2 (12 months) scores ($M = 2.93$, $SD = 2.31$) ($p < .001$). In other words, the symptom burden significantly decreased from beginning to the end of therapy, whereby no further reduction could be achieved afterward (differences between post and fu1, as well as between fu1 and fu2 were non-significant, $p = 1$).

Tables 3 and 4 present the results of the analyses from the regression series. With both outcome measures (HSCS end levels and residual change), multiple regression analyses with covariates did not confirm that pre-post-changes or post levels on the HSCS predict *symptom burden* at 6- or 12-month follow-up. Thus, the second hypothesis was not supported. Symptom burden at 6- and 12-month follow-up was only predicted by changes in symptomology during treatment. For the analysis including the 12-month follow-up, the power was slightly limited by the fact that only 48 patients had completed the follow-up measurements. When the predictor of symptom change during therapy (*symptom burden, residual change*) was excluded (see hypothesis 2a), the statistical power decreased to .213. Accordingly, when interpreting the results, it should be considered that it was relatively difficult to obtain a significant result under the given circumstances.

A further possible explanation for these findings could be that neither pre-post change nor final stage on the HSCS are crucial for future symptom change, but latter depending exclusively on achieving positive SSC. As consequence, in a final step, a linear mixed model was performed to test whether symptom changes could be predicted in patients with SSC. In addition to symptom burden (composite score; outcome variable) and substantial structural change (between-group predictor), time (standing for the repeated measurement of the composite score) and treatment condition (between-group predictor), as well as their interaction terms were included in the model. Symptom burden at intake and therapy reuptake were included as control variables. The results show a significant main effect for time, $\chi^2(3) = 178.96, p < .0001$, and reuptake, $\chi^2(1) = 6.46, p < .05$, but no main effect for substantial structural change (SSC vs. no SSC), $\chi^2(1) = 2.66, p = .103$, and treatment condition, $\chi^2(1) = 0.68, p = .408$. Interaction effects of time * treatment condition, $\chi^2(3) = 2.48, p = .478$, SSC * condition, $\chi^2(1) = 0.42, p = .515$, SSC * reuptake, $\chi^2(1) = 0.28, p = .592$, and the three-way interaction term with time * treatment condition * SSC were not significant, $\chi^2(3) = 5.10, p =$

.164. Yet, the interaction effect of time and structural change resulted in significance, $\chi^2(3) = 23.39, p < .0001$. Contrasts were used to break down this interaction; they compared substantial structural change and no such change regarding three different time differences (a) pre vs. post, fu1, fu2, b) post vs. fu1, and c) fu1 vs. fu2). The first contrast revealed a significant difference between patients with substantial structural change and those without such a change, when comparing composite scores at intake to all other measurement points, $b = -9.95, t(166) = -4.76, p < .0001, r = .50$. In other words, patients with structural change show greater decrease in symptom burden from intake to the end of therapy compared to patients who do not reach substantial structural change, when controlled for symptom burden at intake. Although a small difference in the average symptom burden between these two groups at 6- ($M_{NO} = 3.53, M_{YES} = 3.08$) and 12-month ($M_{NO} = 3.05, M_{YES} = 2.52$) follow-up can be observed, the corresponding contrasts are not significant (post vs. fu1 * SSC yes vs. no: $b = 0.02, t(166) = 0.03, p = .978, r = .01$; fu1 vs. fu2 * SSC yes vs. no: $b = -0.13, t(166) = -0.19, p = .846, r = .02$).

Discussion

The present study was the first to investigate structural change in an integrative, middle-term outpatient treatment. In order to rate structural change with the HSCS, an alternative way of deriving the problem foci was developed. However, the similarity to the basic structure of the OPD was maintained. The results confirmed our first hypothesis that structural change, measured with the HSCS, does occur in PT. Like previously published studies (e.g., Grande et al., 2001; Leising et al., 2006; Schneider et al., 2006), patients in this sample entered therapy at different levels of the HSCS, with the majority starting at level 2. With means of 2.28 at the start and 3.35 at the end of treatment, the mean HSCS scores in this study are practically identical to previous studies. For example, in the study of Grande et al. (2001) with an inpatient sample, patients showed a mean of 2.22 on the HSCS at intake and 3.34 at

discharge. Likewise, Leising et al. (2006) reported a mean HSCS score of 3.44 after one year of psychoanalytical outpatient treatment. Comparable to the results of Schneider et al. (2006), the majority of patients in our sample reached higher restructuring levels at the end of treatment. Still, only a minority of patients fulfilled the criteria for substantial structural change. In the only study that has so far applied the HSCS in patients treated with CBT, comparable findings could be observed (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). As a matter of fact, according to Grande et al. (2003), short-term psychotherapies would rarely reach the higher levels of the scale (rating of 5 to 7, indicating greater structural change). In conclusion, the present results add empirical support to the suggestion that structural change can be obtained in other forms of therapy than solely in PA and PD, namely in PT. This is in line with findings indicating insight to be a predictor of treatment success across different therapy traditions (Jennissen et al., 2018).

However, the hypothesized difference between treatment conditions was not found. Thus, adding EFT-interventions to the treatment did not result in an incremental increase in insight and substantial structural change. Nevertheless, both treatment conditions brought good results in terms of reducing symptom burden after treatment and during follow-up. Contrary to expectations, the only significant difference between the treatment conditions was that patients in PT+EFT were more likely to continue or resume therapy at a later point. This finding was independent of the final stage on the HSCS, and the fact, whether or not a patient showed substantial structural change at the end of therapy. This suggests that there are other significant factors besides symptom burden and structural change that affected a patient's need as well as a therapist's assessment to continue or resume therapy. There are several possible reasons contributing to the fact that no difference in restructuring was found between treatment conditions. Firstly, as the term PT+EFT already indicates, treatment was not pure EFT. On the contrary, therapists were confronted with learning EFT for their first time at the

beginning of the study. Although a lot of effort was put into the training, possibly the period for learning and applying EFT was too short. Secondly, an interview study conducted as part of the Improve project revealed that a large proportion of the PT+EFT therapists were initially overwhelmed and disoriented by the integration. Although these adverse side effects have clearly subsided as the study progressed, they may have affected the frequency and quality of the use of EFT-interventions (see Heer et al., 2021).

The abovementioned comparability with previously published data is noteworthy, because the treatment duration and the number of sessions available in this study were reduced by 50% compared to previous studies. In the only three studies that have examined HSCS in an outpatient setting (Grande et al., 2009; Leising et al., 2006; Leuzinger-Bohleber et al., 2019), treatment included at least 60 sessions (even for CBT) and lasted about one year. There are several possible reasons for these findings. For example, PT, as offered at the outpatient clinic at the University of Bern, already stresses a somewhat holistic perspective towards a patient's functioning. With the integration of Plan Analysis (Caspar, 2007) and consistency theory (Grawe, 2004), conceptualizations about underlying motivational conflicts, dysfunctional emotional, thought, and interpersonal patterns are included in case formulations. Furthermore, motivational clarification already plays a vital role in therapies conducted at the outpatient treatment center in Bern. Therefore, interventions from various insight-oriented therapies (i.e., humanistic or clarification-based therapy (Sachse, 1998)) foster cognitive and emotional insight, are already integrated. This also seems to be a further reason why no differences could be found between the treatment conditions with regard to the HSCS scores. However, it should also be stated that there was slightly greater restructuring in PT+EFT. But due to an increase in variance at post-measurement, the possibility of finding a significant interaction effect was dampened. Additionally, the increase in dispersion can be interpreted as

such that patients benefited differently from the treatment in terms of changing habitual interpersonal, emotional and cognitive patterns, indicating the importance of patient characteristics. Further, the purpose of the foci should be considered as another reason contributing to the comparably large changes in mean HSCS scores despite the limited number of sessions. As already mentioned, the foci can be used as research or treatment foci. Most of the cited studies with comparable pre-post changes on the HSCS defined the foci as research foci, i.e., the practitioners were not directly aware of the foci's content. Even though the therapists themselves did not formulate the foci in the present study, they were based on the therapists' case formulations. Consequently, therapists were aware of the specifically assumed underlying problematic interpersonal issues and deficits in, for example, self- and emotion regulation, and therefore specifically addressed these problems during treatment, possibly contributing to higher levels of restructuring. At the same time we cannot rule out that the foci derived from the case material may not be fully comparable to the OPD-based assessments from other studies.

On the other hand, it must be noted that a similar level of change was also reached in more intensive, but much shorter inpatient psychotherapy (Grande et al., 2001). Also, most of the other studies actually used OPD-interviews as the material on which the HSCS was applied, controlling for situational factors that may have an influence in actual treatment sessions (e.g., Grande et al., 2009). In addition, the current study used trained student raters. While training was conducted thoroughly and supervised by a psychodynamic OPD-specialist, more research is needed on possible influences of, for example, raters' experience as a therapist on the related ratings. For instance, agreement between clinically experienced raters on levels of personality functioning according to the OPD-2 is higher than between clinically

experienced and non-experienced raters (Zimmermann et al., 2012). At the same time, inter-rater-reliability from the present study indicates that ratings on structural change based on video-tapes of therapy sessions can be conducted with trained student raters.

In terms of hypothesis 2, the previously assumed predictive value of structural changes on long-term symptom regression could not be confirmed with the present data. This finding contradicts previously published studies (e.g., Leuzinger-Bohleber et al., 2019; Rudolf et al., 2012). However, in the present study, no evidence was found for an association of either end levels on HSCS or restructuring processes with symptom burden at six and twelve months, despite the fact that most patients have experienced progress over the course of treatment. Interestingly, when the predictor variable was changed to substantial structural change, patients undergoing such a major change at least showed a greater decrease in their symptom burden during the therapy process; an effect that was also found by Rudolf et al. (2012). Possibly, the interval of six and twelve months was too small to detect any predictive value. Other studies that found evidence on the predictive value of the HSCS either included 3-year follow-ups or chose other outcome measures (e.g., retrospective interviews or assessments by the therapeutic team of an inpatient setting) (Grande et al., 2009; Grande et al., 2003; Rudolf et al., 2012). In contrast, the present study considered symptom-related questionnaires as outcome measures. Previous research has shown that the way a variable is assessed can account for a substantial difference, especially when correlated with therapy outcome. Indeed, with intervention-focused variables, weak correlations have been found between self-assessed and observer-based data (e.g., adherence or competence ratings) (Hatcher et al., 1995; Webb et al., 2010). Further, it should be emphasized that, although many patients achieved restructuring compared to previous studies as well as concerning the relatively short treatment duration, it was still a small subsample in absolute terms. This circumstance negatively affected the statistical power. Moreover, this is not the first study whose data fail to support the hypothesis

that structural changes imply long-term symptom remission (Huber et al., 2017; see results of 1-year-follow-up in Leuzinger-Bohleber et al., 2019; Schneider et al., 2006). Nevertheless, it cannot be entirely excluded that it may take a longer follow-up period for the effects of structural changes to become apparent, as was the case in the study by Leuzinger-Bohleber et al. (2019). In this respect, Huber et al. (2017) presented another intriguing explanation. They argue that personality restructuring functions as a buffer, meaning that the protective function of restructuring on the development of psychiatric symptoms only becomes apparent when confronted with adverse life events (in accordance with the diathesis-stress model).

When looking at the predecessors of structural changes, rather surprising connections emerged; that is, high symptom burden and low levels on the HSCS (although only a trend finding) at baseline were predictors of substantial structural change. It would be plausible that a high level of psychological distress simultaneously means a high willingness to get rid of such an unpleasant state, respectively, to engage in psychotherapy. If the therapist then manages to match their interventions to the current stage of insight and foster a curious, exploratory attitude regarding their problem areas, the patient seems to benefit from the therapy not only in terms of symptom reduction but also changes at a deeper level. However, further research is needed to test this hypothesis. Except for one study (Leising et al., 2006), the studies to date have devoted too little attention to the question which patient characteristics and therapeutic processes contribute to structural change. The fact that restructuring also occurs in non-psychodynamically oriented therapies suggests that change mechanisms fostered by various therapy orientations (e.g., motivational clarification) are pivotal for achieving deeper change. Further research is needed to answer the remaining questions about the underlying motors of structural change.

Strengths, Clinical Implications, and Limitations

This study has several strengths worth noting. First, patients were enrolled under routine conditions of a university outpatient clinic, allowing for comorbidities. Instead of comparing therapy processes of two pure treatment conditions, the study design included one shared treatment approach with two add-ons. This represents how most therapists would include new approaches or interventions in their theoretical and practical home base in the sense of assimilative integration (Messer, 2001). Altogether, these aspects maximized the external validity in an otherwise randomized-control study. Second, this is the first study applying the HSCS in an integrative treatment with the purpose of better understanding the process of restructuring and the role of emotional processing. With the use of the HSCS, a measure was applied that did not favor either treatment condition. Third, by developing an approach to define foci that is very close to the original approach of the OPD, it was possible to compare the results of the present study to previous research.

As for clinical implications, the results suggest that therapists should focus on patients' structural change, as it can positively affect psychiatric symptoms. One way of doing so is to include clarification-based techniques into treatments that historically put less emphasis on clarification, emotional processing or insight such as, but not exclusively, CBT. In this context, the HSCS, as a conceptual model of change, can also support decision-making processes (e.g., regarding implementation and timing of therapeutic interventions). In that respect, it could be important to adapt the therapy procedure to the patient's stage on the HSCS, which stands for the current understanding of their problem (similar to tailoring the therapy process to the five stages of change; see Krebs et al., 2018). Furthermore, the study shows the importance of case formulations when wanting to achieve significant changes, may they be symptomatic or structural. If the therapist has a good understanding of the patient's key problem areas, they can target them as soon as the patient is becoming self-reliant regarding changes of habitual dysfunctional patterns.

On the other hand, we acknowledge several methodological limitations. For the HSCS, no follow-up assessments were performed. Thus, it was not possible to assess how sustainable the observed changes on the HSCS are. Ideally, future studies should include follow-up assessments regarding HSCS ratings to control for the stability of structural change. Additionally, the loss of measurements during the follow-ups poses a threat to the internal validity of the present study. Even when the pattern of missing data is considered unsystematic, it decreases the statistical power to detect significant long-term effects of structural change on psychopathological symptomology. Further, a number of therapists contributed several therapies to the study. The data, therefore, is nested. Yet, due to the small number of patients treated per therapist, we could not account for this level of nested data in the statistical analyses. A further limitation is that outcome was assessed only from the patient perspective. Future studies on structural change should examine between-therapist effects and consider including a multimodal perspective when assessing outcome (see Hill & Lambert, 2004).

Conclusions

This study provided important complementary insights on restructuring processes in PT, an integrative treatment approach. In summary, structural change does not exclusively exist in psychodynamic-oriented therapies. We propose that motivational clarification is the central motor to structural change in PT. Yet, adding emotion-focused interventions to the treatment to foster emotional processing did not result in an incremental increase in insight and substantial structural change. Nonetheless, it cannot be entirely ruled out that the study design may have contributed to this result. Several previous studies have advocated that achieving structural changes can prevent long-term symptom distress, a hypothesis that could not be supported in this study. Therefore, a devil's advocate could raise the question why it should be important to promote structural changes specifically. To answer this critical question with

our data, we could show that patients with substantial structural changes reduced their symptoms exceedingly throughout the treatment. However, the methodological shortcomings mentioned in this context should be considered and investigated in future studies. Likewise, further research is needed to better understand therapy processes and patient characteristics affecting structural change.

Word count: Abstract: 193; Article: 9'204

Data Availability: All data that support the findings of this study are available on reasonable request from the corresponding author (SH). The data are not publicly available due to containing information that could compromise the privacy of research participants.

Disclosure of Interest: This work was funded by the Swiss National Science Foundation (SNSF) under Grant [100019_159425] to Franz Caspar. The authors report no conflict of interest.

Acknowledgments: We thank all raters (Franzi Ankes, Esra Ceri, Michal Eng, Yolanda Graf, Lea Hardegger, Sabine Lehmann, Lisa Höft, Natascha Lüdi, Hadia Rassa, Shadya Welte) for their contribution to the data collection.

References

- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Albrecht, A.-M., Eberle, D., Stähli, A., Heer, S., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2018). *Adherence to new elements in integrative psychotherapies* [Unpublished manuscript]. University of Bern.
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., & Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: Investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(423), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., Tosunlar, L., Corrigan, E., & Thomas, P. W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 19-37. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000895>
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443-494). Wiley.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II: Manual* (2nd ed.). The Psychological Corporation.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41-84). Academic Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Control processes and self-organization as complementary principles underlying behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 6(4), 304-315. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0604_05
- Caspar, F. (2007). Plan Analysis. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapeutic case formulation* (2nd ed., pp. 251-289). Guilford.
- Caspar, F., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Babl, A., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Gomez Penedo, J. M., Holstein, D., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Krieger, T., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Greenberg, L., Carver, C. S., Castonguay, L. G., Kramer, U., Auszra, L., Herrmann, I., & Belz, M. (2021). The impact of integrating emotion-focused

- components into psychological therapy: A randomized controlled trial. *Manuscript submitted for publication*.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Coats, E. J., Janoff-Bulman, R., & Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals: Differences in self-evaluation and wellbeing. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 1057-1067. <https://doi.org/10.1177/01461672962210009>
- Cooper, A. A., Clifton, E. G., & Feeny, N. C. (2017). An empirical review of potential mediators and mechanisms of prolonged exposure therapy. *Clinical Psychology Review*, 56, 106-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.003>
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI - Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (3rd ed., pp. 1-41). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 596-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Ellis, A. (1963). Toward a more precise definition of “emotional” and “intellectual” insight. *Psychological Reports*, 13(1), 125-126. <https://doi.org/10.2466/pr0.1963.13.1.125>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. (SCID-I/P)*. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Version 5.0*. University College London.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie *Diagnostica*, 48(1), 28-36. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.1.28>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up

- outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357.
<https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Grande, T., Keller, W., & Rudolf, G. (2012). What happens after treatment: Can structural change be a predictor of long-term outcome? In R. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Current Clinical Psychiatry* (pp. 169-183). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_9
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Jakobsen, T. (2001). Therapeutic changes beyond the symptoms-effects of inpatient treatment in the view of the Heidelberg Structural Change Scale. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(3), 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg006>
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Hogrefe & Huber.
- Greenberg, L. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Grosse Holtforth, M., Bents, H., Mauler, B., & Grawe, K. (2006). Interpersonal distress as a mediator between avoidance goals and goal satisfaction in psychotherapy inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(3), 172-182. <https://doi.org/10.1002/cpp.486>
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O., & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 261-271.
<https://doi.org/10.1080/10503300512331334968>
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63(4), 636-643.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.636>
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., & Pearson. (2006). *BDI-II: Beck Depressions-Inventar - Revision*. Pearson.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strohsal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

- Heer, S., Stähli, A., Edöcs, J., Suppiger, E., Grosse Holtforth, M., Babl, A., Lin, M., Berger, T., & Caspar, F. (2021). How do novice therapists manage the process of assimilative integration? A qualitative interview study about the application of implicit heuristics. *Journal of Psychotherapy Integration*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000268>
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 84-135). Wiley.
- Huber, D., Zimmermann, J., & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 434-445. <https://doi.org/10.1037/pap0000129>
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 961-969. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847>
- Kiresuk, T. J., & Lund, S. (1979). Goal attainment scaling: Research, evaluation and utilization. In H. Schulenberg & F. Baker (Eds.), *Program evaluation in health fields* (Vol. 2, pp. 215-235). Human Science Press.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1-e64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lane, R. D., Subic-Wrana, C., Greenberg, L. S., & Yovel, I. (2020). The role of enhanced emotional awareness in promoting change across psychotherapy modalities. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1-20. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000244>
- Leising, D., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Grande, T. (2006). Veränderungen des Emotionserlebens im Verlauf psychoanalytischer Langzeitbehandlungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(1), 39-51.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2002). A follow-up study - critical inspiration for our clinical practice? In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers* (pp. 143-173). Whurr Publishers.

- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U., & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99-127. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>
- Little, T. D. (2013). Overview and foundations of structural equation modeling. In T. D. Little (Ed.), *Longitudinal structural equation modeling (Methodology in the social sciences)* (pp. 2-35). The Guildford Press.
- Margraf, J., & Ehlers, A. (2007). *Beck-Angst-Inventar (BAI): Manual*. Harcourt Test Services GmbH.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. Holt, Rhinehart & Winston.
- Moeller, J. (2015). A word on standardization in longitudinal studies: Don't. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01389>
- OPD Task Force. (2001). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics. Foundations and manual*. Hogrefe & Huber.
- OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis (OPD-2). Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe & Huber.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- R Core Team. (2013). *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Rapaport, D. (1960). *The structure of psychoanalytic theory: A systemizing attempt (Psychological Issues Series, Vol. II)*. International Universities Press.
- Rudolf, G., Grande, T., & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala [The Heidelberg Structural Change Scale. A model for change in psychoanalytic therapies and its operationalization in an assessment scale]. *Psychotherapeut*, 45(4), 237-246. <https://doi.org/10.1007/PL00006720>
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Grande, T. (2012). Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen

- Psychotherapie-Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie [Structural change as an outcome paradigm in psychodynamic psychotherapy - results of the PAL-Study]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(1), 55-66.
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented client-centered psychotherapy of psychosomatic disorders. In L. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 295-327). Guilford Press.
- Schlesinger, N., & Robbins, F. P. (1975). The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflicts and changes in ego functions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- Schneider, G., Schmitz-Moormann, S., Bär, O., Driesch, G., & Heuft, G. (2006). Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie-Zusammenhänge zu den Selbstauskunftskalen und individuellen Therapiezielen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 259-273.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., & Haw, S. (1987). *Manual for assessing assimilation of problematic experiences in psychotherapy sessions*. Unpublished manuscript.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 28(2), 195-206. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.2.195>
- Subic-Wrana, C., Beutel, M., Garfield, D. A. S., & Lane, R. D. (2011). Levels of emotional awareness: A model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 289-310. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00392.x>
- Wallerstein, R. S. (1988). Psychoanalysis and psychotherapy: Relative roles reconsidered. *Annual of Psychoanalysis*, 16, 129-151.
- Watson, J. C., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(4), 773-781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Weinryb, R. M., & Rössel, R. J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb10573.x>

Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C. (2012). Assessing the level of structural integration using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM–5. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 522-532. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.700664>

Tables

Table 1

Characteristics of patients of both treatment conditions

	PT+SR (<i>n</i> = 41)	PT+EFT (<i>n</i> = 37)		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Gender (female)	26 (63.4)	23 (62.2)	0.01	.909
Diagnoses			0.47	.788
Depression	20 (48.8)	18 (48.6)		
Anxiety disorder	11 (26.8)	12 (32.4)		
Adjustment disorder	10 (24.4)	7 (18.9)		
Psychopharmacotherapy °	11 (26.8)	7 (18.9)	0.68	.407
Dropout °	5 (12.2)	2 (5.4)	1.09	.260
Therapy reuptake °	4 (9.8)	11 (29.7)	4.99	.025*
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>
Age (years)	29.17 (9.77)	30.54 (9.29)	-0.63	.528
Number of sessions °	22.00 (6.67)	22.56 (7.35)	-0.36	.722
BDI-II pre	22.34 (10.61)	20.27 (9.48)	0.90	.368
BAI pre	16.56 (10.42)	17.54 (10.11)	-0.42	.675
BSI pre	60.00 (28.34)	58.76 (26.27)	0.20	.841
HSCS pre	2.54 (0.63)	2.41 (0.59)	0.88	.381

Note. Variables with a ° are referring to the whole treatment phase, respectively, end of treatment. All other variables describe the relationship between the two conditions at intake. PT+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, PT+ EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy, *n* = number of patients, % = relative percentage, *: *p* < .05.

Table 2

Multiple regression analysis for variables predicting HSCS levels at the end of therapy, as well as pre-post HSCS change

	Model I				Model II			
	HSCS: Post level				HSCS: Residualized change			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Constant	1.97	0.44			0.48	0.33		
HSCS pre	0.62	0.17	0.39	< .001*				
<i>N</i> sessions	0.02	0.01	0.16	.137	0.02	0.02	0.17	.138
Condition	-0.32	0.21	-0.16	.129	-0.31	0.20	-0.17	.130

Note. HSCS = Heidelberg Structural Change Scale; *N* sessions = number of sessions. With treatment condition, PT+SR functioned as a reference category; PT+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation. * marks significant results. *N* = 78, adjusted R^2 was .151 for Model I ($F = 5.582$) and .035 for Model II ($F = 2.393$).

Table 3

Multiple regression analysis testing the predictive value of the HSCS for symptom burden at 6-month follow-up

	Model I				Model II			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Constant	3.51	1.60		< .05*	3.04	1.10		< .01*
HSCS, post level	-0.14	0.34	-0.05	.681				
HSCS, residual change					-0.16	0.36	-0.05	.658
<i>N</i> sessions	-0.01	0.06	-0.03	.852	-0.01	0.06	-0.03	.838
Reuptake	0.16	0.86	0.03	.852	0.16	0.86	0.03	.851
Symptom burden, residual change	0.52	0.13	0.55	< .001*	0.52	0.12	0.56	< .001*

Note. Model I including HSCS post level as a predictor, while Model II includes HSCS residual change. HSCS = Heidelberg Structural Change Scale; *N* sessions = number of sessions; reuptake = resumption of therapy after project therapy ended; symptom burden = residual change score (pre-post) for composite score including BSI, BDI-II, and BAI scores. *N* = 78, adjusted R^2 was .259 for Model I ($F(4,49) = 5.64$, $p < .001$, $f^2 = 0.351$, $n = 55$) and .26 for Model II ($F(4,49) = 5.65$, $p < .001$, $f^2 = 0.351$, $n = 55$). * marks significant results.

Table 4

Multiple regression analysis testing the predictive value of the HSCS for symptom burden at 12-month follow-up

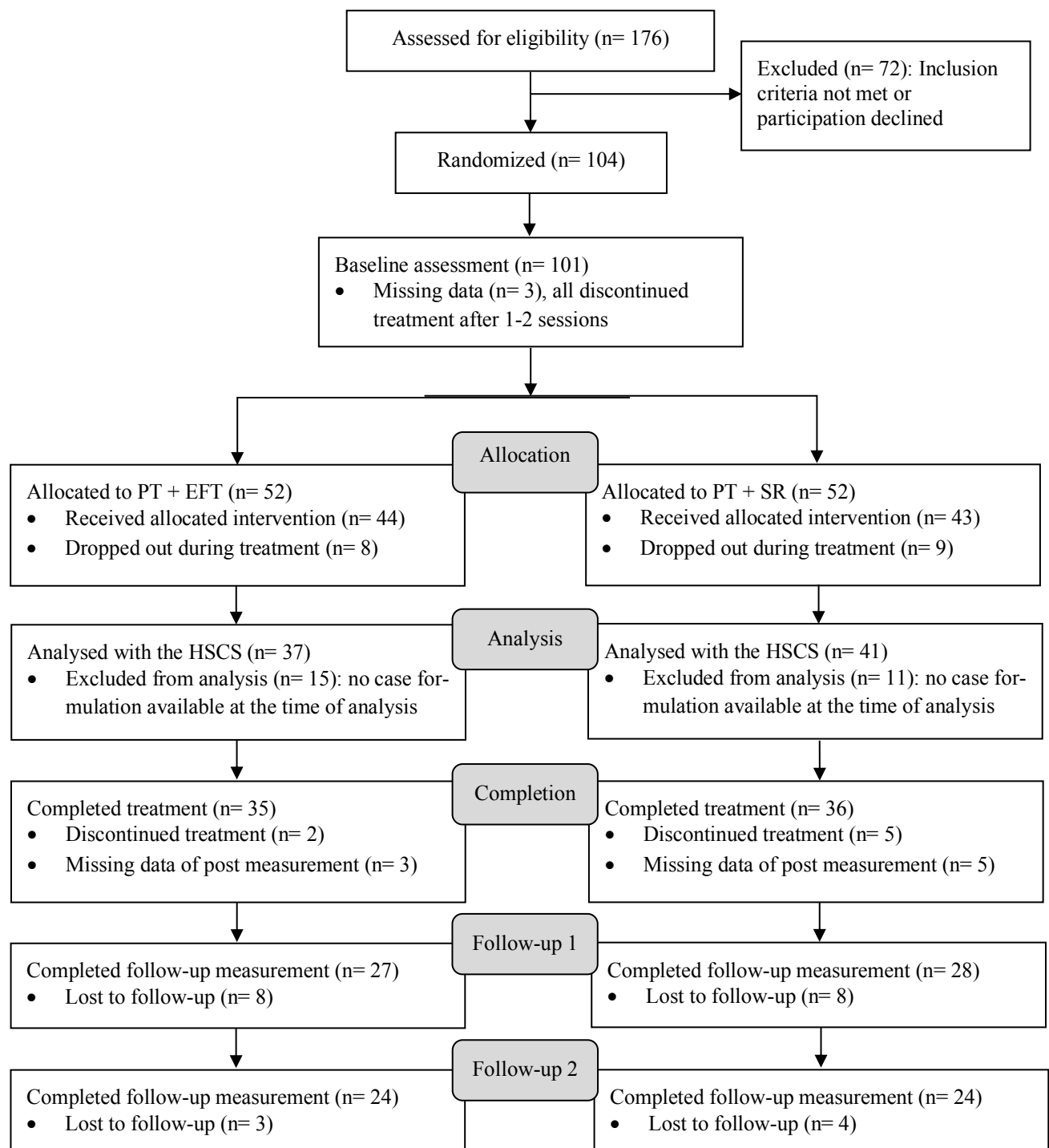
	Model I				Model II			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Constant	1.99	1.56		.210	1.74	1.07		.112
HSCS post level	-0.08	0.31	-0.04	.787				
HSCS residual change					-0.13	0.32	-0.05	.681
<i>N</i> sessions	-0.07	0.05	-0.21	.163	-0.07	0.05	-0.21	.161
Reuptake	1.11	0.86	0.20	.203	1.20	0.86	0.19	.210
Symptom burden, residual change	0.45	0.14	0.47	< .01*	0.46	0.14	0.48	< .01*

Note. Model I including HSCS post level as a predictor, while Model II includes HSCS residual change. HSCS = Heidelberg Structural Change Scale; *N* sessions = number of sessions; reuptake = resumption of therapy after project therapy ended; symptom burden = residual change score (pre-post) for composite score including BSI, BDI-II, and BAI scores. *N* = 78, adjusted R^2 was .23 for Model I ($F(4,42) = 4.44$, $p < .01$, $f^2 = 0.299$, $n = 48$) and .232 for Model II ($F(4,42) = 4.47$, $p < .01$, $f^2 = 0.302$, $n = 48$). * marks significant results.

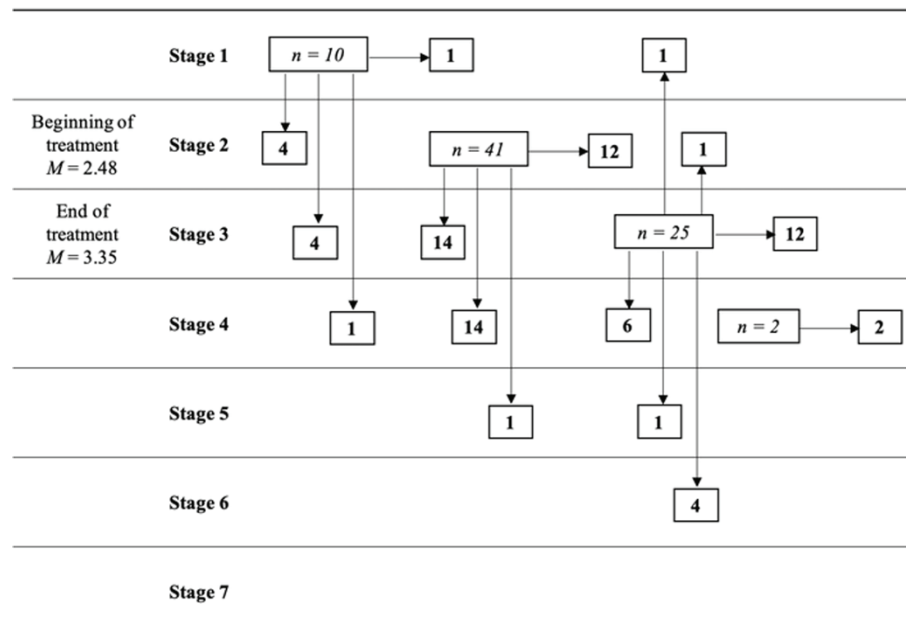
Figures

Figure 1

Consort diagram for participant recruitment and study flow



Note. PT+SR = Psychological Therapy with elaborated therapy elements targeting self-regulation, PT +EFT = Psychological Therapy with added therapy elements from Emotion-focused Therapy.

Figure 2*Changes along the seven stages of the HSCS for the whole sample*

Note. On the left side, mean HSCS scores for the whole sample at the beginning and end of therapy are shown. The positioning of the rectangles corresponds to the mean HSCS score across all problem foci. The rectangles indicate the number of patients at each level at the beginning (in italics) and end of treatment (in bold), with arrows showing the direction of the development. Horizontal arrows correspond to unchanged trajectories; upward arrows symbolize improvement in perception/management of problem foci toward higher levels on the HSCS. Numbers in rectangles represent absolute numbers, not percentages. Scores were rounded up or down according to the specifications of the HSCS. $N = 78$.

Anhang B

Schulungsmaterialien der Studie III

Übersicht:

- 1) Handlungsanleitung zur Fokusdefinition
- 2) Vorlage des Rasters zur Fokusdefinition
- 3) Vorlage HSCS Rating
- 4) Heuristiken zur Unterstützung des HSCS-Ratings

1) Handlungsanleitung zur Fokusdefinition:

Basierend auf der Handlungsanleitung wurde die Raterschulung durchgeführt. Sie wurde zudem den Foki-Ratern zur Unterstützung bei der Fokusdefinition abgegeben. Wenn in der Handlungsanleitung von «ihr» die Rede ist, sind daher die Foki-Rater gemeint.

Definition der Problembereiche für das HSCS-Rating im Rahmen des Improve-Projekts

Zielsetzung

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Anwendung eines psychodynamischen Veränderungsmodells (Heidelberger Umstrukturierungsskala, HSCS) zur Erforschung tiefer Veränderung innerhalb der Psychologischen Therapie. Um die HSCS anwenden zu können, werden vorgängig individuelle Problembereiche definiert. Die Herleitung dieser Problembereiche ist dabei an die Drei-Achsen-Struktur des OPDs angelehnt. Wir erachten es als selbstverständlich, dass sich dieses Vorgehen sowie die zugrundeliegenden Konzeptualisierungen nach OPD beziehungsweise Psychodynamischer Psychotherapie und Berner Ansatz nicht exakt entsprechen. Mit diesem Projekt soll jedoch der Versuch unternommen werden, ein psychodynamisches Modell a) mit vergleichbaren Berner Konzepten zu verknüpfen, b) wissenschaftlich zu untersuchen und c) bestenfalls einem Publikum ausserhalb der Psychodynamischen Tradition zugänglich zu machen.

Drei-Achsen-Struktur

Anhand dieser Struktur sollen pro Therapiefall 2-4 Foki (Problembereiche) definiert werden, wobei immer ein Fokus auf der ersten Achse (Beziehungsmuster) formuliert wird.

1. Beziehungsmuster

- a. Konfliktschema/Schemakonflikt, welche die allgemeine Beziehungsgestaltung des Patienten¹ beeinflussen (hier ist nicht nur die therapeutische Beziehung gemeint)
- b. Ergebnisse von IIP-32 und IMI (falls vorhanden) hinzuziehen

2. Zentrale und relevante Motive und Plankonflikte

- a. Zentrale (blockierte) Pläne oder Plankonflikte der Planstruktur mit Berücksichtigung von INK/FAMOS. Das heisst, wenn es auffällige Werte im INK/FAMOS gibt, sollten diese mitberücksichtigt werden. Es sollen jedoch nicht nur explizite, dem Patienten bewusste Motive oder Inkongruenzquellen berücksichtigt werden.
- b. u. U. Konfliktschema sowie Schemakonflikt (falls formuliert) hinzuziehen

¹ Aus pragmatischen Gründen wird in der Handlungsanweisung auf eine Geschlechterdifferenzierung verzichtet. Mit der Verwendung aller maskulinen Pronomina und Substantive ist jeweils auch die feminine Form gemeint.

3. Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit

Damit sind Einschränkungen in psychologischen Basisfertigkeiten gemeint.

- a. Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP; in Englisch: Level of Personality Functioning Scale, LPFS; Bender et al., 2011): Selbst (Identität/Selbststeuerung) vs. Interpersonelle Beziehungen (Empathie/Nähe) (siehe alternatives Modell zur Klassifikation von PS, DSM-5, Sektion III). Dazu existiert im Anhang des DSM-5 eine ausführliche Tabelle mit fünf Stufen der Beeinträchtigung. Die zentrale Frage dabei lautet: In welchem dieser Bereiche werden laut der Fallkonzeption bei diesem Patienten am meisten Defizite beobachtet? (siehe Tabelle unten)
- b. Ergebnisse von OPD-SFK und IPO-16 hinzuziehen
Zum Vergleich > Elemente der Persönlichkeitsfunktion (aus dem DSM-5):

Selbst	1. Identität: Erleben der eigenen Person als einzigartig, mit klaren Grenzen zwischen sich und anderen; Stabilität des Selbstwerts und Akkuratheit der Selbsteinschätzung; Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben und zu regulieren. 2. Selbststeuerung: Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen; Orientierung an konstruktiven und prosozialen Massstäben des Verhaltens; Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion
Interpersonelle Beziehungen	1. Empathie: Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer; Toleranz gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen; Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere 2. Nähe: Tiefe und Dauer von (positiven) Beziehungen mit anderen; Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein; gegenseitiger Respekt, der sich im interpersonellen Verhalten zeigt

Vorgehen

Anleitung zur Formulierung von Problemfoki:

1. durchlesen der Fallkonzeption, allenfalls erste Markierungen anbringen
 - wichtig sind v. a. folgende Abschnitte (der alten Version der Fallkonzeption):
 - Relevante und auffällige Ergebnisse in den Messungen
 - Konfliktschemata inkl. Plananalyse (Achse I & II)
 - weitere wichtige Annäherungs- & Vermeidungsziele

- Analyse interaktioneller Abläufe (Achse I)
 - Problemverständnis des Therapeuten
 - «Was müsste sich ändern, damit es dem Patienten dauerhaft besser geht?»
2. mit verschiedenen Farben die Aussagen den jeweiligen Achsen zuordnen
 3. grobe Problembereiche bestimmen
 4. übertragen in die Vorlage (siehe 2) und zuordnen der angestrichenen Aussagen der Fallkonzeption und Plananalyse
 5. ergänzen mit Fragebogenergebnissen (cave: Was via Fragebogen berichtet wird, ist den Patienten bewusst. Wir wollen aber auch die zum Zeitpunkt des Ausfüllens unbewussten Probleme untersuchen.)
 6. mittlere Spalte ausfüllen
 - Was bedeuten die Probleme?
 - Was müsste sich ändern während der Therapie?
 - Zusammenhänge und/oder Abgrenzungen zu anderen Problemfoki
 7. Obertitel benennen (Was müsste der Patient lernen...)
 - darauf achten, dass der Fokustitel nicht zu spezifisch formuliert ist
 - nicht symptomorientiert formulieren, weil ja gerade tiefergehende Veränderungen untersucht werden sollen
 8. bestimmen eines Hauptfokus

Heuristiken

Grundsätzliches:

- Leitfrage: Bezüglich welcher Hauptproblembereiche sollte sich etwas ändern, sodass sich das Wohlbefinden des Patienten signifikant verbessert?
 - ⇒ Die Einteilung auf den drei Achsen gibt die Grundstruktur vor
 - ⇒ Z. B. ein hohes Kontrollbedürfnis kann als Copingstrategie verstanden werden und in allen drei Achsen erscheinen, oder aber es stellt einen eigenen Fokus auf Achse II dar
- an den wichtigsten Plänen und Konflikten orientieren > diese bilden eine gute Leitlinie, um die zentralen Problembereiche zu identifizieren
- ebenso die Häufigkeit der Nennung von Themen in der Fallkonzeption berücksichtigen > selten oder einmalig genannte Themen stellen wahrscheinlich eher Nebenfährten und nicht Problemfoki dar

Zur Aufteilung der Foki auf den 3 Achsen:

- Alle Fokusbereiche hängen im Endeffekt zusammen und sind nicht perfekt trennscharf. D. h. es ist davon auszugehen, dass, wenn sich eine Person in einem Problembereich signifikant verändert, sich die anderen Problembereiche mitverändern.
 - z. B. Verbesserung in einem Fokus zum Selbstwert kann zur Folge haben, dass sich dysfunktionale Beziehungsmuster auflösen – oder umgekehrt
 - am Ende werden die Beurteilungen auf der HSCS zu einem Mittelwert zusammengerechnet
- Es kann auch sein, dass ihr in gewissen Fällen nicht auf allen Achsen Foki definieren könnt.

Achse I:

- auf der Beziehungssachse soll jeweils nur ein Fokus formuliert werden
- alles was das Beziehungsverhalten betrifft, soll auf Achse I eingeteilt werden

Achse III:

- Achse III beinhaltet Problembereiche bezüglich der Einschränkung basaler Fähigkeiten im psychischen Funktionieren einer Person, z. B. Emotionsregulation
 - Defizite in Handwerkszeug – kann es der Patient nicht oder will er es nicht?
- Emotionsregulationsprobleme immer in der 3. Achse einordnen: Das bedeutet aber nicht, dass Probleme im Zusammenhang mit Emotionen nicht auch als Subaspekt bei Foki auf Achse I und II vorkommen können (z. B. wenn jemand aufgrund von Angst vor Ablehnung oder Angst davor, Schwäche zu zeigen, gar nicht gelernt hat, mit Emotionen umzugehen).
- Auf Achse III sollte immer dann die Tabelle zur Formulierung des Fokus herbeigezogen werden, wenn der Inhalt nicht bereits in einem anderen Fokus erwähnt wird. Einzige Ausnahme ist, wenn der neue Fokus auf Achse III noch zusätzlich leicht andere Aspekte umfasst und man die beiden Foki zudem gut voneinander abgrenzen kann (was wichtig für das nachfolgende Rating mit der HSCS ist). Die Tabelle dient im Endeffekt nur als Hilfestellung und soll Ideen geben, in welchen Bereichen ein Fokus auf Achse III formuliert werden kann. Aber im Endeffekt muss ein Problembereich immer auch in der Fallkonzeption vorhanden sein, um als Fokus festgehalten zu werden.

Zur Spaltenstruktur des Rasters (siehe 2)):

- Die 3. Spalte darf ausschliesslich Formulierungen aus der Fallkonzeption enthalten. Dabei muss jedoch nicht jeder Satz zu einem spezifischen Problem aus der Fallkonzeption

übernommen werden. Zusammenfassungen i. S. v. Abkürzungen, Stichworten und Gruppierungen der Inhalte sind auf jeden Fall sinnvoll (es sollte einfach für einen unvertrauten Leser verständlich sein).

- Aufpassen, dass nicht zu viel von der Einsicht des Patienten in der 3. Spalte des Rasters «verraten» wird, sondern möglichst grob den Problembereich beschreiben. Das Gleiche gilt für biografische Aspekte.
- Die mittlere Spalte stellt eine Schnittstelle zwischen der 1. und 3. Spalte dar. Sie kann einerseits eine Kurzzusammenfassung enthalten, die zum besseren Verständnis der Problematik fürs HSCS-Rating beiträgt. Andererseits umfasst sie, was sich ändern müsste, sodass es dem Patienten besser geht (z. B. korrektive Erfahrung, Stärkung des Annäherungsziels etc.)
 - Die HSCS-Rater kennen den Patienten gar nicht und wissen daher noch gar nichts über ihn oder seine Problematik. In die mittlere Spalte gehört folgendes: a) eine kurze Zusammenfassung der Problembeschreibung der 3. Spalte, b) das explizite Hervorheben einzelner Aspekte sowie c) Hinweise für ein mögliches therapeutisches Vorgehen. Manchmal ist es zudem wichtig, ähnliche Foki voneinander abzugrenzen oder auch Abhängigkeiten aufzuzeigen. Dies soll ebenfalls in der mittleren Spalte des Rasters erwähnt werden.
 - Die Zusammenhänge und Abgrenzungen zwischen den einzelnen Foki dienen dem besseren Verständnis für die HSCS-Rater. Dies unterstützt sie in der Entscheidung, welche Aussagen des Patienten sich auf welche Problembereiche beziehen. Idealerweise tragen die Abgrenzungen dazu bei, dass die Foki trennschärfer werden. Das ist insbesondere bei ähnlichen Foki wichtig!
 - Wenn der Therapeut in der FK bereits schreibt, in welchen Bereichen (Foki) sich der Patient ändern müsste, solltet ihr das selbstverständlich für die mittlere Spalte übernehmen.

Zur Formulierung:

- Die Obertitel sollen nicht zu symptomorientiert formuliert sein, da es beim weiteren Rating mit der HSCS um eine tiefere Veränderung über die Symptombelastung hinaus geht.
- Die Obertitel sind zudem nicht zu detailliert zu formulieren, da dies das weitere Rating beeinflussen würde (man würde nur diesen einen Aspekt raten und nicht die darunterliegende Problematik).

Sonstiges

- **Auf welcher Achse ist ein Problem betreffend Selbstwert einzuordnen?**

- ⇒ Hinweise für Foki auf Achse III (nebst Foki zur Emotionsregulation, welche immer dort eingeordnet werden) findet man in den Fragebogen IPO-16 und OPD-SFK. Sie zeigen, wie strukturell beeinträchtigt ein Patient ist. Wenn dort eine überdurchschnittlich hohe strukturelle Beeinträchtigung angezeigt wird, deutet dies auf einen bis mehrere Foki auf der Achse III hin (zur Orientierung dann bitte Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) heranziehen).
- ⇒ Wenn motivationale Aspekte eine Rolle spielen, wäre ein Fokus eher auf Achse II einzustufen. Im Endeffekt ist es aber sekundär, auf welcher Achse ein Fokus eingeordnet wird. Wichtiger ist, dass die Foki übereinstimmend definiert werden.
- ⇒ Wenn bereits auf Achse II Probleme hinsichtlich des Selbstwerts erfasst werden, dann sollte dies auf der Achse III nicht mehr erwähnt werden.

- **Konfliktschema:**

- ⇒ Es ist in Ordnung oder sogar wünschenswert, dass bei den Plänen, Verhaltensweisen, Emotionen und Kognitionen eines Konfliktschemas oder Schemakonflikts eine Auswahl getroffen wird. Denn alle Aspekte eines Konfliktschemas in das Fokus-Raster aufzunehmen, würde die Tabelle unnötig lang und unübersichtlich werden lassen.
- ⇒ Beziehungstests sollten auch nur ins Raster aufgenommen werden, wenn sie zum Fokusschwerpunkt passen.
- ⇒ Konfliktschema dürfen auch bei Achse II miteinbezogen werden, sofern sie einen intrapsychischen Konflikt beschreiben.

- **Einbezug von Fragebogen:**

- ⇒ Die Fragebogenergebnisse dienen eher als Anhaltspunkt für die Formulierung eines Problembereichs. Zu Beginn solltet ihr sie miteinbeziehen und dann mit den restlichen Hinweisen in Verbindung bringen sowie ausformulieren. Falls die Hinweise der Fragebogen jedoch redundant sind, könnt ihr sie wieder rauslöschen. Denn idealerweise werden sie von den Therapeuten sowieso in die Fallkonzeption miteinbezogen.

- **Formulierung von Obertitel:**

- ⇒ Daumenregel: Die Obertitel als korrektive Erfahrungen bezüglich der Foki-Schwerpunkte formulieren.

- Wenn sich die Ausführungen in der Fallkonzeption nur auf die Symptomebene beziehen, dann dürft ihr ausnahmsweise euer eigenes Fallverständnis hineinbringen. Ansonsten solltet ihr euch an die Vorgaben der Fallkonzeption zu halten.

2) Vorlage des Rasters zur Fokusdefinition:

Das Raster auf der nächsten Seite wurde den Foki-Ratern in Form eines Word-Dokuments abgegeben. Das Raster diente als Vorlage für das Vorgehen zur Fokusdefinition.

<i>Fallziffer</i>	Obertitel (Was müsste der/die PatientIn lernen?)	Für Rater zum besseren Verständnis	Beschreibung (Hinweise aus der Fallkonzeption; keine notwendigen Voraussetzungen)
Beziehungsmuster	Fokus 1:	- Beschreibung umformulieren - Was müsste sich ändern/passieren in der Therapie? ⇒ Zusammenhang/Abgrenzung zu Fokus xy:	- Überschrift: ➤ Konfliktschema I: « ... » vs. «vermeide, ... » ▪ Vermeidungspläne: ... ▪ Annäherungspläne: ... ▪ daraus abgeleitet: ... (<i>Kognitionen/zentrale Gefühle</i>) ➤ Was bedeutet das? - Auffälligkeiten im IPP/IMI
bestimmende Motive & Plankonflikte	Fokus 2: (Fokus 3):		- Überschrift: ➤ Konfliktschema I: « ... » vs. «vermeide, ... » ▪ Vermeidungspläne: ... ▪ Annäherungspläne: ... ▪ daraus abgeleitet: ... (<i>Kognitionen/zentrale Gefühle</i>) ➤ Was bedeutet das? ➤ alternativ: wichtige Pläne/Motive oder Schemakonflikte
Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit	Fokus 4:	⇒ Abgrenzung zu Fokus xy: hier ist die grundsätzliche Fähigkeit gemeint. Die zugrundeliegende Motivstruktur wird unter Fokus xy erfasst und soll dort kodiert werden. Hinweis: bei der Bearbeitung dieses Fokus könnte der/die PatientIn u. U. weniger emotional beteiligt sein, da es dabei um fehlende grundlegende Kompetenzen im menschlichen Funktionieren geht (anstatt um Schemata).	

3) Vorlage HSCS Rating:

Die folgende Vorlage wurde den HSCS-Ratern in Form einer Excel-Tabelle abgegeben. Wenn ein Fokus nicht beurteilbar war, wurde ein NB vergeben. Der Zeitpunkt = 1 steht für das Rating vor der Besprechung im Ratingpaar, = 2 nach der Besprechung.

Therapienummer	Sitzung	Therapiephase	Zeitpunkt	Fokus	Rating	Falls NB, welches Rating würdest Du vergeben, wenn Du müsstest?	Sicherheit	Wie viel Material gab es zum Fokus?
			1	Fokus 1				
			1	Fokus 2				
			1	Fokus 3				
			2	Fokus 1				
			2	Fokus 2				
			2	Fokus 3				

Dabei galten folgende Einschätzungen:

Sicherheit: 0 = gar nicht sicher, 1 = einigermaßen sicher, 2 = sicher bis sehr sicher

Material: 0 = kein bis sehr wenig Material, 1 = knapp genug für Rating, 2 = ausreichend bis viel

4) Heuristiken zur Unterstützung des HSCS-Ratings:

Diese während der Trainingsphase formulierten Heuristiken soll euch, Ratern, insbesondere dann als Unterstützung bei der Beurteilung dienen, wenn kein klarer HSCS-Prototyp definiert werden kann. Es wird empfohlen, vor jedem Rating kurz alle Heuristiken durchzulesen.

Foki

1. **sich beim Rating primär auf Obertitel und Problemverständnis eines Fokus stützen**

Die *Beschreibung* dient nur zum besseren Verständnis des Problembereichs und gibt Hinweise darauf, bei welchen Themenbereichen der Fokus in der individuellen Therapie angesprochen werden könnte. Die Auflistung in der Beschreibung ist aber nicht als notwendige Voraussetzung und/oder abschliessende Liste gedacht.

⇒ Wenn ein Fokus-Obertitel zwei Teilbereiche umfasst, bitte beide zu 50% in das Rating miteinbeziehen (vorausgesetzt beide Anteile können geratet werden).

Ratingprozess

2. **grundsätzliches Rating-Vorgehen**

1. «Wie ist die Selbstorganisation des Patienten¹ (hinsichtlich eines Problembereichs)?» bzw. «Wie sehr ist der Patient schon zum eigenen Therapeuten geworden (hinsichtlich eines Problembereichs)?» → Anhand dieser Fragen soll der Prototyp bestimmt werden.
2. Anschliessend das Manual oder die Checkliste zur Hand nehmen und vorangehende bzw. nachfolgende Stufen durchsehen und entscheiden, ob diese allenfalls passender sind.
 - Bei Schwierigkeiten sich auf eine Stufe festzulegen, soll eine genaue Auflistung der Argumente gemacht werden, bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird, z. B. so:

¹ Aus pragmatischen Gründen wird in diesem Dokument auf eine Geschlechterdifferenzierung verzichtet. Mit der Verwendung aller maskulinen Pronomina und Substantive ist jeweils auch die feminine Form gemeint.

	Stufe 3	Stufe 4
pro	• bemerkt innere Problematik, die zu ihm gehört • kontinuierliche Existenz • Vorarbeit zur Veränderung • noch keine Handlungsansätze, jedoch gelingt es in anderen Situationen sich abzugrenzen	• interessiert Problemverstehen • Problem wird formulierbar • eigenes Problem • äussert Beruhigung, dass er sich jetzt um Probleme kümmert (Optimismus?)
contra	• inhaltlich undifferenziert • aversiver Affekt (Bedrücktheit > räuspert?) • keine Pattsituation • relativ offensive Erkundung des Fokus • hat Ahnung, dass es sein Problem ist, Familiengespräche triggern das • keine Versuche es von aussen kommend abzutun	• Tatkraft nur im Sinne von Notizen zu seiner Biografie und Ursprung der Problematik; noch keine Verhaltensänderung per se

3. Feinabstimmung vornehmen: a) wenn Tendenz zur nächsten Stufe, eine + vergeben; b) wenn noch nicht «ausgereift», ganz frisch oder vom Therapeuten angestossen dann eine – anfügen, oder c) wenn genau passend, dann «glatte» Zahl

3. **Zentrale Frage und weitere Leitfragen beachten:** «Wie sehr ist ein Mensch zum eigenen Therapeuten geworden?» sowie «Wie geht der Patient mit einem schwierigen Thema in diesem Moment um?», «Zeigt er ein angemessenes Verhalten?», oder wenn nicht: «Ist er sich bewusst, wieso er nicht angemessen darauf reagieren kann?»
4. **in Prototypen denken:** Es kann helfen beim Rating auf eine Metaebene zu gehen und sich zu fragen, wie der Patient über den jeweiligen Problemfokus spricht (siehe Leitfragen).
 ⇒ beim Anschauen des Videos bereits mehr anhand der Struktur der Foki überlegen und sich nicht zu sehr auf Gesagtes, also auf den Inhalt, versteifen
5. **Abwägen zwischen Detailliertheit und Prototyp:** Immer wieder in die konkreten Aussagen hineinzoomen, aber auch wieder Beobachterperspektive einnehmen und anhand der zentralen Frage vorgehen
6. **Begründung für Rating-Einschätzung auch mit «HSCS-Sprache»:** Rating in HSCS-Sprache begründen (Abgleich mit Manual und/oder Checkliste); das soll das Rating

transparenter machen und die Argumentation für die Diskussion in der Arbeitsgruppe erleichtern.

7. **bei den Rating-Besprechungen nicht zu sehr auf eine exakte Übereinstimmung versteifen** → Stufen werden noch transponiert (+ = .7; - = .3)
8. **Abgrenzung zwischen Fokus 1 und 2 > interpersonelle Beziehungsmuster**
Fokus 1 muss immer etwas mit den zwischenmenschlichen Beziehungen (interpersoneller Fokus) zu tun haben. Fokus 2 bezieht sich auf die motivationale Struktur bzw. das intrapsychische Funktionieren (welches möglicherweise die motivationale Basis für das problematische Verhalten in Fokus 1 sein könnte).
9. Beim Rating die Foki im Sinne eines **Problemverständnisses** im Kopf haben und es nicht als definitives Therapieziel betrachten
⇒ dazu sich vor dem Rating mit den Foki vertraut machen und sich ein Problemverständnis erarbeiten; sich dazu genügend Zeit einberechnen (es wäre aber natürlich kontraproduktiv, wenn jeder sein eigenes Verständnis ableitet > daher darauf achten, möglichst wenig zu interpretieren)
10. Inwieweit ist der Patient in den verschiedenen Problemfoki fortgeschritten? **Vergleiche zwischen den Foki** sind zulässig und können möglicherweise Hinweise geben, wo das höchste bzw. das niedrigste Rating zu vergeben ist.
11. Bei **mehreren Videos** derselben Therapie sollte **dasselbe Problemverständnis** als Ratinggrundlage dienen.
12. Wenn **Begrifflichkeiten der Foki-Beschreibung** in der Sitzung genannt werden, solltet ihr hellhörig werden, aber **nicht automatisch ein Rating** vergeben. Zuerst die Verbindung zum Oberbegriff knüpfen und hinterfragen, ob der Bezug zum Fokus wirklich gegeben ist (z. B. beim Thema Selbstfürsorge nicht automatisch den Fokus zum Leistungsmotiv raten, auch wenn dort ein selbstfürsorglicher Umgang eine Verbesserung im Fokus darstellen würde).

Abgrenzung einzelner Stufen + Spezifisches
13. Abgrenzung NB & tiefe Stufen (1 und 2):

- ⇒ **NB (nicht beurteilbar):** Wenn nur eine Zustimmung (verbal oder nonverbal) des Patienten als Reaktion auf TherapeutInnenaussage erfolgt, ohne dass der Patient weiter auf den Fokus eingeht oder ihn wieder aufgreift, liegen zu wenig Informationen über die Selbstorganisation des Patienten vor. Es sollten mindestens 2-3 Patientenaussagen als Anhaltspunkte vorliegen. Zudem sollte man sich auch achten, inwiefern gewisse u. U. angepasste Antworten zu(m) sonstigen Patientenaussagen und -verhalten passen.
- ⇒ **1:** Der Therapeut spricht das Problem an und der Patient streitet es ab oder wehrt sich > «es gibt ja gar kein Problem». Für ein Rating von 1 setzen wir voraus, dass der Therapeut das Thema explizit anspricht > somit vermeiden wir, dass wir nichts interpretieren und uns nicht zu fest auf die Fokusbeschreibung stützen (so wie wir es auch bei den höheren Stufen machen).
- ⇒ **2:** Wenn ein Fokus mehrmals vom Therapeuten angesprochen wird und der Patient wiederholt nicht darauf eingeht > Hinweis für Scheinwerferphänomen (weil wir dann auch einfach mehr Infos haben als bei nur einer Situation; wir können uns dann wirklich sicher sein, dass der Patient den Fokus umgehen möchte).

14. Scheinwerfer-Metapher zur Abgrenzung zwischen Stufe 2 und 3:

- ⇒ Bei 2 wird der «Scheinwerfer» (oftmals durch den Therapeuten) angeschaltet und aufs Problem gerichtet, aber der Patient schaltet ihn gleich wieder aus.
- ⇒ Bei 3 lässt es der Patient zu, auch wenn er sich inhaltlich noch nicht differenziert mit dem Problembereich auseinandersetzt.

15. Unterscheidung von 3, 3+ und 3-:

- ⇒ differenziertes Verständnis für Problembereich aber keine Handlung = 3+
- ⇒ der Problembereich ist inhaltlich undifferenziert oder mässig differenziert = 3 (klassische Kippfigur)
- ⇒ die Problemerkundung ist noch sehr frisch oder der innere Anteil, der den Problembereich abwehren möchte, überwiegt noch = 3-

⇒ Aufgepasst: ein Konfliktschema kann wie eine Kippfigur wirken! Wenn Ambivalenz auf inhaltlicher Ebene = Konfliktschema; und wenn Ambivalenz in Bezug auf die Einsicht eines Patienten = Kippfigur

16. Unterscheidung 5+ und 6-:

⇒ «Kippfigur» auf einer höheren Stufe; als oszillierende Zustände zu betrachten
 ⇒ Zwischen einer 5+ und 6- existieren nicht primär qualitative Unterschiede, sondern die Anteile an traurigen, melancholischen und an positiven, neugierigen Anteilen sind unterschiedlich: Wenn die Trauer überwiegt = 5+, wenn Interesse fürs Neue überwiegt = 6-

17. **Stufe 6** > Trennungsbeispiel (vielleicht hilft es an eigene Erfahrungen wie z. B. Beziehungsende zu denken, um sich ein Bild des kreativen, unbemühten Künstlers zu machen und vom bemühten Handwerker abzugrenzen). Wichtig: Spontaneität bezieht sich bei Stufe 6 auf die Veränderung und nicht auf die Art des Patienten, wie er es äussert.

18. **kognitive Exploration ≠ Bewältigungsmodus**, hingegen könnte eine aktive Anwendung von bspw. adaptiven Kognitionen durchaus als Bewältigungsversuch gelten (z. B. Patient: «Letztens habe ich mich wieder als totalen Versager gefühlt und musste dann an unsere Sitzungen denken. Da habe ich mir absichtlich innerlich gesagt, dass ich nicht perfekt sein muss und ich gut so bin, wie ich bin»)

19. **bewältigungsorientiertes und direktives Vorgehen der Therapeuten nicht mit Modus des «bemühten Handwerkers» verwechseln**. Man kann in einer Therapiesitzung sehr viel Bewältigungsstrategien besprechen und der Patient setzt dann trotz Vorsatz nichts davon um.

20. Bei einem **Fokus zur Emotionsregulation** kann bereits das **Zulassen von Emotionen** u. U. eine **Bewältigungsstrategie** sein, die ins Rating miteinbezogen werden sollte (sofern diese während der Therapie neu eingeübt wurde).

Allgemeines zum Rating und Auswertung

1. Veränderungen im Ratingdokument anpassen

- ⇒ bitte in Spalte eintragen vor Besprechung = 1, nach Besprechung = 2; bitte unter 2 immer etwas eintragen
- ⇒ wenn keine Veränderungen vorgenommen werden > copy & paste des Ratings vor der Besprechung; bei Veränderungen diese markieren (rot, gelb hinterlegt). Das ist nötig, dass ich überprüfen kann, wie hoch die ICC vor der Besprechung gewesen ist und welchen Einfluss die Besprechung hatte.

2. Vorgehen zur Übereinstimmung bei Raterdiskussion

- ⇒ Rating besprechen: Einschätzung darf genannt werden, aber der Fokus der Diskussion soll auf der Wahrnehmung und Begründung und nicht auf der Stufe liegen!
- ⇒ Anpassungen sollen anschliessend an die Besprechung alleine vorgenommen werden. Es geht nicht darum, zu zweit einen Konsens zu finden!

3. Wenn über 50% der Foki nicht beurteilbar sind, bitte mich informieren. So kann ich schauen, dass ein zweites Video eingeschätzt wird.

4. Wenn beide Raterinnen ein NB vergeben, aber divergierende Ratings bei dem «2. Rating» vorweisen. > Wie geht man damit um?

- ⇒ In diesem Fall zählen die NBs und es macht nicht Sinn, die Ratings in der 2. Spalte noch ausführlich zu besprechen.
- ⇒ Wenn aber nur 1 Person ein NB vergeben hat, zählt bei ihr das Rating in der 2. Spalte. In diesem Fall sollten die Ratings besprochen werden.

5. Wie soll eine Veränderung in der Medikation während des Therapieprozesses berücksichtigt werden? > Das Video soll ganz «normal», d. h. ohne Berücksichtigung dieses Umstandes, eingeschätzt werden. Bitte vermerkt in diesem Fall aber, dass die Veränderungen möglicherweise auf eine Medikation zurückzuführen sind (z. B. in der Beschreibung)

- ⇒ Es könnte natürlich auch Patienten geben, die ebenfalls ein Psychopharmakon einnehmen, bei denen wir es aber nicht wissen. Das würde zu einer Verzerrung im Rating führen.
- ⇒ Die Medikation wurde im Rahmen des Improve-Projekts erfasst und sollte in die statistischen Auswertungen miteinbezogen werden.

Anhang C

Schulungsmaterialien der Studie IV

Übersicht:

- 1) Übersicht zur revidierten Version des MEPI
- 2) Revidierte Version des MEPI
- 3) Ratingunterstützung MEPI – Kurzübersicht zum Manual mit Anmerkungen und Ankerbeispielen zu den Items

1) Übersicht zur revidierten Version des MEPI:

Mit dem Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen (MEPI, Tschitsaz & Lutz, 2007, Tschitsaz-Stucki, 2007) werden einerseits allgemeine Faktoren, wie die Motivation des Patienten oder die therapeutische Beziehung erhoben. Andererseits werden damit spezifische therapeutische Interventionen kodiert. Tschitsaz-Stucki (2007) konzipierte das MEPI im Rahmen ihres Dissertationsprojekts basierend auf 12 bereits bestehenden Ratinginstrumenten.

Gemeinsam mit Jenny Gex-Fabry, einer auszubildenden Therapeutin an der Psychotherapeutischen Praxisstelle sowie Projekttherapeutin im Rahmen von Improve, wurde das MEPI überarbeitet. Das Ziel war dabei die Kürzung des Manuals entsprechend der Fragstellungen sowie die Reduktion des Ratingaufwands. Bei der Kürzung wurden die Ergebnisse von Tschitsaz-Stucki (2007) berücksichtigt. Zudem wurden die Items um Ankerbeispiele erweitert und auf diese Weise spezifiziert. Jenny Gex-Fabry hat als erfahrenere Therapeutin dabei vor allem mit ihrem klinischen Wissen bei der Formulierung der Ankerbeispiele mitgewirkt. Konkret wurde Folgendes abgeändert:

Items

- *Anzahl Items:* Die revidierte Version enthält 31 anstatt 38 Items. Im Folgenden wird dargestellt, welche Items bei der Revision weggelassen beziehungsweise verändert wurden. Eine Übersicht findet sich in Tabelle X.
- *Item 1 Globaleinschätzung:* Die Globaleinschätzung umfasst in der Originalversion zwei Items («Wie gut scheint der Patient momentan [d.h. zum Zeitpunkt der Therapiestunde] zurechtzukommen?»; «Schätzen Sie die Wirkung des Therapeuten ein?»), welche nach der vollständigen Sichtung der jeweiligen Therapiesitzung vorgenommen wird. Da diese beiden Items anders erfasst werden (über die ganze Sitzung hinweg vs. nach jeder Minute), sie nicht relevant für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit waren und auf diese Weise der Ratingaufwand minimiert werden konnte, wurde darauf verzichtet. Zudem wurden hinsichtlich der Einschätzung dieser beiden Items bei Tschitsaz-Stucki (2007) unbefriedigende Interrater-Reliabilitäten erreicht.
- *Item 8 – 11 Empathisches Verstehen:* Die Items zur Kodierung des empathischen Verstehens stammen ursprünglich aus der Cognitive Therapy Scale (CTS, Young & Beck, 1980), wo sie unterschiedliche Skalenwerte eines einzigen Items darstellen. Die Skalenwerte wurden für die Originalversion des MEPI künstlich auseinandergenommen und zu einzelnen Items formuliert. Da diese inhaltlich aufeinander aufbauen und daher die Einschätzungen

voneinander abhängig sind, wurden sie wieder in ihre ursprüngliche Form überführt. Das bedeutet anstatt vier einzelner Items wurde neu nur ein Item zum empathischen Verstehen kodiert.

- *Item 13 zwischenmenschliche Beziehungen als Hauptthema:* Auf dieses Item wurde in der revidierten Version verzichtet, da es ein rein inhaltsbezogenes Item ist, welches nichts über die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen einer Patientin aussagt. Falls es sich, wie in der Itembeschreibung der Originalversion erwähnt, um einen Streit mit dem Chef handelt, wird dies bereits unter Item 34 (Daily hassles) kodiert.
- *Item 25 Behavior und Direktivität:* Bei diesem Item wird festgehalten, welche der folgenden Interventionen in der entsprechenden Sitzungssequenz durchgeführt wurde: Expositionstraining; Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten; alternative Verhaltensweisen, um sie ausserhalb der Therapie benutzen zu können; Relaxation; Vertrag schliessen; systematische Desensibilisierung oder Selbstkontrollverfahren, um Verhalten zu modifizieren; Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben; Psychoedukation; Aktivitätenplan. Dieses Item wurde insofern verändert, als dass auf dessen Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala (Ausprägung) verzichtet und es stattdessen als Checkliste dargestellt wurde. Diese Checkliste wurde mit jener aus dem Therapeutenstundenbogen (BPSR - Version 2015; Flückiger et al., 2010) ergänzt und als letztes Item im Manual aufgeführt. Falls eine Intervention nicht in der Checkliste enthalten war, konnten die Rater sie noch eigenhändig aufführen. Auf die Einschätzung der Qualität der durchgeführten Interventionen (Item 25b) wurde verzichtet, da die Therapeutinnenkompetenz im Rahmen des Improve-Projekts separat erhoben wurde.
- *Item 35 Life events:* Das Item zur Erfassung der Life events wurde um die Frage «Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?» (wie sie bei Item 34 zu den Daily hassles erhoben wird) ergänzt, um die beiden Items zu den externen Lebensereignissen in gleicher Form zu erfassen. Wie von Tschitsaz-Stucki (2007) vorgeschlagen, wurde die Einschätzung auf einer 5-Likert-Skala um die konkrete Angabe, um welches externe Lebensereignis es sich handelt, ergänzt.

Vorgehen

- *Skalierung:* Die Einschätzung auf einer 5-Punkte-Likert-Skala blieb. Deren Skalenendpunkte wurden jedoch von 1 bis 5 auf -2 bis +2 verändert, um den Ratern zu verdeutlichen, dass die Extremwerte für die offensichtliche Präsenz beziehungsweise Absenz reserviert

sind. Die Skalierung wurde anschliessend für die statistische Auswertung in ihre ursprüngliche Form zurückkodiert.

- *Beschreibung der Skalenwerte* (siehe Dokument *Kurzübersicht Items MEPI* im Anhang C): Für die revidierte Version wurde für ausgewählte Skalenpunkte (typischerweise für -2, 0 und 2) jedes Items ein Ankerbeispiel erarbeitet. Wenn immer möglich wurden diese aus den Itembeschreibungen oder den Originalratingmanualen entnommen. Bei den Formulierungen wurde explizit darauf geachtet, dass sie möglichst «neutral» in Bezug auf spezielle psychotherapeutische Theorien gehalten werden, um keine der beiden Therapiebedingungen zu bevorzugen und um Verzerrungen bei den Ratings zu verhindern. Die Ankerbeispiele dienen als Hinweise für die Rater, wobei ihnen mitgeteilt wurde, dass diese nicht abschliessend sind. Das formelle Ratertraining (im Gegensatz zu Tschitsaz-Stucki (2007), wo das Training informell stattgefunden hat, d. h. wo die Rater untereinander Absprachen darüber trafen, wie die einzelnen Items bewertet werden) bezog die Ankerbeispiele mit ein. Ankerbeispiele werden als notwendig erachtet, wenn die Wahrscheinlichkeit der Replizierbarkeit über verschiedene Rater und Situationen hinweg erhöht werden soll.
- *Rater*: Anstatt Masterstudierende in Psychologie wurden im Rahmen dieses Projekts Psychotherapeuten in Ausbildung (Postgraduales Masterstudium in Psychotherapie an der Universität Bern) als Rater ausgewählt. Da angehende Therapeutinnen im Vergleich zu Masterstudierenden vertrauter mit den einzuschätzenden Interventionen und Prozessen sind, wurde dadurch versucht, die teilweise niedrige Interrater-Reliabilität, wie sie von Tschitsaz-Stucki (2007) berichtet wurde, zu umgehen.
- *Rating*: Bei Tschitsaz-Stucki (2007) wurde das Ratinginstrument in drei Blöcke unterteilt, wobei dann jeweils zwei Studierende zusammen einen Block kodierten. Da für dieses Projekt 16 Rater mit begrenzter Zeitressource (pro Person zwischen 35 bis 50 Stunden) zur Verfügung standen, musste aus ökonomischen Gründen entschieden werden, dass ein Rater jeweils alle Items einschätzt. Um die Interrater-Reliabilität berechnen zu können, wurden ausgewählte Videos doppelt geratet, wobei darauf geachtet wurde, alle möglichen Kombinationen von Ratingpaaren zu berücksichtigen.
- *Ratingsequenz*: In Absprache mit der Erstautorin der Originalversion wurde die Ratingsequenz von einer Minute auf 10 Minuten erhöht. Bei einer Einschätzung auf der Basis von einer Minute kam es in der Untersuchung von Tschitsaz-Stucki (2007) zwangsläufig vor, dass die erfragten Merkmale nicht immer auftraten und daher mit *trifft nicht zu* (= 1, bei einer Spannweite von 1 bis 5) kodiert mussten. Daraus resultierte eine ausgeprägte Schiefverteilung der Daten. Es wurde angenommen, dass dieser Umstand mit der Erhöhung der

Ratingsequenz verhindert oder zumindest minimiert werden konnte. Zudem sieht nur eines der 12 Ratinginstrumente, aus welchen das MEPI zusammengestellt wurde, eine Ratingsequenz von einer Minute vor.

Tabelle X

*Übersicht über die Items der MEPI Originalversion sowie der überarbeiteten Version von 2017 im Rahmen des Improve-Projekts
(für eine Übersicht über die jeweiligen Originalitems der verschiedenen Ratinginstrumente siehe Tschitsaz-Stucki, 2007)*

Originalversion 2007	Subskala Original	Überarbeitete Version 2017	Subskala neu
1. Wie gut scheint der Patient momentan (d.h. zum Zeitpunkt der Therapiestunde) zurecht zu kommen?	Global- einschät- zung	-	
2. Schätzen Sie die Wirkung des Therapeuten ein		-	
3. Der Therapeut versucht, dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht wahrnehmen oder ausdrücken kann.	Experience, Emotion (Item 3 bis 7)	1. Der Therapeut versucht, dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht wahrnehmen oder ausdrücken kann.	Experience, Emotionsaktivierung
4. Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z. B. Ärger, Neid, Aufregung)		2. Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z. B. Ärger, Neid, Aufregung)	
5a. Aktivierte Emotionen positiv		3a. Aktivierte Emotionen positiv	
5b. Aktivierte Emotionen negativ		3b. Aktivierte Emotionen negativ	
6. Der Patient zeigt nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an Affekten. Dies kann sich andeuten, wenn die Stimmqualität des Patienten und sein Gefühlszustand nicht zu variieren scheinen.		4. Der Patient zeigt nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an Affekten. Dies kann sich andeuten, wenn die Stimmqualität des Patienten und sein Gefühlszustand nicht zu variieren scheinen.	
7. Der Patient vermeidet konsistent die Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen und Themen	Interpersonal	5. Der Patient vermeidet konsistent die Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen und Themen	Therapeutische Beziehung
8. Der Therapeut versteht wiederholt nicht, was der Patient sagt. Er zeigt wenig empathisches Verhalten.		6. Empathisches Verstehen	
9. Therapeut kann zwar die Aussagen des Patienten wiederholen, kann aber auf subtilere Signale nicht eingehen. Seine Fähigkeit, zu verstehen und empathisch zu reagieren, ist begrenzt.			

10. Generell kann der Therapeut die „internale Realität“ des Patienten erfassen, ob sie explizit durch den Patienten ausgedrückt wird oder subtil. Gutes Zuhören und Empathie sind vorhanden. 11. Therapeut kann die «internale Realität» des Patienten erfassen und darauf verbal und non-verbal passend eingehen (z. B. Ton der Stimme ist passend zu Äusserung des Patienten). Er zeigt exzellentes Zuhören und empathisches Verhalten. 12. Patient reagiert negativ auf die Bemerkungen des Therapeuten. 13. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.		7. Patient reagiert negativ auf die Bemerkungen des Therapeuten. -	
14. Patient berichtet direkt oder indirekt von einer Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhaltes und den persönlichen Zielen.	Inkongruenz	8. Patient berichtet direkt oder indirekt von einer Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhaltes und den persönlichen Zielen.	Inkongruenz
15. Patient wird sich bewusst über bestimmte Überzeugungen/Schemata, die hinter seinen negativen Gefühlen stehen. 16. Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Ideen, Glaubenssystemen, etc.). 17. Es wird der Versuch unternommen, die Bedeutung eines Verhaltens/Gedankens/einer Erfahrung neu zu erklären. 18. Patient kann seinen neuen Denkprozess akzeptieren; dies zeigt sich, wenn er sich neue Gedanken aneignet und nutzt.	Thought, cognition, insight	9. Patient wird sich bewusst über bestimmte Überzeugungen/Schemata, die hinter seinen negativen Gefühlen stehen. 10. Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Ideen, Glaubenssystemen, etc.). 11. Es wird der Versuch unternommen, die Bedeutung eines Verhaltens/Gedankens/einer Erfahrung neu zu erklären. (Reframing) 12. Patient kann seinen neuen Denkprozess akzeptieren; dies zeigt sich, wenn er sich neue Gedanken aneignet und nutzt.	Arbeit mit Kognitionen
19. Der Therapeut verursacht eine Diskussion über frühe Erinnerungen/Ereignisse des Patienten. 20. Der Therapeut versucht aktiv, wiederkehrende Beziehungskonflikte beim Patienten zu identifizieren. 21. Der Therapeut versucht, beim Patienten die Einsicht in die emotionalen Erfahrungen und Einbindung zu erhöhen.		13. Der Therapeut verursacht eine Diskussion über frühe Erinnerungen/Ereignisse des Patienten. 14. Der Therapeut versucht aktiv, wiederkehrende Beziehungskonflikte beim Patienten zu identifizieren. 15. Der Therapeut versucht, beim Patienten die Einsicht in die emotionalen Erfahrungen und Einbindung zu erhöhen.	Klärung

22. Überzeugungen des Patienten ändern sich, und eine neue Einsicht tritt ein bzgl.		16. Überzeugungen des Patienten ändern sich, und eine neue Einsicht tritt ein bzgl.	
• bisherige kognitive Fehler • emotionale Erfahrungen • wiederkehrende Beziehungskonflikte		• bisherige kognitive Fehler • emotionale Erfahrungen • wiederkehrende Beziehungskonflikte	
23. Der Patient erscheint zur Therapie motiviert.		17. Der Patient erscheint zur Therapie motiviert.	
24. Unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie bzgl. folgender Bereiche:		18. Unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie bzgl. folgender Bereiche:	
• Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne dass er selbst viel dazu beitragen muss • Therapeut wird als allwissend gesehen • Erwartung dramatischer Änderung innerhalb kurzer Zeit	Motivation & Therapieerwartung	• Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne dass er selbst viel dazu beitragen muss • Therapeut wird als allwissend gesehen • Erwartung dramatischer Änderung innerhalb kurzer Zeit	Motivation & Therapieerwartung
25a. Der Therapeut übt mit dem Patienten:		19. Der Therapeut übt mit dem Patienten:	
• Expositionstraining • Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten • alternative Verhaltensweisen, um sie ausserhalb der Therapie benutzen zu können • Relaxation, Vertrag schliessen, systematische Desensibilisierung oder Selbstkontroll-Verfahren (self-monitoring), um Verhalten zu modifizieren • Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben • Psychoedukation • Aktivitätenplan	Behavior, Direktivität	• Expositionstraining • Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten • alternative Verhaltensweisen, um sie ausserhalb der Therapie benutzen zu können • Relaxation, Vertrag schliessen, systematische Desensibilisierung oder Selbstkontroll-Verfahren (self-monitoring), um Verhalten zu modifizieren • Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben • Psychoedukation • Aktivitätenplan • <i>Erklärung des Selbstregulationsmodells</i> • <i>Klärung (auch Einpersonenrollenspiel nach Sachse)</i> • <i>Herleitung der Ideale/Normen des Patienten aus seiner Lebensgeschichte</i> • <i>Arbeit an Selbstinstruktionen</i> • <i>Focusing</i> • <i>Zwei-Stuhl-Dialog nach EFT (self-critical-split, anxiety-split, Selbstunterbrecher)</i> • <i>Leere-Stuhl-Arbeit (unfinished business)</i> • <i>anderes (bitte angeben)</i>	Verhalten und Direktivität

25b. Schätzen Sie die Qualität der Übung ein! Wie gelungen erscheint Ihnen diese?		-	
26. Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen.		20. Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen.	
27. Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt.		21. Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt.	
28. Der Therapeut bestärkt die Äusserungen/Verhaltensweisen des Patienten.		22. Der Therapeut bestärkt die Äusserungen/Verhaltensweisen des Patienten.	
29. Der Therapeut fokussiert auf die beobachtbaren Verhaltensweisen.		23. Der Therapeut fokussiert auf die beobachtbaren Verhaltensweisen.	
30. Der Therapeut bespricht die erwarteten Konsequenzen für gezeigtes problematisches Verhalten.		24. Der Therapeut bespricht die erwarteten Konsequenzen für gezeigtes problematisches Verhalten.	
31. Patient wird auf bereits bearbeitete Themen zurückgeführt.		25. Patient wird auf bereits bearbeitete Themen zurückgeführt.	
32. Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.		26. Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.	
33. Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z. B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).		27. Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z. B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).	
34a. Daily hassle: Patient nennt alltägliche Belastungen, die sein Befinden beeinflussen.	Life events & daily hassles	27a. Daily hassle: Patient nennt alltägliche Belastungen, die sein Befinden beeinflussen.	
34b. Daily hassle: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!		27b. Daily hassle: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!	
34c. Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?		27c. Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?	
35a. Life events: Nennt der Patient explizit Vorfälle, die ausserhalb der Therapie passiert sind und sein Befinden beeinflussen?		28a. Life events: Nennt der Patient explizit Vorfälle, die ausserhalb der Therapie passiert sind und sein Befinden beeinflussen?	
35b. Life event: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!		28b. Life event: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!	
		28c. Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?	
36. Der Therapeut ermutigt den Patienten, seine Ressourcen zu nutzen (soz. Kontakte, etc.).	Strength	29. Der Therapeut ermutigt den Patienten, seine Ressourcen zu nutzen (soz. Kontakte, etc.).	Externe Lebensereignisse Resources

37. Der Patient schreibt sich eine Fähigkeit in hohem Ausmass zu, er erlebt einen Aspekt seiner Lebenssituation oder eine andere Person in seinem Umfeld als sehr grosse Unterstützung.

38. Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder ist Ihnen etwas Spezielles aufgefallen, wovon Sie denken, dass Sie es an dieser Stelle berichten möchten?

30. Der Patient schreibt sich eine Fähigkeit in hohem Ausmass zu, er erlebt einen Aspekt seiner Lebenssituation oder eine andere Person in seinem Umfeld als sehr grosse Unterstützung.

31. Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder ist Ihnen etwas Spezielles aufgefallen, wovon Sie denken, dass Sie es an dieser Stelle berichten möchten?

Tabelle Y

Itemschlüssel; Zuteilung der Items zu den verschiedenen Dimensionen.

Dimension	Inhalt	Items
Experiencing, Emotions-aktivierung	Die Arbeit mit sowie das Vorkommen von Emotionen	1, 2, 3a, 3b, 4 (-), 5 (-)
Therapeutische Beziehung	Die Qualität der therapeutischen Beziehung	6, 7 (-)
Inkongruenz	Das Ausmass der wahrgenommenen Inkongruenz	8
Arbeit mit Kognitionen	Die Arbeit an und mit Kognitionen & Überzeugungen der Patienten	9, 10, 11, 12
Klärung	Klärung und Einsicht	13, 14, 15, 16
Motivation & Therapieerwartung	Motivation und Erwartungen des Patienten hinsichtlich der Therapie	17, 18 (-)
Verhalten & Direktivität	Behaviorale Techniken, Direktivität	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Externe Lebensereignisse	Besprechen von sowie Belastung durch Daily hassles und Life events	27a, 27c, 28a, 28c
Ressourcen	Ressourcenaktivierung und Benennen von inhaltlichen Ressourcen (intra- oder interpersonell)	29, 30

Anmerkung: mit (-) markierte Items müssen vor den Auswertungen umgepolt werden

Referenzen

- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 [The Bern Post Session Report 2000, Patient and Therapist Versions: Measuring Psychotherapeutic Processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71-79.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000015>
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Unpublished manuscript.

2) Revidierte Version des MEPI:

Tschitsaz, A. & Lutz, W. (2007)

überarbeitet von Heer, S. & Gex-Fabry, J. (2017)

MEPI

Manual zur Erfassung therapeutischer Prozesse und Interventionen

Universität Bern
Selbstverlag, 2007

Abb. C.1.

RATINGMANUAL

Name:

Code:

Liebe Beobachterin, lieber Beobachter!

In den vorliegenden Videoanalysen geht es darum, möglichst genau und präzise Therapeut, Patient und/oder deren Interaktion zu beobachten.

In der Formulierung der Items wurde versucht, möglichst „neutral“ zu bleiben bezüglich spezieller psychotherapeutischer Theorien; damit sollte die Skala **auf verschiedenste therapeutische Interaktionen anwendbar** sein. Das Rating dient dazu, die Einstellungen und Verhaltensweisen von Therapeut sowie Patient systematisch zu charakterisieren, um die wesentlichen Aspekte und Entwicklungen in der vorliegenden Sitzung zu extrahieren.

Die Beurteilung umfasst eine detaillierte Analyse, wobei jede Sitzungssequenz im 10-Minutenintervall geratet wird. Beantworten Sie bitte nach jeder zehnten Minute den entsprechenden Fragebogen, den Sie erhalten haben (siehe unten!). Sie können sich den Ausschnitt natürlich so oft ansehen, wie Sie möchten.

Haben Sie sich den Ausschnitt angesehen, geben Sie Ihre Beurteilung auf einer standardisierten Skala wieder, die von -2 (trifft gar nicht zu) bis +2 (trifft sehr zu) reicht. Der Mittelpunkt der Skala (0) steht für „mittelmässig“. **Extreme Beurteilungen** sind reserviert für die **deutliche Präsenz (Absenz)** einer entsprechenden Einstellung oder eines Verhaltens. Die dazwischenliegenden Punkte charakterisieren eine geringere Ausprägung. Geben Sie dann Ihre Antworten bitte vollständig in den für Sie zur Verfügung gestellten Auswertungsbogen ab.

Versuchen Sie als Beurteiler/in die Position einer/eines „generalisierten Anderen“ einzunehmen, d. h. die einer Beobachterin/eines Beobachters, die/der zwischen dem Patienten und dem Therapeuten steht und deren Interaktion von aussen betrachtet. Bei der Beurteilung eines jeden Items soll sich der Beurteiler fragen, ob diese Einstellung oder das Verhalten in der jeweiligen Sequenz deutlich präsent ist (oder nicht). Eingeschätzt werden soll also das *Ausmass*, *nicht die Qualität* eines Verhaltens.

Abstraktionen sollten vermieden werden. Zum Beispiel sollte nicht beurteilt werden, ob eine spezielle Therapeuteneinstellung oder -verhalten gut oder schlecht ist, therapeutisch effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder nicht, oder von einer spezifischen theoretischen Position ausgegangen werden. Vorgefasste Meinungen über ideale therapeutische Interaktionen sollten möglichst kontrolliert werden. Insbesondere sollte die Beurteilerin/der Beurteiler bemüht sein, sich nicht durch persönliche Reaktionen beeinflussen zu lassen, die sie/er auf den Patienten oder Therapeuten zeigt. Lassen Sie sich also nicht von Ihrem ersten Eindruck leiten, den sie über den Therapeuten oder die Therapie haben; die Itemeinschätzungen müssen unabhängig davon erfolgen. Versuchen Sie, so objektiv und sachlich wie möglich zu sein!

Mögliche *Halo-Effekte* könnten hier sein:

Der Rater muss sicherstellen, für seine Beurteilung eines Items die gleichen Massstäbe anzulegen – ungeachtet

- a) der Therapieform, von der er denkt, sie gerade zu beurteilen;
- b) der anderen Verhaltensweisen, die der Therapeut während der Sitzung zeigt;
- c) dessen, wie die anderen Items eingeschätzt wurden;
- d) dessen, wie der Rater den Therapeuten bzgl. seiner Qualifikation hinsichtlich einer bestimmten Modalität einschätzt;
- e) dessen, wie sympathisch der Rater den Therapeuten findet;
- f) dessen, ob der Rater von der Verhaltensweise, die er einschätzen soll denkt, dass sie negativ bzw. positiv ist.

Beispiele für die oben genannten *Halo-Effekte* wären:

- a) Der Therapeut erhält eine hohe Bewertung, wenn der Rater annimmt, dass der Therapeut wirklich die angenommene Modalität praktiziert und eine niedrige, wenn der Rater annimmt, dass der Therapeut die angenommene Modalität nicht praktiziert.
- b) Items müssen klar getrennt behandelt werden. Eine Einschätzung darf nicht auf Verhaltensweisen des Therapeuten basieren, die dem einzuschätzenden Merkmal ähneln.
- c) Dies könnte z. B. passieren, wenn der Rater denkt, dass die Einschätzung eines anderen Items die des momentan einzuschätzenden Items stark beeinflusst. Bsp.: Rater schreibt dem Item „Einführung“ eine hohe Einschätzung zu, weil er zuvor „Unterstützung“ auch hoch eingeschätzt hatte. Bitte behandeln sie die *Items unabhängig voneinander*!
- d) Der Rater nimmt an, dass der Therapeut Modalität A praktiziert und das einzuschätzende Item auch Modalität A messen soll. Dieses Item könnten nun eine niedrigere Einschätzung erhalten als angebracht, wenn der Rater denkt, dass der Therapeut für Modalität A nicht qualifiziert sei; und eine höhere Einschätzung, wenn er denkt, für diese Modalität sehr qualifiziert sei.
- e) Items wie „Unterstützung“ erhalten eine höhere Einschätzung, weil der Therapeut dem Rater sympathisch ist.

f) Ein Item erhält eine niedrige Einschätzung, weil der Rater denkt, der Therapeut wäre ein guter Therapeut und die Verhaltensweise, die gemessen werden soll, sei nicht wünschenswert. Umgekehrt erhält ein Item eine hohe Einschätzung, wenn der Rater denkt, der Therapeut sei gut, die gezeigte Verhaltensweise aber nicht wünschenswert.

Eine weitere Regel ist, generell sehr konservativ zu beurteilen. Verlassen Sie sich also auf deutliche Hinweise, die im Manual definiert sind, um über eine Beurteilung zu entscheiden. Beurteilungen, die auf Mutmassungen oder Schlussfolgerungen beruhen, sollten vermieden werden.

Trotz dieser Vorsichtsmassnahmen kann es vorkommen, dass Sie Schlüsse ziehen müssen, weil das vorliegende Material nicht ausreicht, um ein wirklich verlässliches Urteil zu fällen. Dies lässt sich nicht vermeiden; mit Geduld und Sorgfalt kann aber auch hier eine hohe Interrater-Reliabilität erzielt werden.

Flüchtigkeitsfehler treten auch auf, wenn nur Stichworte des Items gelesen werden und nicht das gesamte Item, wie es in der Skala definiert ist. Es ist ausserdem notwendig, die Erläuterungen aus dem Manual zu den einzelnen Items zu kennen und sich immer wieder auf sie zu beziehen, gerade auch wenn man schon viele Sitzungen eingeschätzt hat und recht vertraut mit den Items ist. Bitte arbeiten sie das Manual sehr sorgfältig durch, damit Sie genau wissen, was mit dem jeweiligen Item gemeint ist und vermeidbare Unstimmigkeiten oder Doppeldeutigkeiten nicht auftreten!

Selbstverständlich besteht für Sie eine Schweigepflicht bezüglich jeglicher Inhalte der Therapieaufzeichnungen. Ich bitte Sie, jene aus rechtlichen Gründen dringlichst einzuhalten!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

P.S.: Aus pragmatischen Gründen wird generell auf eine Geschlechterdifferenzierung verzichtet. Die Verwendung aller maskulinen Pronomina und Substantive beinhaltet somit automatisch auch die feminine Form.

Korrespondenz:

Sara Heer

Gesellschaftsstr. 49, Raum 305

031 631 52 17 (montags, dienstags, donnerstags)

sara.heer@psy.unibe.ch

I) EXPERIENCE, EMOTION

1) Der Therapeut versucht, dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht wahrnehmen oder ausdrücken kann.

Beschreibung: Der Therapeut versucht, beim Patienten Wahrnehmung und Bewusstsein für dessen Gefühle zu erhöhen, indem er ihm hilft, Gefühle zu erkennen und zu benennen, die

- a) dem Patienten nicht bewusst sind, oder
- b) dem Patienten bewusst sind, die er aber nicht ausdrücken kann, oder
- c) der Patient nonverbal, aber nicht verbal ausdrückt.

Beispiele:

- Therapeut: „Wie ist das für Sie gewesen?“
- Therapeut: „Das, was Sie über ihren Chef sagen, hört sich recht sachlich an. Ich frage mich, was Sie empfinden, wenn ihr Chef Sie so behandelt?!“
- Therapeut: „Ihre Freundin hat Sie verlassen, und Sie hatten gar nicht damit gerechnet?“ Patient: „Ja, wir hatten ein paar Probleme, aber ich hätte nicht geglaubt, dass Sie mich einfach verlässt.“ Therapeut: „Was haben Sie seitdem gemacht?“ Patient: „Arbeiten. Ich habe viel gearbeitet. Ich möchte nicht daran denken, weil ich sonst sehr traurig werde.“ Therapeut: „Das heisst während der ganzen Arbeit haben Sie sich nicht erlaubt, darüber nachzudenken und traurig zu sein?“ Patient: „Ja, und ich fühle mich deshalb schlecht.“ Therapeut: „Würde es nicht helfen, wenn Sie sich erlauben, traurig zu sein?“
- Therapeut: „Ich glaube, Sie sind ganz stark mit ihrem Kopf dabei, aber ich finde es wichtig, wenn wir auch mal zu ihren Gefühlen schauen...“

Differenzierung: Item bezieht sich nicht auf Gefühle, die der Patient nonverbal ausdrückt.

2) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Ärger, Neid, Aufregung).

Beschreibung: Der Therapeut äussert die Gefühle des Patienten, die dieser für nicht angemessen, verkehrt oder gefährlich hält oder sie schlecht bewertet. Es kann dabei oft vorkommen, dass der Patient anmerkt, dass er über seine Gefühle überrascht ist oder sie zumindest nicht versteht.

Beispiele:

- Patient: „Mein Chef wurde wütend und ich wusste nicht warum. Zumindest gab es keinen Grund, sich mir gegenüber so zu verhalten. Also bin ich einfach gegangen.“ Therapeut: „Ich habe den Eindruck, dass das was passiert ist, Sie recht wütend gemacht hat. Ist das richtig?“
- Therapeut: „Sie sehen nicht sehr entspannt aus und sie erröten ein wenig. Ich habe den Eindruck, es ist etwas. Was es auch immer ist, Sie finden es anscheinend nicht einfach, darüber zu sprechen.“
- Therapeut: „Nachdem was Sie mir erzählt haben, erscheinen Sie mir, als wenn Sie gleich in Tränen ausbrechen. Die Sache scheint Sie sehr mitgenommen zu haben?“
- Therapeut merkt an, dass der Patient seinem erfolgreichen Bruder gegenüber manchmal Gefühle von Eifersucht und Hass empfindet.

Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (aber hoher Intensität) hoch eingeschätzt werden.

3a) Aktivierte Emotionen: positiv
3b) Aktivierte Emotionen: negativ

Diese Kategorie beinhaltet das Ausmass, indem Emotionen aktiviert sind. Es bezieht sich nicht auf die Emotionen über die Woche, sondern auf die in diesem Moment.

Verbales und nonverbales Verhalten sollte hier eingeschätzt werden (Lachen, Schwanken der Stimme, Weinen, Gesichtsausdrücke).

Bitte geben Sie beiden Emotionsformen auf zwei Skalen an!

Beispiele:

Negative Emotionen: „Ja, in diesem Moment fühle ich mich etwas ungemütlich.“ (NIEDRIG)
Klient schreit Therapeut an oder weint. (HOCH)

Positive Emotionen: Klient und Therapeut lächeln sich kurz an. (NIEDRIG)
Pat: „Ich bin sehr stolz auf meine Durchführung während ich ihnen jetzt davon erzähle.“ (HOCH)

In dem Fall, in dem beide Emotionen innerhalb einer Minute mässig auftreten, schätzen Sie beide mit 0 ein.

Probleme mit Affekten:

Dieses Item bezieht sich auf verschiedene Probleme im Hinblick auf die Erfahrungen oder den Ausdruck von Gefühlen und Emotionen.

4) Der Patient zeigt nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an Affekten. Dies kann sich andeuten, wenn die Stimmqualität des Patienten und sein Gefühlszustand nicht zu variieren scheinen.

Beschreibung: Der Patient spricht monoton und im Gleichklang, obwohl er emotionale Themen anspricht. D.h. die Stimme zittert nicht, wird nicht lauter, leiser, schneller, etc. Er zeigt auch keine zusätzlichen (körperlichen oder verbalen) Hinweise, dass ihn seine Erzählungen bewegen (z.B. stärkere Gestik, Weinen, Lächeln, Sitzhaltung).

Unzureichende Selbstöffnung: Ausweichen

5) Der Patient vermeidet konsistent die Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen oder Themen.

Beschreibung: Der Patient tendiert dazu, seine Reaktionen auf neutrale Gebiete zu lenken oder vage zu antworten auf Fragen, die von Seiten des Therapeuten gestellt werden. Zwei wesentliche Aspekte entscheiden, ob dieses Item benutzt werden sollte oder nicht:

1. Es bedarf klarer Hinweise auf die Weigerung des Patienten, Gefühle etc. zu explorieren, nachdem der Therapeut mehrfach versucht hat, diese Exploration zu initiieren, UND
2. das Item trifft dann zu, wenn die Weigerung des Patienten lokalisiert oder begrenzt ist auf bestimmte Gebiete

Beispiele:

- Patientenaussagen wie „ich möchte nicht darüber reden“, oder Ausweichen auf direkte Fragen des Therapeuten

- Patient: „Meine Schwester ist bei mir gewesen und hat mir Vorwürfe gemacht.“ Therapeut:

„Wie sind diese Vorwürfe bei Ihnen angekommen? Was haben Sie empfunden?“ Patient:

„...keine Ahnung...“ Therapeut: „Haben Sie sich angegriffen gefühlt oder war Ihnen unwohl?“

Patient: „Vielleicht ... weiss nicht so genau...“

Differenzierung: Im Gegensatz zu Item 1, bei dem der Patient seine Gefühle nicht anerkennen *kann*, bezieht sich dieses Item darauf, dass er sie nicht anerkennen *will*, also auf Vermeidung, Verweigerung bzw. Widerstand.

II) INTERPERSONAL

6) Empathisches Verstehen

Bei diesem Item sind die einzelnen *Abstufungen* auf der 5-Punkte-Likert-Skala *anders definiert*. Im Folgenden werden die einzelnen Abstufungen ausführlich beschrieben. Als grober Anhaltspunkt dient diese Einteilung:

-2	Ungeeignetes Verhalten; es sind grössere Schwierigkeiten erkennbar
-1	Hinweise auf soziale Kompetenz, aber unzählige Schwierigkeiten sowie Fehlen von Konsistenz
0	Kompetent (bez. empathisches Verhalten), aber einige Schwierigkeiten und/oder Inkonsistenzen (z.B. Eingehen auf subtilere Signale des Patienten)
1	Gutes empathisches Verstehen, aber kleinere Schwierigkeiten und/oder Inkonsistenzen
2	Sehr gutes oder sogar exzellentes empathisches Verhalten, auch bei Schwierigkeiten / Herausforderungen seitens des Patienten

-2 = Der Therapeut versteht nicht, was der Patient sagt und zeigt kein empathisches Verhalten.

Beschreibung: Der Therapeut scheint auch die offensichtlichsten Aussagen des Patienten nicht nachvollziehen zu können. Er ignoriert die Sichtweise des Patienten und projiziert seine eigenen Einstellungen oder theoretische Sichtweisen auf den Patienten. Das mangelnde empathische Verhalten zeigt sich, indem er u.a. verletzende Aussagen macht, den Patienten zu stark konfrontiert oder für die Erfahrungen des Patienten kein Verständnis zeigt.

Diese Wertung ist indiziert, wenn beide Teilbereiche zutreffen, d.h. Verstehen UND Empathie sind eingeschränkt.

-1 = Der Therapeut versteht wiederholt nicht, was der Patient sagt. Er zeigt wenig empathisches Verhalten.

Beschreibung: Der Therapeut scheint die Aussagen des Patienten nicht nachvollziehen zu können oder weiss nicht, was der Patient ihm sagen will. Das mangelnde empathische Verhalten zeigt sich, indem er u.a. verletzende Aussagen macht, den Patienten zu stark konfrontiert oder für die Erfahrungen des Patienten kein Verständnis zeigt.

Diese Wertung ist indiziert, wenn auch nur eines der beiden Teilbereiche stark zutrifft, d.h. entweder Verstehen ODER Empathie eingeschränkt ist.

Beispiel:

- Therapeut: „Ich verstehe nicht, warum Sie sich deswegen Sorgen machen.“
- Therapeut: „Ich glaube, Sie sind diesbezüglich zu empfindlich!“

0 = Therapeut kann zwar die Aussagen des Patienten wiederholen, kann aber auf subtilere Signale nicht eingehen. Seine Fähigkeit, zu verstehen und empathisch zu reagieren ist begrenzt.

Beispiel:

- Patient hält einen langen Monolog über die Mutter mit der Kernaussage: „Ich bin einerseits dankbar und andererseits enttäuscht von meiner Mutter.“ Therapeut: „Sie sind also enttäuscht von ihrer Mutter. Könnten Sie noch einmal erklären, warum das so ist?“

1 = Generell kann der Therapeut die „internale Realität“ des Patienten erfassen, ob sie explizit durch den Patienten ausgedrückt wird oder subtil. Gutes Zuhören und Empathie sind vorhanden.

Beispiel:

- Patient wirkt aufgeregt und spricht schnell über eine für ihn relevante Angelegenheit. Therapeut: „Ich merke, dass Sie das Thema sehr beschäftigt und bewegt.“

2 = Therapeut kann die „internale Realität“ des Patienten erfassen und darauf verbal und non-verbal passend eingehen (z.B. Ton der Stimme ist passend zu Äußerung des Patienten). Er zeigt exzellentes Zuhören und empathisches Verhalten.

Beschreibung: Der Therapeut zeigt die Fähigkeit, die „private Welt“ des Patienten so wahrzunehmen, als ob es seine eigene wäre; er ist feinfühlig gegenüber den Gefühlen des Patienten und kann dieses Verständnis auf eine Weise vermitteln, die auf den Patienten abgestimmt ist. Der Therapeut stellt Fragen, um die Erfahrungen und Gefühle sowie deren Bedeutung für den Patienten zu verstehen. Um eine +2 zu werten, ist es wichtig, dass der Therapeut dieses empathische Verhalten, aktives Zuhören und Verständnis zeigt, nicht die Effektivität.

Beispiel: Jegliche Aussagen des Therapeuten, die zeigen, dass er die Gefühle des Patienten verstanden hat.

- Therapeut: „Sie hatten da also eine recht harte Zeit. Sie haben keine Interessen, keine Freude an den Treffen mit Ihren Kindern und Sie sind immerzu müde. Zudem haben Sie ihren Job verloren. Wann hat das alles begonnen?“
- Therapeut: „Ich kann mir gut vorstellen, dass das sehr schmerzhaft für Sie war.“
- Therapeut: „Sie erscheinen sehr verletzt. Liege ich da richtig?“
- Therapeut: „Sie haben Angst... Angst, dass das was Sie sich aufgebaut haben, kaputtgehen könnte. Aus Ihrer Sicht mit Ihren bisherigen Erfahrungen ist das sehr verständlich.“

7) Patient reagiert negativ auf die Bemerkungen des Therapeuten.

Beschreibung: Hier ist eine hohe Einschätzung zu geben, wenn der Patient Bemerkungen des Therapeuten zurückweist, etwa mit Aussagen wie „das macht keinen Sinn“. Allerdings müssen Hinweise darauf, dass der Patient nicht mit Therapeutenbemerkungen oder Interpretationen übereinstimmt, nicht notwendigerweise zu einer hohen Einschätzung dieses Items führen. Beispielsweise kann ein Patient sagen, „Ich glaube, dass es nicht ganz so ist, weil...“ mit der Absicht, die Auffassung des Therapeuten zu korrigieren. Zudem, kann auch aus der Schilderung tendenziell negativer Inhalte nicht direkt auf eine negative Reaktion geschlossen werden. Die Einstellung des Patienten und der Tonfall eines Widerspruchs zu einer Therapeutenbemerkung ist besonders wichtig, wenn dieses Item eingeschätzt wird. Auch entsprechende nonverbale und paraverbale Anzeichen sind hier zu berücksichtigen. „Negativ reagieren“ kann auch bedeuten, dass der Patient ärgerlich wird oder sich weigert, auf Fragen des Therapeuten zu antworten.

Beispiele: feindselig, abwertend, angreifend/aggressiv, persönlich kritisierend, Vorwürfe

III) INKONGRUENZ

8) Patient berichtet direkt oder indirekt von einer Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhaltes und den persönlichen Zielen.

Beschreibung: Relevant für die Einschätzung von Diskrepanzen ist die erlebte Differenz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand. Der Patient beschreibt Gegebenheiten/Situationen, die nicht so sind, wie er sie sich idealerweise wünschen würde. Diskordanz ist auch einzuschliessen!

Unten sind nun als Hilfestellung exemplarisch eventuelle Ziele aufgeführt, welche relevant für Menschen sein könnten. Natürlich sind nicht alle diese Ziele für den Patienten gleich wichtig!

Beispiele für grundsätzlich zu **vermeidende Ziele** wären:

- Alleinsein/Trennung
- Geringschätzung
- Erniedrigung/Blamage
- Vorwürfe, Kritik
- Abhängigkeit
- Verletzungen/Spannungen
- Schwäche/Kontrollverlust
- Hilflosigkeit
- Versagen

Dieses Item wird hoch gewertet, wenn der Patient Aussagen macht wie

„ich bringe zu wenig Leistung“

„ich bin einsam“

„fühle ich mich machtlos“

„fühle ich mich nicht anerkannt“

und gleichzeitig deutlich macht, dass ihm Leistung, Gesellschaft, Macht oder Anerkennung persönlich sehr wichtig sind. In diesem Item geht es also um das subjektiv empfundene Nicht- Erreichen von persönlich wichtigen Themen.

Beispiele für grundsätzliche **persönliche Ziele** wären:

- Intimität/ Bindung
- Geselligkeit
- Hilfe erhalten/geben
- Anerkennung/ Wertschätzung
- Überlegensein/ Imponieren
- Autonomie
- Leistung
- Kontrolle
- Bildung, Verstehen
- Glauben/sinn
- Selbstvertrauen
- Selbstbelohnen/das Leben genießen

Es wird niedrig gewertet bei folgenden Aussagen:

„ich bin unabhängig“

„ich glaube an mich“

„habe mich unter Kontrolle“

„ich verfolge breite Interessen“

„ich entnehme dem Leben Sinn“

und gleichzeitig deutlich wird, dass ihm diese Attribute persönlich wichtig sind. Gewertet werden also alle Aussagen, die darauf hinweisen, dass der Patient subjektiv der Meinung ist, dass er seine persönlichen Themen ausleben / verwirklichen kann.

BLOCK B

IV) THOUGHT, COGNITION, INSIGHT

9) Patient wird sich bewusst über bestimmte Überzeugungen/Schemata, die hinter seinen negativen Gefühlen stehen.

Beschreibung: Der Patient wird sich einer Überzeugung bewusst, der er sich zuvor nicht so gewahr war; diese Überzeugung hat etwas mit der Symptomsituation des Patienten zu tun. Wenn sich also, z.B. ein Patient darüber Gedanken macht, nach der Therapiesitzung einkaufen zu gehen und dieser Gedanke aber nichts mit den Depressionssymptomen des Patienten zu tun hat, dann wird dieser Gedanke an dieser Stelle nicht geratet.

Beispiel:

- „Ich sehe das jetzt anders“, „Ich verstehe jetzt...“, „Mir wird klar...“

- Das Date der Patientin war am Abend zuvor nicht erschienen, wodurch die Patientin enttäuscht und traurig ist; sie weiss allerdings nicht, welche Gedanken genau diese Gefühle bei ihr induzieren. Nachdem sie mit dem Therapeuten daran gearbeitet hat, kommt ihr der Gedanke:

„Ich bin so traurig, dass er nicht gekommen ist, weil ich Angst habe, dass ich nicht liebenswert bin.“

- Therapeut: „Und warum fühlen sie so? Welche Gedanken stecken dahinter?“ Patient:

„Vielleicht bin ich wütend, weil ich mich behandelt fühle wie ein kleines Kind.“ Therapeut:

„Und warum stört es Sie, wie ein kleines Kind behandelt zu werden?“ Patient: „...äh... weil ich stolz darauf bin, mein Leben alleine bewältigen zu können und jetzt behandelt sie mich als wenn ich hilflos wäre. Ja, als wenn ich das allein nicht hinkriegen würde.“ Therapeut: „Und warum verletzt Sie das so? Sie könnten doch auch froh sein, wenn sich da jemand so um Sie kümmert.“

Patient: „Bin ich nicht. Ich will mir die Kontrolle über mein Leben nicht wegnehmen lassen.“

10) Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Ideen, Glaubenssystemen, etc.).

Beschreibung: Der Therapeut versucht, Gedanken und Überzeugungen (beliefs) zu fokussieren und vertiefend zu bearbeiten. Dazu kann u.a. gehören:

- a) Exploration der Gedanken und Überzeugungen, z.B. wörtliche Erhebung von Kognitionen, Exploration der persönlichen Bedeutung von Kognitionen; Exploration kognitiver Verzerrungen; ODER
- b) Bewertung der Gedanken und Überzeugungen, z.B. Überprüfung von Überzeugungen anhand verfügbarer Beweise/Informationen/(Verhaltens)Experimenten; Suche nach Alternativerklärungen; Besprechung der Funktionalität von Überzeugungen; ODER
- c) Versuch der Veränderung der Gedanken und Überzeugungen, z.B. Disputation, didaktische Überredung

Bei diesem Item kann auch schon das Vorkommen eines Teilaspektes bei entsprechender Intensität zu einer hohen Einschätzung führen, das Ausmass ist also nicht unbedingt abhängig von der Vielfalt der Arbeit an Kognitionen.

Ein blosses Erwähnen von Gedanken bzw. die Frage des Therapeuten „Was haben Sie dabei gedacht?“. Ohne dass weiter hierauf eingegangen wird, sollte nicht zu einer Einschätzung grösser als -1 führen.

Beispiel:

- 1) „Was heisst das für Sie?“, „Was bedeutet es für Sie, wenn Sie behandelt werden wie ein Kind?“, „Was ist so schlimm daran, wenn ...?“, „Was würde das über Sie aussagen?“
- 2) „Beruht Ihr Gedanken auf Tatsachen?“, „Haben Sie Beweise oder Belege für Ihre Gedanken?“, „Wie können Sie sicher sein, dass es in Zukunft immer so sein wird?“, „Ist das wahr? Gibt es noch andere Möglichkeiten das zu erklären?“, „*Wieso* müssen Sie perfekt sein?“, „Wenn andere denken, Sie sind ein Versager, *sind* Sie es dann?“, „Stimmt es, dass Ihr Freund *immer* zu spät kommt? Nur weil er zweimal Verspätung hatte?“
- 3) Disputation heisst das *Infragestellen kognitiver Überzeugungen*. U.a. sokratischer Dialog (offene, explorierende Fragen, durch die die irrationalen Bewertungen in Frage gestellt werden), etc.

11) Es wird der Versuch unternommen, die Bedeutung eines Verhaltens/ Gedankens/ einer Erfahrung neu zu erklären.

Beschreibung: Es wird nach Überzeugungen gesucht, die mit den automatisierten Gedanken des Patienten zusammenhängen, um die persönliche Bedeutung dieser automatischen Gedanken zu untersuchen (idiosynkratisches Überzeugungssystem) und dann neu zu erklären. Wichtig bei diesem Item ist, dass dem Verhalten/ den Gedanken eine *neue Bedeutung* zugeschrieben wird, wodurch jene anders interpretiert werden. Insbesondere sind hier z.B. jegliche *adaptiven Kognitionen* zu betonen, welche generiert werden, um die eigenen Gedanken sinnvoll zu verstehen!

*** *Adaptiven Kognitionen* sind realitätsnah, hilfreich und zielführend.

Beispiel:

- Therapeut: „Wie werden Sie sich fühlen, solange Sie das glauben? Was bringt es Ihnen langfristig so zu denken?“
- Therapeut: „Schauen wir uns noch mal Ihre Gedanken/Ihr Verhalten an: Welche Vorteile hat diese Überzeugung für Sie?“
- Therapeut: „Welche Gedanken stecken denn da hinter Ihren Gefühlen?“

12) Patient kann seinen neuen Denkprozess akzeptieren; dies zeigt sich, wenn er sich neue Gedanken aneignet und nutzt.

Beschreibung: Der Patient erkennt eine spezifische Technik (z.B. Tagesprotokoll dysfunktionaler Gedanken) oder auch *neue* Gedanken als potentiell sinnvoll an und zeigt den Willen, jene auch einzusetzen.

Beispiel:

- Patient: „Letztens dachte ich, ich hätte meine Prüfung verhaufen, habe aber nicht direkt gedacht, ich sei ein Versager.“
- Patient: „Habe mir letztens recht erfolgreich „hilfreiche“ Kognitionen eingeredet; wie zum Beispiel, dass die Dinge ja gar nicht so schrecklich sind wie sie erscheinen. Und dann war ich auch etwas erleichtert ...“

13) Der Therapeut verursacht eine Diskussion über frühe Erinnerungen/Ereignisse des Patienten.

Beschreibung: Der Therapeut spricht Ereignisse an, die einen gewissen Zeitraum vor der momentanen Behandlung stattgefunden haben, so dass sie nicht zur gegenwärtigen Lebenssituation gezählt werden können. Ereignisse, die sehr weit in der Vergangenheit liegen (z.B. Kindheit), sollen an dieser Stelle ebenfalls berücksichtigt werden.

Zusatz: Um hier hoch zu werten, können auch soziale Beziehungen aus der Vergangenheit angesprochen werden, allerdings darf der Bezug zur Gegenwart nicht gegeben sein. Wenn dem doch so sei, dann wähle lieber Item 14)!

14) Der Therapeut versucht aktiv, wiederkehrende Beziehungskonflikte beim Patienten zu identifizieren.

Beschreibung: Der Therapeut hilft, ehemalige oder gegenwärtige Beziehungen zu explorieren, um Regelmäßigkeiten zu identifizieren, die in zwei oder mehreren dieser Beziehungen deutlich werden. Interpersonale Konflikte, die der Patient immer wieder bei verschiedenen Menschen erlebt, werden also thematisiert.

Es ist bei diesem Item nicht notwendig, dass die Beziehungen jeweils explizit benannt werden. Entscheidend ist vielmehr, dass deutlich wird, dass es sich um ein Muster des Patienten handelt, das sich in mehr als einer Beziehung zu anderen zeigt.

Beispiel: Therapeut: „Es scheint für sie sehr einfach gewesen zu sein, sowohl in ihrer jetzigen Beziehung als auch in den vergangenen wichtigen Beziehungen, sich zu verbiegen, um des anderen Wünsche zu erfüllen, und sich selbst dabei zu vernachlässigen.“

Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

15) Der Therapeut versucht, beim Patienten die Einsicht in die emotionalen Erfahrungen und Einbindung zu erhöhen.

Beschreibung: Der Therapeut versucht, dem Patienten dabei zu helfen, den Zusammenhang zwischen dessen Gedanken und Gefühlen zu realisieren. Dies kann z.B. erreicht werden durch
1) die Exploration von Situationen, in denen der Patient sich in einer bestimmten Gefühlslage

- befand, um zu bestimmen, was für Gedanken er in dieser Situation hatte;
- 2) eine Ermutigung des Patienten, aufmerksam dafür zu sein, welche Gedanken er hat, wenn er bestimmte ausgeprägte Stimmungen erlebt.
- Als Teil dieses Versuchs kann der Therapeut möglicherweise erwähnen, dass für Leute Gedanken und Gefühle in der Regel miteinander in Zusammenhang stehen.

Das Item soll erst dann hoch gewertet werden, wenn der Therapeut die eigenen emotionalen Erfahrungen des Patienten benutzt oder ihn ermutigt, jene (zukünftig) zu beobachten, um zu überprüfen, dass für ihn Gedanken und Gefühle zusammenhängen.

Beispiel: Therapeut: „Achten Sie doch einmal darauf, ob es ähnliche Situationen sind, wenn Sie dann wütend werden. Was denken Sie dann in diesen Situationen?“

16) Überzeugungen des Patienten ändern sich, und eine *neue* Einsicht tritt ein bzgl.

- **bisherige kognitive Fehler**
- **emotionale Erfahrungen**
- **wiederkehrende Beziehungskonflikte**

Beschreibung: Der Patient ändert seine Überzeugungen. Dies kann sich in verschiedenen Formen äussern; z.B. im Anerkennen alter falscher Überzeugungen oder falscher Gedankengewohnheiten, im Entwickeln neuer Überzeugungen oder in der Adaption alternativer Reaktionen zu alten Überzeugungen. Der Patient äussert hier direkt, dass er bzgl. eines Themas zu Überzeugungen/ Einsichten gekommen ist. Wichtig ist, dass deutlich wird, dass die Einsicht *neu* ist.

Beispiel:

- Patient: „Ich hatte letzte Woche erstmals das Gefühl, dass ich gar nicht perfekt sein muss.“
- Patient: „... da haben wir uns getroffen und da ist mir bewusstgeworden, warum ich mich immer so wütend fühle.“
- Patient: „Meine Frau hat wieder rumgenörgelt und diesmal habe ich keinen Streit angefangen, sondern mit ihr sachlich darüber geredet.“

V) MOTIVATION & THERAPIEERWARTUNG

17) Der Patient erscheint zur Therapie motiviert.

Beschreibung: Der Patient will offensichtlich die Therapie und ist bereit, an seinen Problemen zu arbeiten. Es gibt Hinweise dafür, dass der Patient wirklich besser zurechtkommen will. Der Patient äussert also positive Erwartungen betreffend der Arbeit am Problem, der Möglichkeit, ein positives Ergebnis zu erzielen. Er zeigt grosses Engagement. Hinweise dafür können entweder direkte verbale Äusserungen sein (z.B. „Ich glaube wirklich, dass mir das helfen wird“) oder nonverbale Verhaltensweisen (z.B., indem er sich auf eine für ihn schmerzhaft Episode bezieht). Eine niedrige Beurteilung gäbe es, wenn der Patient die Therapie nicht als mögliche Hilfe für seine Probleme sieht oder wenn er sich weigert, Vorschläge des Therapeuten zu befolgen.

Beispiel für Motivation:

- Patient: „Ich bin sicher, dass die Therapie gut für mich/meine Probleme ist.“
- Patient: „Ich habe letztens gemerkt, wie gut mir die Therapie bekommt. Als ich wieder das alte Problem hatte und erst nicht wusste, was ich machen soll, habe ich versucht, unsere Strategien anzuwenden.“
- Patient: „Ich bin überzeugt, dass sich die Therapie bei mir lohnt.“

Beispiel für (zu) wenig Motivation:

- Patient: „Ich weiss nicht... ich sehe einfach nicht, was mir das bringt, was wir hier machen.“
- Patient: „Ich meine, was ist neu dazugekommen, was vorher nicht da war?“
- Patient: „Ich bin nicht sicher, ob ich besser dastehe, wenn ich mich ändere.“
- Patient: „Ich bin hoffnungslos...“
- Patient: „Ich glaube nicht, dass Sie mir helfen können.“
- Patient: „Ich weiss nicht, ob ich noch kommen kann. Mein Arbeitsplan hat sich verändert.“
- Patient: „Ich bin nicht dazu gekommen zu machen, was ich mir vorgenommen habe, weil ich zu viel zu tun hatte.“
- Patient: „Eigentlich geht es mir ziemlich gut, ich brauche keine Therapie.“ (mangelnder Leidensdruck)

18) Unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie bzgl. folgender Bereiche:

- Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne dass er selbst viel dazu beitragen muss
- Therapeut wird als allwissend gesehen
- Erwartung dramatischer Änderung innerhalb kurzer Zeit

Beschreibung: Der Patient drückt unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie aus oder hat falsche Vorstellungen vom therapeutischen Prozess. Anzeichen von unangebrachten Erwartungen sind:

- a) Der Patient gibt Äusserungen ab, die darauf hinweisen, dass er erwartet, die Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne dass er selbst viel dazu beitragen muss. Diese allgemeine Einstellung kann sich manifestieren in jeglichen Zeichen dafür, dass der Patient den Therapeuten als jemanden sieht, der ihm ein Heilmittel verschreibt.
- b) Der Patient scheint den Therapeuten als allwissend zu sehen. Dementsprechend glaubt der Patient, dass sich seine Probleme geben, wenn er nur die Vorstellungen des Therapeuten annimmt.
- c) Der Patient erwartet dramatische und anhaltende Veränderungen innerhalb eines kurzen Zeitabschnitts (z.B. nach wenigen Therapiesitzungen).

Beispiel:

- a) Gemeint sind alle Äusserungen, die in die Richtung gehen „Wasch’ mir den Kopf, aber mach’ mich nicht nass!“, also immer, wenn der Patient eine Minderung seines Leidensdruckes anstrebt, selber dazu aber nicht viel beifügen möchte.
 - Patient: „Mein ganzer Erfolg hängt von ihnen ab!“
 - Patient: „Ich möchte wirklich, dass es mir bessergeht, aber mit diesen unangenehmen Themen will ich mich grad gar nicht beschäftigen.“
 - Patient: „Schonen sie mich! Ihre Fragen sind unerträglich. Sie quälen mich und durch ihre Fragen wird alles nur noch schlimmer. Können sie mein Leid nicht anders heilen?“
- b)
 - Patient: „Sie als Fachmann haben da ja den Überblick. Ich mache das also so, wie sie gesagt haben.“
 - Patient: „Sie haben recht. Wenn ich mein Problem aus ihrer Sicht sehen, ist es schon gar nicht mehr so schlimm.“
 - Patient: „Ich glaube, ich will von ihnen, dass sie mir sagen, was ich tun soll.“
- c)
 - Patient: „Jetzt komme ich schon seit vier Wochen zu ihnen und es geht mir immer noch schlecht!“
 - Patient: „Ich dachte irgendwie, dass es mir mittlerweile eigentlich schon besser gehen müsste...“
 - Patient: „Ich komme zu ihnen, weil ich mein Problem schnell gelöst haben will.“
 - Patient: „Bisher hat die Therapie mir immer noch nix gebracht...“
 - Patient: „... ist mir wichtig, dass mein Zustand sich ändert, und zwar schnell...“

VI) BEHAVIOR, DIREKTIVITÄT

19) Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen.

Beschreibung: Der Therapeut fordert den Patienten auf, für sich selbst zu denken und so zu handeln, wie er es für richtig hält.

Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass er von der Patientin nun gehört habe, was ihre Mutter oder ihre Kollegen meinen, was sie tun solle, aber dass es noch nicht klar sei, was sie selbst wolle oder denke.

20) Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt.

Beschreibung: Der Therapeut versucht, den Patienten davon zu überzeugen, dass er etwas tun oder irgendwie ändern muss, um seine Situation zu verbessern. Das Item ist natürlich nicht hoch zu bewerten, wenn der Therapeut dem Patienten suggeriert, dass er schon zu viel Verantwortung übernimmt.

Beispiel:

- Therapeut: „Sehen wir einmal, was Sie selber hätten tun können, damit die Situation, in die Sie hineingeraten sind, besser für Sie hätte ausgehen können.“
- Therapeut: „Wir können in dieser Therapie nur IHRE Gedanken und Gefühle betrachten, um IHR Verhalten zu erklären und auch zu schauen, ob da etwas änderbar ist. Über Personen, die nicht hier sind, können wir leider nicht entscheiden oder jene beeinflussen. In diesem Moment sind Sie als Person hier also gefragt.“

21) Der Therapeut bestärkt die Äusserungen/Verhaltensweisen des Patienten.

Beschreibung: Der Therapeut reagiert auf Aussagen oder Verhalten des Patienten direkt verstärkend und/oder zustimmend. Dies kann in Form von kurzen oder längeren Reaktionen des Therapeuten und sowohl verbal (z.B. „das haben sie gut hingekommen“) als auch nonverbal (z.B. Nicken) geschehen.

Beispiel:

- „Das haben Sie gut gemacht!“
- „Ich finde es sehr gut und mutig von Ihnen, dass Sie sich jetzt auf das Rollenspiel einlassen!“
- „Ich glaube, dass Ihre Reaktion Ihrer Schwiegermutter gegenüber gut war und ich kann auch gut nachvollziehen, dass Sie sich da so gefühlt haben.“
- zustimmendes Nicken
- Bestätigendes „Ja“

22) Der Therapeut fokussiert auf die beobachtbaren Verhaltensweisen.

Beschreibung: Thema ist das beobachtbare Verhalten, welches der Patient in verschiedenen Situationen bzw. als Reaktion auf bestimmte Verhaltensweisen anderer zeigt. In diesem Item werden auch Verhaltensweisen geratet, die nicht unbedingt immer regelmässig vorkommen müssen.

Beispiel:

- Meidungsverhalten bei Angstreiz
- Wutanfall bei Partnerkonflikt
- Essattacke nach Frusterlebnis
- Trotzverhalten, wenn Partner/ Mutter/ etc. die Patientin bevormundet

23) Der Therapeut bespricht die erwarteten Konsequenzen für gezeigtes problematisches Verhalten.

Beschreibung: Besprochen werden die Konsequenzen, die der Patient erwartet, wenn er ein bestimmtes (dysfunktionales) Verhalten zeigt.

Beispiel:

- Therapeut: „Wenn Sie aus der Situation gehen - was glauben Sie, warum Sie das tun? Welche Erwartung haben Sie?“ Patient: „Bisher ist es immer so gewesen, dass die Angst und das Zittern und all das dann weggingen.“ In diesem Beispiel erfragt der Therapeut also die Gründe für das (dysfunktionale) Vermeidungsverhalten des Patienten.
- Therapeut: „Wenn Sie wütend werden – was glauben Sie, was dann passiert?“

24) Patient wird auf bereits bearbeitete Themen zurückgeführt.

Beschreibung: Es wird der Versuch unternommen, dass Themen, die schon besprochen worden sind, noch einmal aufgegriffen werden bzw. der Bezug zu ihnen hergestellt wird.

Beispiel:

- Therapeut: „Wir haben ja schon mal darüber gesprochen. Glauben Sie nicht auch, dass diese Situation hier ähnlich ist? Fühlen Sie sich diesmal genauso?“
- Patient: „Letzte Woche in der Sitzung, da haben wir das Thema ja auch gehabt. Und da war ich genauso irritiert wie jetzt.“

25) Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.

Beschreibung: Der Therapeut versucht, ein Thema zu fokussieren, auf ihm zu insistieren (z.B. durch wiederholtes Nachfragen) oder es noch einmal (evtl. später im Gesprächslauf) aufzunehmen, wenn deutlich wird, dass das Thema dem Patienten unangenehm ist, dieser es gerne wechseln möchte bzw. vom Thema ablenkt.

Bei den Einschätzungen kann auch ein indirektes Vorgehen des Therapeuten, bei einem Thema zu bleiben, ggf. (bei entsprechender Intensität oder/und Häufigkeit) zu einer hohen Einschätzung führen. Entscheidend ist also nicht die Direktheit, sondern das Ausmass des „Beim-Thema-Bleibens“ bzw. entsprechende Versuche. Dieses Item kann schon bei geringer Häufigkeit (bei entsprechender Intensität) hoch eingeschätzt werden.

Lässt der Therapeut zu, dass ein Patient das Thema wechselt, wenn es ihm unangenehm wird, ist eine -1 zu geben.

Eine Einschätzung von -2 sollte gegeben werden, wenn es in der Minute keine Situation gibt, in der es dem Patienten unangenehm wird bzw. er ausweichen möchte.

26) Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z.B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).

Beschreibung: Der Therapeut interveniert häufig. Bitte nicht auf der Basis der Angemessenheit dieser Interventionen einschätzen!

Beispiel: Höher eingeschätzt soll werden, wenn der Therapeut so aktiv ist, dass er unterbricht oder interveniert, um Fragen zu stellen oder seine Absicht darzulegen bzw. während der Stunde die meiste Zeit die Gesprächsrichtung angibt.

VII) LIFE EVENTS

27a) Daily hassle: Patient nennt alltägliche Belastungen, die sein Befinden beeinflussen.

Beschreibung: Der Patient berichtet von kleineren alltäglichen Situationen, von denen er angibt, dass sie sein Wohlbefinden belasten oder einschränken, ihn frustrieren oder überfordern. Wichtig ist hier, dass diese kleinen alltäglichen Probleme für den Patienten subjektiv als negativ bewertet werden (auch wenn es einer aussenstehenden Person als Kleinigkeit erscheint!)

Beispiele: Streit/ Konflikte, finanzielle Probleme, Einsamkeit, „schlechter Tag“, im Stau stehen, Dinge verlegt, genervt durch Verkehr/ Lautstärke/ unfreundliche Mitarbeiter/ Nachbarn, usw.; immer wieder nachdenken, was es zum Nachessen geben soll

27b) Daily hassle: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!

Beschreibung: Zählen Sie bitte die Belastungen auf, die in dieser Sequenz genannt werden!

27c) Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?

Beschreibung: Geben Sie hier ruhig ihre persönliche Einschätzung darüber ab, inwiefern Sie meinen, dass der Patient beeinträchtigt ist und seine Stimmung unter den Daily Hassles leidet.

28a) Life events: Nennt der Patient explizit Vorfälle, die ausserhalb der Therapie passiert sind und sein Befinden beeinflussen?

Beschreibung: Der Patient berichtet von Situationen, die sein Leben recht deutlich beeinflussen (hier können positive und negative Ereignisse kodiert werden).

Beispiele: Tod, Hochzeit, Geburt, Streit, Umzug, Stress, Scheidung, Krankheit, Jobprobleme, Verliebtheit, Geburtstag, Abbruch Rauchen u. a. Gewohnheiten, finanzielle Probleme, Opfer geworden, etc.

28b) Life event: Bitte geben Sie die genannte Belastung an!

Beschreibung: Zählen sie bitte die Belastungen auf, die in dieser Sequenz genannt werden!

28c) Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?

Beschreibung: Geben Sie hier ruhig ihre persönliche Einschätzung darüber ab, inwiefern Sie meinen, dass der Patient beeinträchtigt ist und seine Stimmung unter dem Major Life Event leidet.

VIII) STRENGTH

29) Der Therapeut ermutigt den Patienten, seine Ressourcen zu nutzen (soz. Kontakte, etc.).

Beschreibung: Der Therapeut ermutigt den Patienten, dessen *intrapersonalen* (eigene Fähigkeiten) und *interpersonalen* (soz. Unterstützung) Ressourcen zu nutzen.

Beispiel:

- Therapeut: „Sie haben viele Fortschritte gemacht.“
- Therapeut: „Sie können doch gut schreiben/ mit Menschen umgehen/ malen/ etc.“
- Therapeut: „Sie haben doch diese gute Freundin, können Sie nicht mit ihr darüber reden?!“
- Therapeut: „Ihre Familie nimmt Ihnen diese Arbeit doch evtl. etwas ab, oder geht das nicht?!“

30) Der Patient schreibt sich eine *Fähigkeit* in hohem Ausmass zu, er erlebt einen Aspekt seiner *Lebenssituation* oder eine andere Person in seinem Umfeld als sehr grosse Unterstützung.

Beschreibung: Der Patient berichtet explizit über eine intra- oder interpersonale Ressource, die er als hilfreich erfährt bzw. die ihm Kontrollmöglichkeiten geben.

Beispiel:

- Patient: „Beim Kalligraphieren kann ich mich selbst verwirklichen.“
- Patient: „Die Massage, das waren einmalig tolle Momente.“
- Patient: „Seit ich mit meiner Freundin zusammen bin, geht es mir viel besser.“
- Patient: „Meine Familie fängt mich auf.“

ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

31) Der Therapeut übt mit dem Patienten:

1. Expositionstraining, systematische Desensibilisierung
2. Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten
3. alternative Verhaltensweisen, um sie ausserhalb der Therapie benutzen zu können
4. Relaxation, Achtsamkeit, Vertrag schliessen, oder Selbstkontrollverfahren (self-monitoring), um Verhalten zu modifizieren
5. Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben
6. Psychoedukation
7. Aktivitätenplan
8. Erklärung des Selbstregulationsmodells
9. Klärung (auch Einpersonenrollenspiel nach Sachse)
10. Herleitung der Ideale/Normen des Patienten aus seiner Lebensgeschichte (z.B. „significant other history“)
11. Arbeit an Selbstinstruktion
12. Focusing
13. Zwei-Stuhl-Dialog nach EFT (self-critical-split, anxiety-split, Selbstunterbrechung)
14. Leere-Stuhl-Arbeit (unfinished business)
15. anderes (bitte angeben)

Beschreibung: Wichtig ist hier, dass der Therapeut tatsächlich mit dem Patienten über das jeweilige Thema spricht (z.B. über bereits durchgeführte Hausaufgaben) bzw. es mit ihm konkret einübt (z.B. alternative Verhaltensweisen). Es muss also eine tatsächliche Planung oder Ausführung vorhanden sein. Nicht gewertet wird, wenn der Therapeut mit dem Patienten spricht, was jener evtl. ausprobieren *könnte*. Bei diesem Item bezieht sich das Verhalten auf offenes/beobachtbares, nicht auf verdecktes Verhalten (z.B. Kognitionen).

Das Rating erfolgt hier nicht auf der 5-stufigen Likert-Skala. Es sollen alle Nummern zu den entsprechenden Interventionen, die in der ausgewählten Videosequenz vorkommen, notiert werden.

Detaillierte Beschreibung der einzelnen Verfahren:

- Expositionstraining: Reizkonfrontation (massiert - graduiert, in vivo - in sensu)
- Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten: Therapeut verbringt Zeit damit, spezielle Fertigkeiten bzgl. Selbstsicherheit/ sozialer Kompetenz (u.a. durch Rollenspiel, Modellernen, Verstärkung, ...) sowie Problemlösung (u.a. Ist-Soll-Diskrepanz erkennen, effektive Handlungsmöglichkeiten dafür erarbeiten, mögliche Folgen einschätzen & bewerten) zu vermitteln.
- alternative Verhaltensweisen: Der Therapeut hilft dem Patienten alternative Verhaltensweisen zu planen und übt sie in der Sitzung (z.B. Rollenspiele). Alternative Verhaltensweisen beziehen sich hier auf offenes, beobachtbares Verhalten.
- Relaxation: Entspannungsübungen jeglicher Art (Progressive Muskelrelaxation, Achtsamkeit, Biofeedback, etc.)
- Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben: Spezifische Tätigkeiten, die der Patient ausserhalb der Therapie üben soll bzw. geübt hat, werden besprochen. Bsp.: Prüfen der Gültigkeit bestimmter Überzeugungen, neues Verhalten anwenden, einer angstbesetzten Situation aussetzen
- Psychoedukation: Therapeut vermittelt sachliche und psychoedukative Inhalte (z.B. Informationen über Häufigkeit, Vorkommen, Ursachen eines bestimmten Störungsbildes) sowie ein Modell, wie Störungen entstehen und/oder wie sie behoben werden können.
- Aktivitätenplan: Dies ist ein Wochenplan, der den zeitlichen Ablauf der einzelnen Tage genau erfasst. Der Patient soll durch Selbstbeobachtung die Tätigkeiten und Ereignisse des Tages festhalten; das Protokoll dient auch zur Strukturierung und Planung.
- Erklärung des Selbstregulationsmodells: Therapeut erklärt und/oder bespricht gemeinsam mit dem Patienten das Grundmodells der Selbstregulation von Carver und Scheier (1998). Illustration sowohl an selbstregulierten als auch an selbstorganisierten Prozessen. Möglicher Bezug zu Erschöpfung (Ego Depletion). Eingehen auf die einzelnen Kästchen und Erarbeiten möglicher therapeutischer Ansatzpunkte.
- Klärung (auch Einpersonenrollenspiel nach Sachse): Klärung dysfunktionaler kognitiver und affektiver Schemata und die Aufhebung von Alienation.
- Herleitung der Ideale / Normen des Patienten aus seiner: Gemeinsames Erarbeiten des Ursprungs von Zielen, Werten und Standards aus der Biografie des Patienten, z.B. „significant other history“.
- Arbeit an Selbstinstruktion: Beispielsweise Einüben eines inneren Monologs zur Planung und Regulation von Verhalten nach dem Selbstinstruktionsansatz von Meichenbaum.
- Focusing: Der Therapeut unterstützt den Patienten darin, seine Aufmerksamkeit nach innen zu richten und dabei neugierig, offen gegenüber Gefühlen und innerem Erleben zu sein mit dem Ziel, das unklare Gefühl zu differenzieren, sprachlich zu symbolisieren und seinen Sinn zu erschliessen.
- Zwei-Stuhl-Dialog nach EFT (self-critical-split, anxiety-split, Selbstunterbrecher): Innere Anteile werden mit dem erlebenden Selbst in den Dialog gebracht. Das Ziel ist der Zugang und das Fördern von primär adaptiven Emotionen sowie Selbstmitgefühl, primäre/r Ärger oder Trauer.
- Leere-Stuhl-Arbeit (unfinished business): Exploration und Verarbeitung der emotionalen Re-

aktionen des Patienten auf eine andere wichtige Person (i. d. R. Elternteil), indem deren Repräsentation in der Imagination auf einen leeren Stuhl gesetzt wird. Das Ziel ist u.a. das Loslassen des Ärgers und der unbefriedigten Bedürfnisse in Bezug auf die andere Person.

32) Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder ist Ihnen etwas Spezielles aufgefallen, wovon Sie denken, dass Sie es an dieser Stelle berichten möchten?

Beschreibung: In diesem Feld können Sie jegliche Thematisierungen vornehmen, von denen Sie persönlich meinen, dass es etwas Besonderes dieser Stunde/Minute sein könnte. Sie können an dieser Stelle alles auflisten, was Ihnen subjektiv auffällt.

- 3) Ratingunterstützung MEPI – Kurzübersicht zum Manual mit Anmerkungen und Ankerbeispielen zu den Items:

Übersicht zu den Items der revidierten Version des MEPI's (Tschitsaz & Lutz, 2007) inklusive Ankerbeispiele

Skala (ausser bei Item 6, 27b, 28b & 31):

-2	-1	0	1	2
trifft gar nicht zu/nicht beurteilbar (z. B. aufgrund Imaginationsübung)	trifft eher nicht zu	mittelmässig/weder noch	trifft eher zu	trifft sehr zu

Hinweis: Die Ankerbeispiele zu den jeweiligen Items wurden erst bei der Überarbeitung des Ratinginstruments hinzugefügt und sollen lediglich als grobe Hinweise dienen, welche Aussagen wie kodiert werden könnten. Die Beispiele umfassen aber selbstverständlich nicht alle Möglichkeiten und sollten, wenn sie nicht zur aktuellen Videosequenz passen, vernachlässigt werden.

Generell gilt es zu beachten:

1. Objektives Beurteilen: Nur beschreiben, was in der ausgewählten Sequenz gemacht wird.
2. Eingeschätzt wird das Ausmass, nicht die Qualität eines Verhaltens oder einer Intervention.
3. Achtung Halo-Effekt! Das Rating sollte unabhängig vom Rater, der Therapieform, der anderen Items und der vorangehenden Sequenz sein.
4. Das Item soll so kodiert werden, dass es repräsentativ für die ganze Sequenz ist (mit den wenigen Ausnahmen, wo ein Item bereits bei geringer Häufigkeit aber hoher Intensität hoch geratet werden kann).
5. Extreme Beurteilungen sind reserviert für deutliche Präsenz (2) bzw. Absenz (-2) eines Items.
6. Wenn ein Item nicht beurteilbar ist, dann soll es mit -2 kodiert werden.

Abkürzungen:

Pat. = Patient

Th. = Therapeut

Entsprechend dem MEPI Manual wird auch in dieser Kurzübersicht auf eine Geschlechterdifferenzierung verzichtet, u. a. um den Wortlaut der Originalitems nicht zu verändern. Mit der Verwendung aller maskulinen Pronomina und Substantive ist jeweils auch die feminine Form gemeint.

I) EXPERIENCE, EMOTION

1) Der Therapeut versucht, dem Patienten zu helfen, Gefühle wahrzunehmen, die er nicht wahrnehmen oder ausdrücken kann.

Hier ist generell die Fokussierung auf Gefühle gemeint, ohne auf ein bestimmtes Gefühl abzielen. Jegliche Emotionsarbeit würde hier hoch anschlagen.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Therapeut fragt zwar kurz nach dem Befinden des Patienten, ohne jedoch vertiefter darauf einzugehen.
- 0 = Der Therapeut hilft dem Patienten, Gefühle zu erkennen und zu benennen, ohne dass die Arbeit mit Emotionen in dieser Sequenz im Vordergrund steht.
- 1 = Der Therapeut hilft dem Patienten in dieser Sequenz Gefühle zu erkennen und zu benennen; z. B. „Ich glaube, Sie sind ganz stark mit ihrem Kopf dabei, aber ich finde es wichtig, wenn wir auch mal zu Ihren Gefühlen schauen...“.
- 2 = Der Therapeut bleibt hartnäckig (d. h. wiederholt oder länger) an der Exploration der Gefühle; unterstützt den Patienten beim Zugang zu den Gefühlen, z. B. „Wie ist das für Sie gewesen?“

2) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für „inakzeptabel“ hält (z. B. Ärger, Neid, Aufregung).

* kann bei geringer Häufigkeit (aber hoher Intensität) hoch eingeschätzt werden

Dieses Item unterscheidet sich von 1) in der Direktivität des Therapeuten. Werden hier Werte von 1 oder 2 vergeben, hat der Therapeut u. U. eine Hypothese darüber, wie der Patient mit seinen Gefühlen umgeht, welcher er nachgehen möchte. Meistens sind negative Gefühle betroffen (Stolz könnte aber auch vorkommen). Obwohl hier nicht auf den Patienten fokussiert werden soll, kann es helfen, darauf zu achten, ob der Patient bei bestimmten Gefühlen blockiert/gehemmt ist.

Es kann bspw. vorkommen, dass der Patient, nachdem der Therapeut die Aufmerksamkeit darauf gelenkt hat, anmerkt, dass er über seine Gefühle überrascht ist oder diese nicht versteht.

⇒ Daumenregel: wenn bei 1) höher (d. h. ≥ 1) geratet wird, sollte bei 2) eine -1 vergeben werden

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf Gefühle des Patienten, die dieser nicht spontan berichtet oder sich nicht darüber bewusst ist, ohne eine konkrete Aussage dazu zu machen; z. B. „Könnte das noch Gefühle bei Ihnen ausgelöst haben?“; „Welche Gefühle sind sonst noch aufgetaucht?“.
- 0 = Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf Gefühle des Patienten, die dieser nicht spontan äussert oder sich nicht darüber bewusst ist. Er benennt dabei aber das Gefühl nicht explizit; z. B. „Sie sehen nicht sehr entspannt aus. Ich habe den Eindruck, es ist etwas. Was es auch immer ist, Sie finden es anscheinend nicht einfach, darüber zu sprechen.“
- 1 = Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf Gefühle des Patienten, die dieser nicht spontan äussert oder sich nicht darüber bewusst ist. Dabei wird das Gefühl nun explizit benannt; z. B. Patient: „Mein Chef wurde wütend und ich wusste nicht warum. Zumindest gab es keinen Grund, sich mir gegenüber so zu verhalten. Also bin ich einfach gegangen.“ Therapeut: „Ich habe den Eindruck, dass das, was passiert ist, Sie recht wütend gemacht hat. Ist das richtig?“
- 2 = Der Therapeut lenkt Aufmerksamkeit auf oder äussert wiederholt und/oder sehr treffend die Gefühle des Patienten, die dieser nicht spontan äussert oder sich nicht darüber bewusst ist.

3a) Aktivierte Emotionen: positiv

3b) Aktivierte Emotionen: negativ

im Moment gezeigte Emotionen; wenn positive wie negative Emotionen mittelmässig ausgeprägt > bei a) und b) = 0

3a)

- 2 = Nicht vorhanden/nicht beurteilbar
- 1 = Kurzes Zeichen für positive Emotion; i. d. R. nonverbal; z. B. der Patient und Therapeut lächeln sich kurz an.
- 0 = Der Patient äussert spontan positive Emotionen; diese stehen aber nicht direkt im Zusammenhang mit erarbeiteten Themen im Rahmen der Therapie; Lachen über einen Witz
- 1 = z. B. „Es fühlt sich gut an“, aber ohne „Aha-Erlebnis“
- 2 = z. B. „Ich bin sehr stolz auf meine Durchführung während ich Ihnen jetzt davon erzähle“; die Aussage des Patienten wird begleitet durch ein erlösendes Gefühl („innerer Frieden“)

3b)

- 2 = Nicht vorhanden/nicht beurteilbar
- 1 = z. B. „Ja, in diesem Moment fühle ich mich etwas ungemütlich“
- 0 = Der Patient benennt negative Gefühle (u. U. bereits sehr ausdifferenziert), aber erlebt sie nicht so in diesem Moment.
- 1 = z. B. Seufzen, tiefes Durchatmen, aber dennoch kontrolliert (distanziert)
- 2 = z. B. Weinen, Schluchzen; entweder kurz & intensiv oder weniger intensiv, aber über eine längere Zeit andauernd

4) Der Patient zeigt nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an Affekten. Dies kann sich andeuten, wenn die Stimmqualität des Patienten und sein Gefühlszustand nicht zu variieren scheinen.

Hier sind Probleme in der Äusserung von Affekten zu kodieren (Monotonie); nicht Schwingungsfähigkeit im psychopathologischen Sinn!

- 2 = Der Patient weist keine Einschränkungen in der Äusserung des Affekts auf.
- 0 = Der Patient zeigt eine gewisse Einschränkung in der Äusserung des Affekts, z. B. obwohl der Patient emotionale Themen anspricht, verändert sich seine Gestik und Mimik nur wenig. Wenn er Emotionen zeigt, werden sie nicht stark ausgedrückt (wenig Gestik, Weinen, Lachen).
- 2 = Der Patient spricht monoton und im Gleichklang, ohne zusätzliche körperliche oder verbale Hinweise, obwohl er emotionale Themen anspricht.

5) Der Patient vermeidet konsistent die Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen oder Themen.

Unzureichende Selbstöffnung seitens des Patienten; ein Ausweichen auf neutrale Gebiete oder Verweigerung der Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen oder Themen.

Dabei sind immer zwei Aspekte zu berücksichtigen:

- a. klarer Hinweis auf Weigerung, nachdem der Therapeut mehrmals versucht hat, eine Exploration zu initiieren
- b. auf bestimmte Themen begrenzt (und kein generelles Verhalten)

- 2 = Keine unzureichende Selbstöffnung oder Ausweichen/nicht beurteilbar
- 1 = Der Patient vermeidet die Antwort nach erstmaligen Fragen, geht aber danach darauf ein.
- 0 = Der Patient vermeidet die Antwort nach erstmaligen Fragen, der Therapeut geht danach nicht weiter darauf ein (i. S. v. der Pat. kriegt keine weitere Gelegenheit)
- 1 = Der Patient weicht der Frage des Therapeuten aus oder antwortet vage, auch nachdem der Therapeut mehrfach versucht hat, diese Exploration zu initiieren. UND die Weigerung des Patienten bezieht sich auf bestimmte Gebiete.
- 2 = Der Patient weigert sich explizit („ich möchte nicht darüber reden“), Gefühle etc. zu explorieren, auch nachdem der Therapeut mehrfach versucht hat, diese Exploration zu initiieren. UND die Weigerung des Patienten bezieht sich auf bestimmte Gebiete.

II) INTERPERSONAL

6) Empathisches Verstehen

-2	Der Therapeut versteht nicht, was der Patient sagt und zeigt kein empathisches Verhalten. (Verstehen und Empathie ist eingeschränkt. Der Th. kann auch offensichtliche Aussagen nicht nachvollziehen und projiziert u. U. seine eigenen Einstellungen auf den Pat.)
-1	Der Therapeut versteht wiederholt nicht, was der Patient sagt. Er zeigt wenig empathisches Verhalten (Verstehen (<i>Th. weiss nicht, was der Pat. ihm sagen will</i>) ODER Empathie (<i>Th. macht verletzende Aussagen oder konfrontiert den Pat. zu stark</i>) sind eingeschränkt).
0	Therapeut kann zwar die Aussagen des Patienten wiederholen, kann aber auf subtilere Signale nicht eingehen. Seine Fähigkeit, zu verstehen und empathisch zu reagieren ist begrenzt.
1	Generell kann der Therapeut die „internale Realität“ des Patienten erfassen, ob sie explizit durch den Patienten ausgedrückt wird oder subtil. Gutes Zuhören und Empathie sind vorhanden.
2	Therapeut kann die „internale Realität“ des Patienten erfassen und darauf verbal und nonverbal passend eingehen (z. B. Ton der Stimme ist passend zu Äusserung des Patienten). Er zeigt exzellentes Zuhören und empathisches Verhalten (Th. stellt Fragen, um die Erfahrung und Gefühle sowie deren Bedeutung für Pat. zu verstehen (<i>nicht die Effektivität des empathischen Verhaltens ist zu beurteilen</i>)).

7) Patient reagiert negativ auf die Bemerkungen des Therapeuten.

Hier ist nicht die fehlende Übereinstimmung des Patienten mit dem Therapeuten zu kodieren. Inhaltliches Widersprechen oder Korrigieren führt noch nicht zu einer hohen Ausprägung auf diesem Item.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Patient stimmt zwar inhaltlich zu, lehnt aber passiv die Bemerkung des Therapeuten ab (z. B. Pat.: „Joah, es kann schon sein...“ und nickt dabei skeptisch)
- 0 = Der Patient reagiert zwar negativ und/oder ablehnend auf die Bemerkung des Therapeuten, widerspricht inhaltlich aber nicht.
- 1 = Der Patient weigert sich, auf eine Frage der Therapeuten zu antworten oder reagiert negativ mit non- oder paraverbalem Verhalten auf eine Bemerkung des Therapeuten (z. B. schnaubt, schüttelt den Kopf, verdreht die Augen etc.)
- 2 = Der Patient weist die Bemerkungen des Therapeuten zurück, etwa mit Aussagen wie „das macht keinen Sinn!“, „ist doch klar, oder?“ (reagiert aufgebracht); macht Vorwürfe oder kritisiert den Therapeuten.

III) INKONGRUENZ

8) Patient berichtet direkt oder indirekt von einer Diskrepanz zwischen der eigenen Wahrnehmung eines Sachverhaltes und den persönlichen Zielen.

Relevant ist hier die erlebte Differenz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand.

- a. typische Vermeidungsziele sind: Alleinsein/Trennung, Erniedrigung/Blamage, Kritik, Abhängigkeit, Verletzungen/Spannungen, Schwäche/Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Versagen
- b. typische Annäherungsziele sind: Bindung, Hilfe erhalten, Anerkennung, Überlegen sein/Imponieren, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Selbstvertrauen, das Leben genießen

- 2 = z. B.: „ich bin unabhängig“; „ich glaube an mich“; „habe mich unter Kontrolle“; „ich verfolge breite Interessen“; „ich entnehme dem Leben Sinn“ und gleichzeitig wird deutlich, dass dem Patienten diese Attribute persönlich wichtig sind
→ alle Aussagen, die darauf hinweisen, dass der Patient subjektiv der Meinung ist, dass er seine persönlichen Themen ausleben/verwirklichen kann
- 0 = Mässige Inkongruenz bei persönlich wichtigen Zielen oder hohe Inkongruenz bei weniger wichtigen Zielen (hoher Wert bei INK, tiefer bei FAMOS)
- 2 = Der Patient berichtet sehr hohe Diskrepanz zwischen einem persönlichen wichtigen Ziel und der wahrgenommenen aktuellen Situation.
z. B.: „ich bringe zu wenig Leistung“; „ich bin einsam“; „fühle ich mich machtlos“; „fühle ich mich nicht anerkannt“ und gleichzeitig wird deutlich, dass dem Patienten Leistung, Gesellschaft, Macht oder Anerkennung persönlich sehr wichtig sind.
→ subjektiv empfundenes Nicht-Erreichen von persönlich wichtigen Themen/Zielen

IV) THOUGHT, COGNITION, INSIGHT

9) Patient wird (oder ist) sich bewusst über bestimmte Überzeugungen/Schemata, die hinter seinen negativen Gefühlen stehen.

Erstmaliges oder erneutes Bewusstwerden; muss mit der Symptomsituation des Patienten zu tun haben

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Patient wird sich im Ansatz über den Ursprung seiner negativen Gefühle bewusst, verknüpft diese Vermutung aber nicht mit sich bzw. seinem Schema.
- 0 = Der Patient erkennt, dass sich bestimmte Situationen immer wieder ähnlich abspielen, jedoch versteht er nicht genau, was dahinterliegt (Es „passiert“ ihm immer wieder).
- 1 = Der Patient beginnt, Zusammenhänge zwischen seinen Gefühlen und dem Schema/Überzeugungen zu machen.
- 2 = Der Patient erkennt, wieso er so funktioniert, wie er es tut. Die Arbeit mit dem Schema steht im Fokus.

10) Der Therapeut arbeitet an Gedanken und Überzeugungen des Patienten (Ideen, Glaubenssystemen, etc.).

* kann auch schon bei Vorkommen eines Teilaspekts (Exploration, Bewertung oder Versuch der Veränderung von Gedanken und Überzeugungen) bei entsprechender Intensität zu einer hohen Einschätzung führen

Hier ist explizit die Bearbeitung negativer/dysfunktionaler Gedanken gemeint: Exploration, Bewertung (z. B. Denkfehler, Beweisführung) oder Versuch der Veränderung (z. B. Sokratischer Dialog)

Adaptive Gedanken sind hier nicht zu kodieren, d. h. -2. Ebenfalls soll das bloße Erwähnen von Gedanken zu einer Einschätzung von -2 führen.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Therapeut fragt lediglich „Was haben Sie dabei gedacht?“, ohne dass weiter darauf eingegangen wird.
- 1 = Der Therapeut arbeitet in der ausgewählten Sequenz zwar an den Gedanken und Überzeugungen des Patienten, jedoch wird nicht nur auf diese fokussiert.
- 2 = Der Therapeut arbeitet in der ausgewählten Sequenz gezielt (d. h. ausschliesslich) an den Gedanken und Überzeugungen des Patienten.

11) Es wird der Versuch unternommen, die Bedeutung eines Verhaltens/Gedankens/einer Erfahrung neu zu erklären.

Baut auf Item 10) auf; hier ist die kognitive Umstrukturierung, also die Veränderung negativer Kognitionen und Erarbeiten adaptiver Kognitionen gemeint. Adaptive Kognitionen sind realitätsnah, hilfreich und zielführend.

Wichtig: Die adaptive Kognition muss in der aktuellen Sequenz erarbeitet werden. Es reicht nicht aus, adaptive Kognitionen zu kodieren, die bereits einmal in den vergangenen Sitzungen erarbeitet wurden (das wäre bei Item 12 zu kodieren).

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Es wird kein aktiver Versuch der kognitiven Restrukturierung unternommen, aber kann spontan vom Patienten geäußert werden.
- 0 = Der Therapeut stösst den Patienten an, eine neue Bedeutung für ein Verhalten, einen Gedanken, eine Erfahrung zu finden, dieser geht aber nicht darauf ein.
- 1 = Eine neue Bedeutung eines Verhaltens/Gedankens wird (wurde u. U. schon in einer vorhergehenden Sitzung) erarbeitet, kann aber vom Patienten in der aktuellen Sequenz noch nicht gänzlich angenommen werden (er traut der neuen Bedeutung noch nicht ganz).
- 2 = Dem Verhalten/den Gedanken wird eine *neue Bedeutung* zugeschrieben, wodurch jene anders interpretiert wird und/oder es werden neue adaptive Kognitionen vom Patienten entgegengestellt.

12) Patient kann seinen neuen Denkprozess akzeptieren; dies zeigt sich, wenn er sich neue Gedanken aneignet und nutzt.

Baut auf Item 11) auf und erfasst die Akzeptanz und Anwendung neuer hilfreicher Gedanken. Laut Manual ist das Item auch hoch zu kodieren, wenn der Patient eine spezifische Technik (z. B. Tagesprotokoll dysfunktionaler Gedanken) als hilfreich erachtet.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 0 = Der Patient hat einen neuen Denkprozess erarbeitet, kann sich jedoch die neuen Gedanken nicht aneignen und nutzen (noch kein Umsetzen auf Verhaltens-ebene).
- 2 = Der Patient erachtet die *neuen* Gedanken als potentiell sinnvoll und zeigt den Willen, jene auch zukünftig einzusetzen oder setzt sie bereits um.

13) Der Therapeut verursacht eine Diskussion über frühe Erinnerungen/Ereignisse des Patienten.

Die Ereignisse dürfen nicht zur gegenwärtigen Lebenssituation zählen, sondern haben einen gewissen Zeitraum vor der momentanen Behandlung stattgefunden (auch Kindheit).

Um hier hoch zu werten, können auch soziale Beziehungen aus der Vergangenheit angesprochen werden, allerdings darf der Bezug zur Gegenwart nicht gegeben sein. Wenn doch > dann bei Item 14 kodieren.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = In der ausgewählten Videosequenz wird ein früheres Ereignis genannt, aber der Therapeut geht nicht darauf ein.
- 0 = Der Therapeut exploriert, woher ein bestimmtes Verhalten/ein bestimmter Gedanke kommt, legt aber nicht den Hauptfokus auf frühe Erinnerungen.
- 1 = Der Therapeut erfragt Situationen aus der Vergangenheit, z. B. „Überlegen Sie einmal; gibt es konkrete Situationen/Erinnerungen/ein Bild daran?“
- 2 = Ein konkretes Ereignis aus der Vergangenheit wird besprochen.

14) Der Therapeut versucht aktiv, wiederkehrende Beziehungskonflikte beim Patienten zu identifizieren.

* kann bei geringer Häufigkeit (aber hoher Intensität) hoch eingeschätzt werden

Dieses Item erfasst die Beziehungsmuster eines Patienten → „Interpersonale Konflikte, die der Patient immer wieder bei verschiedenen Menschen erlebt, werden also thematisiert“ „Muster eines Patienten, das sich in mehr als einer Beziehung zu anderen zeigt“. Die Beziehungen müssen nicht explizit genannt werden.

Wenn zwar eine Beziehung thematisiert wird, ohne dass erkenntlich wird, ob es sich dabei um ein Muster des Patienten handelt, sollte dieses Item mit -1 kodiert werden.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Therapeut bespricht mit dem Patienten eine konkrete Beziehung, ohne dass zu erkennen ist, ob es sich um ein Beziehungsmuster handelt.
- 0 = Der Therapeut hilft dem Patienten, mehrere ehemalige oder gegenwärtige Beziehungen zu explorieren (mit dem Ziel, Regelmäßigkeiten zu identifizieren).
- 1 = Der Therapeut exploriert oder spricht ehemalige oder gegenwärtige Beziehungen an und es werden nun Gemeinsamkeiten/Regelmäßigkeiten identifiziert.
- 2 = Der Therapeut bespricht mit dem Patienten dessen Beziehungsmuster. Es werden interpersonale Konflikte thematisiert, die mit verschiedenen Menschen erlebt werden (die Beziehungen müssen dabei nicht explizit genannt werden).

15) Der Therapeut versucht, beim Patienten die Einsicht in die emotionalen Erfahrungen und Einbindung zu erhöhen.

Der Therapeut versucht, dem Patienten dabei zu helfen, den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zu realisieren. Voraussetzung für eine hohe Wertung ist hier die persönliche Anbindung an eigene emotionale Erfahrungen des Patienten.

Im Unterschied zu Item 9) können hier jegliche Gedanken miteinbezogen werden, nicht nur negative Grundüberzeugungen/kognitive Schemata.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Als Beobachter wird der Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zwar sichtbar, der Therapeut benennt diesen Zusammenhang aber nicht oder greift ihn nicht auf.
- 0 = Der Therapeut macht einen Vorschlag/Hinweis auf den Zusammenhang, aber der Patient geht nicht darauf ein.
- 1 = Kommt in der aktuellen Videosequenz zwar vor, stellt aber nicht den konkreten Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit während dieser Sequenz dar.

- 2 = Konkrete Arbeit am Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen (z. B. ABC-Schema oder Arbeit mit Selbstanteilen (innerer Kritiker) und dessen Zusammenhang zu Gefühlen); der Therapeut arbeitet spezifisch an der Bewusstwerdung dieses Zusammenhangs.

16) Überzeugungen des Patienten ändern sich, und eine *neue* Einsicht tritt ein bzgl.

- **bisherige kognitive Fehler**
- **emotionale Erfahrungen**
- **wiederkehrende Beziehungskonflikte**

Der Patient muss hier direkt äussern, dass er zu neuen Einsichten gekommen ist!

Wichtig: „Neu“ ist hier nicht im Sinne von „in dieser Sitzung“, sondern „im Verlauf der aktuellen Behandlung“ gemeint.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Patient erkennt alte falsche Überzeugungen oder falsche Gedanken/Gewohnheiten an/beginnt emotionale Erfahrungen oder wiederkehrende Beziehungskonflikte zu verstehen.
- 0 = Der Patient entwickelt neue Überzeugungen (kognitiv)/interaktionelle Verhaltensweisen und/oder die Bedeutung einer emotionalen Erfahrung verändert sich.
- 1 = Der Patient adaptiert alternative Reaktionen zu alten Überzeugungen/Beziehungsmustern und/oder alternatives Erleben von emotionalen Erfahrungen.
- 2 = Der Patient hat Annahmen über sich oder über den Umgang mit anderen auf kognitiver, emotionaler und/oder interpersonaler Ebene tiefgreifend verändert.

V) MOTIVATION & THERAPIEERWARTUNG

17) Der Patient erscheint (= ist) zur Therapie motiviert.

Der Patient will offensichtlich in die Therapie und ist bereit, an seinen Problemen zu arbeiten. Hinweise dafür können verbale Äusserungen oder nonverbale Verhaltensweisen sein.

- 2 = Patient ist bspw. fremdmotiviert *und/oder* erscheint überhaupt nicht motiviert, an seinen Problemen zu arbeiten.
- 1 = Der Patient weigert sich, die Vorschläge des Therapeuten zu befolgen. Er sieht die Therapie nicht als mögliche Hilfe für seine Probleme.
- 0 = Der Patient ist unsicher, ob ihm die Therapie etwas bringt, *oder* skeptisch betreffend den Therapieerfolg; *oder* z. B. „Die Therapie hilft, aber nicht für alles“
- 1 = Der Patient hat erkannt, dass die Therapie ihm mit seinen Problemen helfen kann: z. B. „Ich habe letztens gemerkt, wie gut mir die Therapie bekommt. Als ich wieder das alte Problem hatte und erst nicht wusste, was ich machen soll, habe ich versucht, unsere Strategien anzuwenden.“
- 2 = Der Patient äussert positive Erwartungen oder Rückmeldungen bezüglich der Arbeit an seinen Problemen, entweder direkt verbal, z. B. „Ich bin sicher, dass die Therapie gut für mich/meine Probleme ist.“, „Ich bin überzeugt, dass sich die Therapie bei mir lohnt.“ oder nonverbal.

18) Unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie bzgl. folgender Bereiche:

- **Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne dass er selbst viel dazu beitragen muss**
- **Therapeut wird als allwissend gesehen**
- **Erwartung dramatischer Änderung innerhalb kurzer Zeit**

VI) BEHAVIOR, DIREKTIVITÄT

19) Der Therapeut ermuntert den Patienten zu Unabhängigkeit (Selbstvertrauen) bei dessen Handlungen oder Meinungen.

Bei diesem Item geht es um die Differenzierung eigener Ansichten von denen anderer Menschen (interpersonell; Abgrenzung). Das Ziel ist, dass der Patient zu seinen eigenen Bedürfnissen steht und so handelt, wie er es für richtig hält. Die Absicht des Therapeuten ist entscheidend. Konzentriert euch nicht zu sehr auf das Wort „Selbstvertrauen“ im Itemtitel.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Der Therapeut fragt, was der Patient in der heutigen Sitzung tun möchte.
- 0 = Der Therapeut exploriert, was der Patient tun möchte/was ihm wichtig ist/was seine Sichtweise ist, ohne es von der Sichtweise anderer abzugrenzen.
- 1 = Therapeut fragt direktiv, ob es das ist, was der Patient tun möchte/was ihm wichtig ist/was seine Sichtweise ist, mit dem Ziel, dass der Patient so handelt/denkt, wie er es für richtig hält (nicht wie andere das von ihm möchten).
- 2 = Der Therapeut fordert den Patienten auf, für sich selbst zu denken und so zu handeln, wie er es für richtig hält (nicht Menschen in seinem Umfeld) oder meldet ihm zurück, dass er den Eindruck hat, dass er sich in seinem Handeln/seinen Ansichten anderen anpasst.

20) Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt.

Bei diesem Item geht es um die Selbstwirksamkeit und Veränderbarkeit. Der Patient muss es „in die Hand nehmen“, dass sich etwas ändern wird.

Z. B. wenn sich der Patient dauernd über seinen Partner beklagt oder sich als Opfer gibt.

- 2 = trifft gar nicht zu (z. B. wenn der Therapeut dem Patienten suggeriert, zu viel Verantwortung zu übernehmen)
- 0 = Der Therapeut bringt den Patienten dazu zu schauen, was an der Situation veränderbar ist oder sich verändern müsste, dass es dem Patienten besser geht.
- 1 = Der Therapeut bringt den Patienten dazu, auf sich zu fokussieren und zu schauen, was er verändern könnte, dass sich seine Probleme verbessern.
- 2 = Der Therapeut versucht dem Patienten aufzuzeigen, dass er etwas tun oder irgendwie ändern muss, um seine Situation zu verbessern (u. U. konfrontativ).

21) Der Therapeut bestärkt die Äusserungen/Verhaltensweisen des Patienten.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 0 = Der Therapeut nickt zustimmend.
- 1 = Der Therapeut bestärkt den Patienten nur in ausgewählten Situationen verbal und/oder nonverbal.
- 2 = Therapeut bestärkt in dieser Sequenz den Patienten wiederholt verbal und/oder nonverbal (z. B. mit Nicken, bestätigendes Ja, verbales Verstärken, Lob).

22) Der Therapeut fokussiert auf die (beobachtbaren) Verhaltensweisen.

Beobachtbare Verhaltensweise = problematisches Verhalten, das ausserhalb der Therapie gezeigt wird (auch nicht regelmässiges Verhalten), z. B. Fressattacken, aggressives Verhalten, Konsum von Suchtmitteln etc.; Therapeut muss es aber nicht in der Sitzung beobachten

- 2 = trifft nicht zu
- 1 = Der Therapeut spricht die problematische Verhaltensweise an, aber geht nicht weiter darauf ein.

- 0 = Der Therapeut fragt zwar kurz nach, wie sich der Patient in der problematischen Situation verhalten hat; das Verhalten steht jedoch nicht im Zentrum des Interesses.
- 2 = Der Therapeut bespricht während der ausgewählten Sequenz ausgiebig das problematische Verhalten, das als Reaktion auf eine bestimmte Situation gezeigt wurde, (z. B. Exploration, Psychoedukation). U. U. werden mögliche alternative Verhaltensweisen besprochen.

23) Der Therapeut bespricht die erwarteten Konsequenzen für gezeigtes problematisches Verhalten.

Dieses Item baut auf Item 22) auf.

- 2 = trifft nicht zu
- 0 = Der Therapeut greift auf, dass ein (dysfunktionales) Verhalten immer auch Konsequenzen mit sich bringt, er geht jedoch nicht ausgiebig auf das individuelle Problem des Patienten ein.
- 1 = Der Therapeut bespricht während der ausgewählten Sequenz die Konsequenzen des problematischen/dysfunktionalen Verhaltens; z. B. „Wenn Sie aus der Situation gehen – was glauben Sie, warum Sie das tun? (Gründe für Vermeidungsverhalten bei Angst)“ oder „Wenn Sie wütend werden – was glauben Sie, was dann passiert?“
- 2 = Der Therapeut spricht während der ausgewählten Sequenz ausgiebig über die Konsequenzen des problematischen/dysfunktionalen Verhaltens; der Kontrast zwischen kurz- und/oder langfristigen Konsequenzen wird aufgezeigt, es können spezifische Techniken wie z. B. SORKC-Modell; Vier-Felder-Schema verwendet werden.

24) Patient wird auf bereits bearbeitete Themen zurückgeführt.

Bei einer hohen Bewertung muss inhaltlich klar sein, um welche bereits bearbeiteten Themen es sich handelt.

- 2 = trifft nicht zu
- 1 = Aus der Sequenz wird klar, dass das Thema bereits einmal besprochen wurde, der Therapeut (oder der Patient) stellt aber nicht aktiv den Bezug her.
- 0 = Der Therapeut (oder der Patient) bemerkt am Rande, dass dieses Thema schon einmal während der Therapiephase besprochen wurde, wobei die andere Person nicht weiter darauf eingeht.
- 1 = Es wird explizit auf eine andere Sitzung verwiesen, inhaltlich wird jedoch kein Bezug hergestellt, z. B. „Das [Thema] hatten wir uns ja schon einmal angeschaut“
- 2 = Das bereits bearbeitete Thema wird noch einmal während dieser Sequenz aufgegriffen und es werden explizit Verknüpfungen zwischen Themen/Sitzungen gemacht und der Bezug hergestellt, z. B. „Letzte Woche in der Sitzung haben wir das Thema ja auch besprochen. Glauben Sie nicht, dass diese Situation hier ähnlich ist? Fühlen Sie sich diesmal genauso? Was ist anders?“

25) Der Therapeut bleibt beim Thema, wenn es dem Patienten unangenehm wird bzw. der Patient versucht auszuweichen.

* kann bei geringer Häufigkeit (aber hoher Intensität) hoch eingeschätzt werden

Dieses Item erfasst die Direktivität/Konfrontation seitens des Therapeuten. Entscheidend ist hier das Ausmass des „Beim-Thema-Bleibens“, nicht die Direktheit selbst.

Bezieht sich im Gegensatz zu Item 26) nur auf bestimmte Themen und korreliert mit Item 5) (aus Patientensicht).

- 2 = trifft nicht zu
- 1 = Der Therapeut lässt zu, dass der Patient das Thema wechselt.
- 0 = Der Therapeut versucht, am Thema zu bleiben, z. B. indem er einmalig nachfragt.
- 2 = Der Therapeut fragt wiederholt und/oder bestimmt nach.

26) Der Therapeut übt aktive Kontrolle über die Interaktion aus (z. B. Strukturieren und/oder Einführen neuer Gesprächsthemen).

Bezieht sich generell auf das Vorgehen des Therapeuten

⇒ hier soll nicht die Angemessenheit der Interventionen beurteilt werden

- 2 = trifft gar nicht zu
- 1 = Im Grossen und Ganzen bestimmt der Patient das Gespräch. Der Therapeut stellt nur vereinzelt Fragen und kommt dazwischen.
- 0 = Der Therapeut ist insofern aktiv, als dass er das Gespräch führt, z. B. indem er seine Absicht darlegt oder mit Fragen eine Richtung vorgibt oder Vorschläge für Sitzungsthemen macht, die Wahl aber dem Patienten überlässt.
- 1 = Der Therapeut unterbricht den Patienten zwar nicht, aber ist dennoch aktiv, führt neue Gesprächsthemen ein oder schlägt konkrete Techniken vor.
- 2 = Der Therapeut ist so aktiv, dass er unterbricht oder interveniert, um Fragen zu stellen oder seine Absicht darzulegen bzw. während der Sequenz die meiste Zeit die Gesprächsrichtung angibt.

VII) LIFE EVENTS

27a) Daily Hassle: Patient nennt alltägliche Belastungen, die sein Befinden beeinflussen.

Definition: Daily Hassles sind kleinere alltägliche Unannehmlichkeiten und Ärgernisse; Mikrostressoren des Alltags; bei der Arbeitsausführung z. B. kaputtes Werkzeug; unvollständige Aufgaben, welche die Arbeitsausführung behindern etc.. Als Einzelstressor sind sie i. d. R. nicht gravierend, doch aufsummiert können sie zu einer grossen Belastung werden.

Bitte geben Sie hier Ihre Einschätzung darüber ab, wie sehr die Belastung während der entsprechenden Sequenz thematisiert wird (-2 überhaupt nicht thematisiert/kein Daily Hassle bis +2 sehr stark thematisiert; vgl. normale Skala).

Hier wird das Ausmass der Thematisierung des Stressors bewertet.

Wenn zwar ein täglicher Stressor berichtet wird, jedoch nicht viel Zeit der Sequenz einnimmt, also somit nicht repräsentativ ist für die Sequenz, wird hier ≤ 0 geratet.

⇒ 27c ist dann in Folge -2

27b) Daily Hassle: Bitte geben Sie die genannte Belastung an

Bitte halten Sie hier alle Belastungen, die in der entsprechenden Sequenz genannt werden, schriftlich fest.

Wenn 27a ≤ 0 geratet wird, hier automatisch -2 kodieren.

27c) Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?

Hier ist eine persönliche Einschätzung der Beeinträchtigung erlaubt (-2 überhaupt nicht beeinflusst bis +2 sehr stark beeinflusst; vgl. normale Skala); gemeint ist die generelle Beeinträchtigung durch die Daily Hassles. Die Stimmung des Patienten, wenn er darüber spricht, dient aber selbstverständlich als Hinweis.

Wenn 27a ≤ 0 geratet wird, hier automatisch -2 kodieren.

28a) Life Events: Nennt der Patient explizit Vorfälle, die ausserhalb der Therapie passiert sind und sein Befinden beeinflussen?

Definition: Life Events sind kritische Lebensereignisse (Makrostressoren), die belastend sind und das Leben stark beeinflussen/verändern (dazu zählt neben Todesfällen, Unfällen, Krankheit, Scheidung oder Umzug auch die Geburt eines Kindes oder die Hochzeit).

Bitte geben Sie hier Ihre Einschätzung darüber ab, wie sehr die Belastung während der entsprechenden Sequenz thematisiert wird (-2 überhaupt nicht thematisiert/kein Life Event bis +2 sehr stark thematisiert; vgl. normale Skala).

Wenn zwar ein kritisches Lebensereignis berichtet wird, jedoch nicht viel Zeit der Sequenz einnimmt, also somit nicht repräsentativ ist für die Sequenz, wird hier ≤ 0 geratet.

⇒ 28c ist dann in Folge -2

28b) Life Event: Bitte geben Sie die genannte Belastung an

Hier sind alle Belastungen schriftlich festzuhalten, die in dieser Sequenz genannt werden.

Wenn $28a \leq 0$ geratet wird, hier automatisch -2 kodieren.

28c) Wie stark erscheint Ihnen die Stimmung des Patienten beeinflusst?

Hier ist eine persönliche Einschätzung der Beeinträchtigung erlaubt (-2 überhaupt nicht beeinflusst bis +2 sehr stark beeinflusst; vgl. normale Skala); gemeint ist die generelle Beeinträchtigung durch den/die Life Event(s). Die Stimmung des Patienten, wenn er darüber spricht, dient aber selbstverständlich als Hinweis.

Wenn $28a \leq 0$ geratet wird, hier automatisch -2 kodieren.

VIII) STRENGTH

29) Der Therapeut ermutigt den Patienten, seine Ressourcen zu nutzen (soz. Kontakte etc.).

Hier ist eine Ressourcen-Reaktivierung gemeint. Kann sich auf inter- (soziale Unterstützung nutzen) oder intrapersonale (eigene Fähigkeiten) Ressourcen beziehen.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 0 = Der Therapeut macht ein Kompliment/fördert eine Ressource, die den Therapieprozess betrifft, z. B. „Sie haben viele Fortschritte gemacht“
- 1 = Therapeut betont aktiv die Ressourcen des Patienten, ohne ihn explizit dazu zu bewegen, diese zu nutzen, z. B. „Sie können doch gut schreiben/mit Menschen umgehen etc.“.
- 2 = Therapeut fördert aktiv und explizit die Ressourcen des Patienten und ermutigt ihn, diese zu nutzen, z. B. „Sie haben doch diese gute Freundin, können Sie nicht mit ihr darüber reden?!“.

30) Der Patient schreibt sich eine *Fähigkeit* in hohem Ausmass zu, er erlebt einen Aspekt seiner *Lebenssituation* oder eine andere Person in seinem Umfeld als sehr grosse Unterstützung.

Hier ist entscheidend, ob der Patient explizit eine Ressource berichtet bzw. darüber spricht. Z. B. eine ressourcenorientierte Imaginationsübung in der nur die Therapeutin von den Ressourcen spricht, wäre mit -2 zu kodieren.

- 2 = trifft gar nicht zu
- 0 = Der Patient spricht zwar von einer intra- oder interpersonalen Ressource, die er als hilfreich erfährt bzw. die ihm Kontrollmöglichkeiten gibt, äussert sich aber zweifelnd und/oder unsicher, ob ihm diese Ressource genug Unterstützung bietet.
- 2 = Der Patient berichtet explizit über eine intra- oder interpersonale Ressource, die er als hilfreich erfährt bzw. die ihm Kontrollmöglichkeiten gibt. Aus der Sequenz geht hervor, dass der Patient sich dabei gut fühlt. Z. B. „Seit ich mit meiner Freundin zusammen bin, geht es mir viel besser“

ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

31) Der Therapeut übt mit dem Patienten:

1. Expositionstraining, systematische Desensibilisierung
2. Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten oder Problemlösefertigkeiten
3. alternative Verhaltensweisen, um sie ausserhalb der Therapie benutzen zu können
4. Relaxation, Achtsamkeit, Vertrag schliessen, oder Selbstkontrollverfahren (self-monitoring), um Verhalten zu modifizieren
5. Vergeben oder Nachbesprechen von Hausaufgaben
6. Psychoedukation
7. Aktivitätenplan
8. Erklärung des Selbstregulationsmodells/Spannungslandschaft
9. Klärung (auch Einpersonenrollenspiel nach Sachse)
10. Herleitung der Ideale/Normen des Patienten aus seiner Lebensgeschichte (z. B. „significant other history“)
11. Arbeit an Selbstinstruktion
12. Focusing
13. Zwei-Stuhl-Dialog nach EFT (self-critical-split, anxiety-split, Selbstunterbrechung)
14. Leere-Stuhl-Arbeit (unfinished business)
15. anderes (bitte angeben)

Kodiert wird nicht, wenn der Therapeut nur darüber spricht, was man in der Therapie noch besprechen oder machen könnte. Nur angeben, was wirklich durchgeführt wurde.
Mehrfachnennungen sind möglich.

32) Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder ist Ihnen etwas Spezielles aufgefallen, wovon Sie denken, dass Sie es an dieser Stelle berichten möchten?