

EINFLUSS PSYCHOTHERAPEUTISCHER AUSBILDUNGSERFAHRUNG AUF BEHANDLUNGSERFOLG UND -DAUER

BEHIYE SAKALLI¹, UTA LÖFFLER¹, MALTE STOPSACK², JOHANNES MANDER¹,
HINRICH BENTS¹ & SVEN BARNOW²

¹ Zentrum für Psychologische Psychotherapie ZPP, Universität Heidelberg

² Psychologisches Institut, Arbeitseinheit Klinische Psychologie
und Psychotherapie, Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: FRAGESTELLUNG: Inhalt der Studie ist der Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung und Behandlungseffektivität/-effizienz. **METHODIK:** Im naturalistischen Setting einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz wurden 599 Behandlungen von 66 Ausbildungstherapeuten hinsichtlich erfahrungsabhängiger Effektivität (Symptomreduktion BDI-II und BSI) und Effizienz (Behandlungsdauer) kovarianzanalytisch evaluiert. Jeder Therapeut wurde nach der Anzahl behandelter Patienten in drei Erfahrungsstufen erfasst (unerfahren: 1-4 Patienten; fortgeschritten: 5-8, erfahren: 9-12). **ERGEBNISSE:** Die Behandlungen zeigen mittlere bis hohe Effekte ($0.60 \leq 1.00$). Fortgeschrittene erzielten die größte Symptomreduktion ($F_{(2, 595)} = 3.75$, $p = .024$, $\eta^2 = .012$), Erfahrene die vergleichsweise kürzeste Behandlungsdauer ($F_{(2, 595)} = 6.43$, $p = .002$, $\eta^2 = .021$). **SCHLUSSFOLGERUNGEN:** Ausbildungserfahrung scheint zunächst zur Effektivität und dann zur Effizienz von Behandlungen beizutragen. Implikationen der Ergebnisse für zukünftige Outcomestudien und für die Optimierung der Psychotherapeutenausbildung werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Ausbildungserfahrung, Psychotherapieoutcome, Psychotherapeutenausbildung, ambulante KVT, naturalistisches Setting

IMPACT OF PSYCHOTHERAPISTS' TRAINING EXPERIENCE ON TREATMENT OUTCOME AND DURATION

ABSTRACT: **AIM:** The current study addresses the impact of training experience on clinical outcome and treatment duration. **METHOD:** Data of 599 outpatients treated by 66 therapists in training (university based cognitive behavioral therapy training) were collected addressing experience-depending effectivity (symptom reduction, BDI-II and BSI) and effectiveness (treatment duration). Each therapist was considered threefold depending on level of experience (novice: 1-4 patients, advanced: 5-8, experienced: 9-12) using analysis of covariance. **RESULTS:** Therapeutic treatment showed medium to high effects ($0.60 \leq 1.00$). Advanced therapists showed the highest levels of symptom reduction ($F_{(2, 595)} = 3.75$, $p = .024$, $\eta^2 = .012$), experienced ones yielded

shortest treatment duration ($F_{(2, 595)} = 6.43, p = .002, \eta^2 = .021$). CONCLUSIONS: Training experience seems to contribute to treatment effectiveness before accounting for treatment efficiency. Implications for future outcome research and evidence-based psychotherapist training are discussed.

KEYWORDS: psychotherapists' training experience, psychotherapy outcome, psychotherapist training, outpatient CBT, naturalistic setting

1 EINFÜHRUNG

Der Einfluss von Therapeuteneffekten auf das Therapieoutcome wurde in der Psychotherapieforschung vielfach untersucht und gilt inzwischen als gesichert (Baldwin & Imel, 2013; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007). Der Varianzaufklärungsanteil des Therapeuten am Therapieoutcome beträgt durchschnittlich etwa 7% in naturalistischen Untersuchungen respektive etwa 3% in randomisiert-kontrollierten (RCT) Studien mit vergleichsweise höherer Standardisierung (Baldwin & Imel, 2013). Vergleicht man diese Werte mit denjenigen, die auf die Behandlungsmethode (1%-2%) oder die therapeutische Beziehung (5%) zurückzuführen sind, wird der zentrale Stellenwert der Therapeuteneffekte für das Therapieoutcome deutlich (Wampold & Bolt, 2006). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche spezifischen Therapeutenmerkmale für die beobachteten Effekte verantwortlich sind. Unter den häufig untersuchten demografischen, ausbildungsbezogenen und Persönlichkeitsvariablen des Behandlers hat sich die therapeutische Erfahrung als einer der stabileren Prädiktoren für das Therapieoutcome erwiesen (Beutler et al., 2004; Stein & Lambert, 1995). Metaanalysen deuten darauf hin, dass diese Variable eine moderate jedoch konsistente Einflussgröße auf diverse Outcomemaße darstellt ($r = -.19 - .48$) (Beutler et al., 2004; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997; Wam-

pold & Brown, 2005). Allerdings variiert die Stärke dieses Zusammenhangs stark über verschiedene Studien hinweg (Hill & Knox, 2013). Einige Befunde belegen, dass erfahrenere Behandler verglichen mit ihren weniger erfahrenen Kollegen eine stärkere Symptomreduktion in ihren Therapien erreichen (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Leon, Martinovich, Lutz & Lyons, 2005; Propst, Paris & Rosberger, 1994; Stein & Lambert, 1995), kürzere Therapien durchführen (Buckley, Newman, Kellett & Beail, 2006) und weniger Stress durch die Therapien empfinden (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Darüber hinaus liefern einige Untersuchungen Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen therapeutischer Erfahrung und unterschiedlichen therapeutischen Kompetenzmaßen (z.B. Diagnosestellung, Fallkonzeptualisierung, theoretisches Wissen) (Dudley, Ingham, Sowerby & Freeston, 2015; Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas, 2005; Witteman & van den Bercken, 2007). In einer aktuelleren Metaanalyse wird ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen therapeutischer Kompetenz und Therapieoutcome berichtet, der sich jedoch ausschließlich in Behandlungen depressiver Störungen ($r = .28$) zeigte (Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Demgegenüber stehen Befunde, die keine Erfahrungs- oder Kompetenzeffekte auf therapeutische Prozess- und Outcomevariablen wie die Symptomreduktion

oder die therapeutische Beziehung finden (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy & Riggs, 2003; Hersoug, Høglend, Monsen & Havik, 2001; Webb et al., 2010). Im Rahmen umfangreicher Versorgungsstudien wurden bedeutsame interindividuelle Effektivitäts- und Effizienzunterschiede zwischen Behandlern ermittelt, welche jedoch nicht auf die therapeutische Erfahrung zurückgeführt werden konnten (Goldberg et al., 2016; Okiishi et al., 2006). Darüber hinaus existieren bislang nur wenige Studien, die sich der Bedeutung der Erfahrungsvariablen für das Therapieoutcome im Ausbildungskontext widmen. Hier weisen naturalistische Studien aus dem englischsprachigen Raum auf einen positiven Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung und dem Ausmaß des Therapieerfolgs hin (Driscoll et al., 2003; Powell, Hunter, Beasley & Vernberg, 2010).

Als Ursachen für die starke Heterogenität der Befunde werden in der Literatur primär methodische Unterschiede in den Studien angeführt. Beispielsweise stellt die meist vage, rein zeitliche Definition der therapeutischen Erfahrung anhand der Anzahl an Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit ein wesentliches methodisches Problem dar (Beutler et al., 2004). Des Weiteren erschwert die Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit weiteren Therapeutenmerkmalen sowie unterschiedlichen Aspekten der therapeutischen Ausbildung die interne Validität von Forschungsarbeiten (Laireiter & Botermans, 2005).

Neben der inkonsistenten Befundlage internationaler Studien existieren bisher keine analogen Forschungsbemühungen für den deutschsprachigen Ausbildungskontext. Dabei ist es fraglich, ob und inwieweit die Ergebnisse internationaler Untersuchungen aufgrund der Heterogenität der länderspezifischen Ausbildungsrichtlinien länderübergreifend genera-

lisierbar sind (Domma, 2007; Strauß & Kohl, 2009).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf Prozess- und Outcomevariablen von Psychotherapien bis heute ungeklärt ist. So sind die Fragen nach dem Einfluss des Wirkfaktors Ausbildungserfahrung auf das Therapieoutcome sowie nach einer möglichen Qualitätssteigerung innerhalb der Ausbildung bislang unbeantwortet.

1.1

FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Studie besteht darin, erstmals im deutschen Ausbildungskontext den Zusammenhang zwischen Ausbildungserfahrung in der ambulanten Patientenbehandlung und Psychotherapieerfolg im naturalistischen Setting einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz zu untersuchen.

Es wird die Hypothese untersucht, ob erfahrungsbedingte Unterschiede in der Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien bestehen. Dabei wird angenommen, dass erfahrene und fortgeschrittene Therapeuten eine stärkere Symptomreduktion erreichen und kürzere Therapiedauern benötigen als unerfahrene Behandler.

2

METHODIK

2.1

SETTING

Die verwendeten Daten wurden in den Lehrambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der

Universität Heidelberg erhoben. Alle Therapien wurden von Diplom-Psychologen in Ausbildung durchgeführt. Die Zuweisung von Patienten zu Therapeuten erfolgte zufällig. Alle in die Studie aufgenommenen Patienten erteilten eine schriftliche Einverständniserklärung zur Verwendung ihrer anonymisierten therapiebezogenen Daten.

2.3 STUDIENDESIGN

Die Messungen fanden zu Beginn der Probatorik (prä) sowie zum Therapieende (post) statt. Im Fall von abgebrochenen Therapien wurde die jeweils zuletzt erhobene Verlaufsmessung als Abschlussmessung verwendet (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF).

2.4 MESSINSTRUMENTE

Das *Therapieoutcome* wurde anhand des Summenscores der revidierten Auflage des Becks Depressions-Inventars (BDI-II) (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) sowie der deutschen Version des Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke & Derogatis, 2000) erfasst. Für den BDI-II-Fragebogen werden eine interne Konsistenz von $\alpha = .93$ und eine Retestreliaibilität von $r_{tt} = .78$ berichtet (Hautzinger et al., 2006).

Das BSI ist eine Kurzform des Selbstbeurteilungsinstruments Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke & Derogatis, 2002), das körperliche und psychische Symptome der letzten Woche erfragt. Der Fragebogen beinhaltet neun Subskalen sowie drei globale Kennwerte, von denen der Global Severity Index (GSI) den Mittelwert aller BSI-Items darstellt. Dieser wurde als maßgeblicher Kennwert der psychischen Belastung herangezogen. Er

verfügt über eine interne Konsistenz von $\alpha = .92$ und eine Retestreliaibilität von $r_{tt} = .90$ (Franke & Derogatis, 2000).

Als *Kontrollvariablen* wurden in der Patientenstichprobe soziodemografische (Alter, Geschlecht) sowie klinische Parameter (Anzahl Diagnosen, initiale Symptomschwere im BDI-II und GSI) erfasst. Für die Therapeutenstichprobe wurden vor Ausbildungsbeginn gesammelte Erfahrungen sowohl in Form von psychologischer Berufserfahrung als auch therapeutischer Tätigkeit (bspw. Ausbildung in anderen Therapieschulen, sozialtherapeutische Tätigkeit) berücksichtigt.

Die *Effizienz*, d.h. die Dauer der Behandlungen wurde als die Anzahl der durchgeführten Therapiesitzungen operationalisiert.

Zur präziseren Definition der *therapeutischen Erfahrung* wurde die Anzahl der behandelten Patienten verwendet (Beutler, 1997; Franklin et al., 2003). Als *unerfahren* im Sinne ambulanter Psychotherapie wurde ein Ausbildungstherapeut definiert, wenn er noch keine regulär beendete ambulante Therapie vorzuweisen hatte. Dieses Kriterium traf laut einer explorativen Analyse der Ambulanzdaten auf 75% der Ausbildungstherapeuten im Laufe der Behandlungen ihrer ersten vier Patienten zu, so dass die Therapeuten in diesem Ausbildungsstadium der Kategorie der unerfahrenen Therapeuten zugewiesen wurden. Des Weiteren zeigten die Datenanalysen, dass im Durchschnitt 12 Patienten im Ausbildungsverlauf behandelt werden. Daher wurden die Therapeuten bei der Behandlung ihres 9. bis 12. Patienten als *erfahrene* Ausbildungstherapeuten definiert. Im Ausbildungsabschnitt zwischen den beiden Erfahrungsstufen, d.h. bei der Behandlung des 5. bis 8. Patienten wurden die Therapeuten als *fortgeschritten* kategorisiert.

2.6

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Zur Ermittlung systematischer Unterschiede zwischen den jeweiligen Teilstichproben (ITT vs. Gesamtstichprobe; Completer vs. Non-Completer; erfahrungsbezogene Teilstichproben) zu Therapiebeginn (prä) wurden univariate Varianzanalysen bzw. Chi-Quadrat-Tests hinsichtlich soziodemografischer sowie klinischer Variablen (Alter, Geschlecht, Anzahl Diagnosen, initiale Symptom schwere, Anzahl von Abbrüchen) durchgeführt. Dabei zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den erfahrungsbezogenen Patientenstichproben bezogen auf die Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 596)} = 3.62$; $p = .027$, $\eta^2 = .012$). Es lagen keine weiteren signifikanten Unterschiede vor. Entsprechend wurde die Anzahl der Diagnosen als Kovariate in die nachfolgenden Analysen einbezogen. Zur Untersuchung des Therapieerfolges sowie erfahrungsbezogener Unterschiede im Therapieoutcome wurden Prä-Post-Vergleiche jeweils des BDI-II- und GSI anhand messwiederholter 2x3-Kovarianzanalysen (ANCOVAs) mit der Anzahl der Diagnosen als Kovariate durchgeführt. Der Einfluss der psychotherapeutischen Erfahrung auf die Therapiedauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) wurde mittels univariater ANCOVA ermittelt. Als unabhängige Variablen (UV) wurden die psychotherapeutische Erfahrung (Zwischengruppen-UV) mit den Kategorien unerfahren, fortgeschritten und erfahren sowie der Zeitfaktor (Messwiederholungsfaktor prä-post) in die Analysen aufgenommen. Als abhängige Variablen (AV) wurden

- 1) die Prä-Post-Symptomreduktion im BDI-II,
- 2) die Prä-Post-Symptomreduktion im GSI sowie
- 3) die Therapiedauer erfasst.

Zur Lokalisation von Unterschieden zwischen den einzelnen Erfahrungsgruppen wurden Sidak-Kontraste als Post-hoc-Tests verwendet. Die Berechnung der Prä-Post-Effektstärken erfolgte nach Cohens d (Cohen, 1988). Das Signifikanzniveau wurde bei $p < .05$ festgelegt.

3

ERGEBNISSE

3.1

STICHPROBEN

3.1.1

PATIENTEN

Es wurden alle am ZPP im Zeitraum von 2003 bis 2012 begonnenen Therapien berücksichtigt ($N = 1.840$). Durch Ausschluss nicht-qualitätsrelevanter Abbrüche ($N = 88$; 4,8%), Behandlungen mit weniger als 5 Sitzungen ($N = 42$; 2,3%), noch laufender Therapien ($N = 489$; 26,6%), unvollständiger Datensätze ($N = 364$; 29,7%), Fälle, deren Therapeuten nicht in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten waren ($N = 263$; 30,5%) wurde die Intention-To-Treat-(ITT)-Stichprobe ($N = 599$) gebildet (Tabelle 1). Diese enthielt $N = 534$ regulär abgeschlossene Behandlungen (Completer) und $N = 65$ Behandlungen mit qualitätsrelevanten Abbrüchen (Non-Completer). Zwischen den Substichproben der einzelnen Erfahrungsgruppen lagen außer bezüglich der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 596)} = 3.62$; $p = .027$, $\eta^2 = .012$) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der in Tabelle 1 dargestellten Stichprobenmerkmale vor. Die Patienten der unerfahrenen Therapeutenstichprobe wiesen eine höhere Anzahl an Diagnosen auf ($p = .009$).

Tabelle 1:
Beschreibung der ITT-Stichprobe sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben

Merkmal	Unerfahren (1.-4. Pat.)	Fortgeschritten (5.-8. Pat.)	Erfahren (9.-12. Pat.)	Zwischengruppen- unterschiede Baseline	
	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>M (SD)/ N (%)</i>	<i>F, χ^2</i>	<i>p</i>
Anzahl der Patienten	N = 214	N = 222	N = 163		
Alter bei Therapiebeginn (Jahre)	M = 36.28 (SD = 11.55)	M = 36.46 (SD = 12.86)	M = 36.00 (SD = 13.08)	$F_{(2, 596)} = 0.07$	.937
Geschlecht (weiblich)	N = 135 (63,1%)	N = 146 (65,8%)	N = 97 (59,5%)	$\chi^2_{(2, 597)} = 1.58$	.454
BDI (prä)	17.99 (10.38)	18.67 (11.05)	17.11 (10.54)	$F_{(2, 596)} = 1.00$	.369
GSI (prä)	0.95 (.63)	0.99 (.66)	0.91 (.63)	$F_{(2, 596)} = 0.61$	.545
Anzahl Diagnosen	M = 1.88 (SD = 1.11)	M = 1.72 (SD = .94)	M = 1.61 (SD = .88)	$F_{(2, 596)} = 3.62^*$	.027
Keine komorbide Störung	N = 89 (41,6%)	N = 111 (50,0%)	N = 89 (54,6%)		
1-2 komorbide Störungen	N = 105 (49,1%)	N = 97 (43,7%)	N = 66 (40,5%)		
3-4 komorbide Störungen	N = 20 (9,3%)	N = 14 (6,3%)	N = 8 (4,9%)		
Art der Primär Diagnosen					
Störungen durch psycho- trope Substanzen (F1)	N = 2 (0,9%)	N = 3 (1,4%)	N = 1 (0,6%)		
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	N = 9 (4,2%)	N = 10 (4,5%)	N = 7 (4,3%)		
Affektive Störungen (F3)	N = 80 (37,4%)	N = 80 (36,0%)	N = 68 (41,7%)		
Angststörungen (F40, F41)	N = 51 (23,8%)	N = 38 (17,1%)	N = 32 (19,6%)		
Zwangsstörungen (F42)	N = 8 (3,7%)	N = 10 (4,5%)	N = 5 (3,1%)		
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	N = 5 (2,3%)	N = 3 (1,4%)	N = 10 (6,1%)		
Somatoforme Störungen (F45)	N = 14 (6,5%)	N = 15 (6,8%)	N = 3 (1,8%)		
Essstörungen (F50)	N = 12 (5,6%)	N = 19 (8,6%)	N = 12 (7,4%)		
Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)	N = 18 (8,4%)	N = 22 (9,9%)	N = 6 (3,7%)		
Sonstige	N = 19 (8,9%)	N = 27 (12,2%)	N = 23 (14,1%)		

Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Häufigkeit; F = Testwert der Kovarianzanalyse; χ^2 = Testwert der Häufigkeitsverteilungen; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

3.1.2
THERAPEUTEN

Die ITT-Stichprobe wurde von insgesamt 66 Ausbildungstherapeuten behandelt, von denen 80,3% weiblich waren. Das Durchschnittsalter der Therapeutenstichprobe betrug $M = 32.3$ Jahre ($SD = 5.36$).

Um eine Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit anderen interindividuellen Unterschieden zwischen den Therapeuten zu kontrollieren, wurden die Therapeuten längsschnittlich untersucht.

Das heißt die gleichen Therapeuten waren in allen drei Erfahrungsgruppen vertreten. Unerfahrene Therapeuten waren im Durchschnitt 31.4 Jahre ($SD = 5.22$), fortgeschrittene 32.2 Jahre ($SD = 5.23$) und erfahrene 33.7 Jahre ($SD = 5.42$) alt. Die Gesamtstichprobe wies eine Vorerfahrung von durchschnittlich 1.17 Jahren ($SD = 2.32$) in einem psychologischen Berufsfeld auf. Zudem verfügten 30 Therapeuten (45,5%) über Vorerfahrungen in psychotherapeutischer Tätigkeit.

Tabelle 2: Beschreibung des Therapieoutcomes und der Therapiedauer der ITT- und Completer-Stichproben sowie der erfahrungsabhängigen Substichproben

ITT-Stichprobe	Unerfahren	Fortgeschritten	Erfahren	Gesamt
BDI-II				
M (SD) Prä	17.99 (10.38)	18.67 (11.05)	17.11 (10.54)	18.00 (10.68)
M (SD) Post	10.28 (9.87)	8.79 (8.46)	9.37 (10.02)	9.48 (9.42)
Δ BDI-II	7.71 (9.57)	9.88 (10.05)	7.74 (9.62)	8.52 (9.81)
d	.76	1.00	.75	.85
GSI				
M (SD) Prä	.95 (.63)	.99 (.66)	.91 (.63)	.95 (.64)
M (SD) Post	.59 (.58)	.54 (.49)	.56 (.60)	.56 (.55)
Δ GSI	.36 (.55)	.45 (.57)	.36 (.55)	.39 (.56)
d	.60	.77	.60	.65
Therapiedauer				
M (SD)	40.65 (16.60)	37.18 (15.52)	34.33 (14.00)	37.64 (15.70)
Completer-Stichprobe				
BDI-II				
M (SD) Prä	17.57 (10.28)	18.88 (11.09)	17.01 (10.46)	17.90 (10.65)
M (SD) Post	8.93 (9.05)	8.34 (8.06)	8.86 (9.65)	8.69 (8.86)
Δ BDI-II	8.64 (9.10)	10.54 (10.08)	8.15 (9.85)	9.21 (9.72)
d	.89	1.09	.81	.94
GSI				
M (SD) Prä	.92 (.62)	.99 (.67)	.92 (.63)	.95 (.64)
M (SD) Post	.52 (.52)	.52 (.49)	.54 (.61)	.52 (.53)
Δ GSI	.41 (.54)	.47 (.58)	.38 (.56)	.42 (.56)
d	.70	.80	.61	.73
Therapiedauer				
M (SD)	42.86 (16.07)	38.68 (15.32)	35.84 (13.59)	39.38 (15.38)

Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; M = Mittelwert; SD= Standardabweichung; Prä = Therapiebeginn; Post = Therapieende; Δ = Prä-Post-Differenzwert; d = Effektstärkemaß Cohens d

3.2 ERGEBNISSE DER KOVARIANZANALYSEN

Da sich sowohl für die ITT- als auch für die Completer-Stichprobe strukturell identische Ergebnisse zeigten, werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die Ergebnisse der ITT-Stichprobe berichtet.

Die deskriptiven Statistiken für die ITT- bzw. Completer-Stichprobe sind in Tabelle 2 dargestellt.

3.2.1 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE SYMPTOMREDUKTION IM BDI-II

Es wurde ein signifikanter Haupteffekt des messwiederholten Zeitfaktors ($F_{(1, 595)} = 57.76, p < .001, \eta^2 = .088$) sowie der Anzahl der Diagnosen ($F_{(1, 595)} = 35.41, p < .001, \eta^2 = .056$) ermittelt. Die Interaktionseffekte zwischen dem Zeitfaktor und der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 3.75, p = .024, \eta^2 = .012$) sowie dem Zeitfaktor

und der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 595)} = 11.40, p = .019, \eta^2 = .012$) waren ebenfalls statistisch bedeutsam. Die Ergebnisse der Post-hoc-Tests zeigten einen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen der unerfahrenen und fortgeschrittenen Therapeuten hinsichtlich ihrer erzielten Symptomreduktion im BDI-II ($p = .031$). Die ausführlichen Ergebnisse der Prä-Post-Analysen für die abhängigen Variablen BDI-II, GSI und Therapiedauer sind jeweils in Tabelle 3 dargestellt.

3.2.2 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE SYMPTOMREDUKTION IM GSI

Es zeigten sich signifikante Haupteffekte für den messwiederholten Zeitfaktor ($F_{(1, 595)} = 48.30, p < .001, \eta^2 = .075$) sowie die Anzahl der Diagnosen ($F_{(1, 595)} = 30.57, p < .001, \eta^2 = .049$). Dahingegen erreichten die untersuchten Interaktionseffekte zwischen dem Zeitfaktor und der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 1.82, p = .163$,

Tabelle 3: Ergebnisse der 2x3-ANCOVAs mit BDI-II, GSI und Therapiedauer als abhängige Variablen für die ITT-Gesamtstichprobe

ITT-Stichprobe	BDI		GSI	
	F	η^2	F	η^2
HE Zeit (prä-post)	$F_{(1, 595)} = 57.76$ *** $p < .001$	.088	$F_{(1, 595)} = 48.30$ *** $p < .001$	.075
HE Erfahrungsgruppe	$F_{(2, 595)} = .70$ $p = .933$	.000	$F_{(2, 595)} = .50$ $p = .952$	.000
IA Zeit x Erfahrungsgruppe	$F_{(2, 595)} = 3.75$ * $p = .024$	.012	$F_{(2, 595)} = 1.82$ $p = .163$	.006
HE Anzahl Diagnosen	$F_{(1, 595)} = 35.41$ $p < .001$	.056	$F_{(1, 595)} = 30.57$ *** $p < .001$	.049
IA Zeit x Anzahl Diagnosen	$F_{(1, 595)} = 11.40$ *** $p = .001$	.019	$F_{(1, 595)} = 2.98$ $p = .085$	.005

Anmerkungen: BDI-II = Beck Depressions-Inventar; GSI = General Severity Index des Brief Symptom Inventory; ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; HE = Haupteffekt; IA = Interaktionseffekt; F = Testwert der Kovarianzanalyse; η^2 = Effektstärkemaß partielles Eta-Quadrat; Signifikanzniveau: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. Alle Analysen wurden Bonferroni-korrigiert.

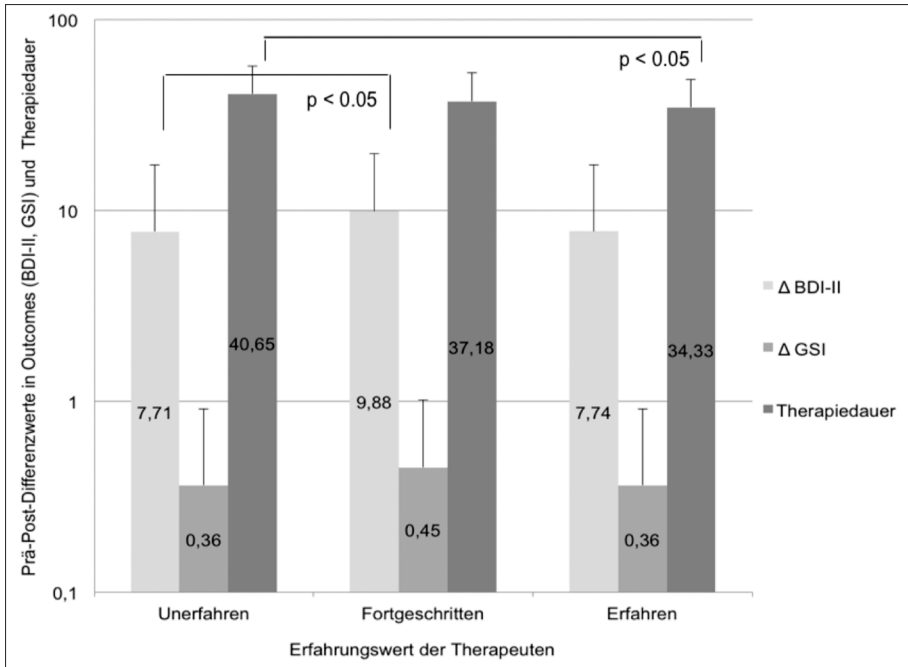


Abbildung 1: Logarithmierte Prä-Post-Differenzwerte der depressiven Symptomatik (BDI-II) und der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) sowie die durchschnittliche Therapiedauer (Anzahl durchgeführter Sitzungen) der erfahrungsabhängigen ITT-Substichproben
 Anmerkungen: ITT = Intention-To-Treat-Stichprobe; Δ = Prä-Post-Differenzwert; p = Signifikanzniveau

$\eta^2 = .006$) sowie dem Zeitfaktor und der Anzahl der Diagnosen Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 2.98, p = .085, \eta^2 = .005$) keine statistische Signifikanz. Im Erfahrungsgruppenvergleich auf deskriptiver Ebene erzielten die fortgeschrittenen Therapeuten die höchste Symptomreduktion (vgl. Abbildung 1).

auf die Therapiedauer vor. Erfahrene Therapeuten wiesen eine signifikant kürzere Therapiedauer auf als unerfahrene Behandler ($p = .001$) (vgl. Abbildung 1).

3.2.3 ERFAHRUNGSABHÄNGIGE THERAPIEDAUER

Es lagen signifikante Haupteffekte der Erfahrungsgruppe ($F_{(2, 595)} = 6.43, p = .002, \eta^2 = .021$) sowie der Anzahl der Diagnosen ($F_{(2, 595)} = 12.17, p = .001, \eta^2 = .020$)

4 DISKUSSION

In der vorliegenden naturalistischen Studie wurde der Einfluss von Ausbildungserfahrung auf Therapieeffektivität und -effizienz untersucht. Es wurde erwartet, dass erfahrene und fortgeschrittene Ausbildungstherapeuten eine stärkere Symptomreduktion erzielen und weniger Behandlungssitzungen benötigen als unerfahrene Therapeuten.

Die Annahme eines Interaktionseffektes zwischen der Erfahrungsgruppe und dem Zeitfaktor (prä-post) konnte für die Veränderungswerte im BDI-II bestätigt werden. Hypothesenkonform erreichten fortgeschrittene Therapeuten unter Kontrolle der Anzahl der Diagnosen eine signifikant stärkere Abnahme der BDI-II-Werte in den Prä-Post-Analysen als die unerfahrenen Therapeuten ($d = 1.00$ vs. 0.76). Zudem erzielten fortgeschrittene Ausbildungstherapeuten die höchsten Effekte hinsichtlich der Symptomreduktion im Vergleich aller Erfahrungsgruppen. Entgegen der formulierten Erwartung unterschieden sich erfahrene und unerfahrene Therapeuten nicht signifikant voneinander hinsichtlich ihrer Effektivität. Für das Maß des GSI zeigten sich keine bedeutsamen Erfahrungseffekte.

Im Hinblick auf die Therapiedauer wurden signifikant niedrigere Sitzungszahlen bei erfahrenen Therapeuten im Vergleich zur Gruppe der unerfahrenen Ausbildungstherapeuten ermittelt. Des Weiteren wies die Gruppe der erfahrenen Ausbildungstherapeuten die kürzeste Therapiedauer im Vergleich über alle Erfahrungsgruppen hinweg auf.

Insgesamt liefern die Befunde Hinweise darauf, dass mit zunehmender Ausbildungserfahrung eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Therapien stattfindet.

Das ermittelte Muster der erfahrungsabhängigen Effektivitätsunterschiede bildet den typischen Verlauf einer Lernkurve mit einem anfänglich steilen Anstieg gefolgt von einer asymptotisch abflachenden Entwicklung ab (Anzanello & Fogliatto, 2011). Möglicherweise erfolgt der maximale Lernzuwachs in der ersten Hälfte der Praktischen Ausbildung, so dass sich die Effektivitätssteigerung vorrangig in der Gruppe der fortgeschrittenen Therapeuten zeigt. In der fehlenden weiteren Effektivitätssteigerung spiegelt

sich vermutlich das Erreichen eines Lernoptimums hinsichtlich der Aneignung von Basiskompetenzen am Ende des ersten Ausbildungsabschnitts wider. Die vergleichsweise niedrigen Sitzungszahlen bei den erfahrenen Therapeuten geben Hinweise darauf, dass nach einem Wendepunkt im Übergang vom ersten zum zweiten Ausbildungsabschnitt vermutlich ein Stadium der Konsolidierung sowie eine elaboriertere Qualität von Lernprozessen eingeleitet werden (Pusic, Bou-tis, Hatala & Cook, 2015). Es wäre bspw. vorstellbar, dass im ersten Abschnitt der Praktischen Ausbildung relevante Basiskompetenzen erworben werden, deren Einsatz im zweiten Ausbildungsabschnitt zunehmend flexibler und effizienter gestaltet werden kann.

Zur Interpretation der nicht signifikanten Effektivitätsunterschiede zwischen unerfahrenen und erfahrenen Therapeuten kann zudem angeführt werden, dass die vergleichsweise geringe ambulante Behandlungserfahrung der Anfängertherapeuten vermutlich durch engmaschige Supervision ausgeglichen wurde. Diese Annahme deckt sich mit Untersuchungsbefunden, die eine vergleichbare Effektivität unerfahrener Therapeuten und approbierter Behandler unter supervisorischer Begleitung belegen (Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Gleichzeitig benötigten erfahrene Therapeuten bedeutend weniger Sitzungen für eine vergleichbare Symptomreduktion als die unerfahrenen Behandler. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit aktuellen Studienergebnissen aus dem naturalistischen Behandlungskontext, die eine höhere Effizienz erfahrener Therapeuten nahelegen (z.B. Buckley et al., 2006). Ein Vergleich mit Befunden aus RCT-Studien kann in diesem Zusammenhang nicht vorgenommen werden, da RCT-Studienmanuale überwiegend verbindliche Sitzungszahlen vorgeben. Mögliche Ursachen könnten in einer in-

dividualisierteren Therapieplanung, einem routinierteren und stringenteren Einsatz therapeutischer Techniken sowie einer wiederholten Indikationsklärung im Therapieprozess liegen (Eells et al., 2005; Okiishi et al., 2006). Zukünftige Studien könnten diese Erklärungsmöglichkeiten unter Nutzung von Prozessdaten (wie bspw. Stundenbögen) weiterführend prüfen. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass sich in den beobachteten Effizienzunterschieden formale Aspekte der therapeutischen Ausbildung widerspiegeln. So erfolgt in diesem Ausbildungsabschnitt üblicherweise die Koordination der Behandlungen mit dem Ausbildungsabschluss, woraus sich bei erfahrenen Therapeuten in der Endphase der Ausbildung kürzere Therapiedauern ergeben haben könnten (Peikert, Baum, Barchmann, Schröder & Kropp, 2014).

4.1 LIMITATIONEN

In der angeführten naturalistischen Studie sind folgende Limitationen zu berücksichtigen:

Die indirekte Operationalisierung therapeutischer Expertise im Sinne von Ausbildungseffekten anhand der therapeutischen Ausbildungserfahrung ist als methodische Limitation zu sehen (Hill & Knox, 2013). Zukünftige Forschung sollte direkte Kompetenzeinschätzungen zur Überprüfung von Ausbildungs- und Erfahrungseffekten im naturalistischen Behandlungskontext heranziehen, zumal die dafür relevanten Instrumente zur Verfügung stehen (Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010; Weck, Hilling, Schermelleh-Engel, Rudari & Stangier, 2011).

Bei der Interpretation der Befunde ist zu beachten, dass das vieldeutige Ergebnismuster auch alternative Erklärungs-

möglichkeiten für die vermeintlichen Erfahrungseffekte plausibel erscheinen lässt. Eine mögliche Konfundierung der Erfahrungsvariablen mit Aspekten der Ausbildung (bspw. Supervision, extracurriculäre Weiterbildung) sowie personenbezogenen Merkmalen (bspw. interaktionellen Fertigkeiten, Motivation) kann nicht ausgeschlossen werden (Franklin et al., 2003; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad, 2013). So ist es denkbar, dass den beobachteten Effekten unberücksichtigte Drittvariablen zugrunde liegen.

Aussagen über den individuellen Erfahrungszuwachs (z.B. Fallauslastung, Ausbildungsdauer), der zu einer Nivellierung der Erfahrungsunterschiede beigetragen haben könnte, können nicht getroffen werden (Beutler et al., 2004). In zukünftigen Untersuchungen sollten individuelle Ausbildungsverläufe von Therapeuten unter Kontrolle potenziell moderierender Variablen Berücksichtigung finden (Huppert et al., 2014).

Die Ergebnisse sind auf den Ausbildungsabschnitt der Praktischen Ausbildung beschränkt, wodurch die einzelnen Erfahrungsstufen sehr nah beieinanderliegend konzipiert sind. Potenzielle Erfahrungseffekte könnten dadurch minimiert worden sein. Um ein größeres Erfahrungsspektrum abbilden zu können, sollten Folgestudien auch die Behandlungen approbierter Therapeuten berücksichtigen. Darüber hinaus sollte die Bedeutung der stationären Behandlungserfahrung (z.B. psychiatrische Praktika) für den Behandlungserfolg adressiert werden.

Die aufgrund der Stichprobengröße von $N = 66$ Therapeuten limitierten statistischen Auswertungsoptionen stellen eine weitere Limitation dar; Multilevel-Analysen wären in diesem Zusammenhang wünschenswert (Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Wampold & Brown, 2005). Große Stichprobenumfän-

ge ließen sich durch multizentrische Studien realisieren.

Beachtet werden muss ferner die diagnostische Heterogenität der untersuchten Patientenstichprobe. Einige Studien liefern Hinweise auf erfahrungsbezogene Effektivitätsunterschiede je nach Art und Schweregrad der behandelten Störung (Mander et al., 2012; Mason, Grey & Veale, 2016; Tschuschke et al., 2015). Für ein tiefergehendes Verständnis dieser Wechselbeziehungen sind weitergehende Forschungsbemühungen dringend erforderlich. Zudem sollten in zukünftigen Forschungsarbeiten katamnestische Daten in die Analysen einbezogen werden, die zusätzlich Aussagen über Langzeiteffekte der Behandlungen ermöglichen. Eine Aussage über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse kann wegen der limitierten Datenbasis nicht getroffen werden; die Replikation der Befunde an weiteren Stichproben unter Berücksichtigung oben genannter potentieller Kovariaten ist notwendig.

4.2 AUSBlick

In der vorliegenden Studie wurden Ausbildungstherapeuten im Stadium ihrer Praktischen Ausbildung untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass sich die Ausbildungserfahrung vor allem im fortgeschrittenen Ausbildungsstadium auf die Effektivität und im Endstadium auf die Effizienz der Therapien auszuwirken scheint. Zur Entwicklung einer empirisch validierten Ausbildung ist eine weiterführende Analyse spezifischer Wechselwirkungen zwischen Ausbildungselementen, Therapeuten- und Patientenmerkmalen sowie Prozess- und Outcomevariablen von Behandlungen erforderlich. Dadurch könnten Schlüsselkompetenzen identifiziert und die therapeutische Ausbildung weiter optimiert werden.

LITERATUR

- Anzanello, M. J. & Fogliatto, F. S. (2011). Learning curve models and applications: Literature review and research directions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41, 573-583.
- 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. XII, 851 S.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience & training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.
- Beutler, L. E., Malik, M., 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* (pp. 227-306). New York, NY: Wiley & Sons.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., III, Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Buckley, J. V., Newman, D. W., Kellett, S. & Beail, N. (2006). A naturalistic comparison of the effectiveness of trainee and qualified clinical psychologists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 137-144.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3), 441-449. doi:10.1037/0022-006x.60.3.441

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Domma, J. (2007). *Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung*. (Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie). Gießen: Justus-Liebig-Universität.
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reitzel, L. R., Hernandez, A., Petty, S. C. & Joiner, J. T. E. (2003). The Effect of Trainee Experience in Psychotherapy on Client Treatment Outcome. *Behavior Therapy, 34*, 165.
- Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K. & Freeston, M. (2015). The utility of case formulation in treatment decision making: the effect of experience and expertise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 48*, 66-74.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C. & Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 579-589.
- Franke, G. & Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis: BSI; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. & Derogatis, L. R. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Furr, J. M., Kalsy, S. & Riggs, D. S. (2003). A Naturalistic Examination of Therapist Experience and Outcome of Exposure and Ritual Prevention for OCD. *Psychotherapy Research, 13*, 153-167.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 1-11.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar: BDI II. Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 205-216.
- Hill, C. & Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 775-811). Hoboken, NJ: Wiley.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (5), 747-755.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, K. & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 52*, 26-34.
- Laireiter, A.-R. & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie – Entwicklungen und aktueller Stand. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W. & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*, 417-426.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of

- outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 53-65.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Mander, J., Wittorf, A., Teufel, M., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S. & Sammet, I. (2012). Patients with depression, somatoform disorders, and eating disorders on the stages of change: Validation of a short version of the URICA. *Psychotherapy*, 49, 519-527.
- Mason, L., Grey, N. & Veale, D. (2016). My therapist is a student? The impact of therapist experience and client severity on cognitive behavioural therapy outcomes for people with anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 193-202.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 483-495.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157-1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for super-shrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Öst, L.-G., Karlstedt, A. & Widén, S. (2012). The Effects of Cognitive Behavior Therapy Delivered by Students in a Psychologist Training Program: An Effectiveness Study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.
- Peikert, G., Baum, A., Barchmann, D., Schröder, D. & Kropp, P. (2014). Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. *Verhaltenstherapie*, 24, 272-279.
- Powell, J. L., Hunter, H. L., Beasley, L. O. & Vernberg, E. M. (2010). Using fine-grained indexes of therapists' experience and training to predict treatment outcomes in a university-based training clinic for children and families. *Training and Education in Professional Psychology*, 4, 138-144. doi: 10.1037/a0018369
- Propst, A., Paris, J. & Rosberger, Z. (1994). Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short term psychotherapy? *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 39, 168-176.
- Pusic, M. V., Boutis, K., Hatala, R. & Cook, D. A. (2015). Learning curves in health professions education. *Academic Medicine*, 90, 1034-1042.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. [Therapeutic work and professional development. Main findings and practical implications of an international longitudinal study]. *Psychotherapeut*, 51, 271-275.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. *Psychotherapeut*, 54, 457-463.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems:

Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25, 420-434.

- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184-187. doi:10.1080/10503300500265181
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923. doi:10.1037/0022-006x.73.5.914
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen: Validierung einer deutschsprachigen Version der Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39, 244-250.
- Weck, F., Hilling, C., Schermelleh-Engel, K., Rudari, V. & Stangier, U. (2011). Reliability of adherence and competence assessment in cognitive behavioral therapy: Influence of clinical experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 276-279.
- Wittman, C. L. M. & van den Bercken, J. H. L. (2007). Intermediate effects in psychodiagnostic classification. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 56-61.



DIPL.-PSYCH. BEHIYE SAKALLI
 ZENTRUM FÜR PSYCHOLOGISCHE
 PSYCHOTHERAPIE ZPP
 UNIVERSITÄT HEIDELBERG
 BERGHEIMER STRASSE 58a
 D-69115 HEIDELBERG
 E-MAIL: behiye.sakalli@zpp.uni-hd.de

DR. DIPL.-PSYCH. UTA LÖFFLER
 E-MAIL: uta.loeffler@
 psychologie.uni-heidelberg.de

DR. DIPL.-PSYCH. MALTE STOPSACK
 E-MAIL: malte.stopsack@
 psychologie.uni-heidelberg.de

DR. DIPL.-PSYCH. JOHANNES MANDER
 E-MAIL: johannes.mander@
 zpp.uni-hd.de

DR. DIPL.-PSYCH. HINRICH BENTS
 E-MAIL: hinrich.bents@zpp.uni-hd.de

PROF. DR. SVEN BARNOW
 E-MAIL: sven.barnow@
 psychologie.uni-heidelberg.de