

Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung

Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beratung (STEP)

Günter Krampen und Birgit Wald

Zusammenfassung. Vorgestellt werden zwei kurze standardisierte Erhebungsmethoden für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der allgemeinen und differentiellen Einzelpsychotherapie und -beratung. Die auf einzelne Therapie- oder Beratungssitzungen bezogenen Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung umfassen jeweils 12 Items, die vom Patienten/Klienten (STEPP) beziehungsweise Therapeuten/Berater (STEPT) zu beantworten sind. Bei beiden werden mit komplementären Items Informationen über die in der Sitzung vom Patienten/Klienten erlebte beziehungsweise vom Therapeuten/Berater wahrgenommene (1) motivationale Klärung und Entwicklung des Patienten, (2) Hilfe bei der Problembewältigung und (3) therapeutische Beziehung und Unterstützung erhoben. Befunde aus drei empirischen Studien, in die insgesamt jeweils 365 Stundenbogen aus der Patienten- und Therapeutesicht eingegangen sind, bestätigen die Reliabilität der drei faktorenanalytisch fundierten Skalen und ihre Profilreliabilität für beide Perspektiven.

Schlüsselwörter: Psychotherapie; psychotherapeutische Prozesse, Prozessevaluation, Fragebogenentwicklung, formative Indikation, integrative Therapieansätze

Instruments for formative evaluation and indication in general and differential psychotherapy and counseling – Short inventories for single psychotherapy and counseling

Abstract. Two short standardized questionnaires for formative evaluation and adaptive determination indications in general and differential psychotherapy as well as psychological counseling are presented. Both questionnaires include 12 items which have to be answered by the patient or client or by the psychotherapist or counselor after a psychotherapy or counseling session. Items are constructed complementarily for therapists and patients and refer to (a) the motivational clarification and development of the patient, (2) the active help for problem-solving by the patient and (3) the therapeutic support experienced by the patient (patient questionnaire) versus that perceived by the therapist (therapist questionnaire). Results of three empirical studies confirm the reliability of the three factor-analytically based scales and the reliability of differences of both perspectives.

Key words: psychotherapy, psychotherapeutic processes, formative evaluation, test construction, client treatment matching, integrative treatment approaches

Neben den Befunden zur zusammenfassenden und komparativen Abschätzung der Effektivität unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze besteht ein wesentliches Ergebnis des breit rezipierten Werkes von Grawe, Donati und Bernauer (1994) in der Konzeption einer Allgemeinen Psychotherapie. Inzwischen wurde dieser Ansatz in einer Reihe von Folgearbeiten des Erstautors unter Bezug auf ihre Verankerung in der empirischen Psychologie ausdifferenziert (siehe etwa Grawe, 1995, 1998), aber (noch) nicht breiter empirisch fundiert. Mit den im folgenden dargestellten kurzen standardisierten Erhebungs-

instrumenten für die Prozessevaluation und adaptive Indikation werden ökonomische Möglichkeiten dargestellt, zur empirischen Fundierung einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie in der angewandten Forschung und psychotherapeutischen Anwendungspraxis beizutragen.

Im Ansatz der Allgemeinen Psychotherapie (bzw. Psychologischen Therapie bei Grawe, 1998) werden die empirisch beobachtbaren Wirkungen unterschiedlicher Therapieformen als das Resultat von drei (Grawe et al.,

1994) bzw. vier therapeutischen Wirkprinzipien (Grawe, 1995, 1998) beschrieben. Hervorgehoben wird, dass im therapeutischen Prozessgeschehen stets alle drei bzw. vier als Wirkfaktoren beteiligt sind. Schlagwortartig können diese nach Grawe et al. (1994, S. 784) als die Wirkfaktoren der motivationalen Klärung (Klärungsperspektive), der aktiven Hilfe zur Problembewältigung (Problembewältigungsperspektive) und des Beziehungsgeschehens (Beziehungsperspektive) bezeichnet werden. In Folgearbeiten (Grawe, 1995, 1998) wird der Aspekt der Beziehungsperspektive nach den Wirkfaktoren der Ressourcenaktivierung und der Problemaktualisierung ausdifferenziert. Postuliert wird, dass nicht nur zu Beginn einer Psychotherapie (nach dem diagnostischen Abklärungsprozess) eine auf diese Wirkkomponenten bezogene selektive Indikationsstellung und Therapieplanung vorgenommen werden sollte (siehe etwa die Indikations- und Planungsbogen bei Grawe, 1998, S. 627 ff. und S. 636 ff.). Hinzu tritt die Notwendigkeit der adaptiven Indikation, für die der Therapieprozess unter diesen Aspekten aus der Sicht von Therapeut und Patient zu beobachten ist, damit adaptiv und flexibel im therapeutischen Prozess der jeweils indizierte Wirkfaktor schwerpunktmäßig verstärkt bzw. der aktuell weniger indizierte Wirkfaktor zurückgenommen werden kann.

Ähnliche auf den Interventionsprozess bezogene Aussagen finden sich bereits bei Bommert und Plessen (1978) – ebenfalls unter methodenintegrativer Perspektive – für das Feld psychologischer Beratungen. Als veränderungsrelevante Bereiche und wesentliche Interventionsebenen werden dort die Selbsterfahrung von Klienten, ihr Verhalten und dessen Veränderung sowie die Beziehung (sowohl die Klient-Berater-Beziehung als auch das allgemeine Beziehungsverhalten von Klienten) benannt, die von Bommert und Plessen (1978, S. 74 ff.) inhaltlich sehr ähnlich zu den allgemeinen psychotherapeutischen Wirkprinzipien der Klärungs-, Problembewältigungs- und Beziehungsperspektive bei Grawe et al. (1994) bestimmt und erläutert werden. Auch für psychologische Beratungen wird dabei betont, dass grundsätzlich alle drei Aspekte beteiligt sind, sie jedoch in verschiedenen Phasen des Beratungsprozesses in unterschiedlichem Umfang zum Tragen kommen (zu Fragen der Abgrenzung von psychologischer Beratung und Psychotherapie siehe etwa Hundsalz, 1995; Perrez & Baumann, 1998).

Neben auf diese Wirkfaktoren bezogenen Diagnoseinstrumenten zur Statusdiagnostik und selektiven Indikationsstellung zu Beginn einer Intervention werden damit ökonomische Erhebungsverfahren notwendig, die in standardisierter Form zur Ergänzung der Beobachtungen des Prozessgeschehens während der Intervention eine auf die allgemeinen Wirkfaktoren bezogene adaptive Indikation gestatten. Während neben den Vorschlägen von Grawe (1998, S. 627 ff.) bereits einige weitere Ansätze für die selektive Indikationsstellung einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie vorliegen (siehe etwa Becker, 1995; Blaser, Heim, Ringer & Thommen, 1992; Butollo, Rosner & Wentzel, 1999; Krampen, 1980, 1995) mangelt es bislang an entsprechenden Instrumenten für die standardisierte Prozessevaluation. Die vorliegenden

Stunden- oder Sitzungsbogen sind auf bestimmte psychotherapeutische Ansätze zentriert (vgl. etwa den Überblick zu Verfahren für die Prozessdiagnostik in der Gesprächspsychotherapie von Frohburg, 1999) oder bleiben sehr allgemein (wie etwa die Verfahren zur Stundenbeurteilung aus der Sicht des Klienten und des Therapeuten von Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1990). Auch die von Grawe und Braun (1994; siehe auch Grawe, 1998, S. 669 ff.) vorgelegten Stundenbogen sind mit Einschätzungen der Zufriedenheit der Therapie-sitzung, der Fortschritte innerhalb und ausserhalb der Therapie, der Qualität der Therapiebeziehung sowie der emotionalen Beteiligung innerhalb der Therapiesitzungen eher allgemein gehalten, mit 29 Items relativ lang sowie bislang zwar faktorenanalytisch, jedoch nicht psychometrisch hinreichend überprüft. All diese Verfahren werden kaum in psychometrisch fundierter Form alleine die „reizvolle Aufgabe für die zukünftige psychotherapeutische Prozessforschung, den Weg von Therapien durch diesen dreidimensionalen Raum (der therapeutischen Wirkfaktoren; Ergänzung der Verf.) zu verfolgen“ (Grawe et al., 1994, S. 785), bewältigen können. Überdies stellt sich prozessanalytisch vor allem die Frage, in welchem Maße die allgemeinen Wirkfaktoren (hinreichend) unabhängig sind und psychometrisch hinreichend reliabel als differenzierte Beschreibungs- und Ziel-dimensionen psychologischer Interventionen erfasst werden können.

Im Folgenden wird knapp über die ersten Befunde eines Versuchs berichtet, direkt auf die allgemeinen Wirkfaktoren (sensu Grawe et al., 1994; Grawe, 1995, 1998) bezogene Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung aus der Patienten/Klienten- und der Therapeuten/Berater-Perspektive zu entwickeln. Im Vordergrund steht die Grundfrage nach der psychometrischen Tauglichkeit der Kurzinstrumente unter den Aspekten der Reliabilität ihrer Subskalen und der Profilreliabilität der Skalen für die verschiedenen Wirkfaktoren sowohl aus der Patienten-/Klienten- als auch aus der Therapeuten-/Beratersicht. Zudem wird ersten Aspekten ihrer Konstruktvalidität (faktorielle, konvergente, diskriminante und diskriminative Validität) nachgegangen.

Methoden

Nach Durchsicht vorliegender Stunden-/Sitzungsbogen für psychologische Interventionen (vgl. Frohburg, 1999; Schindler et al., 1990) wurden unter engem inhaltlichen Bezug auf die Beschreibungen der vier allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren von Grawe (1995, 1998; siehe auch Grawe et al., 1994) sowie der drei Interventionsebenen psychologischer Beratungen nach Bommert und Plessen (1978) Items mit der Zielsetzung frei generiert bzw. aus vorliegenden prozessdiagnostischen Instrumenten modifiziert übernommen, möglichst kurze, dennoch psychometrisch prüfbare Instrumente für die Patienten-/Klientenperspektive und die Therapeuten-/Beraterperspektive zu erhalten. Es resultierten für die

Erstfassungen der Instrumente jeweils 14 Items für die Patienten-/Klienten- sowie Therapeuten-/Berater-Perspektive, die inhaltlich parallel formuliert sind (siehe Anhang). A priori wurden die Items-Nr. 01, 05, 09 und 13 zur Erfassung der Klärungsperspektive, die Items-Nr. 02, 06, 10 und 14 zur Erfassung der Problembewältigungsperspektive, die Items-Nr. 03, 07 und 11 zur Erfassung der Problemaktualisierung in der Sitzung sowie die Items-Nr. 04, 08 und 12 zur Erfassung der Ressourcenaktivierung formuliert. Diese Items wurden Patienten/Klienten unmittelbar am Ende einer Sitzung mit der Instruktion „Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen, und beurteilen Sie jeweils, in welchem Maße Sie die heutige Sitzung in der angegebenen Art erlebt haben. Kreuzen Sie dazu jeweils die Antwortkategorie an, die Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht (1 = stimmt überhaupt nicht ... bis ... 7 = stimmt ganz genau)“ vorgegeben. Die Therapeuten/Berater bearbeiteten den Stundenbogen im Anschluss an die Sitzung nach einer analogen Instruktion. Die ersten Anwendungen der Stundenbogen erfolgten in heterogenen Patienten-/Klienten- sowie Therapeuten-/Berater-Stichproben und in unterschiedlichsten Phasen des Interventionsprozesses, um die psychometrische Tauglichkeit der Kurzinstrumente möglichst breit prüfen zu können.

Die erste Erprobung der Stundenbogen (Studie I) erfolgte in einer Stichprobe von 170 20- bis 60-jährigen Patienten/Klienten (69 % weiblich) mit Partnerschaftsproblemen (54 %), Störungen aus dem depressiven Formenkreis (23 %), Erziehungsproblemen (18 %), Angststörungen (12 %) und anderen Belastungen (5 % funktionelle Störungen, 4 % Abhängigkeitsstörungen, 6 % Anpassungsstörungen), die von 25 verschiedenen Beratern und Psychotherapeuten (12 weiblich, 13 männlich) im Rahmen der ambulanten Tätigkeit von mehreren Lebensberatungsstellen in kirchlicher Trägerschaft behandelt wurden. Von 40 Klienten/Patienten liegen Messwiederholungen vor, wobei für die faktoren- und korrelationsanalytischen Auswertungen jeweils nur ein Messzeitpunkt (ausgewählt nach dem Zufall) berücksichtigt wurde. 53 % der Stundenbogen beziehen sich auf die 1. bis 5., 14 % auf die 6. bis 10., 19 % auf die 11. bis 20. und 11 % auf eine spätere Sitzung im Behandlungsprozess. Die Stichprobe der Berater/Therapeuten verfügt über eine mittlere Berufserfahrung von 11.6 Jahren sowie psychotherapeutische bzw. beraterische Fortbildungen [nach dem Diplom in Psychologie (12×), in Pädagogik (4×), in Sozialpädagogik/Sozialarbeit (8×) oder Theologie (1×)] in Ehe- und Lebensberatung (17×), systemischer Behandlung (15×), Gesprächspsychotherapie (7×), Verhaltenstherapie (4×), Gestalttherapie (4×) und Psychodrama (3×). Von den ergänzend erhobenen Daten werden hier (1) die von den Patienten/Klienten jeweils am Sitzungsende auf einer 7-stufigen Antwortskala abgegebene Einschätzung ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit dem Sitzungsverlauf („Mit dem Verlauf der heutigen Sitzung bin ich zufrieden“) und (2) die bei den Therapeuten/Beratern analog erhobene vermutete Zufriedenheit ihres Patienten/Klienten („Mit dem Verlauf der heutigen Sitzung ist der Klient/die Klientin zufrieden“) relevant.

Mit den aufgrund der Befunde von Studie I revidierten Versionen der Stundenbogen wurden in Studie II die psychotherapeutischen Anfangssitzungen (1. bis 3. Termin) von 125 stationären Patienten (68 weiblich) mit einem breiten Spektrum affektiver und autonomer funktioneller Störungen in zwei verhaltensmedizinisch und -therapeutisch ausgerichteten Psychosomatischen Fachkliniken evaluiert. Beteiligt waren acht Diplom-Psychologen und drei Mediziner mit verhaltenstherapeutischer (10×) und gesprächspsychotherapeutischer Weiterbildung (6×) sowie einer mittleren Berufserfahrung von 8.7 Jahren.

Auch in Studie III, an der 30 ambulante Psychotherapiepatienten mit einer depressiven Störung (18×) oder einer Angststörung (12×) und drei berufserfahrene, approbierte Psychologische Psychotherapeuten mit mehreren psychotherapeutischen Weiterbildungen beteiligt waren, wurde mit den revidierten Formen der Stundenbogen gearbeitet. Die Datenerhebungen erfolgten in unterschiedlichsten Behandlungsphasen (1. bis 5. Sitzung: 8×, 10. bis 20. Sitzung: 14×; 21. bis 65. Sitzung: 8×).

Ergebnisse

Die 14 Ausgangsitems des Stundenbogens für Patienten/Klienten und des Stundenbogens für Therapeuten/Berater wurden anhand der Daten aus Studie I (170 Stundenbogen) Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) unterzogen. Für beide Formen des Stundenbogens ergab sich nach dem Scree-Test eine dreifaktorielle Lösung, durch die 60.2 % (Stundenbogen für Patienten/Klienten; Eigenwerte der ersten fünf unrotierten Hauptkomponenten: 5.66, 1.49, 1.28, 0.96 und 0.78) bzw. 63.2 % (Stundenbogen für Therapeuten/Berater; Eigenwerte der ersten fünf unrotierten Hauptkomponenten: 5.94, 1.68, 1.26, 0.95 und 0.90) der Gesamtvarianz aufgeklärt wird. Die resultierenden Faktormatrizen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Übereinstimmend weisen in beiden Faktorenlösungen die Item-Nr. 04 und 07 geringe und – relativ zu den anderen – die geringsten Kommunalitäten auf. Trotz einiger ausgeprägter Nebenladungen liegen nach dem Fürntratt-Kriterium ($a^2/h^2 > .50$; Fürntratt, 1969) keine interpretativ relevanten Mehrfachladungen vor. Die Inspektion der Faktorladungen führt sowohl für die Patienten-/Klienten als auch für die Therapeuten-/Berater-Perspektive zu klar und übereinstimmenden Faktorinterpretationen (siehe Tabelle 1): Faktor I bündelt jeweils die Items (Nr. 01, 05, 09 und 13) zur Klärungsperspektive und ein Item (Nr. 11), das zur Erfassung der Problemaktualisierung in der Sitzung formuliert worden war; auf Faktor II weisen die Items (Nr. 02, 06, 10 und 14) hohe Ladungen auf, die sich auf die Problembewältigungsperspektive beziehen; Faktor III ist durch Items markiert, die die Problemaktualisierung in der Sitzung (Item-Nr. 03) und die Ressourcenaktivierung (Item-Nr. 08 und 12), mithin die Beziehungsperspektive nach Grawe et al. (1994) betreffen. Damit sind für die Patienten-/Klienten- und die Therapeuten-/

Tabelle 1. Faktoren- und itemanalytische Befunde zu den „Stundenbogen für die Allgemeine, Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung“ für Patienten/ Klienten (STEPP) und Therapeuten/Berater (STEPT)

Item-Nr. ^a	Skala ^b	170 Stundenbogen für Patienten/Klienten (STEPP) ^c						170 Stundenbogen für Therapeuten/Berater (STEPT) ^c					
		Faktorladungen			h ²	p _i	r _{it}	Faktorladungen			h ²	p _i	r _{it}
		I	II	III				I	II	III			
01	K	.58	.37	-.09	.48	.41	.54	.75	.17	.19	.63	.39	.66
02	P	.11	.85	.07	.74	.43	.62	.06	.83	.09	.69	.34	.68
03	B	.00	.22	.75	.60	.84	.49	.07	.24	.76	.63	.61	.61
04	-/- ^d	.57	.07	.27	.40	-	-	.26	.23	.60	.48	-	-
05	K	.75	.32	.05	.67	.46	.68	.80	.18	.30	.77	.31	.77
06	P	.26	.79	.07	.70	.39	.67	.09	.84	.11	.72	.30	.70
07	-/- ^d	.19	.02	.49	.28	-	-	.25	-.08	.35	.19	-	-
08	B	.21	.44	.67	.69	.65	.49	.27	.36	.69	.68	.51	.66
09	K	.68	.32	.13	.57	.31	.57	.50	.42	.29	.51	.29	.54
10	P	.50	.63	.14	.66	.42	.66	.24	.80	.16	.73	.31	.74
11	K	.78	.00	.24	.66	.41	.60	.83	.15	.10	.73	.39	.70
12	B	.13	.09	.83	.72	.78	.57	.19	.07	.83	.73	.64	.59
13	K	.74	.13	.07	.57	.39	.64	.81	.16	.28	.76	.35	.76
14	P	.52	.61	.21	.68	.47	.71	.36	.65	.29	.64	.34	.62
Eigenwert (e _{ij})		3.54	2.73	2.18				3.24	2.97	2.65			
Varianz- aufklärung (%)		40.4	10.7	9.1				42.5	12.0	9.0			

Anmerkungen: ^aItemtexte im Anhang. ^bSkala K = motivationale Klärung und Entwicklung; Skala P = Hilfe zur Problembewältigung; Skala B = therapeutische Beziehung und Unterstützung. ^ch² = Kommunalität; p_i = Schwierigkeitsindex (für zustimmende Antworten 5-7); r_{it} = Trennschärfekoeffizient. ^dAufgrund der faktorenanalytischen Befunde aus der Subskalenbildung ausgeschlossene Items.

Berater-Perspektive übereinstimmende faktorielle Strukturen identifiziert, die den drei von Grawe et al. (1994) sowie Bommert und Plessen (1978) beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren bzw. Veränderungsebenen entsprechen. Die später von Grawe (1995, 1998) vorgenommene Differenzierung der Beziehungsperspektive nach den Aspekten der Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung lässt sich dagegen für den vorliegenden Datensatz faktoriell nicht abbilden (was auch für explorativ berechnete vierfaktorielle Lösungen gilt).

Aufgrund dieser faktorenanalytischen Befunde wurden anhand der Markieritems der Faktoren drei Subskalen für die Items des (revidierten) „Stundenbogens für die Allgemeine Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung“ für Patienten/Klienten (STEPP) und Therapeuten/Berater (STEPT) gebildet. Subskala STEP-K bezieht sich jeweils auf die Klärungs-, Subskala STEP-P auf die Problembewältigungs- und Subskala STEP-B auf die Beziehungsperspektive (zur Itemzuordnung siehe Anhang). Die in Tabelle 1 aufgeführten Itemschwierigkeiten und Trennschärfekoeffizienten der Items dieser Subskalen genügen für beide Versionen des revidierten Stundenbogens gut den psychometrischen Anforderungen. Dies wird durch die in Tabelle 2 aufgeführten Koeffizientenwerte der internen Konsistenz der Subskalen (nach Cronbachs alpha) bestätigt. Trotz sehr gerin-

ger Itemanzahlen liegen die Einzelreliabilitäten der Skalen beider Versionen im psychometrisch hinreichenden, z. T. hohen Bereich. Dies zeigt sich trotz signifikanter, positiver Interkorrelationen der jeweils drei Subskalen pro Version des Stundenbogens (siehe Tabelle 2) auch für die Profilreliabilität (dem Verhältnis der Skaleninterkorrelationen zu ihren Einzelreliabilitäten nach Lienert, 1969, S. 371 ff.). Sowohl mit dem Stundenbogen für Patienten/Klienten ($prof-r_{it} = .54$) als auch mit dem Stundenbogen für Therapeuten/Berater ($prof-r_{it} = .67$) ist es somit möglich, die drei allgemeinen Wirkfaktoren psychologischer Interventionen in der Prozessevaluation hinreichend differenziert reliabel zu erfassen.

Sowohl die internen Konsistenzen der Subskalen als auch die Parameter der Profilreliabilität wurden in den Studien II und III in unabhängigen Stichproben mit den revidierten, aus nunmehr 12 Items bestehenden Versionen des STEPP und STEPT überprüft. Die Befunde zu den Einzelreliabilitäten und Skaleninterkorrelationen bestätigen die aus Studie I (siehe Tabelle 2). Die sich aus den Einzelreliabilitäten und Skaleninterkorrelationen ergebenden Profilreliabilitäten betragen für STEPP .71 (Studie II) bzw. .47 (Studie III) und für STEPT .80 (Studie II) bzw. .74 (Studie III), was die psychometrische Qualität der beiden Kurzinstrumente und ihre Tauglichkeit zur differenzierten, reliablen Abbildung der drei

Tabelle 2. Psychometrische Kennwerte und Interkorrelationen der Subskalen der „Stundenbogen für die Allgemeine, Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung“ für Patienten/Klienten (STEPP) und Therapeuten/Berater (STEPT) aus verschiedenen Stichproben

STEP-Subskala	M	SD	r_{tt}	STEPP (Patient)			STEPT (Therapeut)		
				-K	-P	-B	-K	-P	-B
N = 170 Stundenbogen (Studie I: ambulante Patienten und Klienten)									
STEPP-K	4.8	1.29	.82	1.00	.63**	.41**	.44**	.20**	.32**
STEPP-P	4.9	1.44	.83		1.00	.53**	.34**	.50**	.22**
STEPP-B	6.1	0.89	.69			1.00	.18**	.22**	.47**
STEPT-K	4.8	1.08	.86				1.00	.49**	.53**
STEPT-P	4.5	1.32	.84					1.00	.45**
STEPT-B	5.5	0.95	.78						1.00
N = 125 Stundenbogen (Studie II: stationäre Patienten)									
STEPP-K	4.4	1.11	.86	1.00	.51**	.35**	.67**	.17**	.29**
STEPP-P	3.9	1.08	.91		1.00	.42**	.28**	.61**	.27**
STEPP-B	5.8	1.27	.71			1.00	.23**	.11	.56**
STEPT-K	3.9	1.28	.90				1.00	.34**	.26**
STEPT-P	5.3	0.98	.87					1.00	.56**
STEPT-B	5.1	1.42	.87						1.00
N = 30 Stundenbogen (Studie III: ambulante Patienten)									
STEPP-K	5.7	0.75	.77	1.00	.84**	.39*	.42*	.18	.22
STEPP-P	5.1	0.89	.81		1.00	.47**	.29	.67**	.37*
STEPP-B	6.1	1.04	.72			1.00	.23	.41*	.49**
STEPT-K	5.2	0.85	.81				1.00	.26	.37*
STEPT-P	4.8	1.13	.79					1.00	.41*
STEPT-B	5.8	1.11	.89						1.00

Anmerkungen: **p < .01; *p < .05.

Wirkfaktoren psychologischer Interventionen in der Sicht von Patienten sowie der von Therapeuten belegt.

Neben den Befunden zur faktoriellen Validität und Profilreliabilität liegen mit denen zu den korrelativen Beziehungen der Subskalen innerhalb der Therapeuten-/Berater- und der Patienten-/Klienten-Perspektive sowie zwischen beiden Sichtweisen des therapeutischen Geschehens weitere erste Hinweise auf die Konstruktvalidität von STEPP und STEPT vor. Für die drei Datensätze ergaben sich zwar für die Binnen-Korrelationen innerhalb der jeweiligen Perspektive positive, zum großen Teil statistisch bedeutsame Korrelationen (siehe Tabelle 2), was die Hypothese von Grawe et al. (1994; Grawe, 1998) sowie Bommert und Plessen (1978) zur stetigen Präsenz aller drei Wirkfaktoren bzw. Veränderungsebenen im Interventionsprozess bestätigt. Gleichwohl können diese korrelationsstatistischen Befunde als Hinweise auf die diskriminante Validität der jeweils drei Subskalen interpretiert werden, da die Interkorrelationen der auf einen identischen Wirkfaktor bezogenen Skalen aus der Sicht von Patient/Klient und Therapeut/Berater

statistisch bedeutsam stärker ausgeprägt sind als die Interkorrelationen der Skalen, die sich auf unterschiedliche Wirkfaktoren beziehen ($p < .05$; siehe die Hauptdiagonalen im Vergleich zu den unteren und oberen Matrixhälften in den drei rechten Spalten und den jeweils drei oberen Zeilen von Tabelle 2). Mit diesen im Mittel bei $r = .54$ liegenden Korrelationen der drei Subskalen aus den beiden Sichtweisen wird somit ihre konvergente Validität (im Vergleich von Selbstaussagen, Q-Daten, und Fremdeinschätzungen, L'-Daten) belegt. Gleichwohl weist die durchschnittliche gemeinsame Varianz (29%) von Patienten-/Klienten- und Therapeuten-/Berater-Sicht auf die Notwendigkeit, beide Perspektiven zu erfassen, da trotz statistischer Signifikanz mit gut 70% sehr viel Variationsspielraum zwischen den beiden Perspektiven besteht.

In Studie I zeigt sich mit einem zwar statistisch bedeutsamen, numerisch jedoch eher niedrig ausgeprägten Zusammenhang ein ähnlicher Befund auch für die Korrelation zwischen den allgemeinen Zufriedenheitseinschätzungen der Patienten/Klienten und den

(Fremd-)Einschätzungen der Therapeuten/Berater zur vermuteten Zufriedenheit ihrer Patienten/Klienten nach einer Sitzung ($r = .42, p < .01$). In multiplen Regressionsanalysen wurde geprüft, ob sich diese allgemeinen Zufriedenheitseinschätzungen anhand der STEP-Skalen vorhersagen lassen. Für die Patienten-/Klienten-Perspektive ergab sich eine multiple Korrelation von $R = .64$ ($p < .01$). Subskala STEPP-B (Beziehungsperspektive) trägt am meisten zur Vorhersage der Zufriedenheit mit der Sitzung bei ($beta = .53$), die Subskalen STEPP-K ($beta = .12$) und STEPP-P ($beta = .07$) weniger. Auch für das Kriterium der von den Therapeuten/Beratern bei ihren Patienten/Klienten vermuteten Zufriedenheit mit der Sitzung ergab sich eine signifikante multiple Korrelation ($R = .74; p < .01$). Bedeutsamster Prädiktor ist auch hier die Subskala zur Beziehungsperspektive (STEPT-B: $beta = .65$), gefolgt von STEPT-K ($beta = .32$) und STEPT-P ($beta = .15$). Mithin weisen auch die regressionsanalytisch gewonnenen Befunde auf die kriterienbezogene Validität der STEP-Skalen.

Die bislang vorliegenden Datensätze gestatten ferner einige Analysen, die erste Hinweise auf die diskriminative Validität der STEP-Skalen geben können. Für die in Tabelle 2 aufgeführten Skalenmittelwerte (und Standardabweichungen) wurden im Vergleich der Therapeut-/Berater- und Patient-/Klient-Perspektive t -Tests für abhängige Stichproben berechnet. Danach liegen die mittleren Skalenwerte der Patienten-/Klienten-Angaben (STEPP) im Vergleich zu den Therapeuten/Berater-Angaben (STEPT) in Studie III bei allen drei Subskalen signifikant höher ($t(28) > 3.05, p < .01$), in Studie II bei den Subskalen zur Klärungs- (-K; $t(123) = 2.67, p < .01$) und zur Beziehungsperspektive (-B; $t(123) = 3.33, p < .01$) sowie in Studie I bei den Subskalen zur Problembewältigungs- (-P; $t(209) = 4.54, p < .01$) und Beziehungsperspektive (-B; $t(203) = 8.58, p < .01$). Lediglich in Studie II zeigt sich für die Subskala zur Problembewältigungsperspektive (-P) ein umgekehrter Befund ($t(123) = 7.92, p < .01$), der darauf verweist, dass in den verhaltensmedizinisch und -therapeutisch orientierten Fachkliniken die Therapeuten ihre in den Sitzungen gegebene aktive Hilfe zur Problembewältigung im Durchschnitt signifikant höher einschätzen als ihre Patienten diese erleben.

Weitere Mittelwertvergleiche (für unabhängige Stichproben) wurden für alle STEP-Subskalen im Hinblick auf das Geschlecht der Patienten/Klienten und der Therapeuten/Berater, Altersgruppen von Patienten/Klienten, Patienten-/Klientengruppen mit unterschiedlichen Störungsbildern und Belastungen, die Dauer der Berufserfahrung der Therapeuten/Berater und ihre Berufsgruppenzugehörigkeit berechnet. Bei alpha-Adjustierung zeigten sich für keine dieser unabhängigen Variablen signifikante Befunde, weswegen auf ihre ausführliche Darstellung verzichtet wird. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in Vergleichen der STEPT- und STEPP-Subskalenwerte, die in unterschiedlichen Behandlungsphasen erhoben wurden. Lediglich im Trend können für die Subskala STEPT-K (Klärungsperspektive aus der Therapeuten-/Beratersicht) in Studie I für die sechste und eine spätere Sitzung ($M = 5.0$) im Vergleich zur ersten bis fünften Sitzung ($M = 4.7$;

$t(203) = 2.19, p < .05$) und in Studie III für die zehnte und eine spätere Sitzung ($M = 5.8$) im Vergleich zur ersten bis fünften Sitzung ($M = 4.5$; $t(28) = 4.43, p < .01$) leicht erhöhte Mittelwerte festgestellt werden. Dies spiegelt sich jedoch nicht in den Patientenwahrnehmungen (STEPP-K-Skala) wider und wird auch nicht durch statistisch bedeutsame Unterschiede in den anderen STEP-Skalen begleitet. Dies spricht für eine hohe Individualisierung des Interventionsprozesses, dessen Phasen prozessanalytisch zumindest in heterogenen Stichproben mit STEPT und STEPP kaum auf der Gruppenebene abgebildet werden können.

Diskussion

Die ersten empirischen Befunde zur Reliabilität und zu verschiedenen Aspekten der Validität der vorgestellten Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung sind ermutigend. Die Stundenbogen STEPP und STEPT wurden in enger Anlehnung an die von Grawe et al. (1994) sowie Bommert und Plessen (1978) beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren bzw. Veränderungsebenen psychologischer Interventionen entwickelt. Ihre für die Patienten-/Klienten- und Therapeuten-/Berater-Perspektive komplementär konstruierten und faktorenanalytisch fundierten Subskalen beziehen sich auf die allgemeinen Wirk- und Zielfacetten der motivationalen Klärung, der aktiven Hilfe zur Problembewältigung und des Beziehungsgeschehens. Die Skalen genügen sowohl den inhaltlich-konzeptuellen Anforderungen nach positiven korrelativen Beziehungen dieser im Interventionsprozess stets (mehr oder weniger) präsenten Wirkfaktoren als auch den psychometrischen Anforderungen nach einer hinreichenden Profilreliabilität in ihrer Quantifizierung aus der Patienten- und Therapeuten-sicht. Zu betonen ist jedoch, dass sich die von Grawe (1995, 1998) vorgeschlagene Ausdifferenzierung der Beziehungsperspektive nach den Aspekten der Problemaktualisierung und der Ressourcenaktivierung faktorenanalytisch nicht identifizieren ließ. Dies kann eine Folge des erhebungswirtschaftlich begründeten relativ kleinen Pools von nur 14 Ausgangsitems sein, der ggfs. auszuweiten ist. Arbeiten zur Fortentwicklung der STEP können hier (und den a priori Itemzuordnungen; siehe Anhang) ansetzen, sollten aber beachten, dass Stundenbogen für eine routinemäßige Anwendung nicht zu umfangreich sein dürfen.

Während die ersten Ergebnisse zur internen Konsistenz und Profilreliabilität der STEP-Subskalen sowie die zur faktoriellen, konvergenten und diskriminanten Validität wegen ihrer Klarheit hier keiner weiteren Kommentierung bedürfen, liegt zu ihrer diskriminativen und differentiellen Validität ein erheblicher Forschungsbedarf vor. Nach den ersten Prüfungen der psychometrischen Eigenschaften der STEP in heterogenen Stichproben sind vor allem Studien notwendig, an denen homogenere Patienten- und Therapeutengruppen beteiligt sind und die sich gezielt auf Prozessanalysen des Interventionsgeschehens

im Längsschnitt beziehen. Dabei wird sich zeigen, ob psychologische Interventionsverläufe de facto so individualisiert sind, wie es die hier dargestellten Befunde nahelegen, oder ob sich nicht doch auch im Rahmen einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie und Beratung Spezifika für bestimmte Patienten-/Klienten- und Therapeuten-/Berater-Gruppen in unterschiedlichen Behandlungsphasen nachweisen lassen (vgl. hierzu etwa Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Tschacher, Scheier & Grawe, 1998). STEPT und STEPP sind für entsprechende Verlaufsforschungen hinreichend erhebungswirtschaftlich und genügen nach den vorgelegten Befunden den psychometrischen Anforderungen für punktuelle Messungen. Überdies kann durch ihren regelmäßigen Einsatz in der Anwendungspraxis zur kontinuierlichen Dokumentationspflicht bei psychologischen Interventionen nicht nur in ökonomischer, sondern auch in inhaltlich relevanter und interessanter Form beigetragen werden – dies nicht zuletzt auch wegen der unlängst von Schulz, Winkler und Schröder (1999) vorgelegten Befunde zur Bedeutung der Therapieerwartungen von Patienten für Psychotherapieabbrüche und zu ihren Motiven für den Therapieabbruch. Inhaltlich lassen sich die von diesen Autoren beschriebenen Therapieerwartungen und Abbruchmotive erstaunlich einfach nach den mit den STEP erfassten Wirkprinzipien bzw. Veränderungsebenen psychologischer Interventionen klassifizieren.

Literatur

- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Blaser, A., Heim, E., Ringer, C. & Thommen, M. (1992). *Problemorientierte Psychotherapie: Ein integratives Konzept*. Bern: Huber.
- Bommert, H. & Plessen, U. (1978). *Psychologische Erziehungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Butollo, W., Rosner, R. & Wentzel, A. (1999). *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- Frohburg, I. (1999). Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 30 (1), 14–27.
- Fürntratt, E. (1969). Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. *Diagnostica*, 15, 62–75.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242–267.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Hundsatz, A. (1995). *Die Erziehungsberatung*. Weinheim: Juventa.
- Krampen, G. (1980). Instrumentelle Überzeugungen und Werthaltungen in der Psychotherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Bd. I, S. 115–128). München: Steinbaur & Rau.
- Krampen, G. (1995). Handlungstheoretische Persönlichkeitsdiagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongreß der DGPs in Hamburg 1994* (S. 639–645). Göttingen: Hogrefe.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Perrez, M. & Baumann, U. (1998). Systematik der klinisch-psychologischen Interventionen. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (2. Aufl., S. 309–319). Bern: Huber.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1990). Stundenbeurteilung Klient/Therapeut. In G. Hank, K. Hahlweg & N. Klann (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren für Berater* (S. 331–332). Weinheim: Beltz.
- Schulz, M., Winkler, K. & Schröder, A. (1999). Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulant durchgeführter Psychotherapie. *Report Psychologie*, 24, 266–271.
- Tschacher, W., Scheier, C. & Grawe, K. (1998). Order and pattern formation in psychotherapy. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 2, 195–215.

Prof. Dr. Günter Krampen

Universität Trier
 Fachbereich I – Psychologie
 D-54286 Trier
 E-Mail: krampen@uni-trier.de