

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des ASKLEPIOS Fachklinikum Tiefenbrunn
(Prof. Dr. med. C. Spitzer)

Psychometrische Evaluation des Fragebogens zum Therapeutenverhalten

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Mirjam Heinzelmänn

aus Bielefeld

Göttingen 2018

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

Betreuungsausschuss

Betreuer/in Prof. Dr. C. Spitzer

Ko-Betreuer/in: Prof. Dr. D. Wedekind

Prüfungskommission

Referent/in

Ko-Referent/in:

Drittreferent/in:

Datum der mündlichen Prüfung:

Hiermit erkläre ich, Mirjam Heinzelmann, die Dissertation mit dem Titel "Psychometrische Evaluation des Fragebogens zum Therapeutenverhalten" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den

(Mirjam Heinzelmann)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
1 Einleitung	1
2 Stand der Forschung	3
2.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie	3
2.1.1 Generelle Wirkfaktoren	4
2.1.2 Spezifische Wirkfaktoren	7
2.1.2.1 Spezifische Wirkfaktoren der CBT	7
2.1.2.2 Spezifische Wirkfaktoren der PDT	8
2.1.2.3 Supportiv-expressive Therapie	9
2.1.2.4 Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie	11
2.2 Therapeutenverhalten und therapeutische Allianz.....	13
2.2.1 Therapeutenverhalten.....	13
2.2.2 Bedeutung der Allianz.....	13
2.2.3 Verfahren zur Erfassung von Therapeutenverhalten und therapeutischer Allianz.....	14
2.2.3.1 Fremdbeurteilungsverfahren	14
2.2.3.2 Selbstbeurteilungsverfahren	15
2.2.3.3 Operationalisierungsversuche der therapeutischen Allianz und des Therapeuten- verhaltens	16
2.3 Zusammenhänge zwischen Therapeutenverhalten, therapeutischer Allianz und..... Behandlungsergebnis	18
2.3.1 Allianz und Behandlungsergebnis.....	18
2.3.2 Therapeutenverhalten und Therapieergebnis	21
2.4 Schlussfolgerungen und Fragestellungen dieser Untersuchung	23
3 Material und Methoden.....	25
3.1 Studiendesign und Durchführung.....	25
3.1.1 Untersuchungsablauf der Studie	25
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	26
3.2 Soziodemographische und klinische Charakteristika der Untersuchungsstichprobe	27
3.2.1 Soziodemographie	27
3.2.2 Klinische Merkmale	28
3.3 Instrumente	30
3.3.1 Fragebogen zum Therapeutenverhalten	30

3.3.1.1	Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy	30
3.3.1.2	Entstehung und Aufbau des FTV	32
3.3.2	HAQ.....	34
3.3.3	BPI.....	34
3.3.4	SCL-90-R.....	35
3.4	Statistische Auswertung	37
3.4.1	Datenverarbeitung	37
3.4.2	Statistische Verfahren	37
3.4.2.1	Deskriptive Statistik.....	37
3.4.2.2	Reliabilität.....	39
3.4.2.3	Normierung.....	40
3.4.2.4	Validität.....	40
3.4.2.5	Zusammenhänge mit anderen Merkmalen.....	41
4	Ergebnisse	43
4.1	Itemanalyse	43
4.1.1	Deskriptive Itemkennwerte.....	43
4.1.2	Zusammenhänge der deskriptiven Itemkennwerte	48
4.1.2.1	Zusammenhang von Trennschärfe und Standardabweichung.....	48
4.1.2.2	Zusammenhang von Standardabweichung und Itemschwierigkeit	49
4.1.2.3	Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Itemschwierigkeit	50
4.2	Faktorenstruktur.....	51
4.2.1	Deskriptive Skalenkennwerte	55
4.3	Reliabilität.....	56
4.3.1	Interne Konsistenz.....	56
4.3.2	Split-Half- und Retest-Reliabilität	57
4.3.2.1	Split-Half-Reliabilität.....	57
4.3.2.2	Retest-Reliabilität	58
4.3.3	Änderungssensitivität	59
4.4	Validität.....	61
4.4.1	Konvergente Validität.....	61
4.4.2	Zusammenhänge mit anderen Merkmalen.....	61
4.4.2.1	Zusammenhang mit Outcome-Gruppen, Reliable Change Index.....	61
4.4.2.2	Zusammenhänge mit persönlichkeitsstrukturellen Merkmalen	64
4.5	Illustrative Kasuistiken.....	66
4.5.1	Frau S.	66
4.5.2	Herr W.	69

5	Diskussion	73
5.1	Erörterung der Analyseergebnisse	73
5.1.1	Itemanalysen	73
5.1.1.1	Deskriptive Itemkennwerte	73
5.1.1.2	Zusammenhänge der deskriptiven Itemkennwerte	77
5.1.2	Faktorenstruktur.....	77
5.1.2.1	Deskriptive Skalenkennwerte	80
5.1.3	Reliabilität.....	80
5.1.3.1	Interne Konsistenz	80
5.1.3.2	Split-Half- und Retest-Reliabilität	81
5.1.3.3	Änderungssensitivität	82
5.1.4	Validität.....	83
5.1.4.1	Konvergente Validität	83
5.1.4.2	Zusammenhänge mit Outcome-Gruppen und Reliable Change Index.....	83
5.1.4.3	Zusammenhänge des FTV mit strukturellen und Persönlichkeitsstörungen.....	85
5.2	Methodenkritische Überlegungen.....	87
5.3	Limitationen und weiterführende Forschungsansätze.....	90
5.3.1	Limitationen der Arbeit	90
5.3.2	Weiterführende Forschungsansätze	90
6	Zusammenfassung	92
7	Anhang.....	94
7.1	Fragebogen zum Therapeutenverhalten.....	94
7.2	PACS-SE.....	105
7.3	Ergänzende Ergebnisse	108
7.3.1	Weitergehende Itemanalysen	108
7.3.2	Explorative Faktorenanalysen	111
7.3.3	Reliabilitäten.....	121
7.3.4	Zusammenhänge mit Behandlungsergebnis und Störungsbildern	123
8	Literatur	129

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wirkfaktoren nach Wampold (2001) aus Beutel und Mitarbeiter (2010)	3
Abbildung 2	Triade der Beziehungsbereiche und das ZBKT als Überlappungsbereich	9
Abbildung 3	Therapeutenangaben im Behandlungsverlauf	25
Abbildung 4	Patientenangaben im Behandlungsverlauf	26
Abbildung 5	Relative Häufigkeiten der ICD-10-Diagnosen im Gesamtkollektiv	28
Abbildung 6	Mittelwerte der FTV-Items bei der Zwischenerhebung	46
Abbildung 7	Mittelwerte der FTV-Items bei der Entlassungserhebung	47
Abbildung 8	Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Standardabweichung	48
Abbildung 9	Zusammenhang zwischen Standardabweichung und Itemschwierigkeit	49
Abbildung 10	Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Itemschwierigkeit	50
Abbildung 11	Scree-Plot der Zwischenerhebung	52
Abbildung 12	Scree-Plot der Entlassungserhebung	52
Abbildung 13	Korrelation der Mittelwerte von Zwischen- und Entlassungserhebung	59
Abbildung 14	theoretische FTV-Skalenmittelwerte der verschiedenen Outcome-Gruppen von..... Zwischen- und Entlassungserhebung	62
Abbildung 15	empirische FTV-Skalenmittelwerte der verschiedenen Outcome-Gruppen von..... Zwischen- und Entlassungserhebung	62
Abbildung 16	FTV-Zwischenerhebung Frau S.	69
Abbildung 17	FTV-Entlassungserhebung Frau S.	69
Abbildung 18	FTV-Zwischenerhebung Herr W.	72
Abbildung 19	FTV-Entlassungserhebung Herr W.	72
Abbildung 20	Streudiagramm von Item 23 auf den um das Item korrigierten Mittelwert für..... Skala 2	108
Abbildung 21	Boxplot von Item 23 auf den um das Item korrigierten Mittelwert für Skala 2	108
Abbildung 22	Häufigkeitsverteilung Items 2, 5, 14, 21, 23, 48	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Die fünf Wirkfaktoren von Psychotherapie nach Grawe	4
Tabelle 2	Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grencavage und Norcross (1990) ..	5
Tabelle 3	Soziodemographische Daten des Gesamtkollektivs zum Aufnahmezeitpunkt.....	27
Tabelle 4	Interne Konsistenzen (Cronbachs α) der PACS-SE	31
Tabelle 5	Retest-Reliabilitäten der PACS-SE	31
Tabelle 6	t-Test bezüglich der Unterschiede zwischen SET und CT hinsichtlich Adhärenz und	
	Kompetenz für die einzelnen PACS-SE-Skalen	31
Tabelle 7	SET-Prinzipien nach Luborsky (1995)	32
Tabelle 8	Bedeutung der Outcome-Gruppen	42
Tabelle 9	Mittelwert, Minimum und Maximum der deskriptiven Itemkennwerte	43
Tabelle 10	Deskriptive Itemkennwerte der Zwischenerhebung	44
Tabelle 11	Deskriptive Itemkennwerte der Entlassungserhebung.....	45
Tabelle 12	Zusammenfassung der Ergebnisse der Faktorenanalysen	51
Tabelle 13	Faktorwerte (6- beziehungsweise 7-Faktorenlösung)	51
Tabelle 14	Faktorwerte (2- und 4-Faktorenlösung).....	53
Tabelle 15	Interkorrelationen nach Pearson der vier Skalen bei der Zwischenerhebung	54
Tabelle 16	Interkorrelationen nach Pearson der vier Skalen bei der Entlassungserhebung.....	54
Tabelle 17	Deskriptive Skalenkennwerte der theoretischen und empirischen Skaleneinteilung ...	55
Tabelle 18	Interne Konsistenz (Cronbachs α) für die einzelnen Skalen sowie den gesamten FTV .	57
Tabelle 19	Split-Half-Reliabilitäten (Aufteilung anhand der theoretischen Skalen).....	57
Tabelle 20	Split-Half-Reliabilitäten (Aufteilung anhand der empirischen Skalen)	57
Tabelle 21	Retest-Reliabilitäten.....	58
Tabelle 22	μ -Indizes	59
Tabelle 23	Korrelation nach Pearson der FTV-Skalen mit den HAQ-Mittelwerten der.....	
	Patientenbeurteilung für die Zwischenerhebungsdaten	61
Tabelle 24	Korrelation nach Pearson der FTV-Skalen mit den HAQ-Mittelwerten der.....	
	Patientenbeurteilung für die Entlassungserhebungsdaten	61
Tabelle 25	SCL-Outcome-Gruppen	61
Tabelle 26	Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-.....	
	Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Skalen	63
Tabelle 27	t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-.....	
	Skalen	64
Tabelle 28	t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die.....	
	einzelnen FTV-Skalen	65
Tabelle 29	FTV-Skalenmittelwerte Frau S.....	68
Tabelle 30	FTV-Skalenmittelwerte Herr W.....	72
Tabelle 31	Übersicht über die theoretischen und empirischen Skalen.....	79
Tabelle 32	Zuordnung von den FTV-Items zu SET-Prinzipien Luborskys	99
Tabelle 33	Schiefe (und zugehörige Trennschärfe) der Items bei der Entlassungserhebung	109
Tabelle 34	Faktorladungen der 7-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung.....	111
Tabelle 35	Faktorladungen der 6-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung.....	112
Tabelle 36	Faktorladungen der 2-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung.....	113
Tabelle 37	Faktorladungen der 2-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung.....	114
Tabelle 38	Faktorladungen der 4-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung.....	115
Tabelle 39	Faktorladungen der 4-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung.....	116
Tabelle 40	Zuordnung der Items zu den vier Skalen bei der Entlassungserhebung.....	117

Tabelle 41 Gegenüberstellung der theoretischen und empirischen Skalen mit zugehörigen..... Items	119
Tabelle 42 Aufteilung der Items für die Split-Half-Reliabilität anhand der theoretischen Skalen..... Leichsenrings.....	121
Tabelle 43 Aufteilung der Items der Zwischenerhebung für die Split-Half-Reliabilität anhand der.... empirischen Skalen	122
Tabelle 44 Aufteilung der Items der Entlassungserhebung für die Split-Half-Reliabilität anhand der empirischen Skalen	122
Tabelle 45 Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-..... Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Items der Zwischenerhebung	123
Tabelle 46 Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-..... Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Items der Entlassungserhebung	124
Tabelle 47 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-..... Items der Zwischenerhebung.....	125
Tabelle 48 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-..... Items der Entlassungserhebung.....	126
Tabelle 49 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die..... einzelnen FTV-Items der Zwischenerhebung.....	127
Tabelle 50 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die..... einzelnen FTV-Items der Entlassungserhebung	128

Abkürzungsverzeichnis

BADO	Basisdokumentation
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BPI	Borderline-Persönlichkeits-Inventar
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
CT	Kognitive Therapie
FTV	Fragebogen zum Therapeutenverhalten
GAS	Generalisierte Angststörung
GSI	<i>Global Severity Index</i> (Index der SCL-90-R)
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IIP	Inventar interpersonaler Probleme
LQ	Lebensqualität
MW	Mittelwert
PACS-SE	<i>Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy</i>
PDT	Psychodynamische Psychotherapie
PIT	Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie
PSDI	<i>Positive Symptom Distress Index</i> (Index der SCL-90-R)
PST	<i>Positive Symptom Total</i> (Index der SCL-90-R)
RCI	<i>Reliable Change Index</i>
SCL-90-R	90-Item-Symptom-Checkliste (R = <i>revised</i>)
SET	Supportiv-expressive Therapie
WIFA-K	Wirkfaktoren-Skalen-Kurz
ZBKT	zentrales Beziehungskonfliktthema

1 Einleitung

Psychotherapie wird allgemein definiert als „die gezielte, professionelle Behandlung psychischer Störungen und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln.“ (Dorsch 2017). Eine umfassendere Definition, die gleichzeitig auf alle Psychotherapieformen zutrifft, ist folgende (Strotzka 1978, S. 4) : „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktiver Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und des pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“

Psychotherapie wirkt (Smith et al. 1980; Grawe und Braun 1994) – dies gilt für die in Deutschland anerkannten Verfahren der kognitiv-behavioralen Therapie (*Cognitive Behavioral Therapy*; CBT) und psychodynamischen Psychotherapie (PDT) gleichermaßen (Grawe et al. 1995; Leichenring und Leibing 2003; Dragioti et al. 2017). Die bei den verschiedenen Wirksamkeitsuntersuchungen berechnete Effektstärke für psychotherapeutische Interventionen gegenüber Kontrollbedingungen schwankt zwischen 0,75 und 1,11 (Grawe et al. 1995; Grissom 1996; Wampold et al. 1997). Psychotherapie – unabhängig von ihrer Provenienz – ist dabei Mittel der Wahl für eine große Anzahl psychischer Störungen, insbesondere bei:

1. Depression: Zur Therapie der Depression liegt eine Vielzahl von Wirksamkeitsstudien vor, die belegen, dass die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen generell wirksam ist (S3-Leitlinie Unipolare Depression 2016). Cuijpers und Mitarbeiter (2008) konnten zeigen, dass es keinen Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit der CBT und PDT zur Behandlung von Depressionen gibt. Aber auch für spezifischere Behandlungsformen wie beispielsweise supportiv-expressive Psychotherapie (SET) als eine Form der PDT fanden Barber und Mitarbeiter (1996b) einen bedeutsamen Effekt.

2. Angst- und Zwangsstörungen: Angststörungen können am wirksamsten mit CBT behandelt werden, aber auch für PDT liegen Wirksamkeitsnachweise vor (Bandelow et al. 2015). Das zeigte beispielsweise auch eine Untersuchung von Ruhmland und Margraf (2001). Crits-Christoph und Mitarbeiter (1996) bestätigten außerdem die Wirksamkeit der für die generelle Angststörung (GAS) modifizierten psychoanalytisch-orientierten Therapie nach Luborsky. Die Therapie mit höchstem Evidenzgrad bei Zwangsstörungen stellt ebenso wie bei Angststörungen die CBT (mit Exposition und Reaktionsmanagement) dar (Külz und Voderholzer 2011; Hohagen et al. 2015).

3. Somatoforme und dissoziative Störungen: Somatoforme Störungen werden leitliniengerecht in erster Linie mit CBT, aber auch mit PDT behandelt (Hausteiner-Wiehle et al. 2013). Für die Therapie von dissoziativen Störungen liegen kaum empirische Untersuchungen vor, weswegen unter anderem auch zum Vergleich zwischen CBT und PDT keine evidenzbasierten Aussagen getroffen werden können (Freyberger und Spitzer 2012). Beide Therapieverfahren kommen in der Praxis zum Einsatz.

4. Anpassungsstörungen und Traumafolgestörungen: Anpassungsstörungen werden auch mit für die Therapie der Depression und Angststörungen bewährten Methoden wirksam behandelt. Je nach Symptomatik können weiterhin Bestandteile aus der Behandlung von Traumafolgestörungen eingesetzt werden (Bengel und Hubert 2010). Diese wird hauptsächlich als CBT (konfrontative Methoden) durchgeführt (Flatten et al. 2011; Sack et al. 2013).

5. Essstörungen: Evidenzbasierte Behandlungsverfahren für Essstörungen sind CBT, PDT und weitere, wobei beispielsweise bei Bulimia nervosa die stärksten Wirksamkeitsnachweise für die CBT vorliegen (Herpertz et al. 2011).

6. Persönlichkeitsstörungen: Hinsichtlich der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erwiesen sich sowohl CBT-Strategien als auch PDT-Strategien als wirksam (Leichsenring und Leibing 2003). Zusätzlich wurden störungsspezifische Verfahren entwickelt, deren größere Effektivität verglichen mit den unspezifischen Verfahren empirisch belegt wurde (Gaebel und Falkai 2009). Beispielsweise wurde die Wirksamkeit der psychoanalytisch interaktionellen Therapie (PIT) anhand der Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgewiesen (Leichsenring et al. 2007).

Psychotherapie findet in Deutschland sowohl im ambulanten als auch im teil- und vollstationären Setting statt (Dorsch 2017). Alle Varianten sind wirksam und wichtige Bestandteile des deutschen Versorgungssystems. Metaanalysen haben sowohl für die ambulante (Tschuschke und Anbeh 2010) als auch die teil- und vollstationäre Psychotherapie (Liebherz und Rabung 2013) die Wirksamkeit eindrücklich nachgewiesen.

2 Stand der Forschung

2.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Trotz der eindeutigen Befundlage zur Wirksamkeit im Allgemeinen bleibt offen, wie und warum Psychotherapie wirkt (Feeley et al. 1999; Kazdin 2007; Pfammatter und Tschacher 2012; Zarafonitis-Müller et al. 2014). Mit dieser zentralen Frage beschäftigt sich die Wirkfaktorenforschung, die mittlerweile ein differenziertes, wenn auch noch keineswegs einheitliches Bild zeichnen kann. Denn es herrscht nach wie vor Uneinigkeit darüber, ob bestehende Wirksamkeitsunterschiede zwischen den anerkannten Psychotherapieverfahren als bedeutsam zu bewerten sind oder nicht (Castonguay 1993; Wampold et al. 2009; Lambert 2013).

Zum Ende des letzten Jahrhunderts deuteten mehrere Metanalysen darauf hin, dass es kaum signifikante Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen gibt (Wampold et al. 1997; Wampold 2001; Luborsky et al. 2002). Dieses Phänomen, bezeichnet als Äquivalenzparadoxon (Stiles et al. 1986), wurde jüngst von Lambert (2013) kritisch diskutiert, der zu folgenden Schlüssen kam:

1. unterschiedliche Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen
2. bestehende Unterschiede können bisher nicht durch vorhandene Instrumente erfasst werden
3. generelle Wirkfaktoren sind entscheidend für mehrere Behandlungsmethoden
4. spezifische Wirkfaktoren kennzeichnen zwar die einzelnen Verfahren, kommen aber auch im Rahmen anderer vor

Der empirisch ermittelte Anteil an erklärter Varianz des Therapieerfolgs durch allgemeine beziehungsweise spezifische Wirkfaktoren ist in **Abbildung 1** veranschaulicht.

Im Folgenden wird der Stand der Forschung hinsichtlich genereller und spezifischer Wirkfaktoren skizziert, um dann auf die Erfassung der therapeutischen Allianz und des Therapeutenverhaltens im Rahmen der verschiedenen Psychotherapieverfahren einzugehen.

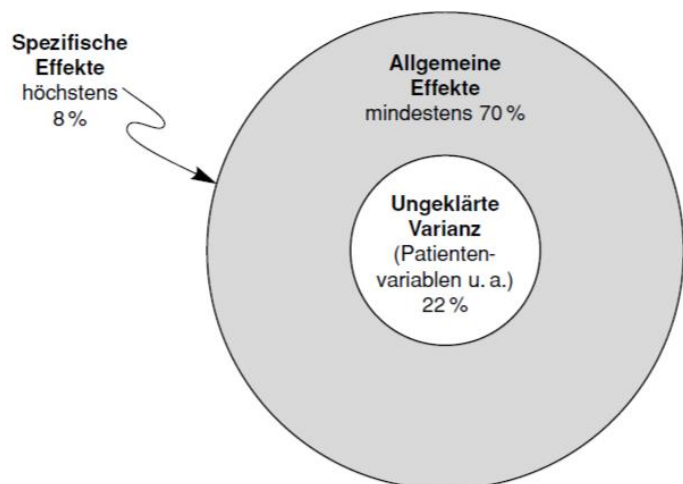


Abbildung 1 Wirkfaktoren nach Wampold (2001) aus Beutel und Mitarbeiter (2010)
(die Verwendung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags Göttingen)

2.1.1 Generelle Wirkfaktoren

In der Literatur findet sich keine einheitliche Begriffsdefinition für generelle Wirkfaktoren. Meistens werden darunter jedoch Interventionen verstanden, die unabhängig von dem Behandlungsverfahren entscheidend für den Therapieerfolg sind (Webb et al. 2010; Pfammatter und Tschacher 2012). Sie erklären wenigstens 70 Prozent der Varianz der Symptomreduktion durch die Behandlung (Wampold 2001).

Erstmalig wurden generelle Wirkfaktoren von Rosenzweig (1936) erwähnt. Seine Theorie besagt, dass die Effektivität der verschiedenen Psychotherapieformen zu einem Teil in gemeinsamen therapeutischen Grundbestandteilen begründet sei. Frank beziehungsweise Frank und Frank (Frank und Frank 1961; Frank 1982) vertraten darauf aufbauend die Hypothese, dass die Wirkung von Psychotherapie in der Existenz von allgemeinen Wirkfaktoren begründet sei. Zu diesen gehören seinen Annahmen zufolge die therapeutische Beziehung, ein vorgegebenes professionelles Behandlungsprogramm in einem gesellschaftlich anerkannten Rahmen und dessen kompetente Durchführung.

Es existieren viele verschiedene Ordnungssysteme zur Einteilung der generellen Wirkfaktoren von Psychotherapie. Im Gegensatz zu anderen Autoren, deren Wirkfaktoren sich auf jegliche Behandlungsverfahren beziehen, leitete Grawe (Orlinsky et al. 1994; Grawe 1995; Grawe 1997; Grawe 1998) fünf gemeinsame Merkmale von empirisch nachweislich wirksamen Psychotherapieformen ab, **Tabelle 1**:

Tabelle 1 Die fünf Wirkfaktoren von Psychotherapie nach Grawe

„Ressourcenaktivierung“	Bereits existierenden Eigenschaften, Verhaltensweisen o. Ä. des Patienten werden für den therapeutischen Prozess genutzt
„Problemaktualisierung“	Die in der Therapie zu bearbeitenden Probleme werden für den Patienten durch verschiedene Techniken erlebbar gemacht
„Problembewältigung“	Dem Patienten wird durch geeignete Interventionen geholfen erfolgreich mit seinen Problemen umzugehen
„motivationale Klärung“	Der Patient wird in der Erkenntnis seiner gestörten Wahrnehmung und seiner schwierigen Verhaltensweisen unterstützt
„Therapiebeziehung“	Die Therapeut-Patienten-Beziehung selbst ist entscheidend für den Therapieerfolg

Ein weiteres Konzept der generellen Wirkfaktoren stellten Grencavage und Norcross (1990) auf, in dem sie eine theoriebasierte Einteilung in fünf Gruppen vornahmen (s. **Tabelle 2**): Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale, der Veränderungsprozess, der Behandlungsrahmen sowie Beziehungselemente.

Tabelle 2 Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grencavage und Norcross (1990)

Patientenmerkmale	Therapeutenmerkmale	Veränderungsprozess	Behandlungsrahmen	Beziehungselemente
Positive Erwartung, Hoffnung oder Glaube	Allgemeine positive Merkmale	Möglichkeit zur Katharsis bzw. offenen Aussprache	<i>Verwendung bestimmter Techniken und Rituale</i>	Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses bzw. einer generellen Beziehung
Vorhandene Belastung oder Unzufriedenheit	Anregung von Hoffnung und Förderung von Erwartungen	Aneignung und Erprobung neuer Verhaltensweisen	Fokussierung auf das innere Erleben und die Erkundung emotionaler Themen	Engagement
Aktive Suche nach Hilfe durch Patienten	Empathisches Verständnis	Vorgabe eines nachvollziehbaren Vorgehens	Orientierung an der eigenen Theorie	Übertragung
	Soziale Rolle als „Heiler/Therapeut“	Förderung von Einsicht und Bewusstheit	<i>Hilfreiches „heilendes“ Setting</i>	
	Akzeptanz	Emotionales und interpersonelles Lernen	<i>Tatsächlich stattfindende Interaktion</i>	
		Rückmeldung und Realitätsprüfung	Verbale und nichtverbale Kommunikation	
		Suggestion	<i>Erläuterung der Therapie und der jeweiligen Rollen der Teilnehmer</i>	
		Erfolgs- und Bewältigungserlebnisse		
		Überreden		
		Placebo-Effekt		
		Identifikation mit dem Therapeuten		
		Umgang mit Unvorhergesehenem		
		Spannungsreduktion		
		Modell-Lernen durch Therapeuten		
		Desensibilisierung		
		Psychoedukation, Informationsbereitstellung		

Im Folgenden soll auf die für die vorliegende Arbeit nach dieser Kategorisierung bedeutsamen Wirkfaktoren genauer eingegangen werden.

Die zu den „Therapeutenmerkmalen“ gehörenden Aspekte „allgemeine positive Merkmale“, „Anregung von Hoffnung und Förderung von Erwartungen“, „Wärme und positive Sichtweisen“, „empathisches Verständnis“, „soziale Rolle als Heiler/Therapeut“ und „Akzeptanz“, kennzeichnen auch allgemeines und supportives Therapeutenverhalten nach Luborsky, wie später noch erläutert werden wird.

Einige Aspekte aus dem Bereich „Veränderungsprozess“ sind für die vorliegende Arbeit besonders relevant (in **Tabelle 2** fett hervorgehoben). Darunter finden sich Parallelen zu supportiv-expressiven

Interventionen nach Luborsky (1995) beziehungsweise Leichsenring und Kollegen (2005) sowie Bezüge zu interaktionellen therapeutischen Verhaltensweisen wie bei Heigl-Evers und Streeck (1985) beziehungsweise bei Streeck und Leichsenring (2014). Darauf soll im Folgenden etwas näher eingegangen werden; für eine detailliertere Darstellung der einzelnen Interventionsformen sei jedoch auf die Kapitel 2.1.2.3 und 2.1.2.4 verwiesen: Der Wirkfaktor „Möglichkeiten zur Katharsis beziehungsweise offenen Aussprache“ wird zum Beispiel in den ersten beiden Phasen expressiver psychotherapeutischer Technik, Zuhören und Verstehen (Leichsenring et al. 2005, S. 259f.; s. Kapitel 2.1.2.3), mit eingeschlossen. „Aneignung und Erprobung neuer Verhaltensweisen“ spiegelt sich sowohl in dem supportiven Therapieprinzip den Patienten „für seine zunehmende Fähigkeit die Instrumente der Behandlung ähnlich wie der Therapeut zu benutzen“ anzuerkennen (Leichsenring et al. 2005, S. 259; s. Kapitel 2.1.2.3) wie auch in den Zielen psychoanalytisch-interaktioneller Therapie wieder (Streeck und Leichsenring 2014; s. Kapitel 2.1.2.4). Der Aspekt „Vorgabe eines nachvollziehbaren Vorgehens“ drückt sich beispielsweise bei der von Crits-Christoph und Mitarbeitern (1995) für Generalisierte Angststörung modifizierten supportiv-expressiven Therapie als Formulieren von Zielen während der ersten probatorischen Sitzungen aus (s. Kapitel 2.1.2.3). „Förderung von Einsicht und Bewusstheit“ gelingt laut Luborsky (1995) durch das Verständnis des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) im Verlauf der vier expressiven Therapiephasen Zuhören, Verstehen, Intervenieren und erneutes Zuhören. Sowohl „emotionales und interpersonelles Lernen“ als auch „Rückmeldung und Realitätsprüfung“ soll zum Beispiel bei der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (PIT) als „antwortende Intervention“ stattfinden (Heigl-Evers und Streeck 1985, S. 179; s. Kapitel 2.1.2.4). Das „Modelllernen durch Therapeuten“ ist ein bedeutendes Ziel der SET. Der Patient soll lernen, sich vom Therapeuten demonstrierte Fähigkeiten zu eigen zu machen, um mit seinen Wünschen und den Reaktionen seiner Mitmenschen im Sinne des ZBKT umzugehen (Luborsky 1995; s. Kapitel 2.1.2.3).

Auch der Bereich „Behandlungsrahmen“ wird entscheidend durch das Therapeutenverhalten bestimmt (in **Tabelle 2** kursiv hervorgehoben): Maßnahmen wie „Verwendung bestimmter Techniken und Rituale“, „hilfreiches, heilendes Setting“, „tatsächlich stattfindende Interaktion“ und „Erläuterung der Therapie und der jeweiligen Rollen der Teilnehmer“ sind dabei von Bedeutung.

Schließlich sei auf die für den Behandlungserfolg besonders wichtigen Beziehungselemente verwiesen: die „Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses beziehungsweise einer generellen Beziehung“, von anderen Autoren auch als therapeutische Allianz bezeichnet, stellt den Wirkfaktor mit dem höchsten Einfluss auf das Therapieergebnis dar (Hentschel 2005; Del Re et al. 2012).

Tracey (2003) erstellte erstmals ein empirisch belegtes Ordnungssystem der generellen Wirkfaktoren, indem er unterschiedliche allgemeine Wirkfaktoren von Psychotherapieexperten hinsichtlich der Ähnlichkeit beurteilen ließ. Bei der Auswertung dieser Einschätzung ergaben sich zwei Kategorien mit jeweils zwei untergeordneten Bereichen: einerseits „internale Prozesse bei Patienten und Therapeuten“ mit den Untergruppen „Denkprozesse“ und „emotionales Erleben“, andererseits den „Therapieprozess“, der „therapeutisches Handeln“ und „therapeutische Rahmenbedingungen“ beinhaltet. Vor allem zur Untersuchung der beiden letztgenannten Aspekte wurde der Fragebogen zum Therapeutenverhalten (FTV) entwickelt, welcher im Rahmen der vorliegenden Arbeit evaluiert werden soll.

2.1.2 Spezifische Wirkfaktoren

Spezifische Wirkfaktoren sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nur einem bestimmten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zuzuordnen sind (Wiltink et al. 2010; Pfammatter und Tschacher 2012). Sie sind immerhin für acht bis 15 Prozent des Therapieerfolgs verantwortlich (Wampold 2001). Dazu gehören beispielsweise die psychologische Interpretation von Übertragungsphänomenen in der psychoanalytischen Therapie, die Reizkonfrontation oder Arbeit mit dysfunktionalen Denkprozessen in der kognitiven Verhaltenstherapie oder paradoxe Interventionen in der systemischen Therapie; für die Gesprächstherapie ist es spezifisch, emotionales Erleben zur Sprache zu bringen; in der Gestalttherapie die spielt die „Technik des leeren Stuhls“ eine charakteristische Rolle (Pfammatter und Tschacher 2012; Zarafonitis-Müller et al. 2014).

Es existieren außerdem verschiedene Systematisierungen spezifischer Interventionen, die zu einer einheitlicheren Begriffsverwendung beitragen wollen. Beispiele sind die *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS, Trijsburg et al. 2002), die *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI) von McCarthy und Barber (2009) sowie die Technikliste des *Common Language Psychotherapy*-Projekts von Marks (2010).

Auf die spezifischen Wirkfaktoren der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) und der psychodynamischen Psychotherapie (PDT) sowie auf Interventionen der supportiv-expressiven Psychotherapie (SET) und der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (PIT), deren Umsetzung mithilfe des FTV überprüft werden soll, wird im Folgenden eingegangen.

2.1.2.1 Spezifische Wirkfaktoren der CBT

Kognitive Verhaltenstherapie meint eine problemorientierte, strukturierte, psychologische Herangehensweise (Hautzinger 1998). Im Vordergrund der Verhaltenstherapie im Allgemeinen stehen fünf Methoden therapeutischer Interventionen, „z. B. stimulusbezogene Methoden, responsebezogene Methoden, Methoden des Modelllernens, Methoden der kognitiven Umstrukturierung und Selbststeuerungsmethoden“ (Rudolf 2014, S. 17).

Besonders wesentlich für den Erfolg der CBT werden das Nutzen von Motiven und Erwartungen sowie das Berücksichtigen von Umweltfaktoren und deren aktive Veränderung durch den Patienten gesehen. Dies soll im Rahmen der Entwicklung eines alltagstauglichen Denkmodells geschehen, das zur bewussten Wahrnehmung von Ursachen und Erhaltungsfaktoren, zur Neubewertung und gezielten Veränderung dieser und zum Sammeln von neuen Erfahrungen dient (Lang 1990).

Weiterhin ist es entscheidend, subjektive Krankheitstheorien des Patienten aufzugreifen. Andere Wirkfaktoren sind das Training der Imaginationsfähigkeit für alternative Verhaltens- und Erlebensweisen und die Stärkung der Selbstwirksamkeitswahrnehmung durch Analyse und Korrektur von Erwartungen des Patienten an die Konsequenzen seines Verhaltens (Lang 1990). Löffler-Stastka und Mitarbeiter (2015) beschreiben außerdem eine für die CBT spezifische über den Therapieverlauf konstante supportiv-direktive Haltung als Wirkfaktor. Dabei öffnet sich der Therapeut selbst dem Patienten, unterweist und bestärkt ihn.

Konkrete Techniken, die spezifisch der CBT zuzuordnen sind, sind beispielsweise sogenannte „Selbstgespräche“ im Sinne von Selbstreflexion und Analyse eigener Denkabläufe, Verhaltensbeobachtungen, Rollenspiele, Kommunikationsübungen, Entspannungsmethoden genauso wie systematische Desensibilisierung, Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung (Lang 1990; Hautzinger 1998; Kozak und Foa 2001).

2.1.2.2 Spezifische Wirkfaktoren der PDT

„Psychodynamische Psychotherapie als therapeutisches Verfahren umfasst alle analytisch begründeten Vorgehensweisen, die, wie z. B. die Analytische oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, methodische Varianten des Verfahrens darstellen.“ (Rudolf 2014, S. 16).

Für die Wirksamkeit PDT spielen drei Faktoren eine besonders wichtige Rolle:

Zunächst ist die Entstehung beziehungsweise das Wahrnehmen von Übertragungs-, Gegenübertragungsphänomenen und Widerstand sowie deren Deutung beziehungsweise Handhabung zu nennen (Mertens 1991; Luborsky et al. 1993b; Beutel et al. 2010). Dafür wiederum ist eine geeignete therapeutische Beziehung nötig (die jedoch, wie bereits erwähnt, einen allgemeinen Wirkfaktor darstellt). Folglich ist das Outcome der Therapie dabei umso größer, wenn der Patient eine positive Beziehungserfahrung macht (Lang 1990; Luborsky et al. 1993b; Gabbard 2006). Ein entscheidender, ebenfalls nicht spezifischer Wirkfaktor innerhalb der therapeutischen Beziehung stellt das empathische Zuhören des Therapeuten dar. Dabei geht es darum, allein dem Patienten Aufmerksamkeit zu schenken. Durch empathisches Einfühlen in den Patienten gelingt es dem Therapeuten, den emotional wichtigsten Konflikt des Patienten zu erkennen (Mertens 1991). Bei der Deutung von Übertragungsphänomenen ist es Luborsky zufolge besonders wichtig, einen ständigen Bezug zum zentralen Beziehungskonfliktthema herzustellen (s. dazu auch das folgende Kapitel 2.1.2.3 zur SET) (Luborsky et al. 1993b).

Weiterhin wird ein tiefgreifendes Verständnis der zum Therapiezeitpunkt aktuellen Emotionen sowie von grundlegenden Beziehungsmodellen des Patienten als essentiell angesehen. Es kommt darauf an, das psychodynamische Zustandekommen von Symptomen zu verstehen, wobei die im Rahmen der Therapie gewonnenen Erkenntnisse in der Wirklichkeit erfahrbar sein müssen (Lang 1990; Mertens 1991; Luborsky et al. 1993b; Rudolf 2014).

Schließlich stellt der Umgang mit Regression im Sinne von Vergegenwärtigung und Wiedererleben sowohl aktueller Emotionen als auch frühkindlicher Erlebnisse einen bedeutsamen Wirkfaktor dar. Darauf aufbauend sollen berichtigende neue (Beziehungs-)Erfahrungen und Verständnis entstehen, die zum Therapieerfolg beitragen (Lang 1990; Tress 1990; Mertens 1991). Zudem ist es wesentlich, dass dem Patienten die erzielten Fortschritte im Therapieverlauf bewusst vor Augen geführt werden und dieser sie verinnerlicht (Mertens 1991; Luborsky et al. 1993b).

Im Gegensatz zu der bei den spezifischen Wirkfaktoren für die CBT für die gesamte Therapiedauer beschriebene supportiv-direktive Haltung des Therapeuten, fanden Löffler-Stastka und Mitarbeiter (2015) für die PDT besonders zu Therapiebeginn eine neutrale Haltung des Therapeuten, die jedoch nicht über den Verlauf der Behandlung konstant blieb, sondern auch zu einer mehr stützenden Haltung überging.

Für die PDT konkrete spezifische Therapieinhalte sind beispielsweise dem Verbalisieren von emotionalen Empfindungen, Sehnsüchten, Träumen und Wunschvorstellungen viel Bedeutung beizumessen. Außerdem zählt dazu, sich wiederholende Gedanken-, Handlungs- und Wahrnehmungsprozesse zu erkennen, zu erklären und auf frühkindliche Erfahrungen zu beziehen sowie einen Schwerpunkt auf zwischenmenschliche Beziehungen (einschließlich der therapeutischen) zu legen (Rudolf 2014).

2.1.2.3 Supportiv-expressive Therapie

Die supportiv-expressive Therapie (SET) ist eine spezielle Form der psychoanalytischen Therapie, die von Luborsky entwickelt wurde (1984; 1995). Sie ist in der Behandlung einer Vielzahl psychischer Störungen einsetzbar (Luborsky 1984; Leichsenring und Leibing 2007).

In seinem Konzept geht Luborsky vom Modell des „zentralen Beziehungskonfliktthemas“ (ZBKT) aus (1984). Seine Überlegungen gründen sich auf die psychoanalytische Theorie von Freud, dass psychischen Störungen innere Konflikte zugrunde liegen (Laplanche und Pontalis 1991).

Folgende drei Aspekte bestimmen das ZBKT (Luborsky 1995, S. 100ff.; Leichsenring et al. 2005, S. 259):

1. Ein Wunsch (W)
2. Eine Reaktion der Objekte auf diesen Wunsch (RO)
3. Eine Reaktion des Selbst auf die Reaktion der Objekte (RS)

Die psychischen Symptome einer Störung machen dabei die „Reaktion des Selbst“ (RS) aus (Luborsky 1995, S. 105f.; Leichsenring et al. 2005, S. 259).

Um das Modell des ZBKT zu veranschaulichen soll ein Beispiel eines 21-jährigen Studenten aus dem Lehrbuch „Einführung in die analytische Psychotherapie“ (Luborsky 1995, S. 157) dienen:

1. W: „Ich möchte mich durchsetzen.“
2. RO: „Er setzte mich herab, indem er mich nicht zu Wort kommen ließ.“
3. RS: „Ich wurde wütend.“

Das zugrundeliegende ZBKT gilt es nun im Rahmen der SET zu durchdringen (Luborsky 1995; Leichsenring et al. 2005), sodass der Patient die Fähigkeit erlangt, trotz noch vorhandener Wünschen (W) und Reaktion der Objekte darauf (RO), besser damit umzugehen. Dabei spielen die in **Abbildung 2** (Luborsky 1995, S. 103) dargestellten drei Beziehungsbereiche und deren Überlappung in Form des ZBKT eine wichtige Rolle.

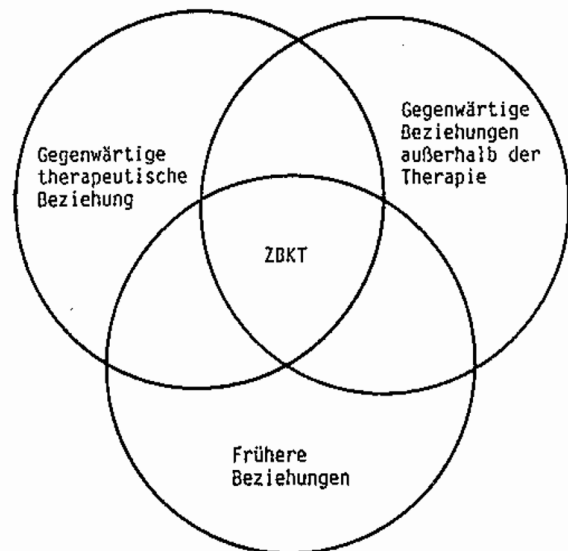


Abbildung 2 Triade der Beziehungsbereiche und das ZBKT als Überlappungsbereich
(die Verwendung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen)

Im Folgenden sollen die zu diesem Zweck entwickelten supportiven und expressiven Interventionsprinzipien der SET nach Leichsenring und Kollegen (2005) dargestellt werden.

Supportive Verhaltensweisen kennzeichnen die therapeutischen Beziehung, eine sogenannte „hilfreiche Beziehung“ (Luborsky 1976), und schaffen eine stützende Grundlage, auf die expressive Techniken in Form von Deutungen aufbauen (Leichsenring et al. 2005).

Die supportiven Interventionsprinzipien können in solche von Typ I und solche von Typ II unterschieden werden (Luborsky 1995). Dabei bietet bei Typ I der Therapeut die Unterstützung an, welche der Patient lediglich entgegennimmt. Hingegen bei Typ II bemühen sich Therapeut und Patient gemeinsam aktiv um Fortschritte im Therapieprozess des Patienten (Luborsky 1995; Leichsenring et al. 2005).

Der Schwerpunkt bei supportiven Maßnahmen vom Typ I liegt auf einer empathischen Haltung des Therapeuten, die er den Patienten durch seine Worte und Taten praktisch erleben lässt. Dadurch wird dieser darin unterstützt, Herausforderungen seines Lebens zu bewältigen (Luborsky 1995; Leichsenring et al. 2005).

Supportive Prinzipien vom Typ II kennzeichnet die Entwicklung des Patienten dahingehend, dass er sich die therapeutischen Fähigkeiten mehr und mehr selbst zu eigen zu machen versteht. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, neben der Vermittlung dieser, den Fortschritt des Patienten wahrzunehmen und ihm diesen zurückzumelden, sodass die Zusammenarbeit bestätigt und gestärkt wird (Luborsky 1995; Leichsenring et al. 2005).

Den expressiven Interventionen liegt eine sich wiederholende Abfolge von vier Schritten zugrunde: Zuhören, Verstehen, Intervenieren und erneutes Zuhören (Luborsky 1995; Leichsenring et al. 2005). Während des Zuhörens sollte der Therapeut dem Patienten möglichst objektiv und ohne das Gehörte bereits zu beurteilen gegenüberzutreten. Die Interpretation dessen erfolgt im nächsten Schritt (Verstehen) und hat zum Ziel, das ZBKT zu erschließen und zur Symptomatik des Patienten in Beziehung zu setzen (Leichsenring et al. 2005). Mit dem weiterhin auf das ZBKT - beziehungsweise einen oder mehrere Bestandteile dessen - gerichteten Blick, folgen nun expressive therapeutische Interventionen. Vorrangiges Ziel dabei ist es, dem Patienten zum Verständnis seiner interpersonellen Probleme zu verhelfen, bevor sie vom Therapeuten gedeutet werden (Leichsenring et al. 2005). Nach jeder Intervention ist eine erneute Phase des Zuhörens vorgesehen, um bei der folgenden Intervention die Reaktionen des Patienten einbeziehen zu können und wieder zu einer offenen Haltung zu gelangen (Luborsky 1995).

So soll der Patient schließlich dazu gelangen, seine Reaktion auf die Reaktion des Objekts bewusster und effektiver zu gestalten, auch wenn das ZBKT meistens trotz gelungener Behandlung bestehen bleibt (Luborsky 1995).

In ihrem Manual zur GAS stellen Leichsenring und Kollegen (2005) eine weitere Modifikation der bereits von Crits-Cristoph und Mitarbeitern (1995) modifizierten supportiv-expressiven Therapie für die generalisierte Angststörung vor. Sie ist auf eine Länge von 25 Sitzungen hin konzipiert, da dies dem in Deutschland festgelegten Ausmaß für Kurztherapien entspricht. Zunächst erfolgen noch vor Therapiebeginn einige probatorische Sitzungen, die zum Aufbau der hilfreichen Beziehung, zur ersten Erarbeitung des ZBKTs und zur Besprechung des therapeutischen Rahmens dienen sollen. Die folgende „Anfangsphase der Therapie“ umfasst die erste bis 13. Sitzung, in denen zunächst die Festlegung von Therapiezielen fortgeführt und während jeder Sitzung am ZBKT gearbeitet werden soll. Die 13. Sitzung soll zum Ziehen einer Zwischenbilanz dienen. Die „mittlere Phase“ beginnt mit der neunten Sitzung und endet mit der 17. Darin soll das ZBKT detaillierter untersucht und bearbeitet werden. In die „Abschlussphase“ sind die 18. bis 23. Sitzung einbegriffen. Darin soll der Therapeut den Patienten auf das Therapieende vorbereiten und auf die bereits erreichten Ziele aufmerksam machen. Die 24. und 25. Sitzung werden als *booster sessions* bezeichnet und haben eine abschließende Reflektion und Interpretation der Situation des Patienten zum Ziel. Außerdem sollen sie ihn in seinen während der Therapie erreichten Fortschritten fördern.

2.1.2.4 Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PIT) ist ein in den 1970er Jahren von Heigl-Evers und Heigl in der Klinik Tiefenbrunn bei Göttingen entwickeltes spezielles psychodynamisches Therapieverfahren zur Behandlung von strukturell gestörten Patienten (Heigl-Evers und Heigl 1983; Heigl-Evers und Streeck 1985; Streeck und Leichsenring 2014).

Bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts war die Psychoanalyse die einzige Psychotherapiemethode für Patienten mit psychischen Erkrankungen, die jedoch bei bestimmten Störungsbildern, wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, allenfalls begrenzte Erfolge erzielen konnte. Für diese Störungen musste zunächst eine geeignete Psychotherapieform ausgearbeitet werden (Streeck und Leichsenring 2014). Die PIT wurde dementsprechend ausgehend von der Psychoanalyse entwickelt und speziell auf die Bedürfnisse strukturell gestörter Patienten ausgerichtet (Heigl-Evers und Heigl 1983).

Patienten mit strukturellen Störungen sind in ihrer Persönlichkeitsentwicklung hinsichtlich ihrer Ich-Funktionen beeinträchtigt, was sich klinisch meistens als interpersonelle Störung in Form von Schwierigkeiten in den Beziehungen zu anderen zeigt (Fürstenau 1977; Heigl-Evers und Heigl 1983; Heigl-Evers und Streeck 1985; Streeck und Leichsenring 2014). Daher ist das Hauptziel der PIT, diesen Patienten Entwicklungsmöglichkeiten ihrer gering ausgeprägten Fähigkeiten zur Partizipation am Sozialleben und zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen zu bieten und sie darin aktiv zu fördern (Heigl-Evers und Heigl 1983; Streeck und Leichsenring 2014).

Zu diesem Zweck stellt der Therapeut sich als reales und aktives Beziehungsobjekt zur Verfügung und teilt dem Patienten in dem Maße, wie es für dessen Entwicklung förderlich ist, ausgewählte eigene Empfindungen und Reaktionen auf dessen Verhalten mit (Heigl-Evers und Heigl 1983). Dies entspricht dem Prinzip der selektiven Authentizität (Cohn 1970; Heigl-Evers und Heigl 1973). Der Patient lernt so, wie zwischenmenschliche Beziehungen funktionieren und wie er selbst auf ihren Verlauf Einfluss nehmen kann. Diese Behandlungstechnik der PIT wird „antwortender Modus“ genannt und unterscheidet sich wesentlich von anderen psychoanalytischen Verfahren (Heigl-Evers und Heigl 1983, S. 9ff.; Heigl-Evers und Streeck 1985, S. 178; Streeck und Leichsenring 2014, S. 119). Die therapeutischen Interventionen bestehen im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse nicht aus Deutungen des Patientenverhaltens, bei denen der Therapeut eine passive Rolle übernimmt, sondern aus aktiver Teilnahme am Gespräch mit dem Patienten (Heigl-Evers und Heigl 1983; Heigl-Evers und Streeck 1985; Streeck und Leichsenring 2014).

Mithilfe eines Beispiels aus dem „Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie“ von Streeck und Leichsenring (2014, S. 122) soll veranschaulicht werden, was „Antwort“ im Sinne der PIT bedeutet:

„Der Patient fragt: „Wissen Sie noch, was ich Ihnen gestern über die Reise nach P. erzählt habe, zu der mich mein Vater mitgenommen hat?“ Der Therapeut antwortet daraufhin: „Ja, ich erinnere mich“. Bei dieser Äußerung des Therapeuten handelt es sich um eine Antwort im alltagsprachlichen Sinn.

Wenn der Therapeut auf die Frage des Patienten [...] hingegen sagt: „Sie rechnen damit, dass ich schnell vergesse, was Sie mir anvertrauen“, interpretiert er das – vermeintlich unbewusste – Motiv, das den Patienten dazu veranlasst haben könnte, diese Frage zu stellen. Es handelt sich dabei um eine Deutung beziehungsweise um den Vorläufer einer Deutung. [...]

Eine Antwort im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Methode könnte – abhängig vom jeweiligen Kontext – beispielsweise lauten: „Obwohl das ja eigentlich eine einfache Frage ist, mag ich Ihnen nicht so ohne Weiteres antworten und zögere auch, das zu tun,

weil ich unsicher bin, ob Sie das wirklich als Frage meinen und das tatsächlich wissen möchten. In den letzten Stunden wollten Sie mir mit ähnlichen Fragen ja meistens nachweisen, dass ich Ihnen nicht zuhöre und mich nicht für Sie interessiere.““

Die Wirksamkeit der PIT konnte mehrfach nachgewiesen werden: Leichsenring und Mitarbeiter (Leichsenring et al. 2007) zeigten im Rahmen einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit der PIT bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass hinsichtlich der Ziel-Symptomatik, der allgemeinen Symptome, der interpersonellen Probleme und der Lebenszufriedenheit eine deutliche Verbesserung unter der Behandlung mit PIT eintritt. Dabei wurden 132 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht, die mit PIT behandelt wurden. Als Instrumente zur Quantifizierung des Outcomes kamen die SCL-90-R (Franke 1995), das Inventar interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et al. 2000), der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al. 1986), der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke und Kopf-Mehnert 1978), eine Form des *Goal Attainment Scaling* (Kiresuk und Lund 1979) sowie der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, Scheppank 1995) zum Einsatz.

Auch in einer Studie zu komplexen psychischen Störungen wurde die Wirksamkeit der PIT nachgewiesen (Leichsenring et al. 2010). Die Stichprobe bestand aus 2092 Patienten mit kombinierten psychischen Störungen, wobei Persönlichkeitsstörungen bei sieben von zehn Störungskomplexen vorlagen. Alle Patienten wurden psychoanalytisch-interaktionell therapiert, jedoch entsprechend den individuellen Bedürfnissen. Die Behandlungsevaluierung erfolgte wiederum anhand einer Form des *Goal Attainment Scaling* und der SCL-90-R.

Einen weiteren Hinweis auf die Wirksamkeit von PIT und auf die spezifische Beeinflussung interpersoneller Probleme lieferte die Arbeit von Valkyser (2013).

Schließlich zeigten Leichsenring und Kollegen (2016) in einer randomisierten, kontrollierten Studie bei Patienten mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, dass die PIT (ebenso wie nicht Manual-geführte PDT) hinsichtlich der Verbesserung der Persönlichkeitsorganisation und der Symptombelastung im Vergleich zu einer quasi-experimentellen Wartebedingung wirksamer ist. Es wurden 64 Patienten, die Manual-geführte PIT erhielten, mit 58 Patienten verglichen, die mit nicht-manualisierter PDT von Experten behandelt wurden. Eine Kontrollgruppe, die von 46 Patienten gebildet wurde, beinhaltete Patienten mit regulärer Behandlung und solchen, die auf eine Therapie warteten. Zur Erfassung des Outcomes wurden das BPI, die SCL-90-R, das *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck et al. 1988), das *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck et al. 1961) und das IIP eingesetzt. Zur Überprüfung der Behandlungsintegrität bezüglich der PIT und Experten-PDT wurden je 15 Videoaufnahmen anhand eines Kurzfragebogens zur PIT von unabhängigen Beurteilern analysiert.

2.2 Therapeutenverhalten und therapeutische Allianz

2.2.1 Therapeutenverhalten

Therapeutenverhalten in der Psychotherapie ist ein komplexes und für den Therapieerfolg entscheidendes Geschehen, das das Wissen um das Möglichkeitsspektrum der Beziehungsgestaltung voraussetzt. Die in Kapitel 2.1 dargestellten Wirkfaktoren spielen dabei eine sehr praxisrelevante Rolle (Lammers und Schneider 2009), deren Effektivität, einschließlich der unterschiedlichen Interventionsarten, von Kompetenz und Adhärenz des therapeutischen Verhaltens abhängt (Zarafonitis-Müller et al. 2014). Die Begriffe der Kompetenz und Adhärenz sollen daher im Folgenden genauer erläutert werden.

Die therapeutische Kompetenz wird definiert als „der überlegte Einsatz von Kommunikation, Wissen, technischen Kompetenzen, klinischem Verständnis, Emotionen, Werten sowie von Verständnis für den Kontext des Patienten und seines Umfelds“ (Epstein und Hundert 2002; Barber et al. 2007; Zarafonitis-Müller et al. 2014, S. 503). Dies beschreibt die Fertigkeit der korrekten Verwendung interventions-spezifischer Techniken (Barber et al. 2006; Webb et al. 2010).

Die Adhärenz bezeichnet den Umfang der manuellkonformen Durchführung für bestimmte Interventionen spezifischer Techniken (Barber et al. 2007). Somit wird darunter die Frequenz des Einsatzes dieser Vorgehensweise verstanden (Barber et al. 2006; Webb et al. 2010).

Ähnliche in der Literatur oft verwendete Begrifflichkeiten sind die der *treatment integrity* oder *treatment fidelity* (Yeaton und Sechrest 1981), welche die Vorstellung von Kompetenz und Adhärenz miteinander vereinen und sie um die Abgrenzbarkeit von anderen Interventionen erweitern (Waltz et al. 1993).

Die Erfassung von Adhärenz und Kompetenz ist folglich ein Ansatz, Therapeutenverhalten qualitativ und quantitativ zu untersuchen, worauf unter anderem in Kapitel 2.2.3 eingegangen wird.

Die Bedeutung des Therapeutenverhaltens zeigt sich auch darin, dass es für die therapeutische Allianz, als dem Wirkfaktor mit der höchsten Varianzaufklärung bezüglich des Therapieergebnisses (s. u.), eine wichtigere Rolle spielt, als dass der Patient selbst Einfluss auf die Entwicklung dieser therapeutischen Beziehung nimmt (Hentschel und Bijleveld 1995).

2.2.2 Bedeutung der Allianz

Dem Begriff der therapeutischen Allianz liegt eine längere Entstehungsgeschichte zugrunde. Bordins Konzept (1979) definiert sie als gemeinsames Verständnis des Behandlers und des Behandelten von den Therapiezielen und –aufgaben sowie die Entstehung eines Therapiebündnisses.

Schon bei Freud (Freud 1913) findet sich die Erkenntnis, dass interpersonelles Geschehen entscheidend für erfolgreiche Psychotherapie ist. Sterba (1934) führte einige Jahre später seine Theorie zum therapeutischen Verfahren aus, bei der zunächst eine Ich-Dissoziation des Patienten von Bedeutung ist. Demnach ist eine Spaltung des Ichs in das „Erfolgsorgan des Es“, eine „Organisation, die die Forderungen des Über-Ichs erfüllen will“ und eine „Stätte der Erfahrung [...], die die Abfuhr der vom Es anstürmenden Energie nach den bisherigen Erfahrungen zulässt oder verhindert“ (Sterba 1934, S. 67) nötig, um überhaupt Psychoanalyse in Form von Deutung triebhafter Handlungen und deren Abwehr betreiben zu können. Daran anknüpfend hat der Therapeut die Möglichkeit eine Gemeinschaftsbildung („Wir“) mit dem „realitätsgerechten Anteil des Ichs des Patienten“ zu erreichen. Gleichzeitig bezeichnet er das „Wir“ als Mittel, um die therapeutische Ich-Spaltung aufrecht zu erhalten (Sterba 1934, S. 70).

Zetzel (1956) entwickelte ein Konzept zur Unterscheidung verschiedener Übertragungsphänomene hinsichtlich der verschiedenen Psychotherapieformen, ebenso wie Greenson (1965), der eine ich-psychologische Perspektive einnahm. Als Ursache für ausbleibenden Therapieerfolg beschreibt er eine ungenügende Entwicklung einer „*working alliance*“. Paolino (1981) arbeitete acht Bestandteile therapeutischer Allianz heraus, die sowohl an die Überlegungen Greensons anknüpften als auch neue Aspekte lieferten.

Die Arbeiten von Luborsky (Luborsky 1976) sowie von Horvath und Greenberg (1989) gehören zu den ersten empirischen Untersuchungen und Operationalisierungsversuchen therapeutischer Allianz. Darauf wird in Kapitel 2.2.3 genauer eingegangen.

Die Bedeutung der therapeutischen Allianz als separater Wirkfaktor ist eindeutig am höchsten (bis zu zehn Prozent), da sie im Vergleich zu allen anderen einzelnen Aspekten den größten Teil an Varianz hinsichtlich des Therapieerfolgs erklärt (Lambert und Barley 2001). Hierauf wird im folgenden Kapitel 2.2.3 genauer eingegangen.

2.2.3 Verfahren zur Erfassung von Therapeutenverhalten und therapeutischer Allianz

Die Erfassung von Therapieinhalten ist ein Ziel der Psychodiagnostik und fällt in den Funktionsbereich der Evaluation (Perrez 1985). Dabei stellen Hypothesenbildung, Hypothesenprüfung (beispielsweise „Selbst- und Fremdbeurteilung als abhängige oder Outcome-Variablen in Therapiestudien“) oder Methodenvergleiche wichtige Forschungsziele dar (Von Zerssen 1979).

Um die Wirksamkeit von Psychotherapie - und im vorliegenden Fall das Vorhandensein und den Ausprägungsgrad therapeutischer Interventionen in der supportiv-expressiven und psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie - beurteilen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: erstens muss die Behandlungstechnik genau festgelegt und dokumentiert sein und zweitens die Adhärenz sichergestellt werden (Moncher und Prinz 1991).

Auf ersteres wird in Kapitel 2.1.2.3 und 2.1.2.4 eingegangen. Die Erfassung des Therapeutenverhaltens kann durch verschiedene Verfahren erfolgen; die in der Diagnostik wie in der Psychotherapieforschung am häufigsten eingesetzte Methode sind Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren (Stieglitz 2008).

Im Folgenden sollen beide Bewertungsformen genauer erläutert und bisherige Versuche, das Therapeutenverhalten und die therapeutische Allianz psychometrisch zu erfassen, dargestellt werden.

2.2.3.1 Fremdbeurteilungsverfahren

Bei Fremdbeurteilungsverfahren wird die Einschätzung durch unabhängige Experten vorgenommen, welche diese sowohl auf eigene Beobachtungen als auch auf die von Dritten oder die Selbstbeobachtung der Patienten gründen können (Stieglitz 2008). Meistens werden dafür Tonband- und Videoaufnahmen anhand von Skalen bewertet (Wiltink et al. 2010).

Vorteile von Fremdbeurteilungsverfahren sind, dass sie weitgehend unabhängig vom Störungsbild und dessen Ausprägungsgrad sind. Außerdem weisen sie eine gute Änderungssensitivität und Differenzierungsfähigkeit auf.

Allerdings bringen Expertenratings den Nachteil mit sich, dass die Verfahren sehr zeit- und kostenintensiv sind: Zunächst müssen die Beurteiler speziell geschult werden und auch die Bewertung selbst nimmt durch das Abspielen der Aufnahmen großer Ausschnitte der Therapiesitzungen viel

Zeit in Anspruch. Außerdem ist eine kontinuierliche Supervision der Rater notwendig. Meistens gibt es keine Normen zur Datenauswertung, sondern lediglich Cut-Off-Werte (Stieglitz 2008).

Als Beispiel für ein reines Fremdbeurteilungsinstrument in der Psychotherapieforschung, bei dem ein besonderer Fokus auf dem Therapeutenverhalten liegt, sei der Fragebogen „Wirkfaktoren-Skalen-Kurz“ (WIFA-K) von Von Consbruch und Kollegen (2013) genannt. Mit dem WIFA-K werden Videos hinsichtlich der vier Wirkfaktoren nach Grawe (1998) auf einer siebenstufigen Likert-Skala von vorher geschulten Experten bewertet (Geue et al. 2016).

2.2.3.2 Selbstbeurteilungsverfahren

Selbstbeurteilungsverfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass die Bewertung vollständig durch den Patienten erfolgt (Stieglitz 2008).

Obwohl lange Zeit standardmäßig Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt wurden, spielen Selbstbeurteilungsskalen eine immer größere Rolle (Hilsenroth et al. 2005; Stieglitz 2008). Denn dadurch, dass ihr Einsatz keinen ausgebildeten Beurteiler erfordert, sind sie in zweifacher Hinsicht zeitökonomischer: das Training und die Supervision der Bewertenden entfällt und auch die Anwendung selbst ist nicht an die Beobachtungsdauer der Therapiestunden gebunden. Außerdem erfolgt sowohl die Durchführung als auch die Auswertung standardisiert. Weiterhin können große Patientenzahlen erfasst werden, wodurch die Objektivität gesteigert wird. Schließlich bieten sie eine Möglichkeit zur Qualitätskontrolle in der Praxis (Grawe und Braun 1994; Stieglitz 2008).

Andererseits unterliegen Selbstbeurteilungsverfahren einem größeren Risiko für Bewertungsfehler und können nicht unabhängig vom Störungsbild und dessen Schweregrad eingesetzt werden (Stieglitz 2008). Weiterhin wird ein IQ von mindestens 80 vorausgesetzt. Daneben benötigen Patienten in den meisten Fällen eine gewisse Introspektions- und Selbstreflexionsfähigkeit sowie genügend Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit (Stieglitz und Freyberger 2000). Außerdem weisen Selbstbeurteilungsskalen eine geringere Änderungssensitivität und Differenzierungsfähigkeit auf. Schließlich können sie leichter verfälscht werden (zum Beispiel durch Simulation) (Stieglitz 2008).

Das *Working Alliance Inventory* (WAI-SR, Wilmers et al. 2008) stellt ein Beispiel für ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz dar. Es existiert auch eine unveröffentlichte Therapeutenversion (Geue et al. 2016). Anhand von vier Items pro von Bordin (1979) festgelegter Dimension der therapeutischen Allianz werden die Therapie und die Arbeitsbeziehung auf einer fünfstufigen Likert-Skala durch den Patienten eingeschätzt (Geue et al. 2016). Sowohl die interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha > 0,8$) als auch die konvergente Validität ($r > 0,64$) wiesen gute Werte auf (Munder et al. 2010).

Für eine Reihe von psychometrischen Instrumenten liegen gleichzeitig eine Fremd- sowie eine Selbstbeurteilungsskala vor, die meistens hohe Zusammenhänge aufweisen, aber nicht die geforderten Korrelationskoeffizienten für Paralleltests erreichen. In empirischen Studien wurden Unterschiede auf Itemebene untersucht und erbrachten interessante Ergebnisse (Stieglitz 2008). Weil beide Bewertungsverfahren auf verschiedenen Perspektiven beruhen, sind sie nicht austauschbar, sondern können sich gegenseitig nur ergänzen (Stieglitz und Freyberger 2000).

Beispiele für Instrumente zur Bewertung von Therapiesitzungen beziehungsweise Therapeut-Patienten-Beziehung aus beiden Perspektiven sind der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000 (BTSTB/PTSTB-2000, Flückiger et al. 2010), der *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ, Bassler et al. 1995), der *Session Evaluation Questionnaire* – deutsche Version (SEQ-D, Hartmann et al. 2013) sowie der Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP, Krampen 2002).

2.2.3.3 Operationalisierungsversuche der therapeutischen Allianz und des Therapeutenverhaltens

Die ersten Operationalisierungsversuche der therapeutischen Allianz beziehungsweise des Therapeutenverhaltens fanden in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts statt. Um dies zu illustrieren, sollen zunächst einige relevante Beispiele für Instrumente zur Erfassung der Therapeuten-Patient-Beziehung dargestellt werden.

Barrett-Lennard (2015) veröffentlichte 1962 das *Relationship Inventory* (BLRI), das sich aus den Subskalen „Niveau der Zuwendung“, „Kongruenz“, „empathisches Verstehen“, „unbedingte Zuwendung“ und „Bereitschaft des Sichzuerkennengebens“ zusammensetzt. Es wird sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten ausgefüllt.

Mit der Entwicklung der *Penn Helping Alliance Scales* von Luborsky und Mitarbeitern (Penn HAS, Luborsky et al. 1983; Alexander und Luborsky 1986) entstand ein weiteres wichtiges Instrument zur psychometrischen Erfassung der therapeutischen Allianz. Es stellt ein Fremdbeurteilungsverfahren mit zwei Bewertungsmöglichkeiten dar: einerseits die Auszählung von Allianzzeichen und andererseits eine globale Rating-Methode. Sie zielen inhaltlich auf die Bereiche „Gewähren und Erfahren von hilfreichen Verhaltensweisen“ sowie „Aufbau von Bindung, Wir-Gefühl“ ab. Eine deutsche Version wurde 1991 von Heck als integrierte Rating-Methode veröffentlicht (Hentschel 2005).

Ein weiteres Fremdbeurteilungsverfahren, mit dem vor allem die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient erfasst werden sollte, wurde 1984 von Allen und Mitarbeitern veröffentlicht: die *Psychotherapeutic Alliance Scale*.

Im gleichen Jahr erschien der *Penn Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) von Luborsky, dessen deutsche Version Bassler und Kollegen 1995 herausbrachten. Es existiert sowohl eine Form für den Therapeuten als auch eine für den Patienten.

Das bereits erwähnte *Working Alliance Inventory* von Horvath und Greenberg (1989) dient ebenfalls zur Erfassung der therapeutischen Allianz und besteht aus den Subskalen „Bindung zwischen Partnern“ und „Übereinstimmung der Partner“. Es liegt auch als Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren vor.

Schließlich sei noch die *California Psychotherapy Alliance Scale* (Gaston 1991) als bedeutsames englischsprachiges Beurteilungsinstrument der therapeutischen Allianz aufgeführt, das als Therapeuten- und Patientenversion existiert.

Die genannten Instrumente stellen nur eine Auswahl einiger wichtiger Skalen zur Evaluation der therapeutischen Beziehung beziehungsweise bestimmter Aspekte dar. Neben dem besonders wichtigen generellen Wirkfaktor „therapeutische Allianz“, war und ist ein weiteres Anliegen der Wirksamkeitsforschung die spezifischen Aspekte therapeutischen Verhaltens und die Adhärenz und Kompetenz bezüglich der jeweiligen Therapieformen zu untersuchen. Hierzu wurden insgesamt weniger Studien veröffentlicht, was teilweise an der bereits erwähnten Debatte um die Sinnhaftigkeit der Unterscheidung allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren liegen könnte (Webb et al. 2010). Andererseits ist ein möglicher Grund auch der mit dem Experten-Training zur Erfassung von Therapeutenverhalten verbundene hohe Aufwand, da entsprechende Instrumente im Vergleich zu denen für die Allianz-Erfassung nicht von Patienten oder Therapeuten, sondern nur von geschulten Experten bearbeitet werden können (Webb et al. 2010). Dies wurde bereits im Kapitel zu Fremdbeurteilungsverfahren erläutert (s. Kapitel 2.2.3.1). Nachfolgend seien trotzdem relevante psychometrische Instrumente zur Erfassung des Therapeutenverhaltens im Rahmen spezifischer Therapieformen genannt.

Ein vielfach eingesetztes und empirisch überprüftes Fremdbeurteilungsinstrument ist die *Cognitive Therapy Scale* (CTS) von Young und Beck (1980). Sie soll zur Bewertung der kompetenten Umsetzung kognitiver Therapiemaßnahmen dienen.

Gaston und Ring (1992) entwickelten das *Inventory of Therapeutic Strategies* (ITS), das explorative, supportive und mitarbeitfördernde Aspekte therapeutischer Interventionen bei Verhaltens- und kognitiver Therapie anhand der Einschätzung durch Begutachter erfassen soll.

Ein Instrument zur Erfassung von Therapeuten-Adhärenz und – Kompetenz hinsichtlich supportiv-expressiver Psychotherapie bei Depressionspatienten veröffentlichten Barber und Crits-Christoph (1996): die *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy* (PACS-SE). Darüber hinaus veröffentlichten Barber und Mitarbeiter (2003) eine Untersuchung zur Effektivität sowie Adhärenz und Kompetenz bezüglich vier verschiedener Therapieformen zur Behandlung der Kokain-Abhängigkeit: kognitive Therapie, supportiv-expressive dynamische Psychotherapie, individuelle und Gruppen-Drogenberatung. Dafür setzten sie drei Experten-Fragebögen ein: die *Cognitive Therapy Adherence-Competence Scale* (CTAC), die *Adherence/Competence Scale for Individual Drug Counseling for Cocaine Dependence* (ACS-IDCCD, Barber et al. 1996a) sowie die *Adherence/Competence Scale for SE for Cocaine Dependence* (ACS-SEC, Barber et al. 1997).

Kuyken und Tsivrikos (2009) führten eine Studie mit dem Fremdrating-Instrument *Evaluation of Therapist's Behavior Form* (ETBF) zur Überprüfung der kompetenten Behandlung depressiver Patienten mit kognitiver Therapie durch.

Neben den bisher genannten Instrumenten existieren noch wenige weitere mit Bezug zum Therapeutenverhalten, wobei jedoch fast allen gemeinsam ist, dass nur eine Fremdbeurteilung vorgesehen ist.

Ein noch jüngeres Verfahren, bei dem sowohl Patienten, Therapeuten als auch unabhängige Beurteiler eine Einschätzung abgeben ist die *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI), welche 2009 von McCarthy und Barber veröffentlicht wurde und verschiedene Therapieformen erfassen sollen.

Als psychometrisches Instrument zur Erfassung der Therapeutenadhärenz in psychodynamisch-interpersoneller und kognitiver Verhaltens-Therapie wurde die *Comparative Psychotherapy Process Scale* (CPPS) von Hilsenroth und Kollegen (2005) veröffentlicht.

2.3 Zusammenhänge zwischen Therapeutenverhalten, therapeutischer Allianz und Behandlungsergebnis

2.3.1 Allianz und Behandlungsergebnis

Der Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Behandlungsergebnis ist eines der ältesten Themen in der Psychotherapieforschung (Horvath und Symonds 1991). Der Begriff „Behandlungsergebnis“ beziehungsweise „Outcome“ wird in der Literatur jedoch unterschiedlich definiert und ist mehrdimensional. So setzt sich das Outcome zusammen aus einerseits objektiv zu erhebenden Parametern (beispielsweise Symptomveränderung) wie andererseits aus Aspekten des subjektiven Erlebens (Epstein 1990; Lorenz 1998) (zum Beispiel Veränderung der Lebensqualität). Davon ausgehend entwickelten Koller und Lorenz (2002) ein sogenanntes „Drei-Komponenten-Model“. Es berücksichtigt erstens „traditionelle Endpunkte (vom Arzt erhoben)“, zweitens „hermeneutische Endpunkte (vom Patienten berichtet)“ sowie drittens die „Bewertung der klinischen Relevanz“.

Es liegen viele empirisch-quantifizierende Studien zur Assoziation von therapeutischer Allianz und Therapieergebnis vor, die hier nicht alle referiert werden können, sodass eine Beschränkung auf Metaanalysen zu dieser Thematik erfolgt.

Horvath und Symonds (1991) berichten in ihrer Metaanalyse eine Korrelation von $r = 0,26$. Darin wurden 24 Studien eingeschlossen, die die therapeutische Allianz unter anderem mittels HAQ und WAI maßen, und zwar sowohl mittels Selbst- (Patientenbeurteilung) als auch mittels Fremdbeurteilungsverfahren (Therapeuten- und Beobachterbeurteilung). Das Behandlungsergebnis wurde jeweils sehr unterschiedlich operationalisiert, so beispielsweise mit der SCL-90 (Franke 1995), mit dem Inventar interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et al. 2000), mit dem *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck et al. 1961) und anderen Symptomfragebögen, aber auch mit Einschätzungen und Berichten der Patienten (Horvath und Symonds 1991). Die eingeschlossenen Studien betrafen eine große Spanne an Störungsbildern, auf die jedoch nicht weiter in der Metaanalyse eingegangen wird. Hinsichtlich der Beziehung von therapeutischer Allianz und Behandlungsergebnis fanden sie den stärksten Zusammenhang bei der Allianz-Evaluation mittels Selbstbeurteilungsverfahren, allerdings war der Unterschied zu Fremdbeurteilungsverfahren (sowohl durch den Therapeuten als auch durch unparteiische Beobachter) nicht signifikant. Es wird diskutiert, ob bei der Allianz-Beurteilung durch den Patienten dadurch ein höherer Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis zustande kommt, dass der Patient nicht nur seine aktuellen Beobachtungen, sondern auch seine früheren Erfahrungen hinsichtlich therapeutischer Allianz in die Einschätzung mit einfließen lassen kann. Dagegen wird angenommen, dass es bei der Beurteilung durch den Therapeuten durch Überschätzung der hilfreichen Beziehung im Verhältnis dazu zu einem schlechteren Behandlungsergebnis kommen könnte.

Bei der Untersuchung von Martin und Mitarbeitern (2000), die insgesamt 79 Studien einschlossen, ergab sich ein Korrelations-Koeffizient von $r = 0,22$. Sie beschreiben diesen Zusammenhang für verschiedene Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Allianz, sowohl für Selbst- als auch für Fremdbeurteilungsverfahren, unter anderem für die Penn-HAS und das WAI. Dabei fanden sie keinen signifikanten Unterschied für Selbst- oder Fremdbeurteilungsmethoden der therapeutischen Allianz. Als Maß für das Behandlungsergebnis identifizierten sie 60 verschiedene Skalen, die sie fünf Gruppen zuordneten: Stimmungsskalen (zum Beispiel das BDI), Symptom-Skalen (beispielsweise die SCL-90), allgemeine Skalen (zum Beispiel die *Global Assessment Scale*, Endicott et al. 1976), spezifische Outcome-Skalen sowie der „Terminierungs-Status“, der Auskunft darüber gibt, ob ein Patient die Therapie fortsetzt bis Therapeut und Patient sich einig sind, dass die Beendigung angemessen ist (Martin et al. 2000). Sie konnten in ihrer Metaanalyse auch zeigen, dass der Zusammenhang

der therapeutischen Allianz mit dem Therapieergebnis unabhängig von der Methode der Quantifizierung des Outcomes ist. Die untersuchten Studien bezogen sich auf unterschiedliche und meistens mehrere Störungsbilder, sodass differenziert wurde, inwiefern das Vorliegen spezifischer Diagnosen Einfluss auf die Beziehung zwischen Allianz und Behandlungsergebnis nimmt.

Horvath und Bedi (2002) ermittelten für die Effektstärke einen Wert von 0,21 bis 0,25. In ihre Metaanalyse gingen 60 Untersuchungen mit ein, die zur Allianzmessung verschiedene Instrumente in Selbst- und Fremdbeurteilungsform, unter anderem wieder HAQ und WAI einsetzten. Unabhängig von der Evaluationsmethode des Outcomes war dabei die Beziehung von Allianz zum Therapieergebnis etwas höher für Patienten- und Beobachterbeurteilungsverfahren als für die Beurteilung durch den Therapeuten.

Horvath und Mitarbeiter (2011) führten erneut eine Metaanalyse mit weiteren, insgesamt 190, Arbeiten zur Beziehung von therapeutischer Allianz und Behandlungsergebnis durch, bei der sie eine Korrelation von $r = 0,275$ errechneten. Es lagen über 30 Allianz-Instrumente aus verschiedenen Perspektiven vor, darunter auch HAQ und WAI. Die Quantifizierung des Outcomes erfolgte innerhalb der untersuchten Studien ebenfalls unterschiedlich, das heißt als Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, unter anderem mittels BDI und SCL-90. Die gemessenen Unterschiede zwischen den Erhebungsmethoden sowie hinsichtlich Homo- beziehungsweise Heterogenität (gemeint ist, ob Allianz- und Outcome-Maß von den gleichen oder unterschiedlichen Quellen erhoben wurde) bei der Erfassung von Allianz und Outcome waren nicht signifikant.

Flückiger und Kollegen (2012) ermittelten bei ihrer Metaanalyse auf der Grundlage von 190 Studien eine Effektstärke von $r = 0,294$ für die Beziehung von Allianz und Therapieerfolg. Innerhalb der untersuchten Arbeiten kam eine Vielzahl an Allianz-Instrumenten zum Einsatz. Neben anderen Moderator-Variablen wurde untersucht, ob der Einsatz von störungsspezifischen Therapiemanualen und die störungsspezifische Messung von Therapieerfolg einen differentiellen Einfluss auf den Zusammenhang der therapeutischen Allianz mit dem Outcome haben. Sie konnten zeigen, dass die Allianz-Outcome-Beziehung relativ stabil und langfristig nicht signifikant von den untersuchten Moderator-Variablen abhängig ist.

In der Metaanalyse mit 69 Studien von Del Re und Mitarbeitern (2012) ergab sich ein Korrelationskoeffizient von $r = 0,274$. Eingeschlossen wurden Arbeiten, in denen sowohl Allianz als auch Outcome aus unterschiedlichen Beurteilerperspektiven bewertet wurden. Unter den Instrumenten zur Erfassung der Allianz waren wieder HAQ und WAI. Diese Untersuchung konnte die bis dahin erlangten Ergebnisse bestätigen und zeigen, dass die Beziehung von Allianz und Therapieergebnis signifikant vom Patienten-Therapeuten-Quotient beeinflusst wird. Dieser Quotient wurde für jede der eingeschlossenen Studien als das Verhältnis von der Anzahl der Patienten zur Anzahl der Therapeuten ermittelt. Dabei zeigte sich, dass Therapeuteneffekte wesentlich entscheidender für ein gutes Therapieergebnis sind als Patienteneffekte.

Obwohl folglich ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen Allianz und Behandlungsergebnis als gesichert gelten kann (Martin et al. 2000; Flückiger et al. 2012), gibt es einerseits einzelne Arbeiten, die das nicht replizieren konnten (beispielsweise Barber et al. 2001; Fenton et al. 2001; Faw et al. 2005) und andererseits solche, die einen wesentlich stärkeren Zusammenhang fanden. Als Beispiele für letztere seien die Untersuchung von Morgan und Mitarbeitern (1982) mit einem $r = 0,58$ genannt, sowie die Arbeit von Luborsky und Kollegen (1985), die für die Korrelation einen Wert von $r = 0,65$ ermittelten oder das Ergebnis von Rudolf und Manz (1993) mit einem $r = 0,64$. Es ist nicht ganz eindeutig, warum die Arbeiten in ihren Ergebnissen so weit auseinander liegen. Barber und Mitarbeiter (2001) diskutieren einen geringen Effekt der Allianz in der Behandlung von Patienten mit Kokain-Abhängigkeit, die im Rahmen seiner Studie untersucht wurden, nicht jedoch in der

Metaanalyse von Horvath und Symonds (1991). Außerdem sehen sie das begrenzte Ausmaß an Instrumenten zur Erfassung der Allianz sowie ihre Bewertung ausschließlich aus Patientensicht als limitierenden Faktor. Bei der Untersuchung von Fenton und Kollegen (2001) zeigte von sechs untersuchten Instrumenten das WAI in der Therapeuten- und Patientenversion keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Outcome (wohl aber in der Beurteilung durch externe Beobachter). Als eine mögliche Erklärung geben sie an, dass sie in ihrer Untersuchung im Vergleich zu anderen Studien sehr objektive Outcome-Maße verwendet haben (Tage der Kokain-Abstinenz), die zudem von externen Beobachtern und nicht den Patienten selbst erhoben wurden. Wenn die Evaluation von Allianz und Behandlungsergebnis auf den gleichen Quellen basiert (beispielsweise beides als Selbstbeurteilungsverfahren), konnten Horvath und Symonds (1991) im Vergleich zur heterogenen Beurteilung ebenfalls einen höheren Zusammenhang (jedoch ohne signifikanten Unterschied) zeigen. Weiterhin führen Fenton und Mitarbeiter an, dass die Mehrzahl der Studien mit hohen Korrelationskoeffizienten nicht auf der Basis mehrerer Beurteilungsperspektiven (Patient, Therapeut, Beobachter) durchgeführt worden sei. Im Gegensatz zu Horvath und Symonds (1991) argumentieren sie, dass Patienten außerdem nicht die gleichen Fähigkeiten wie Beobachter hätten, die therapeutische Allianz einzuschätzen und zu vergleichen, da sie teilweise erstmalig in psychotherapeutischer Behandlung gewesen seien, während Beobachter gute Vergleichsmöglichkeiten hätten (Fenton et al. 2001). Auch Faw und Mitarbeiter (2005) diskutieren, dass der niedrige Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Behandlungsergebnis möglicherweise an den unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven liegt (Allianz durch Beobachter und Therapieerfolg durch Patient). Gleichzeitig weisen sie auch darauf hin, dass Horvath (2001) jedoch zeigen konnte, dass die Homogenität nicht zu einer signifikant stärkeren Korrelation führt. Weiterhin vermuten sie als Grund für die niedrige Allianz-Outcome-Korrelation in ihrer Untersuchung einerseits, dass Allianz im außer-klinischen Kontext untersucht wurde (was ein Ausschlusskriterium im Rahmen der dargestellten Metaanalysen war) und andererseits, die geringe Stichprobengröße. Außerdem fand ihre Untersuchung an Jugendlichen von elf bis 14 Jahren statt, die nicht den Einschlusskriterien der aufgeführten Metaanalysen entsprachen.

In der Regel sei der Zusammenhang laut Hentschel (2005) bei Bewertung der therapeutischen Allianz aus Patientensicht höher. Allerdings wurden in den zuletzt genannten Arbeiten mit niedriger Korrelation teilweise auch Selbstbeurteilungsverfahren und in den Untersuchungen mit besonders hoher Korrelation teilweise auch Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt, sodass sich die Unterschiede nicht allein dadurch erklären ließen. Weiterhin ist Substanz-Abhängigkeit sowohl in Studien mit schwacher als auch mit besonders starker Beziehung der Allianz zum Behandlungsergebnis untersucht worden, sodass auch das Vorliegen dieses Störungsbildes kein Erklärungspotential hat. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die ganz überwiegende Mehrheit und diverse Metaanalysen einen moderaten Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und psychotherapeutischem Behandlungsergebnis belegen (Horvath und Symonds 1991; Martin et al. 2000; Horvath und Bedi 2002; Horvath et al. 2011; Flückiger et al. 2012).

2.3.2 Therapeutenverhalten und Therapieergebnis

Der Zusammenhang zwischen Therapeutenverhalten und Behandlungsergebnis sowie der Einfluss bestimmter Störungsbilder auf diesen Zusammenhang sind deutlich weniger untersucht als die Assoziation von Allianz und Therapieerfolg. Deswegen können an dieser Stelle nur begrenzt zur vorliegenden Untersuchung vergleichbare Studien referiert werden.

In eine Arbeit von Barber und Mitarbeitern (1996b) zum Effekt von Therapeutenadhärenz und Kompetenz auf das Behandlungsergebnis wurden 29 Patienten mit Major Depression eingeschlossen. Sie erhielten eine psychodynamische supportiv-expressive Kurzzeittherapie, wobei die therapeutenseitige Adhärenz und Kompetenz mittels PACS-SE gemessen wurden. Zur Operationalisierung des Outcomes wurde die *Health-Sickness Ratings Scale* (HSRS, Luborsky et al. 1993a) sowie das BDI verwendet. Dabei konnte gezeigt werden, dass Kompetenz (im Unterschied zur Adhärenz) beim Einsatz expressiver Behandlungstechniken einen Einfluss auf die Veränderung der Symptome der Patienten hat (Rückgang der Depressionssymptomatik). Umgekehrt ergab diese Untersuchung weiterhin, dass die Verbesserung der Beschwerden beim Patienten zu einer höheren Adhärenz des Therapeuten zu expressiven Interventionen führt. Vermutet wird, dass dies in der erleichterten Einhaltung des SET-Manuals begründet liegt, je mehr der Patient von der Therapie profitiert.

In einer anderen Arbeit von Barber und Crits-Cristoph (1996) wurden neben der psychometrischen Überprüfung der PACS-SE verschiedene Patientenvariablen hinsichtlich ihres Einflusses auf Kompetenz und Adhärenz zur SET untersucht. Es wurden insgesamt 33 Patienten mit Depression, die mit SET behandelt wurden, und sieben Patienten, die kognitive Therapie (CT) erhielten, eingeschlossen. Als Instrumente zur Erfassung der psychischen Symptomatik wurde das BDI und die HSRS verwendet. Barber und Crits-Christoph (1996) fanden keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich Adhärenz und Kompetenz der supportiven und expressiven Verhaltensweisen der Therapeuten zwischen Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen. Daraus ziehen sie den Schluss, dass eine komorbide Persönlichkeitsstörung keinen Einfluss darauf hat, dass Therapeuten die Therapie gemäß Manual (Adhärenz) und in kompetenter Weise umsetzen. Es wurde jedoch nicht der Einfluss auf das Outcome untersucht.

Kuutmann und Hilsenroth (2012) ermittelten in einer ersten Studie ihrer Art, dass je stärker eine Persönlichkeitsstörung bei Patienten ausgeprägt war, ein umso größeres Augenmerk auf die Arzt-Patienten-Beziehung zu Therapiebeginn gelegt wurde. Weiterhin hing der Ausprägungsgrad der Betonung der therapeutischen Beziehung zu Therapiebeginn positiv mit verschiedenen Outcome-Parametern zusammen. Auch für interpersonelle Probleme zeigte sich dieser Zusammenhang. Dabei wurde differenziert zwischen Arzt-Patienten-Beziehung und Allianz, wobei letztere zwar auch untersucht wurde, hinsichtlich des beschriebenen Zusammenhangs aber nicht relevant war. Für die Behandlung kam supportiv-expressive psychodynamische Therapie zum Einsatz. Es wurden als Messinstrumente für Persönlichkeitsstörungen und -merkmale der *Personality Disorder Index* (PDI, Hilsenroth et al. 2000), das IIP und die *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS, Hilsenroth et al. 2007) und zur Bewertung der therapeutischen Beziehung unter anderem der SEQ und die CPPS verwendet. Das Outcome wurde wiederum anhand von Veränderungen im IIP und der SCORS gemessen.

Zum Zusammenhang zwischen Therapeutenverhalten und dem Vorliegen von bestimmten Störungsbildern liegen kaum spezifische Untersuchungen vor, wohl aber zum störungsabhängigen Einsatz therapeutischer Interventionen und der Beziehungsgestaltung mit dem Patienten.

Sachse (2016) beschreibt die Bedeutung der störungsspezifischen Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf folgende Weise: sie bestehe darin, anhand der Diagnose einer bestimmten Störung

die Beziehungsmuster und interpersonellen Verhaltensweisen des Patienten einzuschätzen und darauf die therapeutischen Interventionen abzustimmen. Die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stellt dabei häufig eine besonders anspruchsvolle therapeutische Aufgabe dar, da sich das fehlentwickelte Beziehungsverhalten auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt (Wöller und Tress 2005). Persönlichkeitsgestörte Patienten zeigen demnach über die für jede psychische Störungsform typischen Symptome hinaus charakteristische Merkmale, die vom Therapeuten gesondert berücksichtigt werden müssen (Linehan 1993; Beck et al. 1999; Herpertz et al. 2001; Sachse 2001; Fiedler 2003; Bohus 2007; Fiedler 2007; Döring et al. 2008; Habermeyer et al. 2008; Arntz 2015): zunächst kennzeichnet dieses Patienten Klientel ein mangelhaft ausgeprägtes interaktionelles Verhalten, wofür spezifische therapeutische Herangehensweisen wie etwa die PIT nötig sind. Weiterhin betrifft besonders die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das Auftreten von „schwierigen Interaktionssituationen“, die einen Umgang gemäß spezieller Prinzipien erforderlich machen (Sachse 2004). Schließlich erkennen betroffene Patienten ihre Störung in der Regel nicht als solche an, sondern sehen sie als Teil ihrer Persönlichkeit. Das bedingt zumindest anfänglich ihre zum Teil mangelnde Änderungsbereitschaft.

Aus den dargestellten Gründen ist das Therapeutenverhalten sowie dessen Wahrnehmung durch den Patienten gerade bei dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ein interessanter Aspekt, der im Rahmen dieser Arbeit die Frage aufwarf, inwiefern der FTV Unterschiede in der Evaluation des Therapeutenverhaltens erfasst.

Weiterhin soll kurz auf den Forschungsstand hinsichtlich der für die in der vorliegenden Arbeit relevanten therapeutischen Interventionen und ihrer störungsspezifischen Bedeutung eingegangen werden.

Bezüglich des Einsatzes bestimmter therapeutischer Interventionen weisen beispielsweise Leichsenring und Kollegen (2005) in ihrem Manual zur psychoanalytisch-orientierten Fokalthherapie der generalisierten Angststörung darauf hin, dass **allgemeine und supportive therapeutische Verhaltensweisen** die Basis für spezifischere Interventionen, wie expressive oder interaktionelle, darstellen, da sie wesentlich zur Entstehung einer hilfreichen Beziehung beitragen (Leichsenring et al. 2005). Auch Luborsky (1995) weist darauf hin, dass beispielsweise bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu anderen Patienten ein vermehrter Bedarf an supportiven therapeutischen Verhaltensweisen bestehen kann.

Hinsichtlich **expressiver Behandlungstechniken** konstatiert Luborsky (1995), dass das Ausmaß ihres Einsatzes individuell von mehreren Eigenschaften des Patienten abhängig gemacht werden sollte: „von der Ich-Stärke und Angsttoleranz in Verbindung mit seiner Fähigkeit, über seine zwischenmenschlichen Beziehungen nachzudenken“ (Luborsky 1995, S. 86), das heißt also von seinen Ich-Funktionen respektive seinen strukturellen Einschränkungen. Er bezieht sich dabei auf Wallerstein und Kollegen (1956), die empfehlen, den Patienten in dem Umfang mit expressiven Interventionen zu behandeln, wie dieser aushalten kann. Dementsprechend ist anzunehmen, dass expressives Therapeutenverhalten in der Tendenz bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weniger zum Einsatz kommen müsste.

Da die PIT speziell für strukturell gestörte Patienten entwickelt worden ist (Streeck und Leichsenring 2014), wäre ein verstärkter Einsatz **interaktioneller Interventionen** bei dieser Patientengruppe zu erwarten.

2.4 Schlussfolgerungen und Fragestellungen dieser Untersuchung

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass in der Psychotherapieforschung keineswegs abschließend der differentielle Effekt von generellen und spezifischen Wirkfaktoren auf das Behandlungsergebnis geklärt ist. Während die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Outcome klar belegt ist, bleibt offen, welche Relevanz das Therapeutenverhalten hat und wie es sinnvoll erfasst werden kann.

Der von Leichsenring entwickelte Fragebogen zum Therapeutenverhalten (FTV) möchte diese Lücke schließen und greift einige der dargestellten generellen wie spezifischen Wirkfaktoren auf. Er wurde als Modifikation der englischen *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy* (PACS-SE) speziell zur Erfassung der im Rahmen der supportiv-expressiven und psychoanalytisch interaktionellen Therapie eingesetzten Interventionen als Selbstbeurteilungsverfahren entwickelt. Das Therapeutenverhalten im Kontext dieser Behandlungsformen sowie die therapeutische Allianz spielen dabei eine zentrale Rolle.

Besonders der Zusammenhang von Allianz und Behandlungserfolg ist bereits vielfach untersucht worden. Dabei zeigte sich ein weitestgehend konstanter moderater Einfluss der Allianz auf das Outcome. Das Therapeutenverhalten an sich und vor allem interventionsspezifisches Therapeutenverhalten ist weit weniger erforscht. Es gibt aber vereinzelte Hinweise für die Wirksamkeit supportiv-expressiver, allgemein-therapeutischer und psychoanalytisch-interaktioneller Verhaltensweisen.

Gerade zur Operationalisierung der therapeutischen Allianz aber auch des Therapeutenverhaltens im Allgemeinen und Speziellen wurden verschiedenste Instrumente entwickelt. Jedoch existiert für einen Großteil der vorgestellten Verfahren keine entsprechende deutsche Version. Weiterhin wurde bisher kein Instrument zur Erfassung supportiv-expressiver und psychoanalytisch-interaktioneller Therapieinterventionen entwickelt, das zur Untersuchung dieser im Fachklinikum Tiefenbrunn entwickelten und inzwischen auch andernorts vielfach angewendeten Therapieform hätte dienen können.

Diese Lücke sollte mit der Konstruktion des FTV geschlossen werden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht folglich darin, den FTV erstmalig psychometrisch zu evaluieren. Er soll hinsichtlich deskriptiver Item- und Skalenkennwerte, seiner Faktorenstruktur sowie seiner Reliabilität und Validität untersucht werden. Anhand dessen soll beurteilt werden, inwiefern mit den Items die unterschiedlichen Interventionsformen aus Patientensicht erfasst werden können.

Außerdem soll ermittelt werden, in welchem Umfang das anhand des FTV erhobene Therapeutenverhalten mit dem Behandlungsergebnis korreliert, um so im Vergleich zum aktuellen Stand der Forschung Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit der SET und PIT treffen zu können. Weiterhin wird ein besonderes Augenmerk auf Patienten mit strukturellen respektive Persönlichkeitsstörung gelegt. Da diese Störungsbilder eine besondere Situation im Hinblick auf die therapeutische Beziehung darstellen, wurde untersucht, ob Patienten mit strukturellen Defiziten bzw. der Diagnose einer komorbiden Persönlichkeitsstörung das Therapeutenverhalten anders beurteilen als jene ohne diese Einschränkungen.

Konkret wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

1. Weisen die FTV-Items akzeptable Itemschwierigkeiten und Trennschärfen auf, sodass es sinnvoll wäre, die 52 Items des FTV in ihrer bestehenden Form beizubehalten?
2. Lässt sich die theoretisch angenommene 4-Faktorenstruktur des FTV bestätigen?
3. Zeigt der FTV eine vergleichbare Reliabilität wie die PACS-SE?

4. Hängt der FTV hinsichtlich der supportiven Skala positiv mit dem HAQ beziehungsweise dessen ersten Skala „Beziehungszufriedenheit“ zusammen (konvergente Validität)?
5. Unterscheiden sich Patienten mit unterschiedlichem Outcome signifikant im wahrgenommenen Therapeutenverhalten? Das heißt, hängt der Behandlungserfolg mit dem Therapeutenverhalten zusammen? Bei der aktuellen Forschungslage wäre anzunehmen, dass
 - a) ein gutes Outcome mit hohen Werten im Bereich des allgemeinen und supportiven Therapeutenverhaltens, aber auch der anderen Interventionsformen assoziiert ist.
 - b) ein schlechtes Therapieergebnis mit niedrigen Werten in allen Skalen des FTV zusammenhängt.
6. Nehmen Patienten mit strukturellen Einschränkungen sowie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen allgemein das Therapeutenverhalten signifikant unterschiedlich wahr und bewerten es anders als Patienten ohne diese Diagnosen? Bisherigen Untersuchungen zu Folge wäre zu erwarten, dass
 - a) supportives/allgemeines Therapeutenverhalten bei der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten vermehrt eingesetzt wird und auch so wahrgenommen wird.
 - b) expressives Therapeutenverhalten bei der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten weniger zum Einsatz kommt.
 - c) psychoanalytisch-interaktionelle Interventionen bei der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten vermehrt eingesetzt werden.

3 Material und Methoden

3.1 Studiendesign und Durchführung

3.1.1 Untersuchungsablauf der Studie

Im Rahmen der vorliegenden naturalistischen Studie wurden retrospektiv Fragebogendaten der Routinediagnostik analysiert, um den Fragebogen zum Therapeutenverhalten (FTV) hinsichtlich deskriptiver Item- und Skalenkennwerte sowie verschiedener Aspekte der Reliabilität und Validität zu untersuchen.

Die Datenerhebung fand anhand einer Stichprobe von 2535 Patienten statt, die von November 2004 bis Oktober 2010 im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn (Krankenhaus für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin) aufgenommen und stationär behandelt wurden. Ihnen wurde im Rahmen des diagnostischen Routineverfahrens, welches im Folgenden kurz beschrieben werden soll, neben weiteren Fragebögen der zu untersuchende FTV vorgelegt.

Durch die Therapeuten erfolgte bei Aufnahme in der Klinik neben der Basisdokumentation (BADO, Heuft und Senf 1998) das Ausfüllen des ersten Diagnosebogens (erfasst Vorbehandlungen der Erkrankung, die Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme, Daten aus der Vorgeschichte, Traumatisierungen, Diagnosen nach Zweitsicht) einschließlich der Einschätzung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS, Schepank 1995). Außerdem fand zu diesem Zeitpunkt die erste Erhebung des Fragebogens zur therapeutischen Beziehung, des *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ, Bassler et al. 1995) statt. Dieser wurde ihnen nach sechs Wochen zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung und zur Entlassung erneut vorgelegt. Zu Therapieende wurde ebenfalls erneut die BADO durchgeführt, der zweite Diagnosebogen ausgefüllt (die Arbeitsfähigkeit nach Entlassung, Ereignisse während der stationären Behandlung, die pharmakologische Behandlung, neue Daten aus der Vorgeschichte) einschließlich der Abfrage des BSS. Für eine bessere Übersicht ist die Therapeutenerhebung in **Abbildung 3** illustriert:

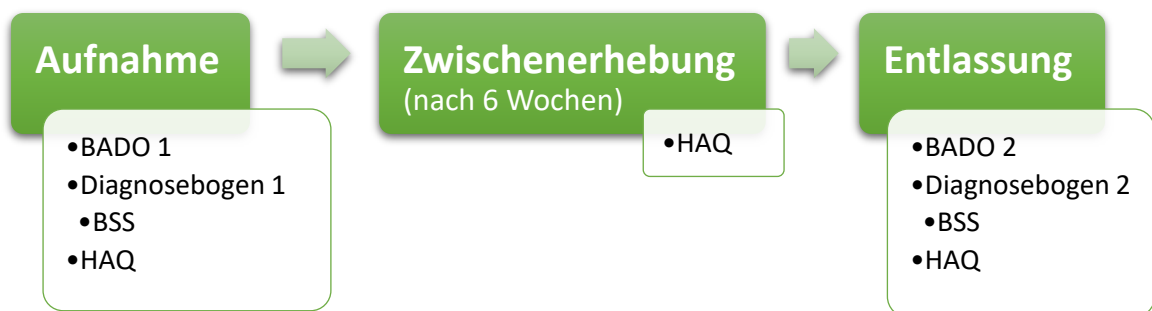


Abbildung 3 Therapeutenangaben im Behandlungsverlauf

Von den Patienten wurden zum Aufnahmezeitpunkt neben den Sozialdaten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Schulabschluss, Berufsabschluss, Berufstätigkeit, Beschäftigung vor Aufnahme, Berentung, Einkommensquelle, Wohnsituation, Personen im Haushalt) die Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R, Franke 1995), das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring 1997), der HAQ, das Inventar interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et al. 2000) und ein Kurzfragebogen zur Lebensqualität (LQ, Fahrenberg et al. 1986) erhoben sowie individuelle Probleme und Ziele abgefragt. Zur Zwischenerhebung nach sechs Wochen wurden die SCL-90-R, der HAQ und das IIP wiederholt; hinzu kam erstmalig der FTV. Bei Entlassung wurden den Patienten ein weiteres Mal die SCL-90-R, das BPI, der HAQ, das IIP, der FTV und der Kurzfragebogen zur LQ vorgelegt. Außerdem wurden sie ein weiteres Mal zu individuellen Problemen und Zielen sowie zur persönlichen Situation zum Behandlungsende befragt (Veränderungen der privaten Situation, der Wohnsituation, der finanziellen Situation, der Ausbildungs-/Beschäftigungssituation, die Zufriedenheit mit

dem Behandlungsergebnis, Verbesserung/Verschlechterung der Beschwerden und Symptome sowie des Allgemeinbefindens). Zur Veranschaulichung der Patientenerhebung dient **Abbildung 4**¹:

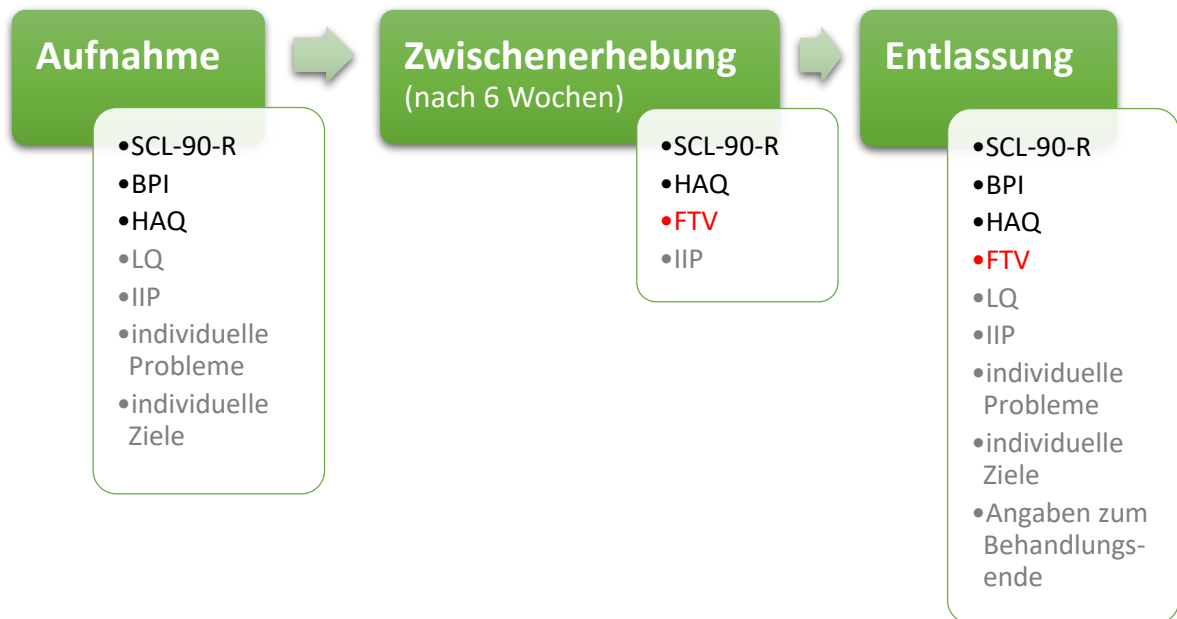


Abbildung 4 Patientenangaben im Behandlungsverlauf

Sowohl Therapeuten als auch Patienten wurden angehalten, die erforderlichen Erhebungen zu den vorgemerkten Zeitpunkten innerhalb einer Woche auszufüllen. Alle erhobenen Patientendaten wurden standardmäßig mit Codenummer und Passwort in dem in der Klinik verwendeten Programm Web-AKQUASI (Zimmer und Moessner 2012) gespeichert. Um die Schweigepflicht und Anonymität gegenüber der Doktorandin zu wahren, wurden die Datensätze von den verantwortlichen Mitarbeitern des Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn vor Verwendung für die vorliegende Arbeit aufbereitet und vollständig pseudonymisiert. Da die hier verwendeten Daten im Rahmen der Routinediagnostik erhoben wurden und pseudonymisiert in die Analysen eingingen, bedurfte es keiner gesonderten Aufklärung der Patienten.

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Göttingen beraten und als bedenkenlos eingestuft (Antragsnummer DOK_337_2015).

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen wurden erwachsene Patienten, die sich von November 2004 bis Oktober 2010 zur stationären Behandlung einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn befanden. Die Liegezeit für die Aufnahme in die Studie wurde auf mindestens 42 Tagen festgelegt (entspricht dem Zeitpunkt der Zwischenerhebung von sechs Wochen). Eine weitere Voraussetzung war das Vorliegen von wenigstens einem vollständigen Datensatz des FTVs (entweder nur Daten der Zwischenerhebung oder ausschließlich Daten der Entlassungserhebung oder Daten von beiden Erhebungszeitpunkten). Somatische Grunderkrankungen wurden im Rahmen der Anamnese erfasst, führten aber nicht zum Ausschluss von der Studie.

¹ Die schwächer gedruckten Instrumente wurden der Vollständigkeit halber zwar aufgeführt, die entsprechenden Daten jedoch nicht im Rahmen dieser Arbeit analysiert.

3.2 Soziodemographische und klinische Charakteristika der Untersuchungsstichprobe

3.2.1 Soziodemographie

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Stichprobe von N=2535 Patienten² untersucht, davon gut ein Drittel (37,9 Prozent) Männer und fast zwei Drittel (62,1 Prozent) Frauen. Mit Ausnahme einer 17-jährigen Person handelte es sich um zum Aufnahmezeitpunkt volljährige Patienten im Alter von 18 bis 68 Jahren. Das mittlere Alter lag bei knapp 35 Jahren ($34,8 \pm 11,4$). Die meisten Patienten (97,8 Prozent) waren deutsche Staatsangehörige. Die weiteren soziodemographischen Daten sind in **Tabelle 3** zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 3 Soziodemographische Daten des Gesamtkollektivs zum Aufnahmezeitpunkt

Soziodemographische Daten Gesamtkollektiv N = 2535 ²		Absolute Häufigkeiten	Relative Häufig- keiten (in Prozent)
Familienstand	ledig	1656	65,3
	verheiratet	492	19,4
	geschieden/getrennt lebend	363	14,3
	verwitwet	24	0,9
Eigene Kinder (N = 2491)	ja	835	33,5
	nein	1656	66,5
Höchster Schulabschluss ³ (N = 2496)	Hauptschulabschluss	419	16,8
	Realschulabschluss/mittlere Reife	822	32,9
	Abitur/Fachhochschulreife	1076	43,1
	ohne Schulabschluss	32	1,3
Höchster Berufsabschluss ⁴ (N = 2489)	Noch in Berufsausbildung	240	9,6
	Lehre, Meister/Fachschule	1029	41,3
	Fachhochschule/Universität	425	17,1
	ohne Abschluss	521	20,9
Berufstätigkeit vor Aufnahme (N = 2495)	Arbeiter(in), Facharbeiter(in)	322	12,9
	Angestellte(r)/Beamte(r)	749	30,0
	Selbständige(r)	104	4,2
	Schüler(in)/Student(in)/ Auszubildende(r)/Umschüler(in)	551	22,1
	Hausfrau/-mann	139	5,6
	Rentner(in)/Pensionär(in)	240	9,6
	ohne Beruf	390	15,6

²Je nach betrachteter Variable variiert die Anzahl N der Probanden, da nicht von jedem Patienten ein vollständiger Datensatz vorlag; bei von 2535 abweichendem N ist die genaue Anzahl angegeben.

³ Aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt wurde der Anteil der Patienten mit Sonderschulabschluss, derer, die zum Aufnahmezeitpunkt noch zur Schule gingen und derer mit sonstigem Schulabschluss.

⁴ Aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt wurde der Anteil der Patienten mit sonstigem Berufsabschluss.

3.2.2 Klinische Merkmale

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten der untersuchten Stichprobe betrug $91,1 \pm 31,2$ Tage. Die kürzeste Liegezeit lag entsprechend den Einschlusskriterien bei 42, die längste bei 235 Tagen (entspricht knapp acht Monaten). Die mittlere Therapiedosis für $N = 2185$ Patienten bezüglich der Einzeltermine mit ihrem Therapeuten lag bei $21,0 \pm 9,0$, mit einem Minimum von fünf und einem Maximum von 72 Einzelterminen. Daraus ergibt sich eine Therapiefrequenz von durchschnittlich ein bis zwei (1,6) Einzelterminen je Patient pro Woche. Dabei wurden zwei Patienten mit Extremwerten (233 beziehungsweise 345 Einzeltermine) von den Berechnungen ausgeschlossen, um Verzerrungen zu verhindern.

Im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn wurden die Patienten standardmäßig nach den zum Zeitpunkt der Datenerhebung gültigen ICD-10-Kriterien (World Health Organization 2005) diagnostisch klassifiziert. Mittels eines sogenannten Zweitsichtverfahrens wurden nach ungefähr zwei Wochen die während der ersten Behandlungstage durch verschiedene Therapeuten, sowie ergänzend durch einen erfahrenen Chef- oder Oberarzt ermittelten, diagnostischen Hinweise im Rahmen einer Fallkonferenz beurteilt (Rabung et al. 2006).

Nach der Zweitsicht erhielt jeder Patient ($N = 1962$) durchschnittlich drei bis vier ($3,5 \pm 1,3$) psychiatrische Diagnosen. Die beiden weitaus häufigsten vergebenen Diagnosen der Patienten aus der untersuchten Stichprobe waren die „Depressive Episode“ und „Rezidivierende depressive Störung“ (F32 und F33; zusammen 58,7 Prozent), gefolgt von den „Persönlichkeitsstörungen“ (F60, F61 und F62; zusammen 45,8 Prozent). Daran schlossen sich die „Posttraumatische Belastungsstörung“ und „Anpassungsstörungen“ (F43.1 und F43.2; zusammen 36,8 Prozent) sowie die „Phobischen Störungen“ (F40, F40.1 und F40.2; zusammen 35,6 Prozent) an. Deutlich seltener fand sich die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10; 13,8 Prozent). Weitere Diagnosen innerhalb des untersuchten Patientenkollektivs sind in **Abbildung 5** (ICD-10-GM 2017) dargestellt:

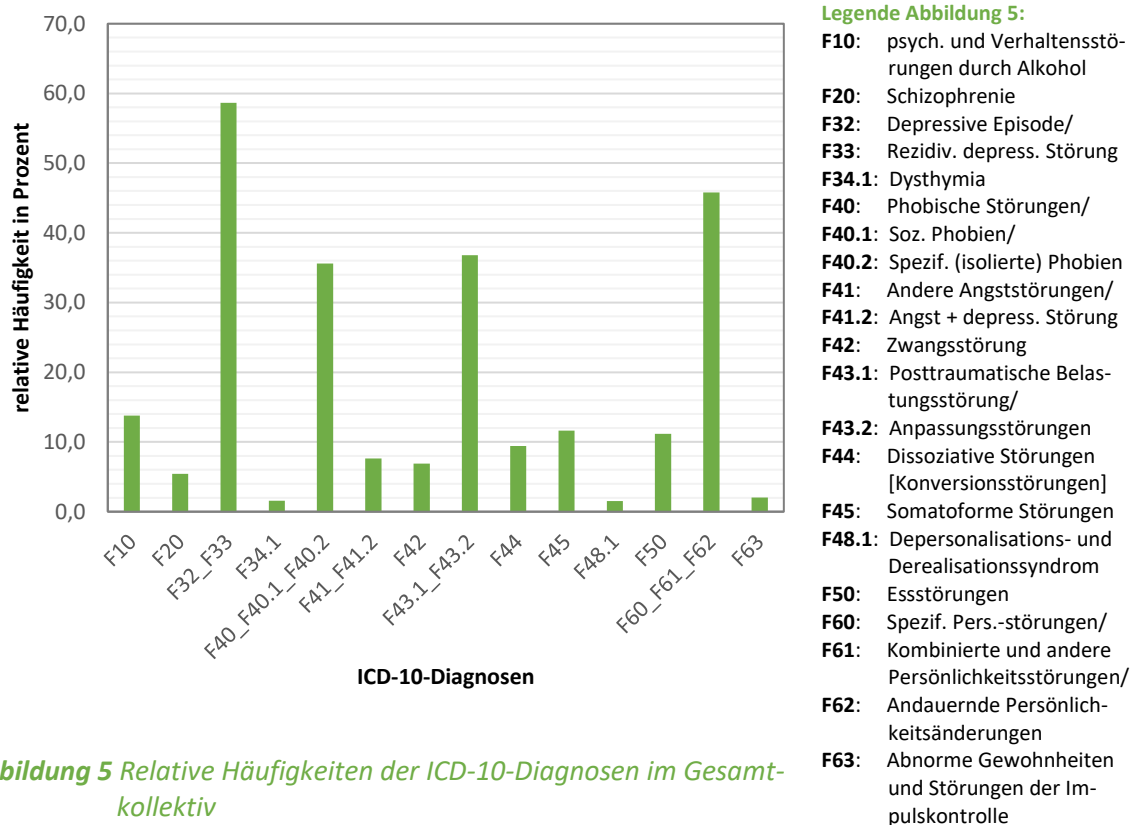


Abbildung 5 Relative Häufigkeiten der ICD-10-Diagnosen im Gesamtkollektiv

Die somatischen Vorerkrankungen des untersuchten Patientenkollektivs sind für die vorliegende Arbeit weniger relevant und waren jeweils nur sehr gering vertreten. Im Mittel wurden bei $N = 323$ Patienten jedoch ein bis zwei ($1,6 \pm 0,97$) somatische Diagnosen pro Person vergeben. Der Vollständigkeit halber seien die zwei häufigsten Diagnosen genannt: Adipositas (E66; als erste somatische Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt bei 2,9 Prozent von $N = 2212$, nach Zweitsicht bei 2,3 Prozent von $N = 2216$, zum Entlassungszeitpunkt bei 2,1 Prozent von $N = 2153$) und die essentielle Hypertonie (I10, bei 2,4 Prozent der Patienten als erste von fünf möglichen somatischen Erkrankungen bei Aufnahme, nach Zweitsicht bei 2,6 Prozent und bei 3,2 Prozent zur Entlassung).

Neben der Diagnosestellung wurden die Patienten bei Aufnahme hinsichtlich relevanter psychischer Dimensionen durch den Therapeuten eingeschätzt. Dabei waren 48,5 Prozent der Patienten ($N = 2136$) im Vorfeld der Aufnahme suizidal. Chronische Suizidalität lag bei 39,5 Prozent früher und bei einem Großteil davon bis zur Aufnahme (31,7 Prozent) vor ($N = 2141$). Bei 10,8 Prozent fanden sich psychotische Episoden in der Vorgeschichte ($N = 2144$), bei fast der Hälfte dieser Gruppe bis zum Aufnahmezeitpunkt (4,2 Prozent). In präpsychotischen Zuständen befanden sich 13,0 Prozent der Patienten ($N = 2126$) bei Aufnahme, 4,2 Prozent zusätzlich in der Vorgeschichte (zusammen 17,2 Prozent). Gut ein Drittel (37,0 Prozent) des Gesamtkollektivs ($N = 2146$) war in der Vorgeschichte von stoffgebundener Sucht betroffen; zum Zeitpunkt der Aufnahme noch 22,4 Prozent. Nicht-stoffgebundene Süchte wiesen insgesamt 8,0 Prozent der Patienten ($N = 2121$) auf. Ungefähr ein Drittel (34,3 Prozent) der Patienten ($N = 2138$) litten in der Vorgeschichte (6,0 Prozent) beziehungsweise bis zum Aufnahmezeitpunkt (28,3 Prozent) an einer Essstörung. Knapp ein Viertel (24,2 Prozent) der Patienten ($N = 2105$) hatte sexuelle Traumatisierungen und gut ein Drittel (35,6 Prozent) Traumatisierungen durch Gewalt erlebt ($N = 2097$).

Weiterhin wurden die Patienten bei Aufnahme vom Therapeuten anhand des Beeinträchtigungsschwere-Scores (BSS, Schepank 1995) eingeschätzt. Dieses Instrument ist ein von Schepank entwickeltes und seit 1995 verwendetes Fremdbeurteilungsverfahren. Es dient zur Erfassung des Ausmaßes der Belastung eines Patienten aufgrund seiner psychogenen Erkrankung hinsichtlich drei Ebenen: die körperliche, die psychische und die soziokommunikative (gemeint ist eine interpersonelle Ebene). Jeder Bereich wird anhand von einer fünfstufigen Likert-Skala von „gar nicht“ (0) bis „extrem“ (4) für den Zeitraum der vergangenen sieben Tage eingeschätzt. Die Summe der drei Werte ergibt den Gesamtschweregrad der Beeinträchtigung, welcher Werte von 0 bis 12 annehmen kann. Bezüglich der körperlichen Achse der Beeinträchtigung der Patienten ergab sich bei Aufnahme ($N = 2152$) ein Mittelwert von 1,61; bei Entlassung ($N = 1763$) von 1,01, was einer Effektstärke von 0,62 (Cohens d) entspricht. Nach den Kriterien von Cohen (2013) kann ab $d \geq 0,5$ von einem mittleren Effekt gesprochen werden. Die psychische Beeinträchtigung bei den Patienten wies zum Aufnahmezeitpunkt ($N = 2154$) einen Mittelwert von 2,75 und zum Entlassungszeitpunkt ($N = 1762$) 1,72 auf. Daraus ergibt sich mit einer Effektstärke von gerundet 1,70 ein starker Effekt (ab $d \geq 0,8$). Hinsichtlich der sozialkommunikativen Beeinträchtigung erhielten die Therapeuten für die Patienten Mittelwerte von 2,52 bei Aufnahme ($N = 2155$) und 1,63 bei Entlassung ($N = 1762$). Daraus folgt eine Effektstärke von gerundet 1,06, was wiederum einen starken Effekt bedeutet. Die Gesamtbeeinträchtigung der Patienten zeigte ähnlich hohe Werte: mit einem Mittelwert von 6,88 zum Aufnahmezeitpunkt ($N = 2150$) und 4,37 zum Entlassungszeitpunkt ($N = 1759$) erhält man eine Effektstärke von gerundet 1,42 und somit einen starken Effekt.

3.3 Instrumente

3.3.1 Fragebogen zum Therapeutenverhalten

Der Fragebogen zum Therapeutenverhalten (FTV) wurde 2004 auf Grundlage der 1992 von Barber veröffentlichten *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy* (PACS-SE, Barber und Crits-Christoph 1996) sowie orientiert an Therapiemanualen zur generalisierteren Angststörung und sozialen Phobie (Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008) von Leichsenring entwickelt (2015).

Wie die Bezeichnung „PACS-SE“ bereits nahelegt, erfasst dieses Instrument in erster Linie die Therapeutenadhärenz und –kompetenz im Rahmen der supportiv-expressiven Therapie (SET) aus Expertensicht. Im Gegensatz dazu handelt es sich beim FTV um ein Selbstbeurteilungsverfahren. Außerdem sollen mit dem FTV nicht nur supportiv-expressive Verhaltensweisen des Therapeuten bewertet werden, sondern zusätzlich psychoanalytisch-interaktionelle, da diese Therapieform im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn einen hohen Stellenwert hat (s. Kapitel 2.1.2.4 und 3.3.1.2).

Bevor aber der Entwicklungsprozess des FTV genauer erläutert wird, soll nachfolgend auf die Entstehung der PACS-SE eingegangen werden.

3.3.1.1 Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy

Bei der ersten Version der *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy* (PACS-SE) von 1988 handelt es sich um ein von Barber unveröffentlichtes Manuskript eines aus 45 Items bestehenden Fragebogens. Es zielt darauf ab, sowohl die therapeutische Adhärenz (im quantitativen Sinne) als auch die therapeutische Kompetenz (im qualitativen Sinne) bei der Behandlung von Patienten durch SET zu erfassen (Barber und Crits-Christoph 1996). Dafür sollen geschulte Beurteiler auf einer siebenstufigen Likert-Skala bewerten, wie häufig und wie gut ein bestimmtes Therapeutenverhalten zu erkennen war.

Barber und Crits-Christoph (1996) orientierten sich bei der Auswahl der Items an den Methoden der SET aus Luborskys Manual (1984). Nach der Entfernung nicht eindeutiger oder irrelevanter Items wurden die verbleibenden in der SET erfahrenen Therapeuten, einschließlich Luborsky selbst, präsentiert. Mithilfe ihrer Anmerkungen wurde der Fragebogen überarbeitet und ein weiteres Mal verschiedenen in der SET ausgebildeten Therapeuten unterbreitet. Die endgültige Version wurde schließlich noch einmal von Luborsky überprüft (Barber und Crits-Christoph 1996).

Die PACS-SE beinhaltet drei theoriebasierte Subskalen: allgemeine therapeutische Fähigkeiten (neun Items), supportives Verhalten (neun Items) und expressives Verhalten (21 Items). Um sicherzustellen, dass jede Subskala nur spezifische Items enthält, wurde zweimalig eine inhaltliche Analyse durchgeführt (Barber und Crits-Christoph 1996).

Bei der psychometrischen Überprüfung der PACS-SE durch Barber und Crits-Christoph (1996) wurden vier Therapeuten für SET und vier Therapeuten für CT durch zwei unabhängige Bewerter beurteilt. Die Therapeuten für SET wurden anhand von Audioaufnahmen von Gesprächen mit 33 Patienten, die an schwerer Depression litten, bewertet; die Therapeuten für CT anhand von Gesprächsaufzeichnungen mit sieben anderen Patienten. Dabei ergaben sich bezüglich der Inter-Rater-Reliabilität vor allem hinsichtlich der Bewertung der Kompetenz höhere Werte, wenn nicht nur SET-Sitzungen alleine, sondern zusätzlich auch CT-Sitzungen miteinbezogen wurden (0,79 > 0,48 für die Subskala „allgemeine therapeutische Fähigkeiten“; 0,60 > 0,41 für die Subskala „supportives Verhalten“; 0,67 > 0,35 für die Subskala „expressives Verhalten“ und 0,73 > 0,42 für die gesamte PACS-SE). Lediglich die Werte für die supportive Subskala stiegen trotz Hinzuziehen der CT-Sitzungen für die Kompetenz-Bewertung weniger an als die Werte der anderen Subskalen (Barber und

Crits-Christoph 1996). Hinsichtlich der internen Konsistenz (s. **Tabelle 4**) erwiesen sich die Subskalen sowie die gesamte PACS-SE als akzeptabel (außer für die Subskala „allgemeine therapeutische Fähigkeiten“ mit Cronbachs $\alpha = 0,62$ bezüglich der Adhärenz liegen alle Werte $> 0,78$).

Tabelle 4 Interne Konsistenzen (Cronbachs α) der PACS-SE

Skalen	Adhärenz	Kompetenz
Allgemeine therapeutische Fähigkeiten	0,62	0,85
Supportives Verhalten	0,79	0,78
Expressives Verhalten	0,90	0,92
Gesamtskala	0,92	0,95

Weiterhin untersuchten Barber und Crits-Christoph die Korrelation jeder Skala im Verlauf der Behandlung über vier Therapiequartale hinweg. Die Werte dieser Retest-Reliabilitäten sind **Tabelle 5** zu entnehmen.

Tabelle 5 Retest-Reliabilitäten der PACS-SE

Skalen	Adhärenz		Kompetenz	
	Range	Median	Range	Median
Allgemeine therapeutische Fähigkeiten	0,10-0,59	0,39	0,22-0,66	0,52
Supportives Verhalten	-0,06-0,38	0,26	0,21-0,44	0,35
Expressives Verhalten	0,18-0,40	0,33	0,27-0,49	0,37
Gesamtskala	0,16-0,45	0,35	0,25-0,55	0,44
Gesamt-Median		0,35		0,41

Bei der Analyse der diskriminanten Validität zeigte sich, dass mit der PACS-SE sowohl bezüglich der Adhärenz als auch hinsichtlich der Kompetenz zwischen SET und CT unterschieden werden konnte. Die Werte für die expressive Subskala lagen für die Adhärenz wie für die Kompetenz signifikant über denen der CT (s. **Tabelle 6**) (Barber und Crits-Christoph 1996).

Tabelle 6 t-Test bezüglich der Unterschiede zwischen SET und CT hinsichtlich Adhärenz und Kompetenz für die einzelnen PACS-SE-Skalen

Skalen		SET		CT		t-Test		Effektstärke (gepoolte σ)
		μ	σ	μ	σ	t	p	
Adhärenz	Allgemeine therapeutische Fähigkeiten	3,64	0,47	3,4	0,27	1,48	$> 0,01$	0,61
	Supportives Verhalten	4,06	0,52	3,94	0,39	0,53	$> 0,01$	0,24
	Expressives Verhalten	2,69	0,56	1,97	0,29	3,28	$< 0,01$	1,36
	Gesamtskala	3,23	0,46	2,76	0,24	2,60	$< 0,01$	1,09
Kompetenz	Allgemeine therapeutische Fähigkeiten	4,90	0,79	3,08	0,43	5,88	$< 0,001$	2,46
	Supportives Verhalten	5,08	0,61	3,94	0,43	4,69	$< 0,001$	1,93
	Expressives Verhalten	4,44	0,82	2,51	0,32	6,05	$< 0,001$	2,51
	Gesamtskala	4,69	0,69	2,97	0,33	6,22	$< 0,001$	2,65

Auch wenn laut Barber und Crits-Christoph (1996) weitere Studien nötig seien, um die PACS-SE zu validieren, eignet sie sich um Adhärenz und Kompetenz in der SET zu messen.

3.3.1.2 Entstehung und Aufbau des FTV

Das Hauptanliegen bei der Entwicklung des FTV war, ein deutschsprachiges Instrument zu schaffen, das neben allgemeinen, supportiven (stützenden, entwicklungsfördernden) und expressiven (deutenden) auch psychoanalytisch-interaktionelle beziehungsweise Angst-spezifische Interventionen des Therapeuten aus Patientensicht erfasst (Leichsenring 2015).

Es wurde als Selbstbeurteilungsverfahren entwickelt, da dies unter anderem den Vorteil hat, dass sich die Datenerhebung wesentlich einfacher gestaltet, als bei einem Fremdbeurteilungsverfahren. Letzteres ist sehr zeit- und arbeitsaufwändig, da es den Einsatz von geschulten Ratern erfordert, die Video- oder Audioaufzeichnungen von Therapiesitzungen beurteilen (vgl. hierzu Kapitel 2.2.3.1 und 2.2.3.2).

Die meisten Items im FTV sind den 49 Items der PACS-SE inhaltlich sehr ähnlich, wobei bei der Formulierung auf eine patientengerechte Ausdrucksweise geachtet wurde. Neben dem PACS-SE orientierte sich Leichsenring bei der Entwicklung des FTV an Therapiemanualen für generalisierte Angststörung (GAS) und soziale Phobie (Hoffmann 2002; Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008; Leichsenring 2015).

In einer tabellarischen Übersicht (s. Anhang: **Tabelle 32**) ist vermerkt, welche FTV-Items direkt auf die SET-Prinzipien Luborskys (Luborsky 1984; Luborsky 1995) beziehungsweise Leichsenrings in seinen Therapiemanualen für GAS abzielen. Dabei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sei mit der folgenden **Tabelle 7** kurz an die SET-Prinzipien Luborskys erinnert:

Tabelle 7 SET-Prinzipien nach Luborsky (1995)

Support. Therapieprinzipien	Typ I	Therapiearbeit in erster Linie durch den Therapeuten mittels empathischer Unterstützung des Patienten (Patient bleibt passiv)
	Typ II	Zusammenarbeit von Therapeut und Patient (Patient macht sich therapeutische Fähigkeiten nach und nach zu eigen)
Express. Therapieprinzipien	Zuhören	wertfreies, möglichst objektives Zuhören des Therapeuten
	Verstehen	Interpretation des Gehörten und Erschließen des ZBKT
	Intervenieren	Ausgewähltes Mitteilen der erlangten Erkenntnisse mit Fokus auf das ZBKT, sodass der Patienten darin gefördert wird, seine interpersonellen Probleme zu verstehen
	Zuhören	Reaktionen des Patienten auf Intervention wahrnehmen

Beispielhaft sollen für jede Kategorie der SET-Prinzipien ein Item herausgegriffen werden:

Item 6 im FTV lautet: „Der Therapeut hat mir dabei geholfen, auszudrücken, was ich dachte oder fühlte.“ Es überprüft zum Beispiel die Umsetzung von Prinzip 7 der supportiven Interventionen von Typ 1: „Rege den Patienten an, seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit bestimmten Themen auszudrücken“ (Luborsky 1995, S. 83).

Im 4. Item des FTV „Ich habe mich von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.“ wurde hingegen Prinzip 5 der supportiven Techniken von Typ 2 „Beteilige dich an dem gemeinsamen Bemühen um Verständnis“ (Luborsky 1995, S. 85) verarbeitet.

Die 1. Phase der expressiven Behandlungstechniken, das offene, beurteilungsfreie Zuhören, findet sich beispielsweise in Item 5 des FTV wieder: „Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.“

Item 3 im FTV heißt: „Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen reagiere.“ Es geht aus dem 4. Prinzip der Phase 2 der expressiven Techniken (Verstehen) „Beachte reihum jeden Bereich der Beziehungstriade“ (Luborsky 1995, S. 101) hervor. Weiterhin deckt es teilweise das zweite Prinzip der expressiven Interventionen Luborskys ab: „Der Therapeut sollte ständig auf das zentrale Beziehungsthema achten, weil es das Durcharbeiten fördert und erleichtert“ (Luborsky 1995, S. 113).

Das 2. Item des FTV „Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.“ zielt neben dem Prinzip der 1. expressiven Phase (Zuhören) noch auf Prinzip 11 der expressiven Interventionen nach Luborsky ab. Darin geht es um die Berücksichtigung der verbleibenden Sitzungsdauer bei der zeitlichen Abstimmung der Interventionen (Luborsky 1995). Dies beinhaltet auch, als Therapeut zunächst für die ersten Minuten eines therapeutischen Gesprächs nur zuzuhören und dies auch vor der nächsten Intervention zu wiederholen (Phase 4 der expressiven Therapieprinzipien, s. **Tabelle 7**).

Einem Großteil der verbleibenden Items liegen ebenfalls SET-Prinzipien zugrunde (s. **Tabelle 32**) (Luborsky 1995; Leichsenring et al. (in Vorb.)). Lediglich die letzten fünf Items stellen eine Ausnahme dar: weil im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn die PIT eine zentrale Rolle bei der Behandlung der Patienten spielt, wurden die Items 48 bis 52 den auf die SET-Prinzipien bezogenen Fragen zur Überprüfung speziell dieser Therapiemethode noch hinzugefügt (Leichsenring et al. 2008; Streeck und Leichsenring 2014). Dabei ist anzumerken, dass Item 48 und 49 vor allem auf Interventionen abzielen, die spezifisch bei GAS angewendet werden (Leichsenring et al. 2005). Alle fünf Items dienen dabei als Marker für PIT-Interventionen, da sie wesentliche interaktionelle Prinzipien erfassen. So soll trotz des geringen Anteils an PIT-spezifischen Items im gesamten Fragebogen trotzdem eine Aussage über die Umsetzung dieser Therapiemethode getroffen werden können.

Beim Vergleich der FTV-Items mit denen der PACS-SE fällt außerdem auf, dass sich Item 6 und 18 nicht im FTV wiederfinden. Der Grund liegt in der gezielten Erfassung des Therapeutenverhaltens in der Therapie depressiv erkrankter Patienten durch diese Aussagen. Weiterhin enthält der FTV drei beziehungsweise zwei einzelne Items (4, 12 und 14 sowie 13 und 44), deren Inhalt jeweils in einem PACS-SE-Item gemeinsam abgehandelt wird (Item 10 sowie 38). Schließlich gibt es im FTV keine Entsprechung zu den letzten acht Items der PACS-SE. Das erklärt die Tatsache, dass sie sich laut Abschnittsüberschrift im Fragebogen ausschließlich auf Depression beziehen (Item 42 bis 45) beziehungsweise eine Zusammenfassung der therapeutischen Evaluation darstellen (Item 46 bis 49).

Außer der Modifikation der Items selbst beziehungsweise ihrer Zusammenstellung im Fragebogen bestehen Unterschiede hinsichtlich der Antwortmöglichkeiten zwischen PACS-SE und FTV. Statt einer siebenstufigen Likert-Skala wie in der Originalversion Barbers verwendet Leichsenring in seinem Instrument nur fünf Stufen, um dem Patienten die Beantwortung zu erleichtern. Außerdem werden die Items in der PACS-SE sowohl hinsichtlich Häufigkeit als auch Qualität bewertet, wohingegen der FTV lediglich die Intensität des gezeigten Verhaltens abfragt. Diese kann mit „nicht“ (0), „wenig“ (1), „mittelmäßig“ (2), „ziemlich“ (3) und „sehr“ (4) bewertet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen: der FTV besteht insgesamt aus 52 Items. Auf **expressives** Therapeutenverhalten (Skala 1) sollen die 27 Items 3, 7, 9, 11, 15, 17, 18, 19, 20, 24, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47 und 48 abzielen. Folgenden 13 Items sollten zur Erfassung der **supportiven Komponenten (Skala 2)** dienen: 1, 4, 8, 10, 13, 14, 22, 23, 25, 26, 30, 43, 49. Mit weiteren neun beabsichtigt Leichsenring **allgemeines therapeutisches Verhalten (Skala 3)** zu erfassen: 2, 5, 6, 12, 16, 21, 33, 35, 44. Die letzten drei Items (50, 51, 52) haben die Erfassung der **psychoanalytisch-interaktionellen Interventionen (Skala 4)** zum Ziel (Luborsky 1995; Barber und Crits-Christoph 1996; Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008; Streeck und Leichsenring 2014). Für die Formulierungen der einzelnen Items sei auf den vollständigen FTV im Anhang verwiesen.

Ein Teil der übrigen Items lässt dabei ebenfalls Rückschlüsse auf die Therapeutenadhärenz und -kompetenz bezüglich der PIT zu, da sich die beschriebenen Interventionen – wie Barber und Crits-Christoph (1996) selbst sagen – auch in anderen Formen der Kurztherapie wiederfinden.

3.3.2 HAQ

Der *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ, Alexander und Luborsky 1986) ist ein Fragebogen zur Bewertung der Therapeuten-Patient-Beziehung sowohl im ambulanten als auch im stationären psychotherapeutischen Rahmen.

Er wurde ursprünglich von Luborsky als Selbstbeurteilungsinstrument in der psychodynamischen Kurztherapie entwickelt (Alexander und Luborsky 1986). In der deutschsprachigen Version ist jedoch auch eine Einschätzung aus Expertensicht vorgesehen, für welche die Items entsprechend angepasst wurden (Bassler et al. 1995). Außerdem eignet er sich verschiedenen Studien zufolge auch zur Beurteilung länger dauernder und anderer Formen psychotherapeutischer Behandlungen.

Der HAQ entstand auf Grundlage der Annahmen Luborskys zur „hilfreichen Beziehung“ zwischen Therapeut und Patient mit zwei verschiedenen Ausprägungen dieser Beziehung (s. 2.2.1.1).

Für die Beantwortung der elf Items anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von „sehr unzutreffend“ (1) bis „sehr zutreffend“ (6) genügen in der Regel ungefähr zehn Minuten. Faktorenanalysen ergaben, dass sich mit den Items 1, 6, 7, 8, 9 und 10 die „patientenseitige Beziehungszufriedenheit“ als eine Subskala (HAQ1) und mit den Items 2, 3, 4, 5 und 11 die „patientenseitige Erfolgswzufriedenheit“ als andere Subskala (HAQ2) erfassen lässt (Bassler et al. 1995, S. 25f.; Nübling et al. 2015). In mehreren Studien konnte eine gute Trennschärfe beider Subskalen nachgewiesen werden (Geue et al. 2016).

Sowohl in der Selbstbeurteilungs- als auch in der Fremdbeurteilungsversion erwies sich der HAQ in mehreren größeren Psychotherapiestudien als erfolgreich (Geue et al. 2016). Die interne Konsistenz ergab zufriedenstellende Werte sowohl für den Gesamtfragebogen (Cronbachs $\alpha = 0,89$ (Bassler et al. 1995) beziehungsweise 0,95 (Nübling et al. 2015)) als auch für die beiden Subskalen (Cronbachs $\alpha = 0,89$ (Bassler et al. 1995) beziehungsweise 0,95 (Nübling et al. 2015) für „Beziehungszufriedenheit“ und 0,84 (Bassler et al. 1995) beziehungsweise 0,91 (Nübling et al. 2015) für „Erfolgswzufriedenheit“). Außerdem ergaben sich für jede Subskala gute Trennschärfen ($r_{i(x-i)} = 0,609$ bis 0,786 (Bassler et al. 1995) beziehungsweise 0,73 bis 0,88 (Nübling et al. 2015) für HAQ1 und $r_{i(x-i)} = 0,501$ bis 0,701 (Bassler et al. 1995) beziehungsweise 0,73 bis 0,81 für HAQ (Nübling et al. 2015)). Insgesamt seien somit sowohl die Gesamtskala als auch beide Subskalen hoch reliabel sowie ausreichend veränderungssensibel (Bassler et al. 1995). Hinsichtlich der Validität erwies sich der HAQ in mehreren Studien ebenfalls als geeignetes Instrument. Beispielsweise konnten Nübling und Kollegen (2015) in einer Studie zu differentiellen Effekten stationärer psychosomatischer Rehabilitation zeigen, dass vor allem die Subskala „Erfolgswzufriedenheit“ den Therapieerfolg gut vorhersagen kann ($r > 0,6$).

Eingesetzt werden kann der HAQ als Instrument zur Beurteilung der Therapeuten-Patient-Beziehung einschließlich der Veränderungen im Therapieverlauf, sowie zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit dem Therapieerfolg (Bassler et al. 1995).

3.3.3 BPI

Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring 1997) ist ein Selbstbeurteilungs-Instrument mit 53 Items zur Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es handelt sich um eine von Leichsenring überarbeitete Fassung seiner ersten veröffentlichten Forschungsversion von 1994.

Das BPI basiert auf dem Kernbergschen Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1967; Leichsenring 1997), welches folgende drei zu den zentralen strukturellen Kriterien zählt:

„Identitäts-Diffusion“, „Realitätsprüfung“, „primitive“ Abwehrmechanismen und „primitive“ Formen verinnerlichter Objektbeziehungen (Leichsenring 1997, S. 9). Außerdem zielt der Fragebogen darauf ab, die Merkmale „Impulskontrolle“ und bestimmte „affektive Symptome“ zu erfassen. Mit weiteren Items, die sich mehr an der schizoiden Persönlichkeit orientieren, wurde beabsichtigt, das Ausmaß der Schwierigkeiten hinsichtlich der Regulierung von Nähe und Distanz einschätzen zu können (Leichsenring 1997).

Für eine erfolgreiche Erhebung des BPI ist eine gute Beziehung zum Probanden unerlässlich. Nach entsprechender Instruktion wird der Fragebogen vom Probanden selbst ausgefüllt, was etwa 20 Minuten in Anspruch nimmt (Leichsenring 1997).

Bei der Auswertung wurden - ursprünglich mithilfe einer Schablone – die Ja-Antworten zusammengezählt sowie die Items (bis auf Item 52 und 53) den Skalen und Cut-Off-Werten zugeordnet (Leichsenring 1997). Es handelt sich dabei um folgende vier Skalen, die sich durch Faktorenanalysen ergaben: „Identitäts-Diffusion“, „Angst vor Nähe“, „primitive Abwehrmechanismen“ und „Realitätsprüfung“ (Leichsenring 1997, S. 34). Unter Berücksichtigung der Normen der interessierenden Vergleichsgruppe werden die Rohwerte in T-Werte umgewandelt (Leichsenring 1997). Bei Erfüllen des Kriteriums $\text{Cut-20} \geq 10$ (zehn oder mehr von 20 bestimmten Items, die mit „Ja“ beantwortet wurden) kann die Diagnose „Borderline-Störung“ mit hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Das BPI wird von Leichsenring empfohlen, da es sowohl zwischen Borderline-Patienten und Patienten mit neurotischen Störungen, als auch zwischen Borderline-Patienten und Schizophrenen differenziert (Leichsenring 1997).

Die psychometrische Überprüfung des BPI ergab verschiedenen Studien zufolge zufriedenstellende Ergebnisse: schon in seiner Handanweisung von 1997 erhielt Leichsenring für die innere Konsistenz (Cronbachs α) mit Ausnahme der Psychose-Skala („mangelhafte Realitätsprüfung“) und der Skala „Angst vor Nähe“ überzeugende Ergebnisse (Werte > 0.8). Für den Gesamtfragebogen und die Skalen „Identitäts-Diffusion“ sowie „Angst vor Nähe“ lagen auch die Retest-Reliabilitäten im zufriedenstellenden Bereich (ebenfalls Werte > 0.8); die Psychose-Skala erwies sich nicht als hinlänglich reliabel (Leichsenring 1997). In verschiedenen Studien konnte eine befriedigende Sensitivität, Spezifität und Konstruktvalidität des BPI nachgewiesen werden (Leichsenring 1997; Chabrol und Leichsenring 2006).

3.3.4 SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis und Cleary 1977; Franke 1995) ist ein international verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung von Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren (Franke 2002).

Für den deutschsprachigen Raum galt während des Zeitraums der Datenerhebung die 1977 von Derogatis veröffentlichte Version (Derogatis und Cleary 1977; Franke 2002). Das Ziel der Entwicklung eines solchen Selbstbeurteilungsfragebogens war es, eine effiziente und standardisierte psychodiagnostische Methode zu schaffen (Franke 2002). Bis 1977 unterlag das Instrument einem ständigen Veränderungsprozess (Franke 2002) und wurde 1986 erstmalig auf Deutsch veröffentlicht (Derogatis 1986) und durch Franke (1992) normiert. Weiterhin gab sie 1995 das erste deutsche Handbuch zur SCL-90-R heraus (Franke 1995). Seitdem findet die Symptomcheckliste eine breite Verwendung in Deutschland (Franke 2002). Die aktuellste Version, die SCL-90-S, wird seit 2013 angewendet und unterscheidet sich sprachlich geringfügig von der SCL-90-R. Außerdem wurden drei Items modifiziert, um die internationale Vergleichbarkeit zu steigern (Hergert et al. 2014).

Nach standardisierter Einweisung durch einen geschulten Testleiter soll der Proband die Fragen der SCL-90-R unter ruhigen Umgebungsbedingungen vollständig und zügig beantworten (Franke 2002). Die durchschnittliche Testdauer liegt bei zehn bis 15 Minuten, ist aber nicht begrenzt (Franke 2002).

Anhand von 90 aufgelisteten körperlichen und psychischen Symptomen wird die subjektiv erlebte Belastung des Probanden innerhalb der zurückliegenden sieben Tage erfasst (Franke 2002). Jedes Item wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bewertet (Franke 2002, S. 13).

Folgende neun Skalen werden dabei abgedeckt: „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus“ (Franke 2002, S. 3). Außerdem werden drei globale Kennwerte gebildet. Der *Global Severity Index* (GSI) erfasst die „durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf 90 Items“, der PSDI (*Positive Symptom Distress Index*) gibt Auskunft über die „durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine psychische Belastung vorliegt“ und der PST (*Positive Symptom Total*) misst die „Anzahl aller Items, bei denen eine psychische Belastung vorliegt“ (Franke 2002, S. 24).

Die Auswertung erfolgt nach einem vorgegebenen Schema. Die Skalenrohwerte werden in T-Normen für Alter und Geschlecht transformiert (Franke 2002).

Franke erhielt bei der psychometrischen Überprüfung der Items überzeugende Ergebnisse hinsichtlich deren Trennschärfe (Franke 2002). Sie konnte außerdem eine gute interne Konsistenz und unter Hinzuziehung von Daten des Originalautors gute Retest-Reliabilität der Skalen der SCL-90-R nachweisen (Franke 2002). Als Folge zahlreicher Modifikationen auf der Grundlage von Expertenbefragungen und Patientenerhebungen verfügen die Items heute über Augenscheinvalidität (Franke 2002). Die Interkorrelationen der verschiedenen Skalen ergaben hohe Werte. Während die faktorielle Validität bis heute umstritten sei, erschienen die Ergebnisse der umfangreichen Untersuchungen hinsichtlich konvergenter und diskriminanter Validität plausibel (Franke 2002).

3.4 Statistische Auswertung

3.4.1 Datenverarbeitung

Alle erhobenen Patientendaten wurden in eine SPSS-Datei überführt und nach vollständiger Pseudonymisierung computergestützt ausgewertet. Dafür kam die Statistik-Software SPSS Version 23 für Windows zum Einsatz. Zusätzlich wurden mit dem Programm Microsoft Excel 2013 Berechnungen durchgeführt und Diagramme erstellt. Die Textverarbeitung erfolgte mithilfe des Programms Microsoft Word 2013.

3.4.2 Statistische Verfahren

3.4.2.1 Deskriptive Statistik

Um die Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika zu untersuchen, wurden deskriptive statistische Berechnungen durchgeführt (Häufigkeiten, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum).

Auch die verschiedenen diagnostischen Instrumente und der FTV wurden mittels deskriptiver Statistik evaluiert.

Zur Aufgabenanalyse des FTV wurden Schwierigkeitsanalysen, Trennschärfenberechnungen sowie Korrelationen der Items durchgeführt.

Dabei wurde die Definition der Itemschwierigkeit als „Zustimmung zu einem Item in Schlüsselrichtung der Skala“ (Bühner 2011, S. 219) zugrunde gelegt. Item 23 wurde entsprechend dieser Konvention für die Auswertung invertiert, da es sich um ein negatives Item handelt (s. Anhang: „23. Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.“).

Einerseits wurde die Itemschwierigkeit anhand der Mittelwerte erfasst und Items, die gemittelt über die Stichprobe Werte von kleiner oder gleich 20 Prozent oder aber größer oder gleich 80 Prozent annahmen, als psychometrisch schwer beziehungsweise psychometrisch leicht eingestuft. Bezogen auf die fünfstufige Likert-Skala von 0 bis 4 des FTV betraf dies Mittelwerte von kleiner oder gleich 0,8 (psychometrisch schwer) und größer oder gleich 3,2 (psychometrisch leicht) (Fisseni 2004). Folgende Formel für Ratingskalen wurde zur Berechnung der Schwierigkeitsindex verwendet (Bühner 2011, S. 219f.):

$$\text{Itemschwierigkeit: } \mu_i = \frac{\sum_{v=1}^N \mu_{vi}}{N}$$

μ_i : Mittelwert des Items (Schwierigkeitsindex bei Ratingskalen)
 μ_{vi} : Itemrohwert der Person v in Item i
 N : Stichprobengröße

Andererseits wurde die Itemschwierigkeit aus dem Verhältnis der Summenwerte der Items zum maximal erreichbaren Summenwert aller Items bestimmt (Fisseni 2004, S. 34):

$$\text{Itemschwierigkeit: } \mu_i = \frac{\sum_{v=1}^N \mu_{vi}}{N \times 4}$$

μ_i : Mittelwert des Items (Schwierigkeitsindex bei Ratingskalen)
 μ_{vi} : Itemrohwert der Person v in Item i
 N : Stichprobengröße
 Anmerkung: der Wert 4 entspricht hier dem höchsten erreichbaren Wert auf der fünfstufigen Likert-Skala des FTV

Hierbei kann bei Werten von kleiner 0,2 von hoher und bei Werten größer 0,8 von niedriger Schwierigkeit gesprochen werden (Fisseni 2004).

Die Trennschärfe wurde durch Korrelation jedes Items mit der Summe aller Items des FTV berechnet. Anschließend wurde der Wert um das zu korrelierende Item korrigiert. Dies ist die Methode zur Ermittlung der *part-whole*-korrigierten Trennschärfe (Bühner 2011, S. 172).

$$\text{Trennschärfe: } r_{i(x-i)} = \frac{r_{ix} \times \hat{\sigma}_x - \hat{\sigma}_i}{\sqrt{\hat{\sigma}_x^2 + \hat{\sigma}_i^2 - 2 \times r_{ix} \times \hat{\sigma}_x - \hat{\sigma}_i}}$$

$r_{i(x-i)}$: Trennschärfenoeffizient der Aufgabe i mit der Skala x , bei der Aufgabe i nicht berücksichtigt ist
 r_{ix} : Korrelation des Items i mit der Skala x
 $\hat{\sigma}_i$: Standardabweichung des Items i
 $\hat{\sigma}_x$: Standardabweichung des Tests oder der Skala x
 $\hat{\sigma}_i^2$: Varianz des Items i
 $\hat{\sigma}_x^2$: Varianz des Tests oder der Skala x

Werte kleiner 0,3 werden dabei als niedrig, solche zwischen 0,3 und 0,5 als mittel und solche größer 0,5 als hoch angesehen (Fisseni 2004).

Zur Strukturanalyse des FTV wurden mit der Hauptkomponentenmethode mehrere Faktoranalysen durchgeführt, mit dem Ziel, die verschiedenen Items auf eine geringere Zahl zugrunde liegender Skalen zurückführen zu können. Als Methode wurde die explorative Hauptkomponentenanalyse gewählt, welche kein statistisches Modell zur Erklärung der Fehlerstruktur verlangt und auf Annahmen zur Ursprungsverteilung der Variablen verzichtet. Sie beabsichtigt eine möglichst hohe Prozentzahl der Varianz der Items erklären zu können (Bühner 2011). Berechnet wurde diese anhand der **Fundamentalgleichung der Faktorenanalyse** (Bühner 2011, S. 306f.):

$$R = L \times L' + V$$

R : Korrelationsmatrix
 L : Ladungsmatrix
 L' : transponierte Ladungsmatrix
 V : Fehlervarianz

Allerdings wird bei der Hauptkomponentenanalyse von 100 Prozent Reliabilität und keinem Rest ausgegangen, sodass V entfällt und sich die Formel wie folgt reduziert (Bühner 2011, S. 315):

$$R = L \times L'$$

Als Rotationstechnik kam die Varimax-Rotation zum Einsatz. Zur Extraktion der Faktoren wurde einerseits das Kriterium nach Kaiser-Guttman (Eigenwerte der Faktoren größer 1 (Kaiser 1991)) zugrunde gelegt und andererseits ein Scree-Test nach Cattell (1966) durchgeführt. Weiterhin wurden die konzepttheoretisch angenommenen vier Skalen mittels Hauptkomponentenanalyse überprüft, indem die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf vier festgelegt wurde.

Es wurde jeweils die Option „listenweiser Fallausschluss“ gewählt.

3.4.2.2 Reliabilität

Die Reliabilität des FTV wurde auf verschiedenen Wegen untersucht.

Zunächst erfolgte zur Bestimmung der internen Konsistenz der von Leichsenring angenommenen sowie der mittels Faktorenanalysen errechneten Skalen des FTV die Berechnung vom Cronbach- α -Koeffizienten (Cronbach 1951; Bühner 2011, S. 166).

$$\text{Cronbachs } \alpha: \quad \alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \hat{\sigma}_i^2}{\hat{\sigma}_x^2} \right)$$

$\hat{\sigma}_i^2$: Varianz des Testitems/Testteils
 k : Anzahl der Testitems/Testteile
 $\hat{\sigma}_x^2$: Gesamtvarianz des Tests

Laut Cortina (1993) kann Cronbachs α als eine Reliabilitätsschätzung verstanden werden, die sowohl von der Höhe der Itemkorrelation als auch von der Itemzahl abhängt. Er weist darauf hin, dass mit zunehmender Itemzahl auch der Wert für Cronbachs α steigt und umgekehrt. Vorausgesetzt wird das Modell essenziell Tau-äquivalenter Messungen, bei dem sich zwar die wahren Werte der Personen in beiden Tests gleichen, nicht aber die Messgenauigkeiten (Bühner 2011). Obwohl die Itemzahl berücksichtigt werden muss, können Werte $> 0,7$ für Cronbachs α als akzeptabel angesehen werden (Lienert und Ratz 1998).

Weiterhin wurde die Reliabilität durch Bestimmung der Split-Half-Reliabilität überprüft. Dabei wurden für beide Testhälften beziehungsweise beide Erhebungszeitpunkte des FTV zum einen wiederum der Cronbach- α -Koeffizient bestimmt. Zum anderen wurden die Formeln zur Reliabilitätsschätzung nach Guttman (Guttman 1945; Bühner 2011, S. 164) und Spearman-Brown (Brown 1910; Spearman 1910; Bühner 2011, S. 162) angewendet:

$$\text{Guttman-Formel:} \quad \hat{\rho}_{tt} = 2 \times \left(1 - \frac{\hat{\sigma}_1^2 + \hat{\sigma}_2^2}{\hat{\sigma}_x^2} \right)$$

$\hat{\rho}_{tt}$: Reliabilität
 $\hat{\sigma}_x^2$: Gesamtvarianz des Tests
 $\hat{\sigma}_1^2$: Varianz der ersten Testhälfte
 $\hat{\sigma}_2^2$: Varianz der zweiten Testhälfte

Bei der Guttman-Formel handelt es sich um eine besondere Form des Cronbach- α -Koeffizienten, bei der die Standardabweichungen der beiden Testhälften verschieden sind. Zugrunde liegt wie beim Cronbach- α -Koeffizienten das Modell essenziell Tau-äquivalenter Messungen (Bühner 2011).

$$\text{Spearman-Brown-Formel:} \quad \hat{\rho}_{tt} = \frac{2 \times r_{12}}{1 + r_{12}}$$

$\hat{\rho}_{tt}$: Reliabilität
 r_{12} : Korrelation zwischen Testhälfte 1 und 2

Die Spearman-Brown-Formel basiert auf dem Modell paralleler Messungen, in dem Personen in zwei Tests bei gleicher Messgenauigkeit identische wahre Werte aufweisen (Bühner 2011).

Neben einem einfachen Vergleich der Werte für Cronbachs α zu beiden Erhebungszeitpunkten wurden zur Überprüfung der Retest-Reliabilität die Skalenmittelwerte beider Erhebungszeitpunkte miteinander nach Pearson korreliert, einschließlich eines Tests auf Signifikanz. Außerdem wurde wie

für die Split-Half-Reliabilität der Spearman-Brown- sowie der Guttman-Lambda-Koeffizient bestimmt. Weiterhin fanden eine Korrelation der Itemmittelwerte der Zwischen- mit denen der Entlassungserhebung sowie die Bestimmung des zugehörigen Korrelationskoeffizienten statt.

Zur Überprüfung der Änderungssensitivität wurde der sogenannte μ -Index mit folgender Formel berechnet (Stieglitz et al. 2001, S. 27):

$$\text{Änderungssensitivität: } \mu = 1 - \frac{\text{Retest-Reliabilität}}{\text{interne Konsistenz}}$$

Je höher der μ -Index ausfällt, desto stärker die Änderungssensitivität einer Skala. Dabei kennzeichnen hohe Werte instabile Merkmale (State-Skalen) und niedrige Werte stabile Merkmale (Trait-Skalen), wobei beide eine hohe interne Konsistenz, State-Skalen aber eine niedrigere Retest-Reliabilität aufweisen sollten als Trait-Skalen. Der untere Grenzwert für Zustands-Merkmale liegt bei 0,3, zu erwarten wäre aber eine Schwankung im Bereich von 0,375 bis 0,750, wohingegen Charakter-Merkmale deutlich niedrigere Werte aufweisen (Howarth 1978; Arrindell und Gerlisma 1990; Stieglitz 2000).

3.4.2.3 Normierung

Um beispielhaft die Skalenmittelwerte einzelner Patienten mit denen der untersuchten Stichprobe vergleichen und eine Aussage darüber treffen zu können, ob sich die Werte signifikant unterscheiden, wurde eine Z-Transformation nach folgender Formel durchgeführt (Bühner 2011, S. 263):

$$\text{z-Wert: } z = \frac{x_v - \bar{x}}{\hat{\sigma}_x}$$

x_v : Testrohwert der Person v
 \bar{x} : Mittelwert der Testrohwerte in der Normierungsstichprobe
 $\hat{\sigma}_x$: Standardabweichung der Testrohwerte in der Normierungsstichprobe (geschätzt für die Population)

Weiterhin wurde die Wahrscheinlichkeit p anhand der Tabelle zur Standardnormalverteilung (Andreß 2003) ermittelt, mit der der z-Wert bei zweiseitiger Testung im Annahmebereich liegt, das heißt, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Skalenmittelwert einzelner Patienten von dem der Gesamtstichprobe verschieden ist.

3.4.2.4 Validität

Schließlich wurde der FTV einer Validitätsprüfung unterzogen.

Die Konstruktvalidität erfasst, ob ein Instrument die Fertigkeit misst, die es zu messen beansprucht. Je nach Definition lassen sich dem verschiedene Kategorien der Validität zuordnen, in den meisten Fällen aber zumindest die faktorielle, konvergente und diskriminante Validität (Bühner 2011).

Die faktorielle Validität wurde anhand der Faktorenanalysen im Rahmen der Strukturanalysen überprüft (s. o.).

Hinsichtlich der konvergenten Validität als zweite Unterkategorie der Konstruktvalidität wurden die FTV-Skalen mit den HAQ-Skalen und dem Gesamt-Mittelwert des Patientenbeurteilungsverfahrens korreliert. Dies wurde sowohl für die von Leichsenring angenommenen vier Skalen als auch für die durch Faktorenanalysen ermittelten durchgeführt. Beide Erhebungszeitpunkte des HAQ wurden berücksichtigt, obwohl der Vergleich anhand der Daten der Entlassungserhebung besonders hohe

Bedeutung hat, da erst zu diesem Zeitpunkt eine vollständige Beurteilung des Therapeutenverhaltens durch die Patienten während des gesamten Behandlungszeitraumes möglich war. Daneben ermöglicht die Betrachtung des Zusammenhangs zu beiden Erhebungszeitpunkten Schlussfolgerungen über die Stabilität dieser Beziehung.

Da der HAQ als Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung (s. Kapitel 3.3.2) einen inhaltlich ähnlichen Bereich wie der FTV abdeckt, ist dies eine geeignete Methode (Bühner 2011). Für die Berechnung dieses Zusammenhangs wurde die Pearson-Korrelation verwendet, bei der die Kovarianz durch das Produkt der Standardabweichungen dividiert wird. Der Pearson-Korrelationskoeffizienten r kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei ein mittelstarker Zusammenhang im Bereich von $\pm 0,5$ bis $\pm 0,7$ vorliegt und ein starker Zusammenhang bei Werten zwischen $\pm 0,7$ und ± 1 (Fernández 2009, S.7). Es wurden vor allem zwischen der ersten HAQ-Skala „Beziehungszufriedenheit“ und den FTV-Items zum supportiven Therapeutenverhalten hohe Korrelationen erwartet, weil der HAQ auf der Grundlage der „hilfreichen Beziehung“ entwickelt worden ist (s. Kapitel 3.3.2).

3.4.2.5 Zusammenhänge mit anderen Merkmalen

Um zu überprüfen, wie das Therapeutenverhalten während der Behandlung mit anderen Merkmalen zusammenhängt, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Für die Untersuchung des Zusammenhangs des durchschnittlich wahrgenommenen Therapeutenverhaltens mit dem Therapieergebnis wurde für jeden Patienten der *Reliable Change Index* (RCI) ermittelt.

Der RCI wurde von Jacobson und Truax (1991) entwickelt. Es handelt es sich um die kritische Differenz zwischen zwei Werten – im vorliegenden Fall zwischen den GSI-Werten der SCL-90-R-Erhebung zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt – bei gleichzeitiger Berücksichtigung der absoluten GSI-Werte. Bei der vorliegenden Untersuchung wurde der RCI zur Beurteilung der klinischen Relevanz von Unterschieden zwischen beiden Erhebungen eingesetzt.

Für die Berechnung wurde die von Franke im Handbuch zur SCL-90-R für klinische Stichproben stationärer Psychotherapiepatienten empfohlene Differenz von $> \pm 0,30$ verwendet, bei deren Vorliegen von statistischer Signifikanz der GSI-Veränderung mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent gesprochen werden kann (Franke 2002, S. 32). Anhand dessen wurden die Patienten zunächst folgenden drei Gruppen zugeordnet: „keine signifikante Veränderung“ ($-0,3 \leq \text{Differenz} \leq 0,3$), „signifikante Verbesserung“ (Differenz $< -0,3$) und „signifikante Verschlechterung“ (Differenz $> 0,3$).

Zusätzlich wurde für die Bewertung des absoluten GSI-Werts der Cut-Off-Wert $c = 0,70$ für klinische Stichproben stationärer Psychotherapiepatienten nach Franke (Franke 2002) verwendet. So wurde für jeden Patienten die Funktionalität zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt bestimmt ($< 0,7$ bedeutet funktional, $\geq 0,7$ dysfunktional).

Aus der Kombination der drei Gruppen bezüglich GSI-Differenz und der Funktionalität zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt wurden schließlich die folgenden fünf Outcome-Gruppen gebildet: „klinisch verbessert“, „verbessert“, „pseudogesund“, „unverändert“ und „verschlechtert“.

Zum besseren Verständnis des Zustandekommens der einzelnen Gruppen s. **Tabelle 8**.

Tabelle 8 Bedeutung der Outcome-Gruppen

Outcome-Gruppe	GSI-Differenz	Funktionalität (absoluter GSI)	
		bei Aufnahme	bei Entlassung
klin. verbessert	sign. Verbesserung	dysfunktional	funktional
verbessert	sign. Verbesserung	dysfunktional	dysfunktional
pseudogesund	sign. Verbesserung/ keine Veränderung	funktional	funktional
unverändert	sign. Verbesserung/ keine Veränderung	funktional	funktional
verschlechtert	sign. Verschlechterung	funktional/ dysfunktional	dysfunktional

Um die Mittelwerte sowohl der einzelnen FTV-Items wie auch der verschiedenen FTV-Skalen für diese Gruppen zu vergleichen, wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Weiterhin wurde untersucht, ob Patienten mit bestimmten Störungsbildern sich in Bezug auf die FTV-Items und die ermittelten Skalen von Patienten ohne diese Diagnosen unterscheiden. Anhand des BPI (entsprechend dem Cut-Off-Wert, s. Kapitel 3.3.3) wurde eine Teilstichprobe mit Werten ≥ 10 mit einer Teilstichprobe mit Werten < 10 hinsichtlich des wahrgenommenen Therapeutenverhaltens verglichen. Außerdem wurden die Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (F60 bis F62) mit den Patienten ohne dieses Störungsbild auf signifikante Mittelwertunterschiede der FTV-Werte hin überprüft.

Für die vorliegende Arbeit gilt das Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Ergebnisse mit $p < 0,01$ können als sehr signifikant und bei $p < 0,001$ als hoch signifikant betrachtet werden. Der Übersichtlichkeit halber wurden signifikante Werte durch * markiert.

4 Ergebnisse

4.1 Itemanalyse

4.1.1 Deskriptive Itemkennwerte

Als deskriptive Kennwerte wurden für jedes FTV-Item der Mittelwert, die korrespondierende Standardabweichung, die Schwierigkeit und die Trennschärfe ermittelt sowie Zusammenhänge dieser Parameter untereinander analysiert.

Von den 2535 eingeschlossenen Patienten lagen bei der Zwischenerhebung $N = 2078$ vollständige Datensätze zum FTV vor (18,0 Prozent fehlende Werte) und bei der Entlassungserhebung $N = 2088$ (17,6 Prozent fehlende Daten).

Bei der Zwischenerhebung lag der durchschnittliche Mittelwert μ aller 52 FTV-Items bei 2,01 (Standardabweichung $\sigma = 1,16$), der mittlere Schwierigkeitsindex μ_i bei 0,50 und der durchschnittliche Trennschärfekoeffizient $r_{i(x-i)}$ bei 0,57. Bei der Entlassungserhebung betrug der Mittelwert μ über alle FTV-Items 2,36 ($\sigma = 1,15$), der durchschnittliche Schwierigkeitsindex μ_i 0,59 und die mittlere Trennschärfe $r_{i(x-i)}$ lag bei 0,61. Diese Werte sind ebenso wie die jeweiligen Minimum- und Maximumwerte zusammenfassend in **Tabelle 9** dargestellt.

Tabelle 9 Mittelwert (MW), Minimum (Min.) und Maximum (Max.) der deskriptiven Itemkennwerte

		μ	σ	μ_i	$r_{i(x-i)}$
Zwischen- erhebung	MW	2,01	1,16	0,50	0,57
	Min.	0,77	0,70	0,19	0,11
	Max.	3,50	1,36	0,88	0,72
Entlassungs- erhebung	MW	2,36	1,15	0,59	0,61
	Min.	1,06	0,74	0,27	0,18
	Max.	3,47	1,36	0,87	0,75

In **Tabelle 10** und **Tabelle 11** sind die deskriptiven Itemkennwerte der Zwischen- beziehungsweise der Entlassungserhebung des FTV aufgeführt.

Tabelle 10 Deskriptive Itemkennwerte der Zwischenerhebung

Item	μ	σ	μ_i	$r_{i(x-i)}$	Item	μ	σ	μ_i	$r_{i(x-i)}$
1	2,39	1,05	0,60	0,63	27	1,72	1,21	0,43	0,67
2	3,20 ⁵	0,81	0,80 ⁶	0,40 ⁷	28	0,77 ⁵	1,06	0,19 ⁶	0,56
3	2,36	1,11	0,59	0,68	29	1,14	1,14	0,28	0,65
4	2,90	0,98	0,72	0,57	30	1,95	1,31	0,49	0,63
5	3,50 ⁵	0,70	0,88 ⁶	0,42 ⁷	31	1,73	1,27	0,43	0,63
6	2,49	1,11	0,62	0,57	32	1,73	1,20	0,43	0,70
7	1,50	1,23	0,37	0,51	33	2,46	1,20	0,62	0,49 ⁷
8	2,65	1,00	0,66	0,63	34	1,90	1,35	0,48	0,56
9	2,08	1,24	0,52	0,66	35	2,23	1,20	0,56	0,47 ⁷
10	1,87	1,23	0,47	0,67	36	1,64	1,34	0,41	0,63
11	1,96	1,22	0,49	0,72	37	1,94	1,28	0,48	0,61
12	3,18	0,93	0,79	0,53	38	1,24	1,19	0,31	0,70
13	1,65	1,24	0,41	0,66	39	1,43	1,19	0,36	0,72
14	3,26 ⁵	0,88	0,81 ⁶	0,51	40	1,46	1,19	0,36	0,69
15	1,43	1,20	0,36	0,62	41	0,92	1,15	0,23	0,50 ⁷
16	2,97	0,89	0,74	0,47 ⁷	42	1,71	1,23	0,43	0,66
17	1,71	1,28	0,43	0,67	43	1,76	1,25	0,44	0,61
18	1,42	1,13	0,36	0,65	44	2,16	1,28	0,54	0,63
19	1,91	1,23	0,48	0,72	45	1,20	1,26	0,30	0,56
20	2,01	1,21	0,50	0,72	46	1,56	1,23	0,39	0,68
21	3,05	1,03	0,76	0,30 ⁷	47	2,36	1,26	0,59	0,57
22	3,04	0,99	0,76	0,60	48	0,80 ⁵	1,11	0,20 ⁶	0,41 ⁷
23	3,17	1,11	0,79	0,11 ⁸	49	2,06	1,33	0,51	0,45 ⁷
24	1,01	1,26	0,25	0,42 ⁷	50	1,46	1,36	0,37	0,38 ⁷
25	2,94	1,02	0,74	0,54	51	1,54	1,30	0,39	0,43 ⁷
26	2,07	1,15	0,52	0,48 ⁷	52	2,01	1,17	0,50	0,71

⁵ kennzeichnet Mittelwerte μ außerhalb des Bereichs $0,8 < \mu < 3,2$ ⁶ kennzeichnet Schwierigkeitsindizes μ_i außerhalb des Bereichs $0,2 < \mu_i < 0,8$ ⁷ Kennzeichnet Trennschärfen $r_{i(x-i)}$ mit $0,3 \leq r_{i(x-i)} \leq 0,5$ ⁸ kennzeichnet Trennschärfen $r_{i(x-i)}$ mit $r_{i(x-i)} < 0,3$

Tabelle 11 Deskriptive Itemkennwerte der Entlassungserhebung

Item	μ	σ	μ_i	$r_{i(x-i)}$	Item	μ	σ	μ_i	$r_{i(x-i)}$
1	2,83	1,00	0,71	0,67	27	2,31	1,15	0,58	0,69
2	3,21 ⁵	0,82	0,80 ⁶	0,48 ⁷	28	1,35	1,25	0,34	0,52
3	2,80	1,05	0,70	0,73	29	1,75	1,21	0,44	0,67
4	2,98	1,02	0,75	0,67	30	2,54	1,17	0,64	0,64
5	3,47 ⁵	0,74	0,87 ⁶	0,54	31	2,10	1,23	0,52	0,62
6	2,65	1,10	0,66	0,66	32	2,28	1,15	0,57	0,73
7	1,84	1,26	0,46	0,51	33	2,59	1,14	0,65	0,54
8	3,00	0,97	0,75	0,70	34	2,31	1,24	0,58	0,58
9	2,50	1,18	0,63	0,72	35	2,40	1,15	0,60	0,53
10	2,21	1,22	0,55	0,71	36	1,99	1,31	0,50	0,62
11	2,42	1,17	0,61	0,73	37	2,20	1,24	0,55	0,64
12	3,25 ⁵	0,93	0,81 ⁶	0,59	38	1,77	1,28	0,44	0,71
13	2,03	1,25	0,51	0,71	39	2,08	1,25	0,52	0,74
14	3,28 ⁵	0,91	0,82 ⁶	0,58	40	2,03	1,20	0,51	0,71
15	1,76	1,25	0,44	0,63	41	1,25	1,25	0,31	0,48 ⁷
16	2,99	0,88	0,75	0,54	42	2,17	1,21	0,54	0,67
17	2,07	1,27	0,52	0,67	43	2,18	1,23	0,55	0,64
18	1,87	1,14	0,47	0,67	44	2,53	1,18	0,63	0,67
19	2,38	1,20	0,6	0,73	45	1,60	1,31	0,40	0,59
20	2,57	1,13	0,64	0,75	46	2,19	1,23	0,55	0,73
21	2,88	1,03	0,72	0,35 ⁷	47	2,75	1,13	0,69	0,56
22	3,15	0,96	0,79	0,68	48	1,06	1,21	0,27	0,33 ⁷
23	3,08	1,09	0,77	0,18 ⁸	49	2,40	1,24	0,60	0,49 ⁷
24	1,89	1,27	0,47	0,55	50	1,92	1,36	0,48	0,41 ⁷
25	3,03	1,05	0,76	0,63	51	1,98	1,30	0,49	0,46 ⁷
26	2,28	1,15	0,57	0,55	52	2,57	1,13	0,64	0,73

In **Abbildung 6** und **Abbildung 7** ist die Verteilung der Mittelwerte über die 52 Items des FTV aus der Zwischen- und aus der Entlassungserhebung graphisch veranschaulicht.

Aus **Abbildung 6** ist anhand der rot umrandeten Datenpunkte zu erkennen, dass bei der Zwischenerhebung die Mittelwerte der Items 2, 5, 14, 28 und 48 auf beziehungsweise außerhalb der Unter- und Obergrenzen von 0,8 beziehungsweise 3,2 lagen, welche die Schwelle für (zu) leichte beziehungsweise (zu) schwere Items markieren.

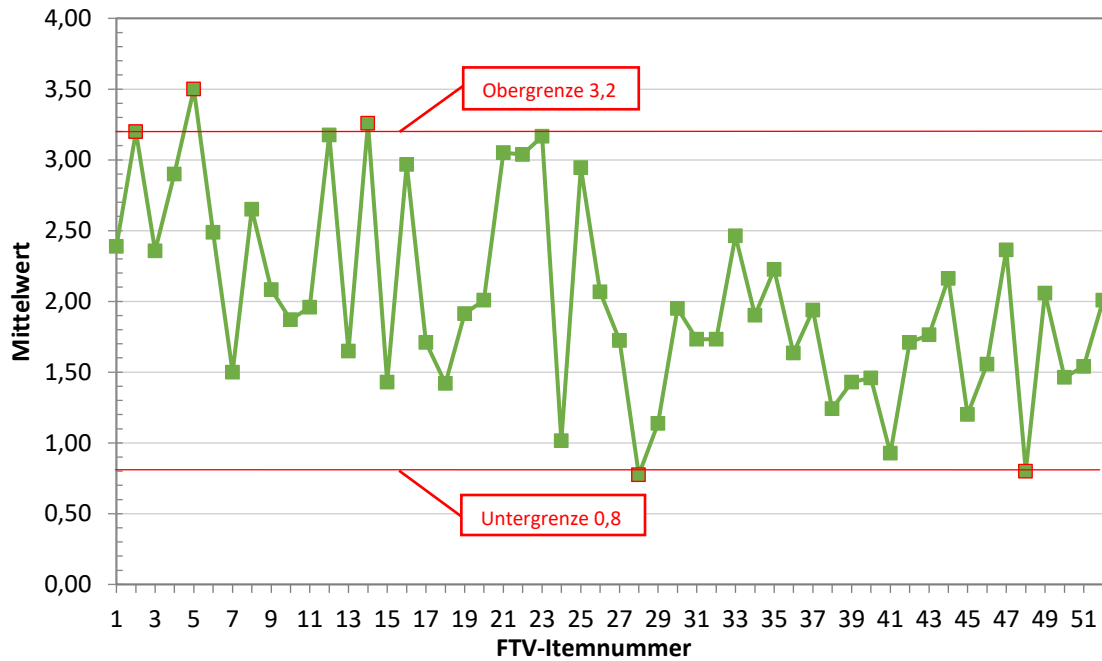


Abbildung 6 Mittelwerte der FTV-Items bei der Zwischenerhebung

Bei der Zwischenerhebung fielen die Mittelwerte der Items 28 (0,77) und 48 (0,8) kleiner oder gleich 0,8 aus. Sie können daher in den Bereich hoher Schwierigkeit eingestuft werden. Das bestätigte auch der Schwierigkeitsindex, welcher unterhalb (Item 28 = 0,19) beziehungsweise auf der Grenze von 0,2 (Item 48) lag. Oberhalb von beziehungsweise exakt bei 3,2 lagen die Mittelwerte der Items 2 (3,2), 5 (3,5) und 14 (3,26). Sie fallen in den Bereich niedriger Schwierigkeit. Wiederum ist dies auch am Schwierigkeitsindex abzulesen, der größer (Item 5 = 0,88 und Item 14 = 0,81) beziehungsweise gleich 0,8 (Item 2) war.

Bei der Entlassungserhebung (**Abbildung 7**) fielen die Items 2, 5, 12 und 14 nicht innerhalb des Grenzbereichs.

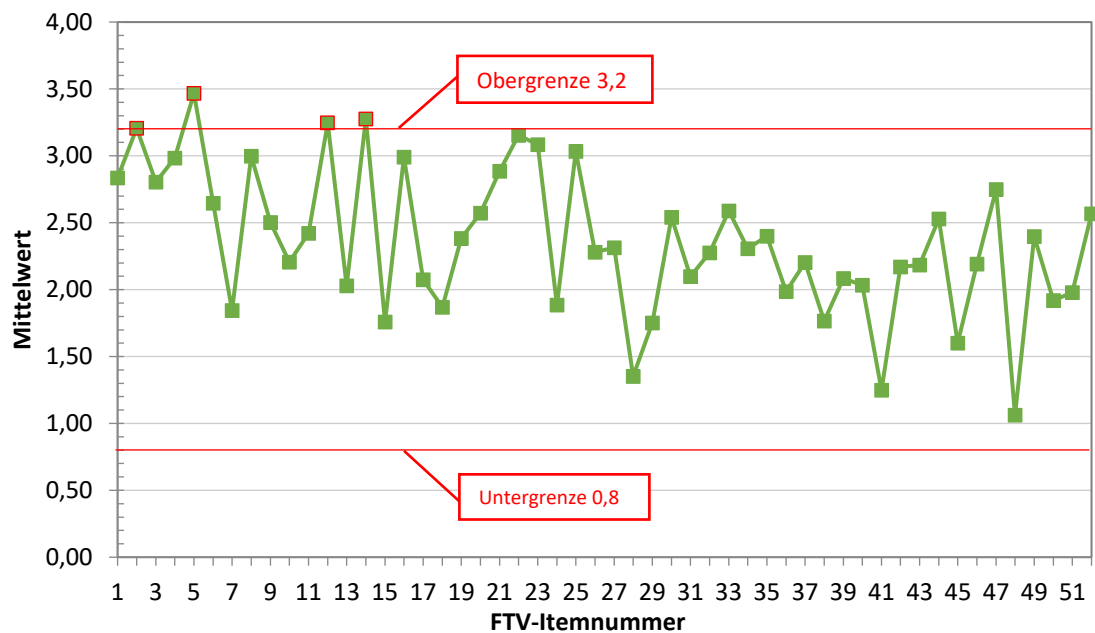


Abbildung 7 Mittelwerte der FTV-Items bei der Entlassungserhebung

Die Ergebnisse der Entlassungserhebung unterschieden sich teilweise von denen der Zwischenerhebung: es fanden sich keine Items, für die Mittelwert oder Schwierigkeitsindex einen Wert von 0,8 beziehungsweise 0,2 oder kleiner angenommen hatten. Das bedeutet, kein Item fiel in den Bereich hoher Schwierigkeit. Hingegen lagen die Mittelwerte von Item 2 (3,21), 5 (3,47), 12 (3,25) und 14 (3,28) oberhalb von 3,2. Auch die Schwierigkeitsindizes dieser Items zeigten mit Werten größer oder gleich 0,8 eine geringe Schwierigkeit an (Item zwei = 0,8, Item fünf = 0,87; Item zwölf = 0,81; Item 14 = 0,82).

Bei Betrachtung der Trennschärfe fielen bei der Zwischenerhebung die Items 2, 5, 16, 21, 24, 26, 33, 35, 41, 48, 49, 50 und 51 in den Bereich mittlerer Trennschärfe ($0,3 \leq r_{i(x-i)} \leq 0,5$). Item 23 lag mit einem Wert von 0,11 im niedrig trennscharfen Bereich ($r_{i(x-i)} < 0,3$). Die übrigen Items waren durch eine hohe Trennschärfe gekennzeichnet ($r_{i(x-i)} > 0,5$). Bei der Zwischenerhebung wiesen Items 11, 19, 20 und 39 mit einem Wert von 0,72 die höchste Trennschärfe auf. Bei der Entlassungserhebung befanden sich lediglich die Items 2, 21, 41, 48, 49, 50 und 51 im mittel trennscharfen Bereich. Item 23 war mit einer Trennschärfe von 0,18 wieder als niedrig trennscharf zu bewerten. Alle weiteren Items besaßen eine hohe Trennschärfe. Die höchste Trennschärfe bei der Entlassungserhebung zeigte nochmals Item 20 mit einem Wert von 0,75.

Die mittlere Trennschärfe bei der Zwischenerhebung betrug 0,57. Für die Entlassungserhebung ergab sich ein Wert von 0,61.

4.1.2 Zusammenhänge der deskriptiven Itemkennwerte

4.1.2.1 Zusammenhang von Trennschärfe und Standardabweichung

In **Abbildung 8** ist der Zusammenhang von Trennschärfe und Standardabweichung für die Daten der Entlassungserhebung graphisch veranschaulicht.

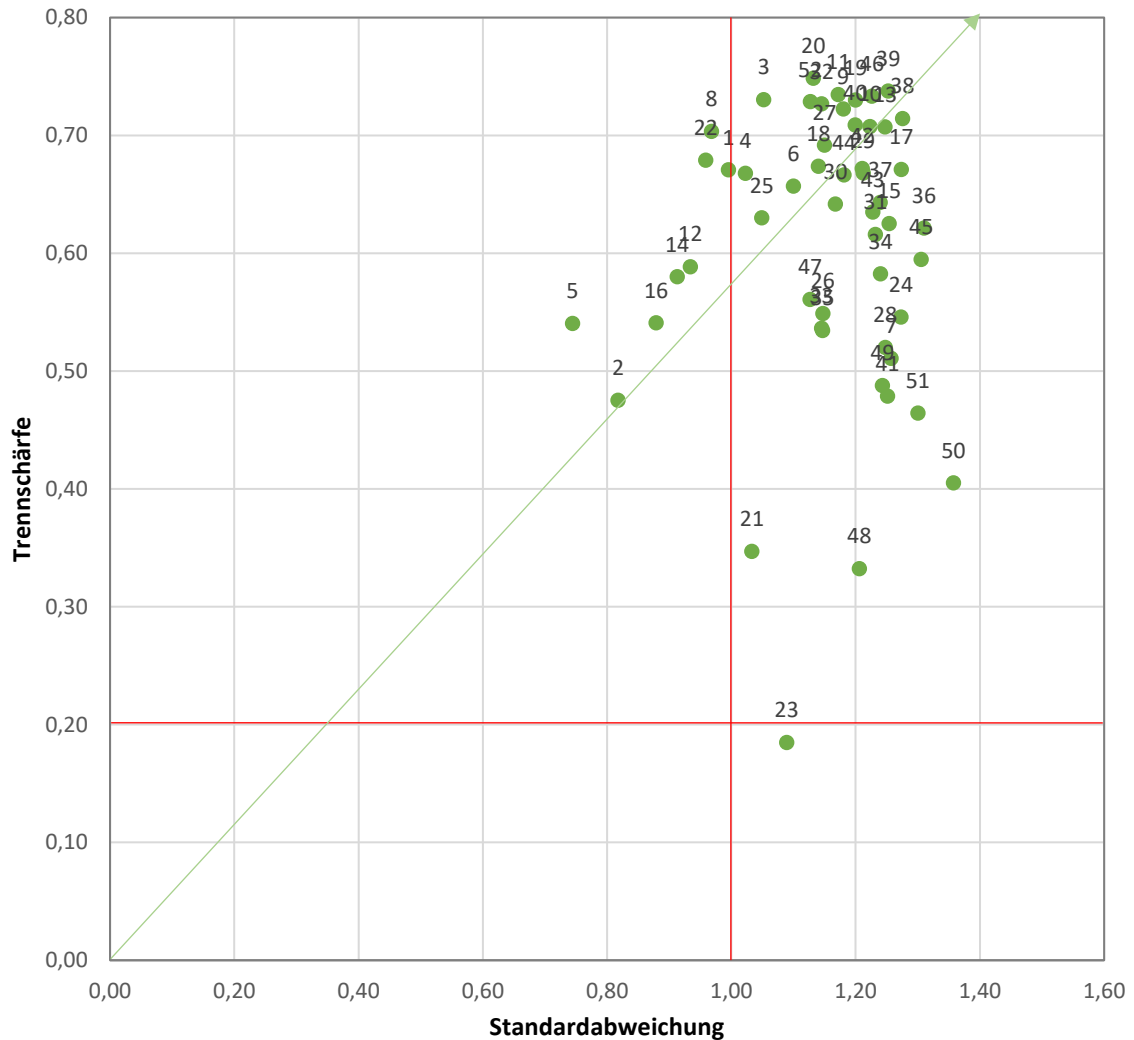


Abbildung 8 Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Standardabweichung

Diese Beziehung ließ sich nicht gut durch eine lineare Funktionsgleichung annähern, auch wenn sich die grundsätzliche Tendenz zur Zunahme der Trennschärfe bei zunehmender Standardabweichung andeutete.

(Zur Bedeutung des eingezeichneten Pfeils s. Kapitel 5.1.1.2)

4.1.2.2 Zusammenhang von Standardabweichung und Itemschwierigkeit

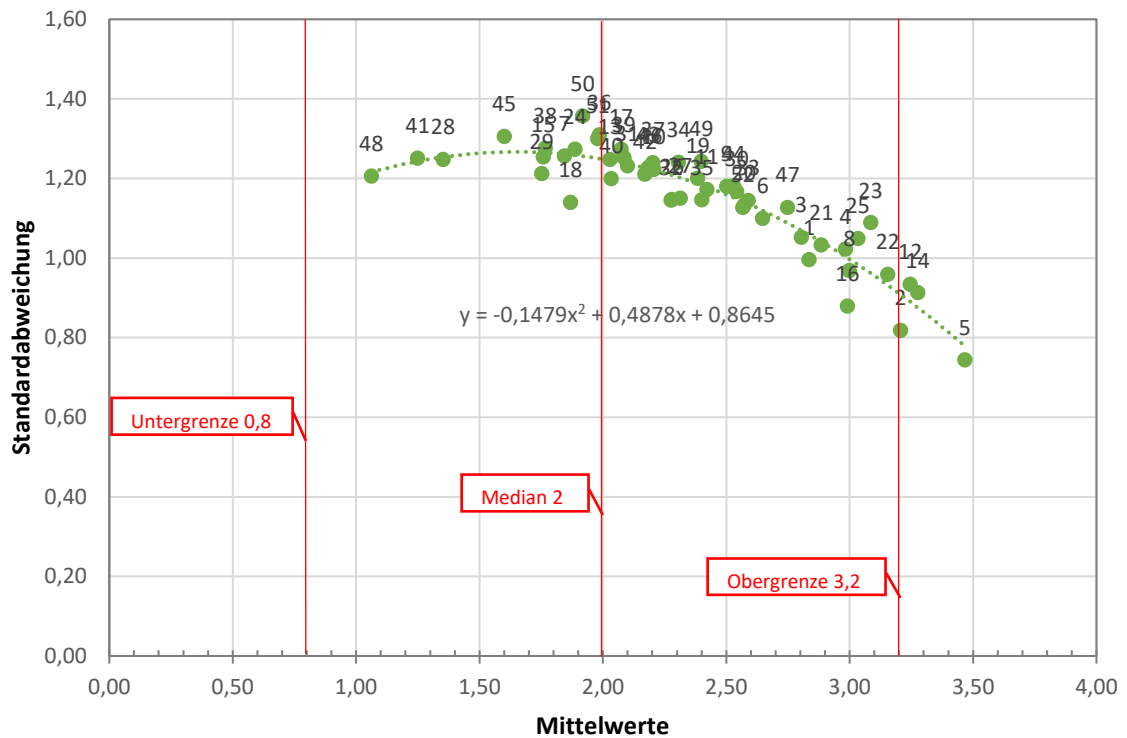


Abbildung 9 Zusammenhang zwischen Standardabweichung und Itemschwierigkeit

Die Beziehung zwischen Standardabweichung und Itemschwierigkeit für die Daten der Entlassungserhebung ist in **Abbildung 9** dargestellt. Sie kann als umgekehrt parabelförmig beschrieben werden und folgt der Funktionsgleichung $y = -0,1479x^2 + 0,4878x + 0,8645$. Der Scheitelpunkt der Parabel liegt zwar etwas nach links verschoben vom Median bei 2, trotzdem steigt die Standardabweichung mit abnehmendem Abstand der Mittelwerte zum Median. Anders ausgedrückt: je optimaler die Itemschwierigkeit, desto höher die Standardabweichung.

4.1.2.3 Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Itemschwierigkeit

Abbildung 10 zeigt den Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Itemschwierigkeit.

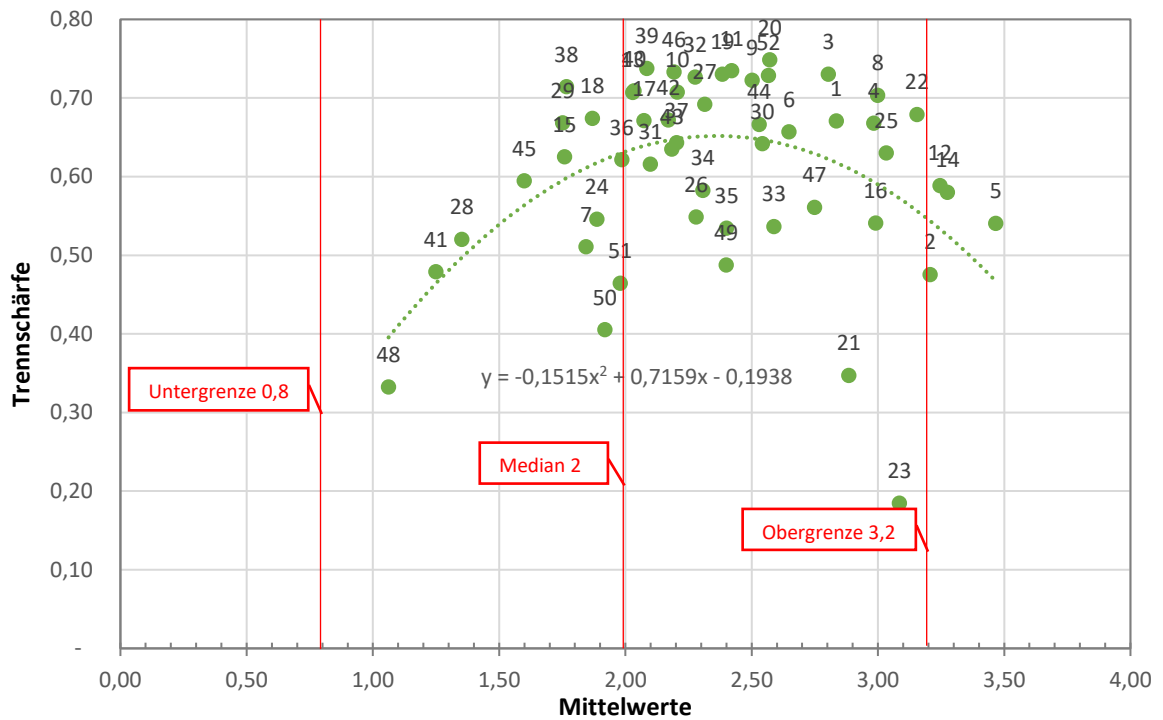


Abbildung 10 Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Itemschwierigkeit

Das Verhältnis von Trennschärfe zu Itemschwierigkeit stellt sich ebenfalls umgekehrt parabelförmig dar und kann durch die Funktionsgleichung $y = -0,1515x^2 + 0,7159x - 0,1938$ beschrieben werden. Das bedeutet, je näher die Mittelwerte zum Scheitelpunkt der Parabel liegen, desto höher die Trennschärfe. Obwohl der Scheitelpunkt nicht genau dem Median von 2 entspricht, zeigen in der Tendenz Items im mittleren Schwierigkeitsbereich eine höhere Trennschärfe als diejenigen in Richtung niedriger oder hoher Schwierigkeit.

4.2 Faktorenstruktur

Zur Untersuchung der Faktorenstruktur des FTV wurden explorative Faktorenanalysen durchgeführt.

Bei der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und dem Eigenwertkriterium > 1 ergab sich mit den Daten der Zwischenerhebung (N = 2078) eine Lösung mit sechs, für die Entlassungserhebung (N = 2088) eine Lösung mit sieben Faktoren, welche zu einer Varianzaufklärung von 59,17 Prozent beziehungsweise 60,34 Prozent führten. Die Ergebnisse für beide Erhebungszeitpunkte sind zusammenfassend in **Tabelle 12** dargestellt.

Tabelle 12 Zusammenfassung der Ergebnisse der Faktorenanalysen

	Zwischenerhebung	Entlassungserhebung
Eigenwert > 1	7	6
Varianz Eigenwert > 1	59,17 Prozent	60,34 Prozent
Varianz 1. unrotierter Faktor	36,69 Prozent	40,73 Prozent
Eigenwert 1. unrotierter Faktor	19,08	21,18
Ladungen 1. unrotierter Faktor		
Mittelwert	0,59	0,63
Range	0,13-0,75	0,22-0,77

Tabelle 13 zeigt die einzelnen Faktorwerte für beide Erhebungen. Daraus ist unter anderem abzulesen, dass Faktor 1 einen Eigenwert von 19,08 beziehungsweise 21,18 hat und alleine bereits 36,69 Prozent beziehungsweise 40,73 Prozent der Varianz aufklärt.

Tabelle 13 Faktorwerte (6- beziehungsweise 7-Faktorenlösung)

Faktor	Eigenwert		Prozent der Varianzaufklärung		kumulative Prozent	
	unrotiert	rotiert	unrotiert	rotiert	unrotiert	rotiert
	Zwischenerhebung					
1	19,08	9,34	36,69	17,96	36,69	17,96
2	4,88	7,24	9,39	13,92	46,08	31,88
3	1,79	4,59	3,45	8,83	49,52	40,71
4	1,49	3,44	2,87	6,62	52,39	47,33
5	1,36	2,94	2,62	5,65	55,01	52,98
6	1,15	1,95	2,20	3,74	57,22	56,72
7	1,02	1,27	1,95	2,45	59,17	59,17
	Entlassungserhebung					
1	21,18	9,93	40,73	19,09	40,73	19,09
2	4,72	9,25	9,07	17,79	49,80	36,87
3	1,82	4,57	3,51	8,79	53,31	45,67
4	1,44	3,75	2,78	7,22	56,09	52,89
5	1,15	2,24	2,20	4,30	58,29	57,19
6	1,08	1,65	2,08	3,18	60,37	60,37

Die relevanten Faktorladungen der einzelnen Items sind getrennt für die Zwischen- und Entlassungserhebung in **Tabelle 34** und **Tabelle 35** (s. Anhang) dargestellt.

Der Scree-Test (s. [Abbildung 11](#) und [Abbildung 12](#)) hingegen ließ auf zwei Faktoren schließen, mit denen eine Varianzaufklärung von 46,08 Prozent beziehungsweise 49,80 Prozent erreicht wurde (s. [Tabelle 14](#)).

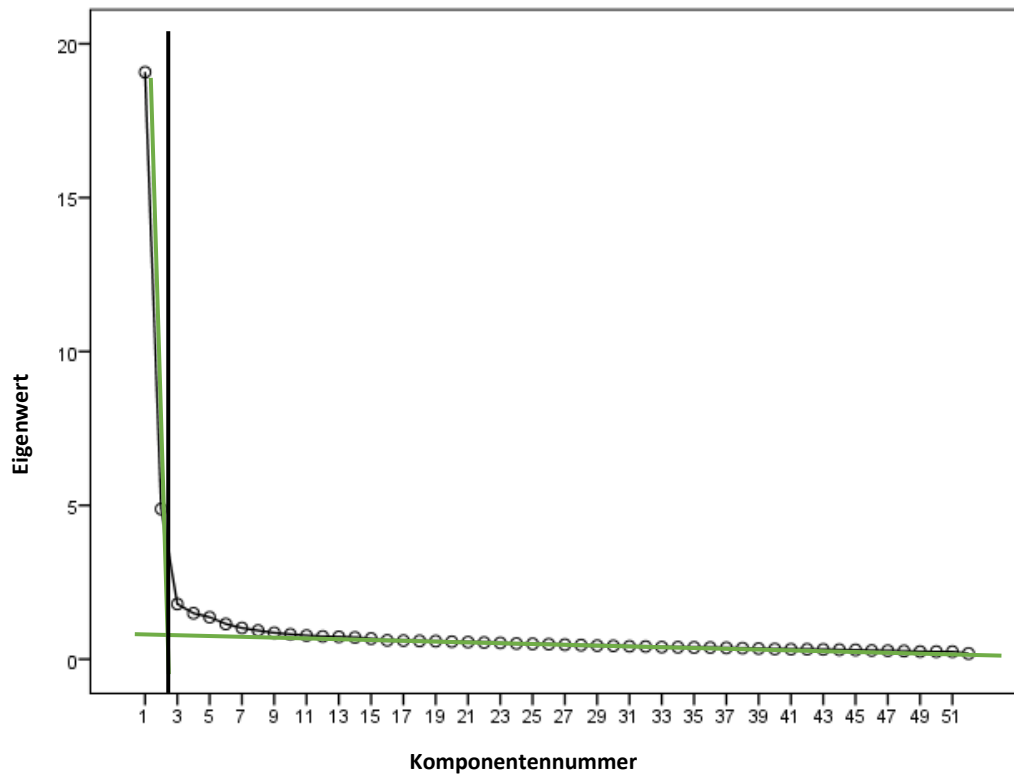


Abbildung 11 Scree-Plot der Zwischenerhebung

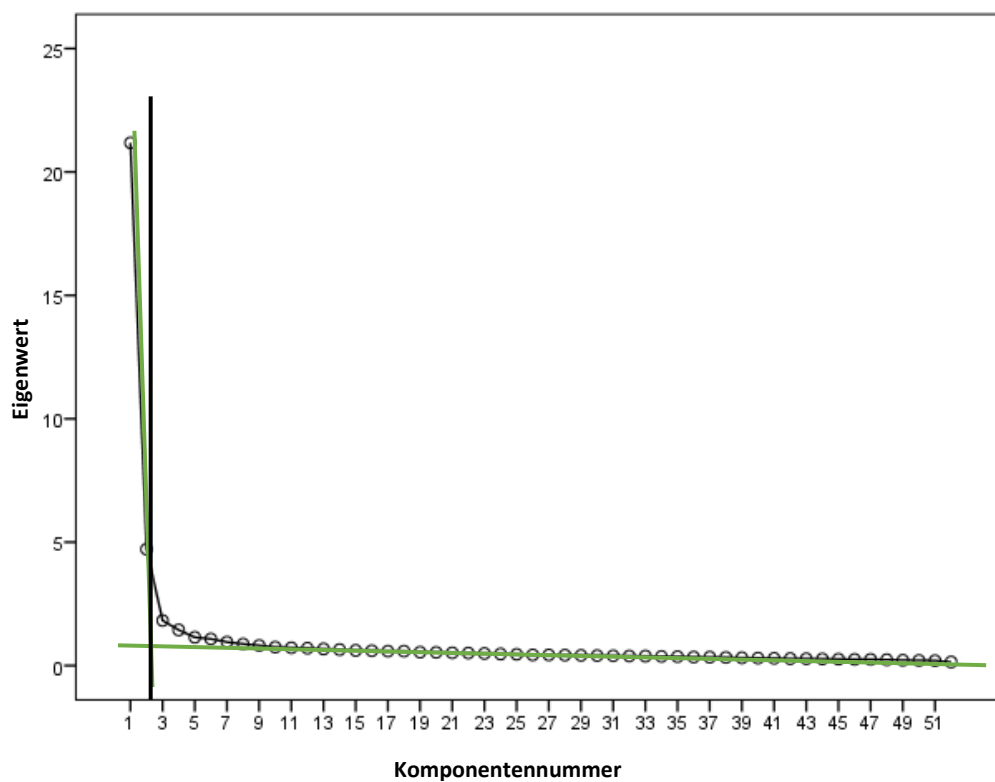


Abbildung 12 Scree-Plot der Entlassungserhebung

Die 6-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung entsprach inhaltlich im Wesentlichen der nachfolgend noch dargestellten 4-Faktorenlösung. Da auf dem 6. Faktor keine Items eindeutig am höchsten luden, ergaben sich nur fünf Skalen. Die ersten drei unterschieden sich kaum von denen der 4-Faktorenlösung. Jedoch enthielt die vierte Skala hauptsächlich Items zum supportiven Therapeutenverhalten, die in der 4-Faktorenlösung zusammen mit denen zum allgemeinen Therapeutenverhalten auf Skala 2 lagen. Die 5. Skala bestand lediglich aus zwei Items zum interaktionellen Therapeutenverhalten.

Wurde auf der Grundlage des Scree-Tests die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf zwei begrenzt, erhält man die in **Tabelle 36** und **Tabelle 37** aufgeführten Ladungen für jeden Faktor (s. Anhang).

Bei der inhaltlichen Interpretation der Lösung mit zwei Faktoren bildet Skala 1 vor allem expressive und interaktionelle therapeutische Verhaltensweisen ab, während Skala 2 hauptsächlich allgemeine und supportive Interventionen einschließt.

Die a priori festgelegte, theoretisch begründete Faktorenstruktur mit vier Skalen wurde mittels einer explorativen Hauptkomponentenanalyse überprüft, indem die Zahl der zu extrahierenden Faktoren auf vier festgelegt wurde. Dabei lieferten die vier Faktoren für die Zwischenerhebung eine Varianzaufklärung von 52,39 Prozent und bei der Entlassungserhebung von 56,09 Prozent (s. **Tabelle 14**, kumulative Prozent für vier Faktoren).

Tabelle 14 Faktorwerte (2- und 4-Faktorenlösung)

Faktor	Eigenwert		Prozent der Varianzaufklärung		kumulative Prozent	
	unrotiert	rotiert	unrotiert	rotiert	unrotiert	rotiert
Zwischenerhebung (2-Faktorenlösung)						
1	19,08	15,09	36,69	29,02	36,69	29,02
2	4,88	8,87	9,39	17,05	46,08	46,08
Entlassungserhebung (2-Faktorenlösung)						
1	21,18	14,75	40,73	28,37	40,73	28,37
2	4,72	11,15	9,07	21,43	49,80	49,80
Zwischenerhebung (4-Faktorenlösung)						
1	19,08	10,05	36,69	19,33	36,69	19,33
2	4,88	8,17	9,39	15,72	46,08	35,04
3	1,79	5,16	3,45	9,93	49,52	44,98
4	1,49	3,86	2,87	7,42	52,39	52,39
Entlassungserhebung (4-Faktorenlösung)						
1	21,18	10,21	40,73	19,63	40,73	19,63
2	4,72	10,04	9,07	19,31	49,80	38,95
3	1,82	5,03	3,51	9,68	53,31	48,63
4	1,44	3,88	2,78	7,46	56,09	56,09

In **Tabelle 38** und **Tabelle 39** (s. Anhang) sind die relevanten Faktorwerte der einzelnen Items angegeben. Die einzelnen Items ließen sich zum größten Teil jeweils eindeutig einer der vier Skalen zuordnen (s. Anhang **Tabelle 40**). Eine Gegenüberstellung der a priori festgelegten und theoretisch begründeten Subskalen und der mittels Faktorenanalyse empirisch begründeter Faktorenstruktur findet sich ebenfalls im Anhang (**Tabelle 41**).

Inhaltlich enthielt Skala 1 bei der 4-Faktorenlösung Items, die expressives Therapeutenverhalten erfassen, das sich hauptsächlich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten bezieht. Im Modell der Beziehungstriade von Luborsky gesprochen zielt diese Skala auf die therapeutischen Interventionen ab, die auf gegenwärtige Beziehungen außerhalb der Therapie und auf frühere Beziehungen fokussieren. Skala 3 hingegen waren Items zugeordnet, die vor allem das Therapeutenverhalten in der aktuellen Situation und damit auch die gegenwärtige therapeutische Beziehung thematisieren. Die 2. Skala enthielt Items mit Bezug zur therapeutischen Grundhaltung und zu allgemeinen beziehungsweise supportiven Therapieprinzipien. Skala 4 erfasste mit den zugeordneten Items interaktionelle Prinzipien in Form von antwortenden Intervention oder solchen, bei denen der Therapeut Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt.

Weil die 4-Faktorenlösung am besten mit der a priori festgelegten und theoretisch begründeten Faktorenstruktur korrespondierte, wurden in den folgenden Analysen die jeweils interessierenden Kennzahlen für diese beiden Varianten untersucht, die Itemzuordnung der 6- und 2-Faktorenlösungen jedoch nicht mehr berücksichtigt.

Für beide Erhebungszeitpunkte korrelierten die vier Faktoren signifikant miteinander, wobei der Zusammenhang zwischen den empirischen Skalen etwas geringer war als zwischen den theoretischen. Die Werte der Interskalenkorrelationen sind **Tabelle 15** und **Tabelle 16** zu entnehmen. Auch durch Ausschluss einzelner Items mit extremer Schwierigkeit oder Trennschärfe konnten diese kaum weiter gesenkt werden.

Tabelle 15 a und b Interkorrelationen nach Pearson der vier Skalen bei der Zwischenerhebung

a) theoretische Skalen (N = 2078)

Skalen	1	2	3	4
1	1			
2	0,70	1		
3	0,59	0,85	1	
4	0,62	0,52	0,47	1

b) empirische Skalen (N = 2078)

Skalen	1	2	3	4
1	1			
2	0,59	1		
3	0,79	0,50	1	
4	0,62	0,42	0,59	1

Tabelle 16 a und b Interkorrelationen nach Pearson der vier Skalen bei der Entlassungserhebung

a) theoretische Skalen (N = 2088)

Skalen	1	2	3	4
1	1			
2	0,72	1		
3	0,66	0,88	1	
4	0,64	0,56	0,51	1

b) empirische Skalen (N = 2088)

Skalen	1	2	3	4
1	1			
2	0,67	1		
3	0,79	0,58	1	
4	0,63	0,51	0,63	1

4.2.1 Deskriptive Skalenskennwerte

Der Vollständigkeit halber sind in **Tabelle 17** die deskriptiven Skalenskennwerte, also die Mittelwerte mit zugehörigen Standardabweichungen, sowohl für die angenommene Einteilung mit vier Skalen als auch für die Einteilung anhand der errechneten 4-Faktorenlösung dargestellt. Es ist zu erkennen, dass die Werte über alle Skalen hinweg jeweils von der Zwischen- zur Entlassungserhebung ansteigen.

Tabelle 17 Deskriptive Skalenskennwerte der theoretischen und empirischen Skaleneinteilung

Skalen	Theoretische Skaleneinteilung				Empirische Skaleneinteilung			
	Zwischenerh.		Entlassungserh.		Zwischenerh.		Entlassungserh.	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
Skala 1	2,80	0,65	2,88	0,68	2,00	1,02	2,22	0,91
Skala 2	2,44	0,73	2,69	0,77	2,79	0,68	2,87	0,72
Skala 3	1,58	0,82	2,05	0,84	1,26	0,80	1,69	0,85
Skala 4	1,67	0,99	2,15	0,99	1,93	0,89	2,29	0,88

4.3 Reliabilität

4.3.1 Interne Konsistenz

Um die interne Konsistenz des FTV zu untersuchen, wurde Cronbachs α für die theoretisch angenommenen Skalen (s. Kapitel 3.3.1.2) sowohl mit den Daten aus der Zwischenerhebung als auch mit denen aus der Entlassungserhebung bestimmt. Im Vergleich dazu wurden die Werte auf demselben Weg für die sich aus den Hauptkomponentenanalysen empirisch errechneten Skalen ermittelt.

Diese Ergebnisse sind in **Tabelle 18** aufgeführt. Für den gesamten FTV ergaben sich mit 0,964 für die Zwischenerhebung und 0,969 für die Entlassungserhebung optimale Werte ($> 0,90$). Weiterhin ist zu erkennen, dass Cronbachs α mit den Daten aus der Entlassungserhebung jeweils höher ausfiel als mit den Daten von der Zwischenerhebung. Zum Entlassungszeitpunkt stellten sich die Skalen also homogener dar.

Außerdem lagen die Werte für Cronbachs α der errechneten Skalen - abgesehen von Skala 1 - über denen der angenommenen Skalen. Dies drückt das Potential aus, in welchem Maße die Reliabilität des FTV durch eine veränderte Zuordnung der Items zu den mittels Faktorenanalysen errechneten Skalen noch zu steigern wäre.

Bis auf die Ergebnisse für die 4. theoretisch angenommene Skala befand sich Cronbachs α über alle Erhebungen und Skalen hinweg im äußerst zufriedenstellenden Bereich (Cronbachs $\alpha > 0,7$).

Die Werte für Skala 4 lagen an der unteren Grenze des Vertretbaren (um 0,70), wobei jedoch die geringe Itemzahl für diese Skala berücksichtigt werden muss. Dadurch kann zu einem großen Teil der deutlich niedrigere Wert bereits erklärt werden.

Für den gesamten Fragebogen könnte Cronbachs α nur durch Ausschluss von Item 23 bei der Zwischenerhebung (Erhöhung von 0,964 auf 0,965) und bei der Entlassungserhebung durch Ausschluss von Item 23 oder 48 (Zunahme jeweils von 0,969 auf 0,970) noch minimal gesteigert werden; das bedeutet, der FTV scheint insgesamt bereits über eine gute interne Kompetenz zu verfügen.

Bezüglich der theoretisch angenommenen Skalen würde Cronbachs α für die 1. Skala bei der Entlassungserhebung durch Ausschluss von Item 48 minimal zunehmen (von 0,958 auf 0,959). Für die 2. Skala ergäbe sich nur durch Ausschluss von Item 23 und Item 49 ein leichter Anstieg von Cronbachs α sowohl bei der Zwischen- (statt 0,883 ein Wert von 0,890 beziehungsweise 0,888) als auch bei der Entlassungserhebung (jeweils statt 0,912 ein Wert von 0,916).

Für die errechneten Skalen könnte Cronbachs α für Skala 2 nur durch Ausschluss von Item 23 sowohl bei der Zwischen- als auch bei der Entlassungserhebung geringfügig maximiert werden (von 0,914 auf 0,916 beziehungsweise von 0,942 auf 0,944).

Folglich sind anscheinend auch die einzelnen Skalen mit minimalen Unterschieden alle in sich konsistent. Bei der Betrachtung der Veränderung von Cronbachs α durch Itemausschluss fällt auf, dass eine Steigerung hauptsächlich durch Elimination von den Items erreicht werden könnte, die eine niedrige Trennschärfe (Item 23) beziehungsweise einen extremen Schwierigkeitsindex (Item 48) zeigten. Item 49 fiel nicht darunter, wurde jedoch nur bei den theoretisch angenommenen Skalen der 2. zugeordnet. Daher liegt die Vermutung nahe, dass Item 49 aufgrund geringer inhaltlicher Passung bei Ausschluss zu einer Erhöhung von Cronbachs α der 2. theoriebasierten Skala führen würde. Bei rechnerischer Überprüfung fand sich für die 2. theoretische Skala tatsächlich eine minimale Steigerung von Cronbachs α von 0,883 auf 0,888 bei Ausschluss von Item 49.

Tabelle 18 Interne Konsistenz (Cronbachs α) für die einzelnen Skalen sowie den gesamten FTV

Erhebung		Skala 1		Skala 2		Skala 3		Skala 4		FTV gesamt	
		N _{Items}	α	N _{Items}	α	N _{Items}	α	N _{Items}	α	N _{Items}	α
Theor. Skalen	Z	27	0,955	13	0,883	9	0,811	3	0,661	52	0,964
	E	27	0,958	13	0,912	9	0,848	3	0,681	52	0,969
Empir. Skalen	Z	21	0,954	16	0,914	10	0,869	5	0,725		
	E	18	0,956	19	0,942	10	0,877	5	0,750		

4.3.2 Split-Half- und Retest-Reliabilität

4.3.2.1 Split-Half-Reliabilität

Zur Berechnung der Split-Half-Reliabilitäten wurden die Daten der Zwischen- und Entlassungserhebung anhand der a priori festgelegten Skalen in zwei inhaltlich weitestgehend parallele Hälften aufgeteilt, sodass möglichst gleich viele Items einer Skala in jeder Hälfte enthalten waren (s. Anhang: **Tabelle 42**, **Tabelle 43**, **Tabelle 44**). Dabei ergaben sich folgende Werte für Cronbachs α , den Spearman-Brown- und den Guttman-Lambda-Koeffizienten (s. **Tabelle 19**):

Tabelle 19 Split-Half-Reliabilitäten (Aufteilung anhand der theoretischen Skalen)

		Zwischenerhebung	Entlassungserhebung
Cronbachs α	Teil 1 (26 Items)	0,922	0,933
	Teil 2 (26 Items)	0,936	0,946
Korrelation zwischen Formen		0,947	0,951
Spearman-Brown-Koeffizient	Gleiche Länge	0,973	0,975
	Ungleiche Länge	0,973	0,975
Guttman-Split-Half-Koeffizient λ		0,972	0,974

Beide Testhälften zeigten sowohl für die Zwischen- als auch für die Entlassungserhebung eine äußerst zufriedenstellende Reliabilität (Cronbachs $\alpha > 0,90$), waren aber nur fast parallel, da die Werte für Cronbachs α sich um eine Differenz von 0,014 beziehungsweise 0,013 unterschieden. Die Reliabilitäten waren für die Daten der Entlassungserhebung etwas höher als für die Daten der Zwischenerhebung.

Tabelle 20 Split-Half-Reliabilitäten (Aufteilung anhand der empirischen Skalen)

		Zwischenerhebung	Entlassungserhebung
Cronbachs α	Teil 1 (26 Items)	0,937	0,944
	Teil 2 (26 Items)	0,921	0,935
Korrelation zwischen Formen		0,950	0,953
Spearman-Brown-Koeffizient	Gleiche Länge	0,974	0,976
	Ungleiche Länge	0,974	0,976
Guttman-Split-Half-Koeffizient λ		0,973	0,975

Bei der Aufteilung der Items in zwei parallele Hälften anhand der mittels Hauptkomponentenanalysen errechneten Skalen erhielt man die aus **Tabelle 20** zu entnehmenden Werte für Cronbachs α , den Spearman-Brown- und den Guttman-Lambda-Koeffizienten. Sie unterschieden sich nur geringfügig: die Werte für Cronbachs α der einzelnen Hälften waren um 0,001 beziehungsweise 0,002

verschieden im Vergleich zur Aufteilung nach den angenommenen Skalen. Die Differenz der Werte zwischen 1. und 2. Testhälfte betrug 0,009 (nahezu vollständige Parallelität). Die Korrelation zwischen beiden Testhälften („Korrelation zwischen Formen“) mit den empirisch ermittelten Skalen fiel sogar um 0,003 beziehungsweise 0,002 höher aus als mit den angenommenen Skalen. Der Spearman-Brown-Koeffizient und der Guttman-Split-Half-Koeffizient fielen um 0,001 höher aus als bei der Aufteilung anhand der angenommenen Skalen.

Insgesamt war die Split-Half-Reliabilität sowohl für die angenommenen als auch für die errechneten Skalen hoch, da die Werte durchgängig über 0,90 lagen.

4.3.2.2 Retest-Reliabilität

Für die Bestimmung der Retest-Reliabilität wurden die Daten der Zwischenerhebung mit denen der Entlassungserhebung korreliert (s. **Tabelle 21**). Die Werte für die Korrelation zwischen beiden Erhebungen fielen deutlich niedriger aus im Vergleich zu den Werten für die Split-Half-Reliabilität und lagen im niedrigen Bereich ($< 0,8$).

Tabelle 21 Retest-Reliabilitäten

	Zwischenerhebung		Entlassungserhebung		Korrelation
	μ	σ	μ	σ	
FTV gesamt	2,01	0,69	2,36	0,72	0,647*
Theor. Skala 1	2,80	0,65	2,88	0,68	0,653*
Theor. Skala 2	2,44	0,73	2,69	0,77	0,610*
Theor. Skala 3	1,58	0,82	2,05	0,84	0,597*
Theor. Skala 4	1,67	0,99	2,15	0,99	0,535*
Empir. Skala 1	1,80	0,88	2,22	0,91	0,639*
Empir. Skala 2	2,79	0,68	2,87	0,72	0,595*
Empir. Skala 3	1,26	0,80	1,69	0,85	0,652*
Empir. Skala 4	1,93	0,89	2,29	0,88	0,598*

Die Mittelwerte der einzelnen Items aus der Zwischenerhebung korrelierten deutlich mit denen aus der Entlassungserhebung, wie **Abbildung 13** zeigt. Der Korrelationskoeffizient betrug gerundet 0,94 und die Regressionsgerade lässt sich durch die Gleichung $y = 0,7601x + 0,8312$ beschreiben.

In Zusammenschau der verschiedenen Kennwerte kann von einer eher niedrigen, jedoch noch ausreichenden Retest-Reliabilität gesprochen werden.

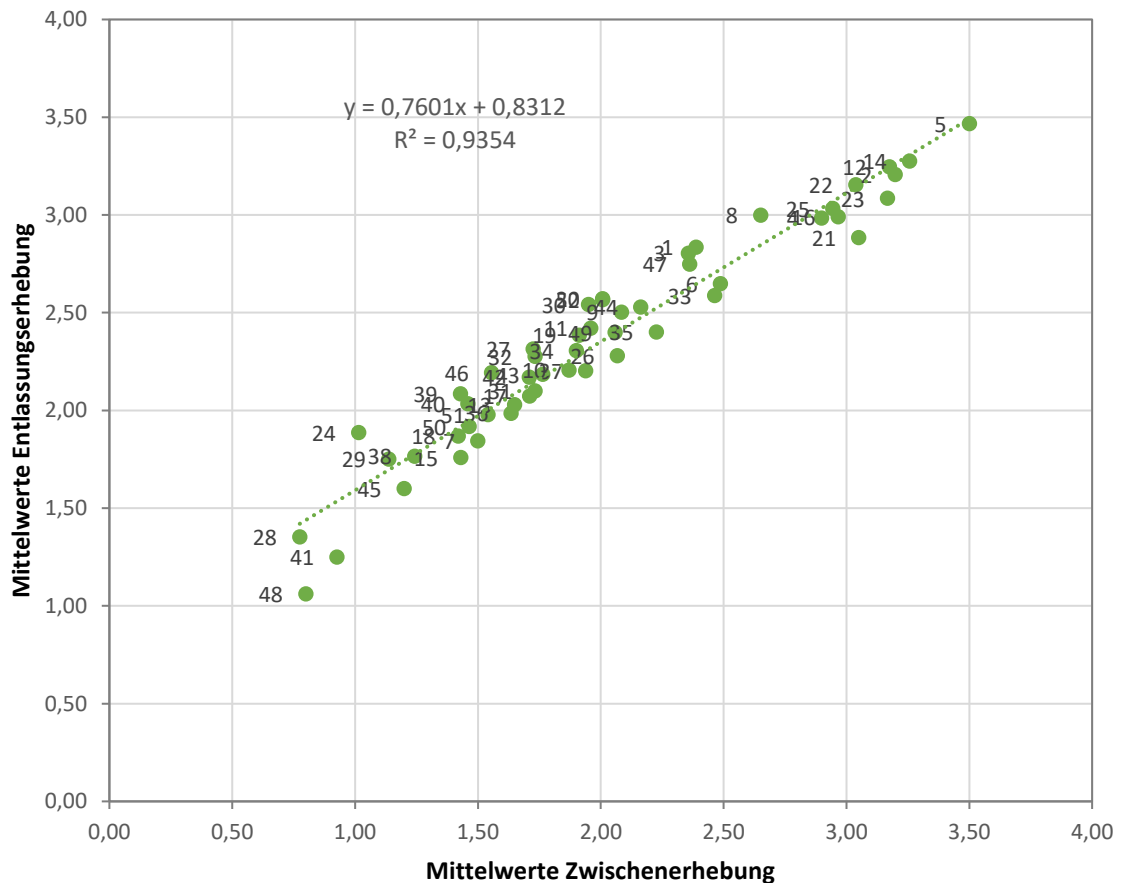


Abbildung 13 Korrelation der Mittelwerte von Zwischen- und Entlassungserhebung

4.3.3 Änderungssensitivität

Um die Änderungssensitivität des FTV zu untersuchen, wurden der μ -Index für die einzelnen Skalen berechnet (s. zur Methode Kapitel 3.4.2.2). Die einzelnen Werte sind **Tabelle 22** zu entnehmen.

Tabelle 22 μ -Indizes

	Retest-Reliabilität	Cronbachs α	μ -Index
FTV gesamt	0,647	0,969	0,332
Theor. Skala 1	0,653	0,958	0,318
Theor. Skala 2	0,61	0,912	0,331
Theor. Skala 3	0,597	0,848	0,296
Theor. Skala 4	0,535	0,681	0,214
Empir. Skala 1	0,639	0,956	0,332
Empir. Skala 2	0,595	0,942	0,368
Empir. Skala 3	0,652	0,877	0,257
Empir. Skala 4	0,598	0,75	0,203

Je höher der μ -Index, desto größer die Änderungssensitivität. Dabei kennzeichnet eine stärkere Änderungssensitivität Zustandswerte im Unterschied zu Charaktermerkmalen. Hohe Werte sprechen demnach für weniger stabile Merkmale.

Der μ -Index für den gesamten FTV lag mit 0,332 gerade innerhalb des Bereichs für Zustands-Merkmale. Die 1. und 2. theoriebasierte Skala (expressives und supportives Therapeutenverhalten) wiesen ebenfalls Werte auf, die State-Skalen kennzeichnen würden. Die μ -Indizes der 3. und 4. theoretischen Skala (allgemeines und interaktionelles Therapeutenverhalten) hingegen, fielen rechnerisch in den Bereich von Trait-Skalen ($< 0,3$).

Die Berechnung der Änderungssensitivität der empirischen Skalen ergab ähnliche Ergebnisse: die Werte der 1. (expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug) und 2. Skala (therapeutische Grundhaltung) lagen im Bereich von State-Skalen ($> 0,3$). Hingegen die 3. (expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug) und die 4. empirische Skala (interaktionelles Therapeutenverhalten) wiesen μ -Indizes auf, die für Trait-Skalen sprechen würden ($< 0,3$).

Beim Vergleich der theoretisch angenommenen mit den empirisch errechneten Skalen schienen die ersten beiden empirischen Skalen eine etwas höhere Änderungssensitivität aufzuweisen als die theoretischen, während es sich für die ohnehin kaum änderungssensitiven letzten beiden Skalen umgekehrt verhielt.

4.4 Validität

4.4.1 Konvergente Validität

Um die konvergente Validität des FTV zu überprüfen, wurden die theoretisch angenommenen und die empirisch ermittelten Skalen mit den Mittelwerten der Skalen des *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) und des Gesamt-Mittelwerts des HAQ aus der Patientenbeurteilung beider Erhebungszeitpunkte korreliert.

In **Tabelle 23** und **Tabelle 24** ist zu sehen, dass der Zusammenhang der 1. HAQ-Skala („Beziehungszufriedenheit“) mit den FTV-Skalen zu supportivem und allgemeinem Therapeutenverhalten (2. und 3. theoretische sowie 2. empirische FTV-Skala) unabhängig vom Erhebungszeitpunkt im Vergleich zu den übrigen Skalen deutlich stärker war (fett). Auch der Mittelwert des gesamten HAQ korrelierte mit diesen Skalen am höchsten. Skala 2 des HAQ wies jedoch über alle FTV-Skalen hinweg niedrige Korrelationskoeffizienten auf.

Tabelle 23 Korrelation nach Pearson der FTV-Skalen mit den HAQ-Mittelwerten der Patientenbeurteilung für die Zwischenerhebungsdaten

Skalen	N	Theoretische FTV-Skalen				Empirische FTV-Skalen			
		1	2	3	4	1	2	3	4
HAQ 1	1975	0,42	0,71	0,66	0,30	0,45	0,75	0,36	0,28
HAQ 2	1682	0,28	0,35	0,27	0,18	0,30	0,32	0,26	0,13
HAQ	2077	0,48	0,69	0,61	0,33	0,52	0,69	0,43	0,29

Tabelle 24 Korrelation nach Pearson der FTV-Skalen mit den HAQ-Mittelwerten der Patientenbeurteilung für die Entlassungserhebungsdaten

Skalen	N	Theoretische FTV-Skalen				Empirische FTV-Skalen			
		1	2	3	4	1	2	3	4
HAQ 1	1976	0,48	0,79	0,71	0,36	0,50	0,81	0,40	0,33
HAQ 2	1933	0,44	0,39	0,22	0,34	0,45	0,24	0,17	0,44
HAQ	2082	0,53	0,77	0,70	0,40	0,56	0,79	0,43	0,35

4.4.2 Zusammenhänge mit anderen Merkmalen

4.4.2.1 Zusammenhang mit Outcome-Gruppen, Reliable Change Index

Anhand des *Reliable Change Index* (RCI) wurden die untersuchten Patienten in die folgenden fünf Gruppen eingeteilt: „klinisch verbessert“, „verbessert“, „pseudogesund“, „unverändert“ und „verschlechtert“. Vom Mittelwertvergleich zwischen den Gruppen wurden die Pseudogesunden jedoch ausgeschlossen.

Tabelle 25 zeigt die Anteile dieser Gruppen an der untersuchten Stichprobe.

Tabelle 25 SCL-Outcome-Gruppen

	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit (in Prozent)
klin. verbessert	645	23,0
verbessert	550	19,6
pseudogesund	73	2,6
unverändert	681	24,3
verschlechtert	131	4,0
Total	2080	100,0

Um die Unterschiede der FTV-Werte hinsichtlich der verschiedenen Outcome-Gruppen zu untersuchen, wurden mehrere einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. In **Tabelle 26** sind die Ergebnisse für die FTV-Skalenmittelwerte dargestellt. Zur graphischen Veranschaulichung sind die Ergebnisse außerdem in **Abbildung 14** und **Abbildung 15** dargestellt.

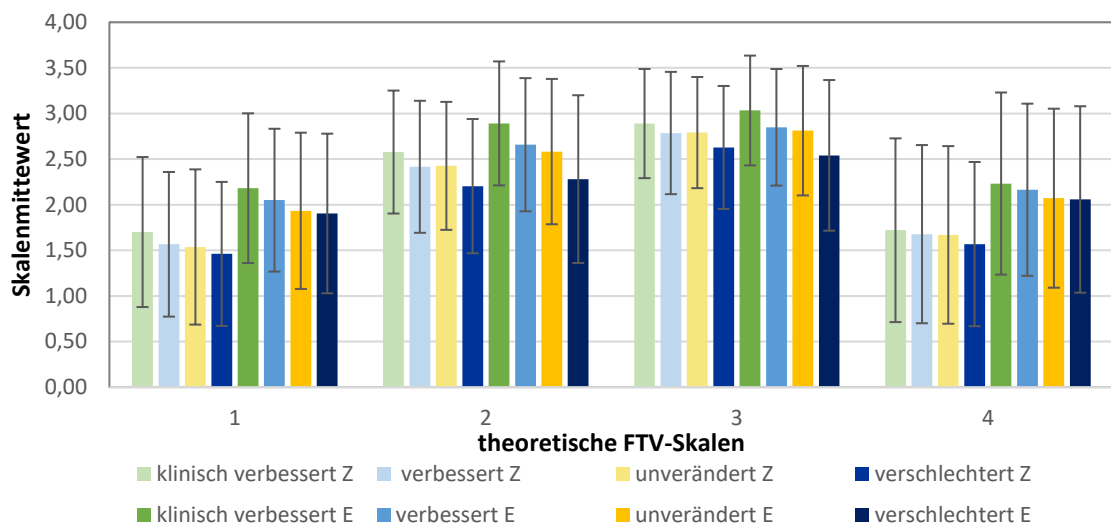


Abbildung 14 theoretische FTV-Skalenmittelwerte der verschiedenen Outcome-Gruppen von Zwischen- (Z) und Entlassungserhebung (E)

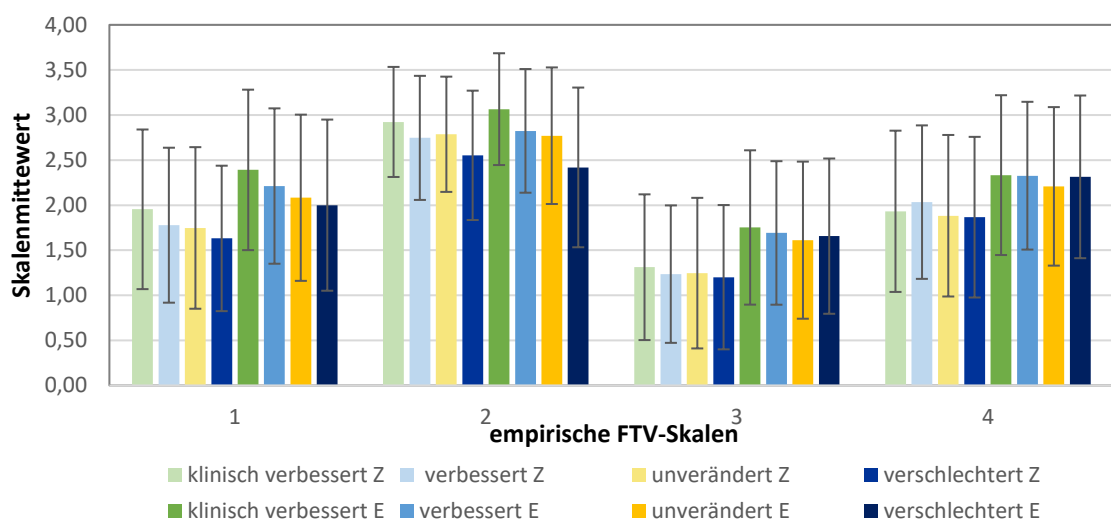


Abbildung 15 empirische FTV-Skalenmittelwerte der verschiedenen Outcome-Gruppen von Zwischen- (Z) und Entlassungserhebung (E)

Für die theoretischen Skalen bestanden bei der Zwischenerhebung signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Outcome-Gruppen hinsichtlich der ersten drei Skalen. Bei der Entlassungserhebung fanden sich für alle vier theoretischen Skalen signifikante Mittelwertunterschiede. Wo genau diese lagen, zeigten die Ergebnisse der Post hoc-Analyse, welche **Tabelle 26** zu entnehmen sind. Für die empirischen Skalen fanden sich bei der Zwischenerhebung signifikante Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen hinsichtlich Skala 1, 2 und 4. Bei der Entlassungserhebung waren ebenfalls für alle Skalen signifikante Unterschiede zu verzeichnen. Zwischen welchen Outcome-Gruppen bedeutsame Differenzen bestanden, ist wiederum in der letzten Spalte von **Tabelle 26** aufgeführt.

Tabelle 45 und **Tabelle 46** (s. Anhang) zeigen den Vergleich bei den einzelnen Items für die Zwischen- und Entlassungserhebung. Für die Zwischenerhebung ergaben sich bei 37 und für die Entlassungserhebung bei 42 Items signifikante Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen.

Tabelle 26 Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Skalen

Skalen	klin. verb. = k(+)		verb. = (+)		unveränd. = (o)		verschl. = (-)		ANOVA		Post hoc - Mehrfachvergleiche
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	F	p \leq	
theor. Z	N = 499		N = 445		N = 528		N = 108				
1	1,70	0,82	1,57	0,79	1,54	0,85	1,46	0,79	4,76	0,003*	k(+) > (o); k(+) > (-)
2	2,58	0,67	2,42	0,72	2,43	0,70	2,20	0,74	10,43	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-); (+) > (-); (o) > (-)
3	2,89	0,60	2,79	0,67	2,79	0,61	2,63	0,67	6,09	0,000*	k(+) > (-)
4	1,72	1,01	1,68	0,98	1,67	0,97	1,57	0,90	0,77	0,508	-
theor. E	N = 640		N = 537		N = 664		N = 128				
1	2,18	0,82	2,05	0,78	1,93	0,86	1,90	0,88	11,09	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-)
2	2,89	0,68	2,66	0,73	2,58	0,80	2,28	0,92	32,84	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-); (+) > (-); (o) > (-)
3	3,03	0,60	2,85	0,64	2,81	0,71	2,54	0,83	25,01	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-); (+) > (-); (o) > (-)
4	2,23	1,00	2,16	0,94	2,07	0,98	2,06	1,02	3,33	0,019*	k(+) > (o)
empir. Z	N = 499		N = 445		N = 528		N = 108				
1	1,95	0,89	1,78	0,86	1,75	0,90	1,63	0,81	7,08	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-)
2	2,92	0,61	2,75	0,69	2,79	0,64	2,55	0,72	12,25	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-); (+) > (-); (o) > (-)
3	1,31	0,81	1,23	0,76	1,25	0,84	1,20	0,80	1,07	0,359	-
4	1,93	0,89	2,03	0,85	1,88	0,90	1,87	0,89	2,68	0,046*	(+) > (o)
empir. E	N = 640		N = 537		N = 664		N = 128				
1	2,39	0,89	2,21	0,86	2,08	0,92	2,00	0,95	15,51	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-)
2	3,06	0,62	2,82	0,69	2,77	0,76	2,42	0,89	38,74	0,000*	k(+) > (+); k(+) > (o); k(+) > (-); (+) > (-); (o) > (-)
3	1,75	0,86	1,69	0,80	1,61	0,87	1,66	0,86	3,07	0,027*	k(+) > (o)
4	2,33	0,89	2,33	0,82	2,21	0,88	2,31	0,90	2,83	0,037*	k(+) > (o)

4.4.2.2 Zusammenhänge mit persönlichkeitsstrukturellen Merkmalen

Persönlichkeitsstrukturelle Merkmale wurden zum einen über das BPI erfasst, zum anderen über die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Zunächst wurden die Patienten anhand ihres bei Aufnahme ermittelten BPI-Cut-20 Wertes in zwei Gruppen eingeteilt: Patienten mit Werten unter 10 gelten als strukturell nicht gestört, diejenigen mit BPI-Cut-20-Werten von 10 oder größer hingegen als mit hoher Wahrscheinlichkeit strukturell gestört. Die Skalenmittelwerte beider Gruppen wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben verglichen (vgl. **Tabelle 27**). Die entsprechenden Vergleiche für jedes einzelne Item sind im Anhang in **Tabelle 47** und **Tabelle 48** dargestellt.

In Bezug auf die theoretisch angenommenen FTV-Skalen wiesen nur bei der Entlassungserhebung Skala 2 und Skala 3 (supportives und allgemeines Therapeutenverhalten) signifikante Unterschiede zwischen den Patienten mit BPI-Cut-20 < 10 und derjenigen mit Werten ≥ 10 auf: Patienten ohne strukturelle Störung erreichten höhere Mittelwerte, das heißt sie erlebten supportives und allgemeines Therapeutenverhalten stärker, als Patienten mit Verdacht auf diese Störung. Bei der Zwischenerhebung bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Teilstichproben. Für die empirisch ermittelten FTV-Skalen unterschied sich Skala 2 (therapeutische Grundhaltung/allgemeines und supportives Therapeutenverhalten) sowohl bei der Zwischen- als auch bei der Entlassungserhebung signifikant: Patienten mit BPI-Cut-20 < 10 nahmen die therapeutischen Interventionen stärker wahr als Patienten mit BPI-Cut-20 ≥ 10 .

Tabelle 27 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-Skalen (Z: Zwischenerhebung, E: Entlassungserhebung)

Skalen	BPI-Cut-20 < 10		BPI-Cut-20 ≥ 10		t-Test	
	μ	σ	μ	σ	t	p \leq
theoretische Skalen Z	N = 108		N = 74			
Skala 1	1,70	0,91	1,59	0,77	-0,88	0,379
Skala 2	2,63	0,70	2,46	0,71	-1,64	0,103
Skala 3	2,95	0,59	2,83	0,61	-1,26	0,208
Skala 4	1,70	1,00	1,73	1,01	0,14	0,887
theoretische Skalen E	N = 159		N = 86			
Skala 1	2,08	0,89	2,02	0,81	-0,51	0,610
Skala 2	2,90	0,75	2,53	0,84	-3,47	0,001*
Skala 3	3,04	0,64	2,79	0,74	-2,75	0,006*
Skala 4	2,06	0,99	2,05	0,87	-0,08	0,935
empirische Skalen Z	N = 108		N = 74			
Skala 1	2,00	1,00	1,80	0,85	-1,14	0,257
Skala 2	3,00	0,58	2,79	0,68	-2,21	0,028*
Skala 3	1,30	0,90	1,29	0,77	-0,08	0,936
Skala 4	1,94	0,97	2,04	0,86	0,76	0,448
empirische Skalen E	N = 159		N = 86			
Skala 1	2,29	0,96	2,18	0,88	-0,90	0,369
Skala 2	3,06	0,69	2,71	0,81	-3,55	0,000*
Skala 3	1,68	0,89	1,65	0,83	-0,25	0,801
Skala 4	2,23	0,90	2,30	0,79	0,58	0,561

In einem weiteren Schritt wurden die Patienten wiederum in zwei Gruppen eingeteilt: Jene mit einer klinischen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und jene ohne Persönlichkeitsstörung. Dabei ergaben sich ebenfalls für einzelne Items signifikante Unterschiede im t-Test beim Vergleich

dieser beiden Gruppen: bei der Zwischenerhebung unterschieden sie sich in 14 und bei der Entlassungserhebung in zehn von 52 Items. Die Ergebnisse sind **Tabelle 49** und **Tabelle 50** (s. Anhang) zu entnehmen.

Beim Betrachten der Unterschiede für die einzelnen FTV-Skalen (s. **Tabelle 28**) zeigte sich, dass sich bei der Zwischenerhebung Skala 2 und 3 der theoretisch angenommenen Skalen (supportives und allgemeines Therapeutenverhalten) signifikant zwischen beiden Diagnosegruppen unterschieden: Patienten mit Persönlichkeitsstörung wiesen niedrigere Mittelwerte auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Das bedeutet erstere beobachteten supportive und allgemeine therapeutische Interventionen seltener als letztere. Bei der Entlassungserhebung hingegen bestanden keine signifikanten Unterschiede.

Für die empirischen Skalen fand sich bei der Zwischenerhebung lediglich für Skala 2 (therapeutische Grundhaltung) ein signifikanter Unterschied, der erneut darin bestand, dass der Skalenmittelwert bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörung unter dem der Patienten ohne diese lag, sie also die therapeutische Grundhaltung ihres Therapeuten in geringerem Ausmaß wahrnahmen. Bei der Entlassungserhebung ergaben sich bedeutsame Differenzen für die Skalen 2 und 3: auch bei Skala 2 (therapeutische Grundhaltung) war der Mittelwert der persönlichkeitsgestörten Patienten niedriger als der der persönlichkeitsgesunden. Dies weist erneut auf ein vermindertes Erkennen der therapeutischen Grundhaltung im Therapeutenverhalten durch Patienten mit im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörung hin. Nur für Skala 3 (expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug) lag der Mittelwert der Patienten mit dieser Diagnose über dem der Patienten ohne sie. Demzufolge stellten Patienten ohne Persönlichkeitsstörung expressive therapeutische Interventionen im Rahmen der Therapie intensiver fest als Patienten mit Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 28 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die einzelnen FTV-Skalen (Z: Zwischenerhebung, E: Entlassungserhebung)

Skalen	Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen		Patienten mit Persönlichkeitsstörungen		t-Test	
	μ	σ	μ	σ	t	$p \leq$
theoretische Skalen Z	N = 1084		N = 994			
Skala 1	1,58	0,83	1,58	0,81	0,23	0,822
Skala 2	2,48	0,71	2,39	0,75	-2,67	0,008*
Skala 3	2,84	0,64	2,76	0,66	-2,89	0,004*
Skala 4	1,69	1,02	1,65	0,96	-1,09	0,276
theoretische Skalen E	N = 1151		N = 937			
Skala 1	2,03	0,83	2,07	0,84	1,03	0,305
Skala 2	2,72	0,74	2,66	0,80	-1,86	0,063
Skala 3	2,90	0,66	2,86	0,70	-1,38	0,168
Skala 4	2,17	0,99	2,14	0,99	-0,55	0,579
empirische Skalen Z	N = 1084		N = 994			
Skala 1	1,80	0,90	1,80	0,87	-0,13	0,898
Skala 2	2,84	0,66	2,73	0,71	-3,73	0,000*
Skala 3	1,24	0,81	1,28	0,80	1,01	0,311
Skala 4	1,95	0,90	1,91	0,88	-1,21	0,227
empirische Skalen E	N = 1151		N = 937			
Skala 1	2,21	0,91	2,23	0,92	0,48	0,630
Skala 2	2,90	0,70	2,83	0,76	-2,07	0,039*
Skala 3	1,65	0,86	1,73	0,85	2,08	0,038*
Skala 4	2,30	0,86	2,28	0,89	-0,60	0,550

4.5 Illustrative Kasuistiken

Um die dargestellten Befunde zu illustrieren, werden abschließend exemplarisch zwei Kasuistiken dargestellt, die typische Patienten und ihre Behandlungsverläufe wiedergeben. Dabei wird auf die relevanten Aspekte fokussiert und auf nachrangige Bereiche wie etwa somatische Begleiterkrankungen und körperliche Untersuchungsergebnisse verzichtet.

4.5.1 Frau S.⁹

Die 37-jährige verheiratete Mutter zweier grundschulpflichtiger Kinder, in Teilzeit angestellt in einem mittelständischen Unternehmen, aber seit einigen Wochen wegen ihrer psychischen Beschwerden arbeitsunfähig, wurde wegen eines ängstlich-depressiven Syndroms zu ihrer ersten stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eingewiesen. Die Patientin selbst berichtete bei Aufnahme, dass sie vor etwa drei Monaten bei einer Autofahrt mit ihrer Familie einen „schlimmen Angstanfall“ erlitten habe. Sie habe „wie aus heiterem Himmel“ plötzlich Herzrasen, Luftnot und Todesangst entwickelt, was sich innerhalb weniger Minuten immer weiter verstärkt habe, sodass ihr Ehemann habe anhalten müssen. Sie habe sich dann innerhalb der nächsten halben Stunde wieder beruhigen können, sodass die Familie die Autofahrt habe fortsetzen können. Dennoch sei dieses Ereignis sehr belastend und ängstigend gewesen, sodass sie in der Folgezeit in ängstlicher Anspannung und Erwartung vor einem erneuten „Anfall“ gewesen sei. Tatsächlich seien auch ungefähr eine Woche später wieder schwere Panikattacken aufgetreten, was sie regelrecht aus der Bahn geworfen habe: Sie habe sich kaum noch alleine aus dem Haus getraut, habe ihre sonst üblichen Aktivitäten vermieden, konnte nicht mehr arbeiten und habe Haushalt und Kinderbetreuung vernachlässigt, da sie zunehmend verzweifelt, hoffnungslos und antriebsarm geworden sei. Sie habe teilweise stundenlang weinend auf dem Sofa gesessen und sich gefragt, womit sie dieses Schicksal verdient habe. Aufgrund ihres Zustandes seien auch eheliche Spannungen, die unerschwellig bereits vor ihrer Erkrankung bestanden hätten, stärker zutage getreten, was ihre Ängste und Verzweiflung weiter verstärkt habe. Frau S. habe sich in ihrer Not an ihren Hausarzt gewandt, der verschiedene organmedizinische Untersuchungen veranlasst habe, die jedoch allesamt keinen richtungsweisenden Befund ergeben hätten. Eine ambulante Psychotherapie sei ihr empfohlen worden, aber die von ihr kontaktierten Psychotherapeuten hätten alle eine lange Wartezeit und ihr daher aktuell keinen Behandlungsplatz anbieten können. Aufgrund der Generalisierung ihrer Ängste mit deutlichen Einbußen in ihrem psychosozialen Funktionsniveau und der zunehmend eskalierenden häuslichen Situation wurde dann die Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt, was die Patientin dankbar aufnahm.

Zum Aufnahmezeitpunkt formulierte Frau S. ihre individuellen drei Probleme folgendermaßen:

1. „andauernde Freudlosigkeit und Antriebsarmut“
2. „Ängste unklarer Ursache, welche mich plötzlich überfallen ohne vorhersehbar zu sein“
3. „Ich weiß nicht, ob und wie ich meine Ehe leben will unter den vorgegebenen äußeren Zwängen“

Im psychopathologischen Befund imponierte eine verzweifelt-hoffnungslose Stimmung bei eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, Störungen der Vitalgefühle in Form von Schlafproblemen, subjektiven Konzentrationsdefiziten, die sich jedoch nicht objektivieren ließen, eine massive Grübelneigung, Antriebs- und Lustlosigkeit sowie eine deutliche Erwartungsangst bei anamnestischen Panikattacken mit typischer vegetativer Begleitsymptomatik und konsekutivem Vermeidungsverhalten. Störungen des Bewusstseins, der Orientierung oder mnestiche beziehungsweise

⁹ Name geändert

kognitive Defizite konnten ebenso wenig eruiert werden wie Sinnestäuschungen, Wahnphänomene oder Ich-Störungen; Suizidalität bestand nicht. In den psychodynamischen Überlegungen fiel die affektisolierte, rationalisierende und kontrollierte Darstellung ihrer Vorgeschichte auf; Affekte und inneres Erleben wurden hingegen kaum spürbar und Frau S. tat sich schwer, ihre Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu kommunizieren; insbesondere aversive Affekte wie Ärger oder Enttäuschung konnte sie kaum tolerieren.

Angesichts der Vorgeschichte und des aktuellen psychopathologischen Befundes wurde eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine mittelgradig depressive Episode (F32.1) diagnostiziert. In der psychometrischen Diagnostik bei Aufnahme erreichte Frau S. im GSI der SCL-90-R als Indikator für ihre generelle psychische Belastung einen Wert von 1,67, der somit über dem Durchschnittswert der hier berichteten Gesamtstichprobe von 1,42 liegt.

Der Schwerpunkt der stationären Behandlung lag zunächst auf der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung, einer Reduktion der ängstlich-depressiven Symptomatik, einer Verbesserung der Affektwahrnehmung und -regulation, einer Strukturierung des Erlebens sowie einer erweiterten Angstexposition. Dazu nahm Frau S. an einem multimodalen Behandlungsprogramm teil, das neben psychoanalytisch-interaktionell orientierter Einzel- und Gruppentherapie engmaschige Bezugspflege inklusive Angstexpositionsübungen auch verschiedene komplementärtherapeutische Ansätze aus der Bewegungs-, Ergo- und Gestaltungstherapie umfasste; zudem wurde Krankengymnastik und Sozialtherapie verordnet.

Durch die stationäre Aufnahme fühlte sich die Patientin sehr entlastet, und sie entwickelte rasch eine sehr motivierte und sich einlassende Arbeitshaltung. Dabei konnte sie gut von strukturierenden und vorgegebenen Aktivitäten profitieren. Im Verlauf gelang es Frau S. immer besser, ihr einerseits passives, oft einsilbiges und damit auch affektdistanzierendes Verhalten beziehungsweise ihre schnellen impulsiven Entwertungen und Ablehnungen zugunsten einer offeneren, aktiveren und lebendigeren Verhaltensweise zu verändern. Parallel zu einer Reduktion der ängstlich-depressiven Beschwerden kam es zu einer verbesserten Affektwahrnehmung und -regulation; sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie konnten psychodynamische Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und ihrer häuslichen, v.a. ehelichen Situation fassbar gemacht werden. Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung wurde die Patientin zu Belastungserprobungen im gewohnten Umfeld einschließlich Übernachtungen zu Hause motiviert. Durch diese Form der Konfrontation mit ihrer unbefriedigenden privaten Situation kam es zu einer Reaktivierung alter Erlebnis- und Verhaltensmuster mit Hoffnungslosigkeit, passivem Rückzug und Vermeidung. Dies konnte therapeutisch aufgefangen und begrenzt bearbeitet werden, sodass zum Entlassungszeitpunkt zwar eine deutliche psychosoziale Stabilisierung inklusive Arbeitsfähigkeit zu konstatieren war, dennoch die Indikation für eine ambulante Psychotherapie gestellt wurde, um darüber die noch offenen Konfliktfelder zu bearbeiten.

Die Patientin selbst war bei ihrer Entlassung insgesamt „eher zufrieden“ mit der Therapie und bewertete die Symptomveränderung als „deutlich gebessert“. Der Therapeut hingegen war hinsichtlich der Behandlung weder zufrieden noch unzufrieden („unentschieden“), stimmte aber in der Veränderung der Symptome mit der Patientin überein (Bewertung auch als „deutlich gebessert“). Hinsichtlich des zum Aufnahmezeitpunkt bestehenden Leidensdrucks unter den individuellen Problemen waren zum Entlassungszeitpunkt die „andauernde Freudlosigkeit und Antriebsarmut“ sowie die „Ängste unklarer Ursache [...]“ vollständig zurückgegangen (von „stark“ auf „überhaupt nicht“), während der Leidensdruck bezüglich ihres Ehelebens zumindest von „könnte nicht schlimmer sein“ auf „stark“ gesunken war. Ihr Allgemeinbefinden war den eigenen Angaben zufolge ebenfalls „deutlich gebessert“. Der Therapeut bewerte die Veränderung zumindest mit „leicht gebessert“. In der testpsychologischen Abschlussdiagnostik erreichte sie im GSI der SCL-90-R einen Wert von 0,24, der

sich somit deutlich unter dem durchschnittlichen Entlassungswert der hier berichteten Gesamtstichprobe von 0,93 bewegt. Nach der Zuordnung zu den vier verschiedenen Outcome-Gruppen fällt der Krankheitsverlauf von Frau S. in die Kategorie „klinisch verbessert“.

Tabelle 29 beinhaltet eine Gegenüberstellung der FTV-Skalenwerte von Frau S. mit den FTV-Werten der Gesamtstichprobe zur Zwischen- und Entlassungserhebung. Durch die z-Transformation der Rohwerte der Patientin wurde ersichtlich, dass sie sich weder bei der Zwischen- noch bei der Entlassungserhebung signifikant von den Durchschnittswerten aller anderen Patienten unterschied. Rein numerisch betrachtet, ergibt sich folgendes Bild: Frau S. bewertete das Verhalten ihres Bezugstherapeuten bei der Zwischenerhebung als weniger interaktionell orientiert, aber expressiver und supportiver als die Patienten der Gesamtstichprobe ihre jeweiligen Bezugstherapeuten einschätzten (vgl. **Tabelle 29**). Am Ende der Therapie beurteilte sie ihren Bezugstherapeuten als weniger expressiv, supportiv und interaktionell orientierter im Vergleich zu den Einschätzungen der jeweiligen Therapeuten durch die anderen Patienten. Interessant ist dabei auch, dass Frau S. im Behandlungsverlauf eine Abnahme der expressiven, supportiven und allgemeinen Komponenten ihres Bezugstherapeuten wahrnahm, während sie gleichzeitig eine Zunahme der interaktionellen Interventionen konstatierte.

Tabelle 29 FTV-Skalenmittelwerte Frau S.

Theoret. Skala	Zwischenerhebung				Entlassungserhebung			
	Frau S.	z-Wert	p (zweiseit.)	Gesamtstichprobe ($\mu \pm \sigma$)	Frau S.	z-Wert	p (zweiseit.)	Gesamtstichprobe ($\mu \pm \sigma$)
1	1,93	0,43	0,67	1,58 $\pm 0,82$	1,19	-1,02	0,31	2,05 $\pm 0,84$
2	2,77	0,45	0,65	2,44 $\pm 0,73$	1,92	-1,00	0,32	2,69 $\pm 0,77$
3	2,67	-0,20	0,84	2,80 $\pm 0,65$	1,67	-1,78	0,08	2,88 $\pm 0,68$
4	1,00	-0,68	0,50	1,67 $\pm 0,99$	1,67	-0,48	0,63	2,15 $\pm 0,99$

In **Abbildung 16** sind die Werte der einzelnen FTV-Items geordnet nach den theoretisch angenommenen Subskalen zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung und in **Abbildung 17** zum Zeitpunkt der Entlassung für Frau S. dargestellt. Als schwächer gefärbte Fläche im Hintergrund sind die Itemmittelwerte der gesamten Stichprobe zum entsprechenden Zeitpunkt abgebildet (s. Legende).

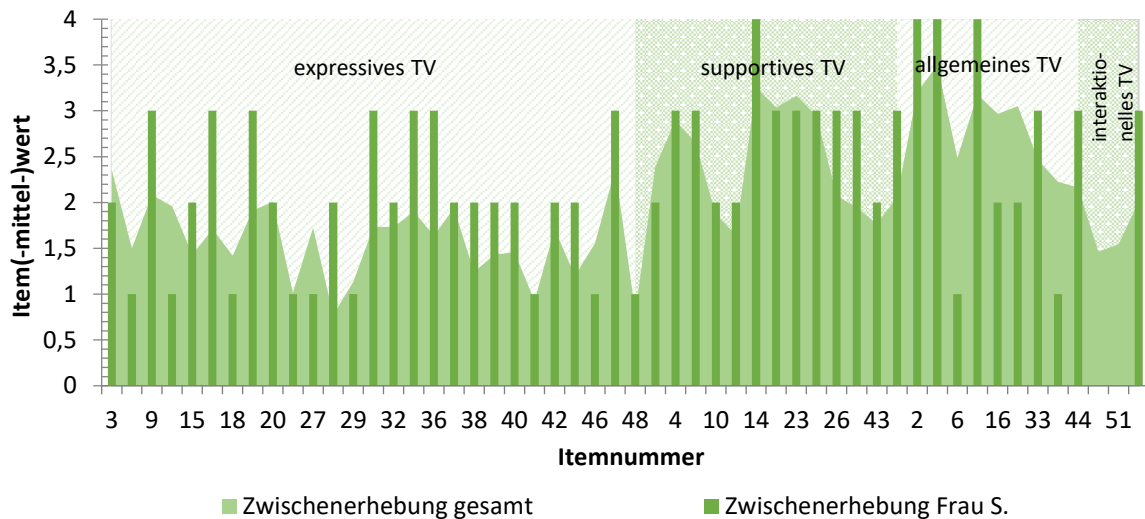


Abbildung 16 FTV-Zwischenerhebung Frau S.

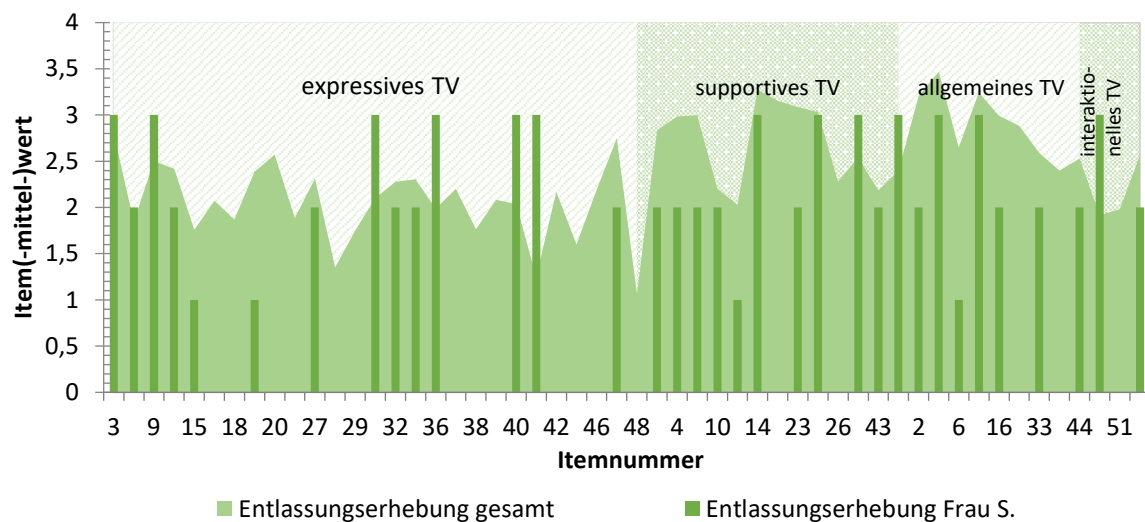


Abbildung 17 FTV-Entlassungserhebung Frau S.

4.5.2 Herr W.¹⁰

Der 30-jährige alleinstehende und seit seinem Zivildienst nicht mehr längerfristig beschäftigte Herr W. wurde wegen einer rezidivierenden depressiven Störung zu seiner dritten stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Tiefenbrunn aufgenommen. Bereits bekannt waren ein langjähriger und seit dem 15. Lebensjahr zumindest zeitweise täglicher Cannabiskonsum sowie zusätzlich passager die Einnahme von LSD, Kokain, Ecstasy und einmalig Amphetaminen mit phasenweiser Abstinenz bis zu neun Monaten; zum Aufnahmezeitpunkt bestand seit ungefähr fünf Monaten Abstinenz. Der Patient selbst berichtete bei Aufnahme von starken Antriebs- und Stimmungsschwankungen mit gelegentlichen verbalen Ausfällen, die ihn in seinem Sozialleben sehr einschränkten, sodass er Schwierigkeiten habe, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten. Bei inneren Spannungszuständen gefährde er sich gelegentlich selbst, in dem er mit dem Rad unachtsam und schnell durch die Stadt fahre und gefährliche Situationen in Kauf nehme. Er sei latent suizidal, ohne bisher einen Suizid direkt geplant zu haben.

¹⁰ Name geändert

Während seiner ersten stationären Behandlung habe er seine damalige Freundin kennen gelernt, die sich aber aufgrund seiner Passivität schließlich von ihm getrennt hätte. Die Therapie in Tiefenbrunn hätte ihm gut getan und er sei anschließend motiviert gewesen „voll durchzustarten“, habe aber trotz dringender Empfehlung keine konkreten Schritte hinsichtlich Arbeits- und ambulanter Therapieplatzsuche unternommen. Finanziell sei er durch Arbeitslosengeld und die Unterstützung seiner Eltern und Großeltern versorgt gewesen. Er habe sich auch sonst auf seine Mutter verlassen, könne aber nicht akzeptieren, dass sie ihn trotz seiner abstinenten Phasen als drogenabhängig bezeichne.

Aufgrund seines andauernden depressiven Zustands („konnte mich nicht mehr rasieren oder die Zähne putzen“) habe er bei seiner damaligen Therapeutin um erneute Aufnahme in Tiefenbrunn gebeten und wurde trotz wechselnder Motivation behandelt. Anschließend sei er zu Hause jedoch wieder „in den alten Trott verfallen“. Dies habe auch zu erheblichen Spannungen in der Partnerschaft und letztendlich zur Trennung geführt. Dies habe ihm „den Boden unter den Füßen weggezogen“ und seine jetzige depressive Dekompensation ausgelöst.

Trotz Therapieerfahrung konnte Herr W. zum Aufnahmezeitpunkt kaum drei individuelle Probleme formulieren und trug Folgendes in den dafür vorgesehenen Bogen ein:

1. „Was kann ich wissen?“
2. „Was darf ich hoffen?“
3. „Was soll ich tun?“

Im psychopathologischen Befund wurde eine depressive Stimmung, Rat- und Lustlosigkeit, eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit und sozialer Rückzug konstatiert. Störungen des Bewusstseins, der Orientierung oder mnestiche beziehungsweise kognitive Defizite lagen nicht vor und es ergaben sich keine Hinweise auf Sinnestäuschungen, Wahnphänomene oder Ich-Störungen; akute Suizidalität bestand nicht, jedoch Parasuizidalität in Form von Aufsuchen gefährlicher Situationen (wie risikoreiches Radfahren). Interaktionell imponierte der Patient dadurch, dass er sich zwar offensichtlich um Freundlichkeit bemühte, aber mit Unverständnis und aggressiver Gereiztheit auf jegliche Versuche reagierte, an seine Eigenverantwortung zu appellieren. Dabei vermittelte er den Eindruck, hohe Ansprüche an die Therapeuten zu stellen bei gleichzeitig geringschätzender Haltung gegenüber ihrer Kompetenz. Psychodynamisch fiel eine deutliche Einschränkung im Bereich der Selbst- und Objektwahrnehmung sowie der Selbst(wert)regulierung bei ausgeprägten Selbstwertkonflikten auf.

In Anbetracht der Vorgeschichte und des psychopathologischen Befundes wurden eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), ein amotivales Syndrom nach Cannabis-Missbrauch (F12.7) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen (F61.0) diagnostiziert. In der psychometrischen Diagnostik bei Aufnahme erreichte Herr W. im GSI der SCL-90-R als Indikator für seine generelle psychische Belastung einen Wert von 2,23, der somit über dem Durchschnittswert der hier berichteten Gesamtstichprobe von 1,42 liegt.

Die Zielsetzung der stationären Behandlung bestand in der Verbesserung der Selbst- und Objektwahrnehmung sowie der Erweiterung der Selbst- und Objektregulierung mit Entwicklung von mehr Eigeninitiative und Aktivität. Dafür wurde Herrn W. eine multimodale psychotherapeutische Behandlung zuteil: zusätzlich zu psychoanalytisch-interaktioneller Einzel- und Gruppentherapie, bei der die aktuelle Lebenssituation und Beziehungsgestaltung beziehungsweise Interaktion im Vordergrund stand, erhielt der Patient Körpertherapie mit Gruppenarbeit zur Selbstregulierung, bekam Nordic-Walking zur Verbesserung von Durchhaltevermögen und Eigeninitiative sowie Ergotherapie zur Konfrontation und Verbesserung seiner niedrigen Frustrationstoleranz verordnet.

Im Behandlungsverlauf konnte sich Herr W. nur begrenzt in die Stationsgemeinschaft integrieren und war aufgrund von aggressivem und teilweise abwertendem Verhalten immer wieder in zwischenmenschliche Konflikte verwickelt, die er jedoch nicht ausschließlich allein zu verschulden hatte. Es gelang ihm nur bedingt, die Maßnahmen der Körpertherapie zielgemäß durchzuführen, was hauptsächlich seiner besonders niedrigen Frustrationstoleranz und Kritikfähigkeit bei gleichzeitiger Selbstwertproblematik mit Schamgefühlen zuzuschreiben war. In der Ergotherapie konnte Herr W. jedoch seine zunächst geringschätzigste, abwertende Haltung hin zu geduldigerem, planvollere Arbeitsverhalten, mit Annehmen von Hilfe und Regulierung von Größenphantasien hin zu realistischeren Einschätzungen und Bewertungen verändern. Ein Arbeitsbelastungsversuch führte zu einer deutlichen Überforderung für den Patienten, wobei er seine eindeutig erkennbaren Probleme verharmloste wie schon zuvor seine gesamte Lebenssituation. Dem Bemühen, ihn in eine heimatnahe Tagesklinik zu überweisen, um eine nachhaltige Verbesserung seiner Lebensumstände zu erreichen, widersetzte er sich aufgrund völligen Unverständnisses und Vorwürfen, nicht in seinem dringenden Weiterbehandlungswunsch ernstgenommen zu werden. Darin kam eine tiefe narzisstische Kränkung und extreme Zukunftsangst zum Ausdruck. Auch die therapeutische Beziehung blieb sehr ambivalent, letztlich konnte die Mutterübertragung auch hier nicht hinreichend bearbeitet werden.

Eine eher verhaltenstherapeutisch ausgerichtete, sozial-psychiatrische tagesklinische Behandlung am Heimatort wurde in die Wege geleitet und Herrn W. dringend empfohlen. Er war zum Entlassungszeitpunkt arbeitsunfähig.

Trotz der dargestellten Schwierigkeiten und des objektiv nur geringen Behandlungserfolgs, äußerte sich Herr W. im Nachhinein als „eher zufrieden“ sowohl hinsichtlich der Behandlung als auch hinsichtlich der Symptomveränderung und der Veränderung des Allgemeinbefindens. Den Leidensdruck bezüglich der ersten beiden individuellen Probleme („Was kann ich wissen?“, „Was darf ich hoffen?“) stuft er zum Entlassungszeitpunkt wie auch bei Aufnahme als „stark“ ein. Nur seine dritte zu Beginn formulierte Frage „Was soll ich tun?“ bewertete er hinsichtlich des Leidensdrucks nicht mehr mit „könnte nicht schlimmer sein“ sondern mit „etwas“, obgleich er nach wie vor passive Versorgungswünsche und Wiedergutmachungsansprüche bei extremen Vermeidungsverhalten deutlich werden ließ. In der testpsychologischen Abschlussdiagnostik erreichte Herr W. im GSI der SCL-90-R einen Wert von 2,69, der weit über dem durchschnittlichen Entlassungswert der hier berichteten Gesamtstichprobe von 0,93 und sogar auch über seinem Aufnahmewert von 2,23 lag. Nach der Zuordnung zu den vier verschiedenen Outcome-Gruppen fällt der Krankheitsverlauf von Herrn W. somit in die Kategorie „verschlechtert“.

In **Tabelle 30** sind die FTV-Skalenwerte von Herrn W. denen der Gesamtstichprobe zur Zwischen- und Entlassungserhebung gegenübergestellt worden. Durch die z-Transformation der Rohwerte des Patienten zeigte sich, dass er sich weder bei der Zwischen- noch bei der Entlassungserhebung signifikant von den Durchschnittswerten aller anderen Patienten unterscheidet. Rein numerisch betrachtet, ergibt sich folgendes Bild: Herr W. empfand das Therapeutenverhalten bei der Zwischenerhebung als weniger supportiv, aber expressiver und deutlich interaktioneller ausgeprägt als die Patienten der Gesamtstichprobe ihre jeweiligen Bezugstherapeuten einschätzten (vgl. **Tabelle 30**). Am Ende der Therapie stellte er ebenfalls weniger supportiv orientiertes Verhalten bei seinem behandelnden Therapeuten im Vergleich zu den Einschätzungen der jeweiligen Bezugstherapeuten durch die anderen Patienten fest. Die Unterschiede zur Gesamtstichprobe sind jedoch nicht signifikant.

Bemerkenswert ist, dass Herr W. im Therapieverlauf eine Zunahme der expressiven und supportiven therapeutischen Verhaltensweisen wahrnahm, während er gleichzeitig eine Abnahme der interaktionellen Interventionen bemerkte.

Table 30 FTV-Skalenmittelwerte Herr W.

Theoret. Skala	Zwischenerhebung				Entlassungserhebung			
	Herr W.	z-Wert	p (zweiseit.)	Gesamtstichprobe ($\mu \pm \sigma$)	Herr W.	z-Wert	p (zweiseit.)	Gesamtstichprobe ($\mu \pm \sigma$)
1	1,81	0,28	0,78	1,58 \pm 0,82	2,11	0,07	0,94	2,05 \pm 0,84
2	1,69	-1,03	0,30	2,44 \pm 0,73	2,15	-0,70	0,48	2,69 \pm 0,77
3	2,33	-0,72	0,47	2,80 \pm 0,65	2,33	-0,81	0,42	2,88 \pm 0,68
4	2,67	1,01	0,31	1,67 \pm 0,99	2,33	0,18	0,86	2,15 \pm 0,99

In **Abbildung 18** sind die Werte der einzelnen FTV-Items geordnet nach den theoretisch angenommenen Subskalen zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung und in **Abbildung 19** zum Zeitpunkt der Entlassung für Herrn W. dargestellt. Als schwächer gefärbte Fläche im Hintergrund sind die Itemmittelwerte der gesamten Stichprobe zum entsprechenden Zeitpunkt abgebildet (s. Legende).

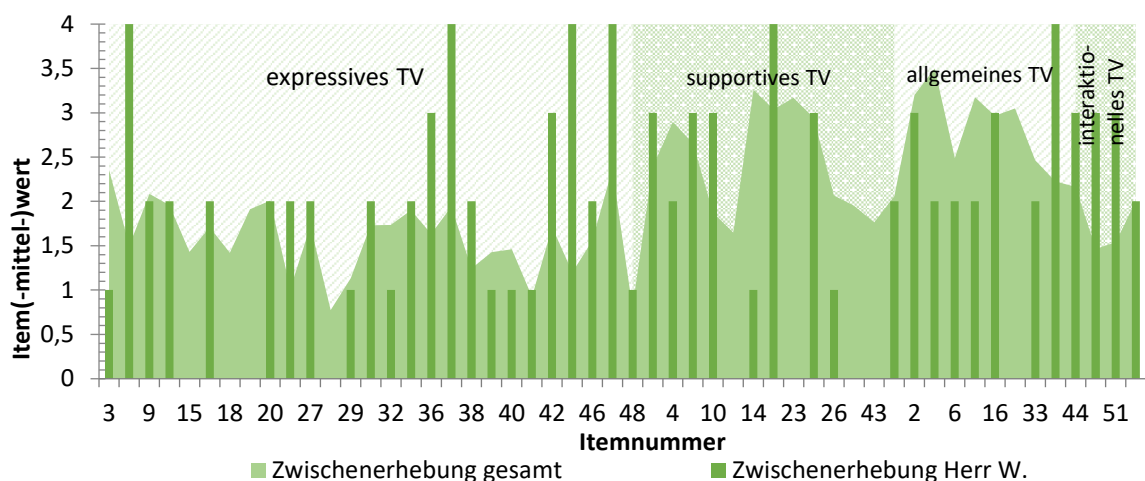


Abbildung 18 FTV-Zwischenerhebung Herr W.

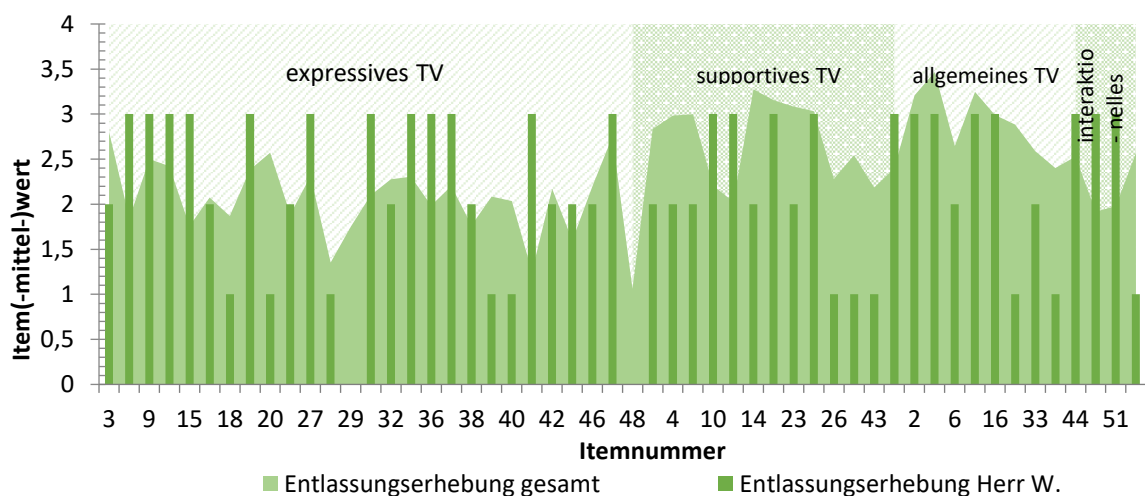


Abbildung 19 FTV-Entlassungserhebung Herr W.

5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, den Fragebogen zum Therapeutenverhalten hinsichtlich seiner psychometrischen Güte, das heißt bezüglich deskriptiver Item- und Skalenskennwerte, seiner Faktorenstruktur sowie seiner Reliabilität und Validität zu zwei Untersuchungszeitpunkten an einem großen Patientekollektiv zu untersuchen. Anhand dessen sollte beurteilt werden, inwiefern die Items die unterschiedlichen Interventionsformen in der psychotherapeutischen Behandlung zu erfassen vermögen. Dabei zeigte sich, dass mit dem FTV allgemein-supportive, expressive und interaktionelle therapeutische Interventionen vom Patienten evaluiert werden können. Die einzelnen Interventionsformen lassen sich dabei zu vier inhaltlich verschiedenen Skalen mit unterschiedlicher Itemzahl aber jeweils sehr guter Reliabilität zusammenfassen.

Weiterhin wurden die Zusammenhänge des FTV mit dem Behandlungsergebnis sowie mit Borderline- und Persönlichkeitsstörungen allgemein der Patienten untersucht.

Im Folgenden sollen inhaltliche und methodische Aspekte der Analysen und Ergebnisse kritisch diskutiert werden.

5.1 Erörterung der Analyseergebnisse

5.1.1 Itemanalysen

5.1.1.1 Deskriptive Itemkennwerte

Die Analyse der diversen psychometrischen Kennwerte der einzelnen FTV-Items ergab sowohl für die Daten der Zwischen- als auch für die Daten der Entlassungserhebung weitestgehend zufriedenstellende Ergebnisse. Der Mittelwert μ aller FTV-Items lag für die Zwischenerhebung bei 2,01 ($\sigma = 1,16$), der mittlere Schwierigkeitsindex μ_i bei 0,50 und der durchschnittliche Trennschärfekoeffizient $r_{i(x-i)}$ bei 0,57. Bei der Entlassungserhebung ergab sich ein Mittelwert μ über alle FTV-Items von 2,36 ($\sigma = 1,15$), der durchschnittliche Schwierigkeitsindex war μ_i 0,59 und die mittlere Trennschärfe $r_{i(x-i)}$ lag bei 0,61.

Hinsichtlich der **Itemschwierigkeit** erwiesen sich die Items 2, 5 und 14 bei der Zwischenerhebung als besonders leicht und die Items 28 und 48 als besonders schwer. Bei der Entlassungserhebung ergaben die Berechnungen eine besonders geringe Itemschwierigkeit für die Items 2, 5, 12 und 14. Items mit übermäßig hoher Schwierigkeit fanden sich für die Daten der Entlassungserhebung nicht.

Es ist zu hinterfragen, wie die geringe Zustimmung zu den Items 28 und 48 bei der Zwischenerhebung zustande kommt. Für Item 28 „Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.“ ist relativ offensichtlich und erwartungsgemäß, dass die Zustimmung zum Zwischenerhebungszeitpunkt eher gering ausfällt, da sich das Item auf die Beendigung der Therapie bezieht, welche erst zum Entlassungszeitpunkt in angemessener Weise beurteilt werden kann. Auch die geringe Zustimmung zu Item 48 bei der Zwischenerhebung „Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich spezifische Themen oder Personen nicht erwähnt habe, die hätten erwähnt werden sollen.“ könnte durch den zeitlichen Aspekt erklärt werden: Es ist zu vermuten, dass der Therapeut einen solchen Hinweis eher in der zweiten Behandlungshälfte gibt, wenn eine stabile Allianz erarbeitet ist. Ebenso wäre denkbar, dass der Therapeut selber erst zum Ende der Behandlung hin überhaupt beurteilen kann, ob der Patient relevante Themenkomplexe oder Beziehungen unerwähnt gelassen hat.

Vergleicht man die Mittelwerte dieser beiden Items von Zwischen- und Entlassungserhebung fällt weiterhin auf, dass sie auch zum Entlassungszeitpunkt eher niedrig bleiben, ihnen also grundsätzlich kaum zugestimmt wird (Item 28 bei der Zwischenerhebung 0,77, bei der Entlassungserhebung 1,35; Item 48 bei der Zwischenerhebung 0,8, bei der Entlassungserhebung 1,06). Dies legt die Vermutung nahe, dass die geringe Zustimmung inhaltlich bedingt ist, denn sie beziehen sich auf jeweils relativ spezielle Aspekte therapeutischen Verhaltens und stehen in Zusammenhang mit Ereignissen, die nicht unbedingt bei jedem Patienten stattfinden: das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie und das Nichterwähnen von Themen oder Personen durch den Patienten. Es könnte also sein, dass der Therapeut tatsächlich wenig Gebrauch von diesen beiden Interventionen gemacht hat.

Aus statistisch-psychometrischer Perspektive wäre zu überlegen, ob eine mögliche **Itemselektion anhand der Itemschwierigkeit** sinnvoll sein könnte, das heißt ob von den eben genannten Items diejenigen aus dem FTV zu eliminieren, die eine zu hohe oder zu niedrige Itemschwierigkeit aufweisen.

Laut zugrunde gelegter Definition für Itemschwierigkeit als „Zustimmung zu einem Item in Schlüsselrichtung der Skala“ (Bühner 2011, S. 219) handelt es sich bei zu schwierigen Items um solche, denen nur wenig zugestimmt wird. Ihr Ausschluss hätte zur Folge, dass der FTV insgesamt mehr in Schlüsselrichtung beantwortet werden würde. Ob dies ein erstrebenswertes Ziel darstellt, ist unter inhaltlichen Gesichtspunkten jedoch zu bezweifeln: Um ein realistisches Bild des therapeutischen Verhaltens mit dem FTV zu erfassen, ist es ebenfalls nötig, Items einzusetzen, die nicht im Sinne des Fragebogens beantwortet werden. Die Erfassung einer breiten Streuung mithilfe von Items extremer Schwierigkeitsbereiche wird in der Literatur von verschiedensten Autoren aufgegriffen (z. B. Lienert und Raatz 1998; Bühner 2011). Bühner (2011) betont beispielsweise, dass für eine Differenzierung in den Randbereichen eines Konstrukts Items mit geringem Ausmaß an Zustimmung entscheidend sind.

Unabhängig vom Zustandekommen der geringen Zustimmung ist ein wesentliches Argument für die Beibehaltung beider Items mit hoher beziehungsweise höherer Schwierigkeit, dass nur durch sie zwei ganz bestimmte Aspekte therapeutischen Verhaltens überprüft werden können, die andere Items nicht mit zu erfassen vermögen. Fisseni (2004) formuliert es ähnlich und betont die Prägnanz mit der ein Testmerkmal unter Umständen durch bestimmte Items besonders genau überprüft wird.

Genauso wie die Items mit zu hoher Schwierigkeit sind die Items mit zu niedriger Schwierigkeit zu diskutieren, also Items 2, 5, 14 und bei der Entlassungserhebung zusätzlich Item 12. Laut Definition für Itemschwierigkeit haben diesen Items besonders viele Patienten in hohem Ausmaß zugestimmt. Bei Ausschluss dieser Items aus dem Fragenkatalog des FTV würde dieser insgesamt weniger in Schlüsselrichtung beantwortet werden.

Um Überlegungen anstellen zu können, wie die niedrige Itemschwierigkeit bei einzelnen Items zustande kam, sollen die betreffenden Items inhaltlich betrachtet werden: Item 2 besagt „Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.“. Bei Item 5 findet sich folgende Aussage: „Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.“. Item 12 ist: „Ich habe mich von meinem Therapeuten akzeptiert gefühlt.“ und Item 14 heißt „Ich habe mich von meinem Therapeuten respektiert gefühlt.“. Ohne das Wissen um die Skalenzuordnung ist bereits nachvollziehbar, dass es sich um relativ allgemeine Merkmale einer therapeutischen Beziehung handelt. Tatsächlich liegen diese Items alle bis auf Item 14, das nach den von Leichsenring (Luborsky 1995; Barber und Crits-Christoph 1996; Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008; Streeck und Leichsenring 2014; Leichsenring et al. (in Vorb.)) angenommenen Skalen supportives Therapeutenverhalten erfassen

soll, auf der Skala zu allgemeinem Therapeutenverhalten. Nach der Einteilung anhand der 4-Faktorenlösung sind alle vier Items mit zu geringer Schwierigkeit der Skala 2 zur therapeutischen Grundhaltung zugeordnet. Da diese therapeutischen Interventionen im Vergleich zu den übrigen am wenigsten spezifisch sind, könnte vermutet werden, dass sie auch am universellsten eingesetzt wurden und so eine hohe Zustimmung bei den Patienten erreichten. Warum Item 12 erst zum Entlassungserhebungszeitpunkt zu leicht ausfällt, lässt sich nur schwer erklären. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit, dass bestimmte Interventionen bis zum Entlassungserhebungszeitpunkt vermehrt eingesetzt wurden, allein aufgrund des zeitlichen Faktors höher. Andererseits bleibt offen, warum dies nur auf Item 12 zutrifft.

Bei Betrachtung der Itemmittelwerte fällt auf, dass abgesehen von Item 12, die Zustimmung schon zum Zwischenerhebungszeitpunkt sehr hoch ist und bis zum Entlassungszeitpunkt kaum zunimmt, bzw. für Item 5 sogar etwas abnimmt (Item 2 bei der Zwischenerhebung 3,20, bei der Entlassungserhebung 3,21; Item 5 bei der Zwischenerhebung 3,50, bei der Entlassungserhebung 3,47; Item 14 bei der Zwischenerhebung 3,26, bei der Entlassungserhebung 3,28). Die Itemschwierigkeit dieser Items scheint also grundsätzlich niedrig zu sein und nimmt im Verlauf untypischerweise eher ab. Das unterstützt die Vermutung, dass der Grund für die hohe Zustimmung hauptsächlich inhaltlich begründet werden kann.

Schließlich stellt sich wie bei den zu schweren Items die Frage nach der Beibehaltung im FTV. Aus teststatistischen Gründen könnte wieder argumentiert werden, die zu leichten Items auszuschließen, zumal sie im Gegensatz zu den Items mit zu hoher Schwierigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten die Grenzwerte überschreiten. Andererseits muss aus inhaltlichen Gründen wiederum abgewogen werden, ob sie nicht doch beizubehalten sind, da gerade die therapeutische Grundhaltung die Interventionsform darstellt, welche die Grundlage für speziellere Verhaltensweisen bildet. Aufgrund der hohen Relevanz, wäre das Nicht-Eliminieren daher im Sinne des bereits bei der Beibehaltung zu schwerer Items aufgeführten Arguments der Erfassung von Randbereichen mit Items extremer Schwierigkeitsbereiche (Lienert und Raatz 1998; Bühner 2011) zu begründen. Schon Waltz und Kollegen (1993) konstatierten, dass Items zu allgemeinen therapeutischen Fähigkeiten, wie beispielsweise Item 5, zwar nicht spezifisch für irgendeine Therapieform, trotzdem aber von hoher Bedeutung sind.

Neben der Analyse der Itemschwierigkeit an sich ist zu berücksichtigen, dass die Itemmittelwerte im Durchschnitt von der Zwischen- zur Entlassungserhebung ansteigen (s. **Tabelle 9**) und damit die Itemschwierigkeit im Mittel während des Therapieprozesses abnimmt. Das bedeutet, zum Entlassungserhebungszeitpunkt stimmen die Patienten den FTV-Items durchschnittlich in größerem Ausmaß in Schlüsselrichtung des Fragebogens zu als noch zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung. Die durchschnittliche Abnahme der Itemschwierigkeit wird auch daran deutlich, dass zum Entlassungserhebungszeitpunkt ein zusätzliches Item die Untergrenze der Schwierigkeit unterschreitet, jedoch kein Item mehr in den Bereich zu hoher Schwierigkeit fällt. Sicherlich liegt im zeitlichen Aspekt selbst begründet, dass die durchschnittliche Zustimmung zu den Items im Verlauf zunimmt, da die Wahrscheinlichkeit mit zunehmender Therapiedauer steigt, dass im FTV aufgeführte therapeutische Interventionen vom Patienten erlebt werden. Es kann allerdings auch als ein Hinweis darauf interpretiert werden, dass der FTV seinen angestrebten Zweck, die Anwendung bestimmter therapeutischer Interventionen zu erfassen, erfüllt.

An dieser Stelle sei auch auf die beiden berichteten Kasuistiken verwiesen, die zwei typische Patientenfälle aus der untersuchten Stichprobe zeigen (s. Kapitel 4.5). Unter anderem wurden die individuellen Item- und Skalenwerte in Bezug zu der Gesamtstichprobe gesetzt, um die Unterschiede exakt nachvollziehen zu können. Auch hier ergab sich der Hinweis darauf, dass mit dem FTV das individuell verschieden wahrgenommene Therapeutenverhalten sowie teilweise auch dessen Veränderung im Behandlungsverlauf skalenbezogen feststellen lassen.

Weiterhin soll die **Trennschärfe** genauer betrachtet werden. Sie drückt sie aus, wie stark jedes Item mit dem ganzen Fragebogen zusammenhängt, also wie gut jedes einzelne Item den gesamten Test widerspiegelt (Moosbrugger und Kelava 2011). Anders formuliert gibt die Trennschärfe an, wie eng die Unterscheidung zwischen den Patienten auf Grundlage eines Items mit der Unterscheidung anhand des gesamten Tests zusammenhängt (Moosbrugger und Kelava 2011). In der vorliegenden Arbeit erwies sich nur Item 23 in Zwischen- und Entlassungserhebung als niedrig trennscharf, das bedeutet $< 0,3$ (Zwischenerhebung: 0,11; Entlassungserhebung: 0,18). Die mittlere Trennschärfe von der Zwischen- (0,57) als auch von der Entlassungserhebung (0,61) kann insgesamt jedoch als ausreichend hoch eingestuft werden, da sie über 0,5 liegt (Fisseni 2004).

Folglich unterscheidet lediglich Item 23 in beiden Erhebungen nicht gut zwischen Patienten mit hohen und niedrigen FTV-Werten. Es scheint also ein Merkmal zu messen, das unabhängig von den übrigen Items ist (Moosbrugger und Kelava 2011).

Im Allgemeinen wird die Höhe der Trennschärfe als ein Wert, der anhand von Korrelationen berechnet wird, von Ausreißern beeinflusst. Weiterhin hängen Korrelationen von der Varianz der korrelierten Variablen ab (Bühner 2011).

Ein möglicher Grund für die geringe Trennschärfe des 23. Items könnte die negative und dadurch evtl. missverständliche Formulierung gewesen sein: „Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.“ Da es als einziges Item in die entgegengesetzte Richtung fragt, wurde es für die Auswertung zwar invertiert; es liegt aber nahe, dass einige Patienten die negative Formulierung nicht als solche erkannt haben, was im Sinne von Ausreißern die Trennschärfe verzerrt haben könnte. Bei einer fünfstufigen Likert-Skala ist es allerdings aufgrund der geringen Anzahl an Antwortkategorien schwierig, Ausreißer bezüglich eines einzelnen Items zu erkennen. Besser ausfindig zu machen sind Ausreißer einer Skala, obwohl nicht unbedingt jeder Ausreißer das Ausmaß der Korrelation beeinflusst (Bühner 2011). Im vorliegenden Fall wurde ein Streudiagramm und ein Boxplot von Item 23 bei der Entlassungserhebung und dem Skalenwert für die empirisch ermittelte Skala 2, therapeutische Grundhaltung (auf welcher Item 23 liegt), ohne Item 23 erstellt (s. Anhang: **Abbildung 20** und **Abbildung 21**).

Das Streudiagramm (**Abbildung 20**) verdeutlicht den Grundgedanken der Trennschärfe; es ist jedoch schwer ersichtlich bei welchen Werten es sich tatsächlich um Ausreißer handelt. Der Grund dafür ist das geringe Spektrum an Antwortmöglichkeiten (Bühner 2011).

Betrachtet man dagegen den Boxplot (**Abbildung 21**), ist zu erkennen, dass es mehrere Patienten gibt, die Item 23 ungewöhnlich niedrig beantwortet haben. Alle einzelnen Werte außerhalb der dargestellten Boxplots stellen Ausreißer (Kreis) beziehungsweise Extremwerte (Stern) dar (Bühner 2011).

Grundsätzlich kann durch **Ausschluss von Items mit niedriger Trennschärfe** die Reliabilität einer Skala gesteigert werden (z. B. Lienert und Raatz 1998). In diesem Fall war die Elimination von Item 23 tatsächlich die einzige Modifikation, die zu einer minimalen Steigerung von Cronbachs α , der internen Konsistenz der Skala der therapeutischen Grundhaltung (allgemeines und supportives Therapeutenverhalten), geführt hat (Steigerung von Cronbachs α um 0,02, also von 0,942 auf 0,944). Da Cronbachs α aber schon im sehr guten Bereich lag, war eine Optimierung durch Itemselektion nicht das vorrangige Ziel. Außerdem sollten Items nicht allein wegen statistisch ermittelter niedriger Trennschärfe eliminiert werden, sondern nur, wenn dies auch inhaltlich sinnvoll ist (Bühner 2011). Aus diesem Grund wäre es hier zunächst angemessen, Item 23 umzuformulieren und anschließend erneut hinsichtlich der Trennschärfe zu untersuchen, um auszuschließen, dass es von Patienten nicht richtig verstanden wurde. Falls es weiterhin eine niedrige Trennschärfe aufwies, könnte eine Empfehlung zur Elimination gegeben werden.

5.1.1.2 Zusammenhänge der deskriptiven Itemkennwerte

Wie in **Abbildung 8** zu erkennen ist, lässt sich kein positiver **Zusammenhang zwischen Trennschärfe und Streuung** finden. Üblicherweise ist dieser bei anderen psychologischen Ratingskalen zu finden (Franke 2008a; Bühner 2011) und in der Abbildung mit einem Pfeil verdeutlicht. Der Zusammenhang würde ausdrücken, dass mit zunehmender Standardabweichung auch die Trennschärfe steigt. Dann würden die Itempunkte im Idealfall auf einer Geraden von links unten nach rechts oben zu liegen kommen und eine lineare Funktion ergeben. Im vorliegenden Fall gibt es aber Items, wie beispielsweise Item 50, die eine relativ hohe Streuung aufweisen (Item 50: $\sigma = 1,36$), das heißt die Antworten der Patienten unterscheiden sich stark bezüglich der jeweiligen Aussage. Trotzdem ist die Trennschärfe relativ gering (Item 50: $r_{i(x-i)} = 0,41$), das bedeutet, die Unterschiede zwischen den Patienten fallen nur in niedrigem Maß erwartungsgemäß aus. Im Gegensatz dazu liegt die Streuung von Item 22 (0,96) unter der von Item 50, die Trennschärfe ist aber dennoch verhältnismäßig hoch (0,68).

Das Vorhandensein eines linearen Zusammenhanges von Standardabweichung und Trennschärfe ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass es sich um systematische und nicht durch Messfehler bedingte Unterschiede zwischen den Itemantworten handelt (Bühner 2011). Möglicherweise ist dies eine Erklärung für die fehlende Beziehung zwischen den genannten deskriptiven Itemwerten. Es wurde jedoch auf eine Untersuchung hinsichtlich systematischer Unterschiede bezüglich der Itemantworten verzichtet, sodass dies lediglich vermutet werden kann.

In **Abbildung 9** ist der **Zusammenhang zwischen Itemschwierigkeit und Standardabweichung** dargestellt. Es ist zu erkennen, dass mittelschwere Items durch die höchsten Standardabweichungen gekennzeichnet sind. Dagegen sinkt die Wahrscheinlichkeit für hohe Standardabweichungen sowohl je niedriger als auch je höher die Itemschwierigkeit wird. Diese Beziehung beschreibt auch Franke (2008b). Lienert und Raatz (1998) zeigen, dass die Standardabweichung eines Items allein von der Schwierigkeit abhängt.

Auch für den **Zusammenhang zwischen Itemschwierigkeit und Trennschärfe** gilt näherungsweise, dass mittelschwere Items die höchsten Trennschärfen im Vergleich zu besonders schwierigen oder leichten Items aufweisen (s. **Abbildung 10**). Eine im Allgemeinen parabolische Beziehung wird ebenfalls von Lienert und Raatz (1998) beschrieben. Aber auch hier gibt es Ausnahmen, wie zum Beispiel Item 50 mit einer sehr dicht am Mittelwert 2 gelegenen Schwierigkeit (1,92) und trotzdem relativ geringer Trennschärfe (0,41) zeigt. Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung für die Items mit extremen Schwierigkeiten (beispielsweise Item 21, 23 und 48, s. Histogramme in **Abbildung 22d bis f**) fallen eine Links- beziehungsweise Rechtssteile und relativ extreme Schiefen (s. **Tabelle 33**; extreme Schiefen $< -0,8$ und $> 0,8$ sind dabei durch * gekennzeichnet) auf, sodass eine verminderte Trennschärfe zu erwarten ist. Umgekehrt zeigen aber einzelne andere Items (beispielsweise Item 2, 5 und 14), dass auch bei besonders niedriger Schwierigkeit sowie rechtssteiler Verteilung (s. Histogramme in **Abbildung 22a bis c** und extremer Schiefe (s. **Tabelle 33**) noch mittlere Trennschärfen erreicht werden können (0,54 bis 0,73). Obwohl dies eher unwahrscheinlich ist, konnte auch Bühner (2011) zeigen, dass trotz extremer Schiefe Items mittlere Trennschärfen aufweisen können.

5.1.2 Faktorenstruktur

Bei den **Hauptkomponentenanalysen** ergaben sich verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Zieht man das Kriterium Eigenwert > 1 zur Extraktion der Faktoren heran, erhält man mit den Zwischenerhebungswerten eine **7-Faktorenlösung** und eine Varianzaufklärung von 59,2 Prozent und mit den Daten der Entlassungserhebung eine **6-Faktorenlösung**, die 60,3 Prozent der Varianz aufklärt. Folgt man hingegen dem Scree-Test, erhält man für beide Erhebungszeitpunkte eine **2-Faktorenlösung**,

mit der eine Varianzaufklärung von 46,1 Prozent (Zwischenerhebung) beziehungsweise 49,8 Prozent (Entlassungserhebung) erreicht wird.

Werden diesen **beiden Faktoren** die entsprechenden Items zugeordnet, erhält man folgende inhaltliche Skalen: eine mit 35 Items zu expressiven und interventionellen therapeutischen Verhaltensweisen und eine zweite, die mit 17 Items hauptsächlich allgemeine und supportive Interventionen erfasst (s. Kapitel 4.2).

Aufgrund der Theorie von Leichsenring (Luborsky 1995; Barber und Crits-Christoph 1996; Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008; Streeck und Leichsenring 2014; Leichsenring et al. (in Vorb.)) zum Therapeutenverhalten und der daraus resultierenden Entwicklung des FTV ließe sich jedoch auch das Vorliegen von **vier verschiedenen Skalen** gut begründen. Dies wurde anhand einer Hauptkomponentenanalyse psychometrisch überprüft, indem die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf vier begrenzt wurde. Dadurch erhält man eine Lösung, mit der bei der Zwischenerhebung 49,5 Prozent und bei der Entlassungserhebung 56,1 Prozent der Varianz aufgeklärt werden kann. Inhaltlich ergeben sich dabei folgende vier Skalen für die Entlassungserhebung: eine erste mit 18 Items zu expressivem Therapeutenverhalten, das sich vor allem auf die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten bezieht. Allein durch diesen einen Faktor kann bereits 40,7 Prozent der Varianz aufgeklärt werden. Eine zweite Skala erfasst mit 19 Items hauptsächlich Aspekte der therapeutischen Grundhaltung, also allgemeine und supportive Interventionen. Mit zehn Items bezieht sich eine dritte Skala auf expressive Verhaltensweisen, die vor allem die aktuelle therapeutische Situation betreffen. Eine vierte Skala enthält fünf Items zu eingreifendem, vornehmlich interaktionellem Therapeutenverhalten (s. auch Kapitel 4.2). Mit den Daten der Zwischenerhebung ergeben sich geringfügige Unterschiede bezüglich einzelner Items, jedoch bilden sich dieselben inhaltlichen Skalen ab. Lediglich die Items 1, 44 und 52 laden statt auf dem zweiten auf dem ersten Faktor am höchsten.

Die Zuordnung der Items zu den vier errechneten Skalen entspricht zwar nicht genau den von Leichsenring angenommenen Skalen, stellt aber diejenige Faktorenlösung dar, die diese am ehesten nachvollziehbar abbildet. Leichsenring nahm folgende vier Skalen an (Luborsky 1995; Barber und Crits-Christoph 1996; Leichsenring et al. 2005; Leichsenring et al. 2008; Streeck und Leichsenring 2014; Leichsenring et al. (in Vorb.)): eine erste Skala zu expressivem Therapeutenverhalten mit 27 Items, welche sich in der errechneten Aufteilung bei Skala 1 (expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug) und Skala 3 (expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug) wiederfinden. Eine zweite theoretisch angenommene Skala beinhaltet 13 Items zu supportiven Behandlungstechniken, die zum größten Teil zur Skala der therapeutischen Grundhaltung nach den Hauptkomponentenanalysen gehören würden (dort auch Skala 2). Weiterhin ging Leichsenring von einer dritten, aus neun Items bestehenden Skala aus, die allgemeine Behandlungstechniken erfasst. Die zugehörigen Items lassen sich bei den empirischen Skalen hauptsächlich der zweiten zuordnen (therapeutische Grundhaltung). Eine vierte von Leichsenring angenommene Skala enthält drei Items zu interaktionellen Behandlungstechniken, welche man bei der Aufteilung anhand der Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse nur in zwei von fünf Items der vierten Skala wiedererkennt.

Zur besseren Übersicht sind die verschiedenen Skalen in **Tabelle 31** noch einmal aufgeführt:

Table 31 Übersicht über die theoretischen und empirischen Skalen

Skalen	Theoretisch von Leichsenring angenommene Skalen	Empirisch ermittelte Skalen (4-Faktorenlösung)
Skala 1	Expressives Therapeutenverhalten (27 Items)	Expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug (18 Items)
Skala 2	Supportives Therapeutenverhalten (13 Items)	Therapeutische Grundhaltung (19 Items, beinhaltet allgemeines und supportives Therapeutenverhalten)
Skala 3	Allgemeines Therapeutenverhalten (9 Items)	Expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug (10 Items)
Skala 4	Interaktionelles Therapeutenverhalten (3 Items)	Interaktionelles Therapeutenverhalten (5 Items)

Bei der **6-Faktorenlösung**, die man anhand des Eigenwert-Kriteriums erhält, ergeben sich inhaltlich nur fünf Skalen, da kein Item auf dem sechsten Faktor hoch genug lädt. Bezüglich einzelner Items bestehen zwar Unterschiede hinsichtlich der Skalenzuordnung, insgesamt sind die fünf Skalen denen der 4-Faktorenlösung inhaltlich aber sehr ähnlich. Jedoch teilt sich Skala 2 in zwei Subskalen, die getrennt allgemeines und supportives Therapeutenverhalten erfassen. Auf der fünften Skala kommen lediglich zwei Items (50 und 51) zu interaktionellen Interventionen zu liegen.

An der **4-Faktoren-Lösung** ist problematisch, dass sie sich weder an den Scree-Test hält (zwei Faktoren) noch an das Extraktionskriterium Eigenwert > 1 (sechs Faktoren). Somit handelt es sich nicht um eine statistisch exakte und mathematisch einwandfreie Lösung. Inhaltlich sind die Ergebnisse aber gut interpretierbar und geben ein differenziertes Bild des therapeutischen Verhaltens wider.

Die **2-Faktorenlösung** ist zwar statistisch korrekt, da ihr der Scree-Test zugrunde liegt, welcher auf zwei von den übrigen eindeutig abgrenzbaren Faktoren schließen lässt. Jedoch bilden die beiden Skalen therapeutisches Verhalten nicht ausreichend differenziert ab, da expressive Interventionen nicht weiter aufgegliedert werden und daneben mit interaktionellen Verhaltensweisen zusammengefasst werden.

Für die 6-beziehungsweise **5-Faktorenlösung** spricht, dass allgemeines von supportivem Therapeutenverhalten durch eine zusätzliche Skala unterschieden wird. Jedoch macht die Tatsache, dass die letzte Skala nur von zwei Items gebildet wird, ihre Annahme ebenfalls problematisch. Denn zwei Items für einen Faktor sind zu wenig um eine genügende Inhaltsvalidität zu erreichen. Dafür sind zumindest vier Items erforderlich (Bühner 2011).

Grundsätzlich sei an dieser Stelle angemerkt, dass eine **generelle Schwierigkeit bei der Extraktion von Faktoren** im Rahmen von Faktorenanalysen besteht (Bortz 1999; Bühner 2011). Es existieren mehrere plausible Lösungsmöglichkeiten, je nachdem ob der Schwerpunkt mehr auf die Erfüllung methodisch-statistischer oder inhaltlicher Anforderungen gelegt wird. Aufgrund des Konkurrierens dieser Ansprüche gilt es einen Weg zu finden, der sowohl methodisch-statistische, wie auch inhaltlich-praktische und ökonomische Aspekte bestmöglich miteinander vereint. Dafür existiert keine allgemeingültige Entscheidungsregel, weswegen bei der Wahl der entsprechenden Lösungsmöglichkeit besonders die inhaltliche Plausibilität und damit subjektive Gesichtspunkte eine zentrale Rolle spielen. Es kann also nicht eine einzige richtige Entscheidung geben.

Aus diesem Grund ist die in dieser Arbeit dargestellte **4-Faktorenlösung** die favorisierte. Sie berücksichtigt wesentliche Aspekte der rechnerischen Herleitung mittels Faktorenanalysen, auch wenn sie

sich dabei nicht statistisch vollständig einwandfrei an Extraktionskriterien für Faktoren hält. Sie bietet jedoch eine inhaltlich differenzierte und praktisch gut anzuwendende Beurteilungsmöglichkeit des therapeutischen Verhaltens.

5.1.2.1 Deskriptive Skalenskennwerte

Bei der Berechnung der Skalenmittelwerte (s. **Tabelle 17**) zeigte sich sowohl bei den empirischen vier Skalen als auch bei den von Leichsenring angenommenen vier Skalen eine Zunahme von der Zwischen- zur Entlassungserhebung. Dies ist, wie der Anstieg der Itemmittelwerte, am ehesten durch die Therapiedauer bedingt, da skalenspezifisches Therapeutenverhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit von den Patienten als solches erlebt wird, je länger die Therapie dauert. Es ist also ein weiterer Hinweis darauf, dass der FTV dem beabsichtigten Ziel, wahrgenommenes Therapeutenverhalten zu erfassen, gerecht wird.

5.1.3 Reliabilität

5.1.3.1 Interne Konsistenz

Die Berechnung der **internen Konsistenz** der einzelnen FTV-Skalen ergab außer für die vierte theoretische Skala (interaktionelles Therapeutenverhalten) Werte für Cronbachs $\alpha > 0,7$ (Range 0,66 - 0,96), welche konventionskonform als akzeptabel bis äußerst zufriedenstellend zu bewerten sind. Auch die interne Konsistenz des gesamten FTV ist mit einem Cronbachs α von 0,96 für die Zwischen- und 0,97 für die Entlassungserhebung optimal. Die Werte für die interne Konsistenz bewegen sich innerhalb einer sehr ähnlichen Spanne wie die für die PACS-SE ermittelten Werte für Cronbachs α (Barber und Crits-Christoph 1996).

Bei der Interpretation vom Cronbachs α -Koeffizienten gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass der Wert immer von der Itemzahl, den Interitemkorrelationen sowie der Dimensionalität des zu erfassenden Konstrukts abhängt (Cortina 1993).

Die Abhängigkeit von der Itemzahl spiegelt sich in den im Rahmen dieser Arbeit untersuchten FTV-Skalen wider. Die vierte Skala besteht mit jeweils nur fünf beziehungsweise drei Items aus einer geringen Zahl, was einen entscheidenden Grund zur Erklärung der niedrigen Werte für Cronbachs α im Vergleich zu den anderen Skalen liefert.

Interessant ist außerdem, dass die **interne Konsistenz** für alle Skalen (sowohl für die von Leichsenring angenommenen als auch für die mittels Hauptkomponentenanalyse errechneten Skalen) **von der Zwischen- zur Entlassungserhebung ansteigt**. Eine mögliche Interpretation wäre, dass das Therapeutenverhalten im Behandlungsverlauf von den Patienten als in sich schlüssiger im Sinne der Skalen erlebt wird. Damit würden die Items der jeweiligen Skala eher zutreffen und inhaltlich konsistenter werden.

Diese Überlegungen korrespondieren mit den laut Behandlungsmanual der psychoanalytisch orientierten Fokaltherapie der GAS vorgesehenen Therapiephasen (Leichsenring et al. 2005), das Leichsenring bei der Entwicklung des FTV unter anderem zugrunde legte: die Zunahme der internen Konsistenz von der Zwischen- zur Entlassungserhebung liegt vermutlich in der mittleren Phase (neunte bis 17. Sitzung) der Behandlung begründet. Bei diesen Sitzungen geht es dem Manual zufolge darum, das ZBKT genauer herauszuarbeiten und auf verschiedene Beziehungssituationen im Leben des Patienten zu übertragen, sowie die charakteristischen Beschwerden, die Abwehrmaßnahmen und die Konflikte des Patienten zu verstehen, wenn dieser erlebte Traumata in die Therapie einbringt (Leichsenring et al. 2005, S. 263). All dies trägt möglicherweise zu einem für den Patienten

schlüssigeren Verhalten des Therapeuten bei, indem dieser den Patienten in dessen Verhalten gegenüber anderen Personen noch tiefer und umfassender versteht und dementsprechend reagieren und seine Interventionen feiner darauf abstimmen kann.

5.1.3.2 Split-Half- und Retest-Reliabilität

Hinsichtlich der **Split-Half-Reliabilitäten** liegen keine Vergleichswerte aus den Analysen der PACS-SE vor. Unabhängig davon kann jedoch anhand der Ergebnisse der Split-Half-Analyse von hoher Reliabilität des FTV gesprochen werden, da sie durchgängig über 0,9 liegt.

Es fällt auf, dass wie die interne Konsistenz der einzelnen Skalen auch die Split-Half-Reliabilitäten sowohl für die Aufteilung anhand der theoretischen als auch für die empirischen Skalen von der Zwischen- zur Entlassungserhebung zunehmen. Ähnlich wie der Anstieg der internen Konsistenz könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Patienten das Therapeutenverhalten zum Ende der Behandlung schlüssiger erleben.

Die **Retest-Reliabilitäten** bewegen sich zwischen 0,54 und 0,65. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Form der Reliabilitätsschätzung zu einem entscheidenden Teil vom Zeitintervall zwischen beiden Messungen abhängig ist und in der Regel niedriger ausfällt, je weiter die Messzeitpunkte voneinander entfernt liegen (Bühner 2011). Einerseits war das Intervall von der Zwischen- bis zur Entlassungserhebung unterschiedlich lang, da es von der Behandlungsdauer abhing. Andererseits ist für die Erklärung der relativ niedrigen Werte vermutlich relevanter, dass das Intervall im Allgemeinen größer war als bei vergleichbaren Untersuchungen (im Mittel ungefähr sechs bis sieben Wochen statt ein bis zwei Wochen). Wäre das Intervall kürzer gewählt worden, hätte sich vermutlich eine stärkere Korrelation ergeben. Jedoch bestünde bei einem zu kurzen Zeitabstand wiederum die Gefahr von Übungseffekten, sodass die Reliabilitätsschätzung zu hoch ausfallen würde (Bühner 2011).

Im Vergleich zur PACS-SE fallen die Retest-Reliabilitäten höher aus. Die Median-Werte für die einzelnen Skalen bewegen sich hier von 0,26 bis 0,52 (Barber und Crits-Christoph 1996), wobei aus der Arbeit von Barber und Crits-Christoph nicht hervorgeht, wie die zeitlichen Abstände zwischen den Messungen waren. Jedoch wurde einmal pro Therapiequartal gemessen, sodass bis zu vier Skalenwerte vorlagen, die korreliert wurden. Das könnte eine Ursache der vergleichsweise niedrigen Retest-Reliabilitäten sein. Damit sind die Werte nur bedingt mit denen des FTV vergleichbar.

Insgesamt kann die Retest-Reliabilität trotz der im Vergleich zur internen Konsistenz niedrigeren, jedoch im Vergleich zur PACS-SE guten Werte sowie aufgrund des großen Zeitintervalls aus teststatistischen Gesichtspunkten als befriedigend bewertet werden und spräche somit für eine ausreichende Merkmalsstabilität des FTVs.

Inhaltlich betrachtet stellt sich aber die Frage, inwiefern mit dem FTV überhaupt beabsichtigt werden sollte, Merkmalsstabilität zu erfassen. Denn grundsätzlich variiert Therapeutenverhalten im Verlauf der Behandlung, sodass die Erfassung von Merkmalsstabilität in dieser Hinsicht gar nicht angemessen erscheint. Auch Martin und Kollegen (2000) argumentieren in ihrer Metaanalyse zum Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Therapieergebnis, dass für die Reliabilitätsschätzung von Instrumenten zur Erfassung der therapeutischen Allianz Retest-Reliabilitäten ungeeignet sein könnten. So begründen sie auch, dass die Retest-Reliabilitäten insgesamt niedriger ausfallen als die übrigen Reliabilitätswerte. Das zeigte auch die vorliegende Untersuchung.

Die Arbeit von Flückiger und Mitarbeitern (2012) ergab ebenfalls, dass die Allianz im Therapieverlauf nicht konstant bleibt, sondern insgesamt zunimmt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der FTV als Instrument mit guter Reliabilität eingestuft werden kann, insbesondere wenn aus den dargestellten inhaltlichen Erwägungen heraus die Retest-Reliabilität nicht oder allenfalls nachrangig in die Bewertung einbezogen wird.

5.1.3.3 Änderungssensitivität

Um die zeitliche Stabilität des FTV zu beurteilen, wurde weiterhin seine **Änderungssensitivität** untersucht. Dabei zeigte sich, dass die μ -Indizes sowohl der ersten beiden theoretisch angenommenen (expressives und supportives Therapeutenverhalten) wie auch der ersten beiden empirisch ermittelten Skalen (expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug, therapeutische Grundhaltung) gerade die Mindestwerte für State-Merkmale ($> 0,30$) erfüllen, aber nicht den zu erwartenden Range ($0,375 - 0,750$) erreichen (Howarth 1978; Arrindell und Gerlsma 1990). Die übrigen Skalen weisen μ -Indizes auf, die eher für Trait-Merkmale sprechen würden. Auch die Retest-Reliabilitäten fielen im Hinblick auf diese Zuordnung tendenziell eher hoch aus ($0,54 - 0,65$).

Nun stellt sich zunächst die Frage, inwiefern überhaupt beansprucht werden sollte, mit dem FTV Veränderungen genau abzubilden, da dieses Ziel vorrangig bei Instrumenten wie Symptomfragebögen angestrebt wird. Auch wenn die Änderungssensitivität ein aus teststatistischer Sicht sinnvolles Maß darstellt, ist zu diskutieren, inwiefern es inhaltlich für die Bewertung der Messqualität des FTV herangezogen werden sollte. Im Idealfall sollte das Therapeutenverhalten sowohl von Geradlinigkeit und Beständigkeit als auch von Dynamik und Flexibilität gekennzeichnet sein (Sachse und Fasbender o. J.). Trotz der vorliegenden rechnerischen Werte für die Änderungssensitivität, kann daher lediglich individuell beurteilt werden, inwieweit therapeutische Interventionen angemessen hinsichtlich der Stabilität im Behandlungsverlauf eingesetzt worden sind.

Die Betrachtung der Änderungssensitivität könnte aber insofern interessant sein, als dass auch der supportiv-expressiven Psychotherapie unterschiedliche Behandlungsphasen zugrunde liegen, die gegebenenfalls erfasst werden könnten (vgl. Leichsenring et al. 2005).

Weiterhin ist zu beachten, dass die Voraussetzungen, um anhand der Änderungssensitivität die Stabilität von Merkmalen beurteilen zu können, nicht vollständig erfüllt werden konnten, sodass die Aussagekraft und Anwendbarkeit sowieso begrenzt bliebe: erstens ist der Range der internen Konsistenzen der einzelnen Skalen relativ groß ($0,75 - 0,97$), obwohl Cronbachs α möglichst ähnlich hoch sein sollte. Zweitens sind die Retest-Reliabilitäten von State-Skalen typischerweise niedriger als diejenigen von Trait-Skalen (Howarth 1978; Arrindell und Gerlsma 1990), was hier nicht der Fall war.

Ließe man also unberücksichtigt, was gegen die Analyse der Änderungssensitivität spricht, wäre Folgendes eine mögliche Interpretation: die jeweils ersten beiden Skalen enthalten möglicherweise Items, die in größerem Ausmaß zu erfassen vermögen, wenn sich das Therapeutenverhalten im Behandlungsverlauf verändert. Allerdings ist daran problematisch, dass sich die Zuordnung der Items der theoretisch angenommenen und empirisch ermittelten Skalen nicht deckt (die theoretisch angenommenen Skalen 1 und 2 enthalten 30 Items zu expressiven und supportiven Interventionen; die empirisch ermittelten Skalen 1 und 2 bestehen aus 37 Items zu expressiven Interventionen mit Beziehungsbezug und therapeutischer Grundhaltung beziehungsweise allgemeinen und supportiven Verhaltensweisen). Mithilfe einer anderen Methode zur Berechnung der Änderungssensitivität auf Itemebene könnten evtl. genauere Aussagen getroffen werden. Trotzdem entspräche eine hohe Änderungssensitivität für expressive Items (Skala 1 beider Zuordnungen) den Erwartungen, da diese Form der Intervention in unterschiedlichem Ausmaß während der Therapie eingesetzt wird.

Die Werte der μ -Indizes für Skala 3 und 4 liegen unterhalb des Grenzwertes für State-Merkmale und würden demnach eher Trait-Merkmale erfassen, die über den Behandlungsverlauf stabil bleiben. Für die allgemeinen therapeutischen Verhaltensweisen (Skala 3 der theoretischen Zuordnung) scheint dies nachvollziehbar zu sein, da diese über den gesamten Behandlungszeitraum eher konstant ausgeprägt sein sollten. Denn diese sind – wie supportive Maßnahmen, bei denen die Änderungssensitivität jedoch nicht erwartungsgemäß ausfiel - notwendig um eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und aufrecht zu erhalten (Leichsenring et al. 2005). Andererseits ist die Allianz ein Merkmal, das sich im Therapieverlauf ändert (Martin et al. 2000; Flückiger et al. 2012), was gegen diese Vermutung spräche. Die Ergebnisse für Skala 2 (theoretische Zuordnung: supportives Therapeutenverhalten; empirische Zuordnung: therapeutische Grundhaltung), jedoch nicht für Skala 3 der theoretischen Zuordnung (allgemeines Therapeutenverhalten) würden diese Veränderlichkeit abbilden. Weitaus weniger den Erwartungen entsprechend ist die niedrige Änderungssensitivität jedoch für expressive Interventionen mit Situationsbezug (Skala 3 der empirischen Zuordnung) sowie interaktionelle Verhaltensweisen (Skala 4 beider Zuordnungen), da diese nicht grundsätzlich während der gesamten Therapie zum Tragen kommen.

Insgesamt ist es demnach schwierig, Veränderungen des Therapeutenverhaltens mit dem FTV sinnvoll abzubilden. Auch scheint das Maß der Änderungssensitivität inhaltlich problematisch bis ungeeignet sein.

5.1.4 Validität

5.1.4.1 Konvergente Validität

Bei **Korrelation** der FTV-Skalenmittelwerte **mit den HAQ-Mittelwerten** aus der Patientenbeurteilung ergab sich ein besonders hoher Zusammenhang zwischen den theoretisch angenommenen Skalen 2 und 3 (supportives und allgemeines Therapeutenverhalten) beziehungsweise der empirisch ermittelten Skala 2 des FTV (therapeutische Grundhaltung) und der ersten HAQ-Skala „Beziehungszufriedenheit“, sowohl für die Daten der Zwischen- als auch für die Daten der Entlassungserhebung (s. Kapitel 4.4.1).

Dies entspricht den Erwartungen, da die erste Skala des HAQ vor allem auf die Erfassung supportiver Techniken ausgerichtet ist. Diese Ergebnisse widersprechen jedoch denen von Barber und Crits-Christoph (1996), die im Rahmen ihrer Studie zur PACS-SE keine signifikanten Korrelationen zwischen PACS-SE- und HAQ-Ergebnissen finden konnten. Barber und Crits-Christoph bezeichnen die fehlende Korrelation zwar als schwer verständlich, vermuten aber als Ursache die in ihrer Untersuchung verschiedenen Methoden der Erfassung des Therapeutenverhalten: Expertenbeurteilung durch die PACS-SE und Selbstbeurteilung beim HAQ.

Da in der vorliegenden Arbeit der FTV auch vom Patienten bearbeitet wurde und ebenso die HAQ-Daten aus der Patientenversion verwendet wurden, leuchtet eine hohe Korrelation der entsprechenden Skalen folglich ein und ist ein klarer Beleg für die hohe konvergente Validität der genannten Subskalen des FTV.

5.1.4.2 Zusammenhänge mit Outcome-Gruppen und Reliable Change Index

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen FTV-Skalenmittelwerten und Outcome-Gruppen („klinisch verbessert“, „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“) ergaben sich bei einer multifaktoriellen Varianzanalyse für fast alle Skalen und Erhebungszeitpunkte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Mit Post hoc-Mehrfachvergleichen wurde untersucht, wie sich die

einzelnen Gruppen unterscheiden (s. **Tabelle 26** und **Abbildung 15**). Es liegt ein **positiver Zusammenhang zwischen Outcome und Ausmaß des wahrgenommenen Therapeutenverhaltens** vor.

Patienten mit *klinischer Verbesserung* und *Verbesserung* schätzen hypothesenkonform das Therapeutenverhalten unabhängig von der Art der Interventionen (das heißt über alle Skalen hinweg) in Schlüsselrichtung des Instruments höher ein als Patienten mit Verschlechterung oder ohne Veränderung.

Daraus den Schluss zu ziehen, dass jegliches Therapeutenverhalten tatsächlich bei der Patientengruppe mit klinischer Verbesserung oder Verbesserung verstärkt vorhanden war und unter Umständen mit zu dieser signifikanten Verbesserung beigetragen hat, liegt nahe. Es wurde hier aber nicht gezielt untersucht und kann deswegen nicht ohne Weiteres angenommen werden. Bei den FTV-Angaben handelt es sich um eine subjektive Einschätzung durch die Patienten, die verschiedenen Einflussfaktoren unterliegt, welche in der vorliegenden Analyse nicht kontrolliert wurden (s. dazu Kapitel 5.2). Der umgekehrte Schluss, dass Symptomverbesserung zu vermehrten therapeutischen Interventionen führt, mag auf den ersten Blick weniger naheliegend erscheinen, könnte aber auch erwogen werden und würde wie der erste die Ergebnisse aus einer Studie von Barber und Kollegen (1996b) bestätigen: Darin konnte gezeigt werden, dass die Kompetenz (im Unterschied zur Adhärenz) des Einsatzes expressiver Behandlungstechniken einen Einfluss auf die Veränderung der Symptome der Patienten hat.

In einer aktuelleren Studie von Zarafonitis-Müller und Kollegen (2014) wurde ebenfalls ein signifikanter kleiner Gesamteffekt der Kompetenz (im Gegensatz zur Adhärenz) bei der Vermittlung kognitiver Verhaltenstherapie auf die Symptombesserung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen und ein moderater Einfluss bei depressiven Patienten gefunden. Da sich die Untersuchung allerdings auf die kognitive Verhaltenstherapie bezieht, ist sie nur bedingt mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vergleichbar.

Unter der Annahme, dass mit dem FTV anhand der Items zu allgemeinen und supportiven therapeutischen Verhaltensweisen auch therapeutische Allianz erfasst wird, korrespondieren die ermittelten Ergebnisse mit den zahlreichen Studien zum Einfluss von Allianz auf das Behandlungsergebnis, die überwiegend einen moderaten Zusammenhang zeigten (Horvath und Symonds 1991; Martin et al. 2000; Horvath und Bedi 2002; Horvath et al. 2011; Flückiger et al. 2012).

Weiterhin fanden Barber und Mitarbeiter (1996b) heraus, dass die symptomatische Verbesserung des Patienten zur Adhärenz des Therapeuten zu expressiven Interventionen führt. Das legt die Vermutung nahe, das auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Verbesserung des einen Teils der Stichprobe dort zu verstärktem supportiv-expressiven Therapeutenverhalten geführt haben könnte. Denn gerade dieses wurde von den Patienten mit klinischer Verbesserung und Verbesserung am stärksten wahrgenommen. Barber und Kollegen (1996b) führen als mögliche Erklärung den klinischen Eindruck an, dass es für den Therapeuten umso einfacher ist, sich an das SET-Manual zu halten, je mehr der Patient von der Therapie profitiert.

Der Stichprobenanteil, der *unverändert* aus der Therapie hervorgeht, weist für Skala 1 und 2 der empirischen Ermittlung noch etwas höhere Mittelwerte auf als Patienten mit *Verschlechterung*, hat also tendenziell mehr expressive Interventionen mit Beziehungsbezug sowie allgemeines und supportives Therapeutenverhalten erlebt. Der Unterschied zwischen den Mittelwerten der empirischen Skalen 1 und 2 gegenüber 3 und 4 besteht jedoch darin, dass Patienten mit Verschlechterung expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug (Skala 3) und interaktionelle Interventionen (Skala 4) zum Entlassungszeitpunkt in höherem Ausmaß wahrgenommen haben als Patienten ohne Veränderung.

Unter der Annahme, dass das wahrgenommene mehr oder minder dem tatsächlich stattgefundenen Therapeutenverhalten entspricht, könnten diese Beobachtungen so interpretiert werden, dass

Patienten, bei denen sich das Störungsbild verschlechtert hat, vermehrt mit speziell dafür entwickelten interaktionellen Interventionen (Heigl-Evers und Heigl 1983) und auch expressiven Behandlungstechniken, die sich auf die gegenwärtige Situation beziehen, therapiert worden sind. In diesem Ausmaß war das möglicherweise nicht erforderlich für Patienten, die sich im Therapieverlauf klinisch gebessert haben.

Außerdem könnte vermutet werden, dass dem Therapeuten ähnlich wie bei den verbessert hervorgegangenen Patienten der Einsatz supportiv-expressiver Verhaltensweisen leichter fiel bei Patienten ohne Veränderung als bei denen mit Verschlechterung. Das würde wiederum die Ergebnisse aus der Studie von Barber und Mitarbeitern (1996b) bestätigen, dass Symptomverbesserung – oder weiter gefasst: keine Symptomverschlechterung - zu größerer Therapeutenadhärenz zur SET führt.

5.1.4.3 Zusammenhänge des FTV mit strukturellen und Persönlichkeitsstörungen

Beim Vergleich der FTV-Werte zwischen Patienten mit und ohne strukturelle Einschränkungen (operationalisiert über den Cut-off-Wert von ≥ 10 im BPI) respektive von Patienten mit und ohne klinische Diagnose einer komorbiden **Persönlichkeitsstörung** (ICD-10 Diagnosen F60, F61 oder F62) zeigt sich, dass Probanden mit strukturellen bzw. Persönlichkeitsstörungen signifikant niedrigere Werte vor allem auf der *supportiven Skala* (Skala 2, theoretische Aufteilung) beziehungsweise die der therapeutischen Grundhaltung (Skala 2, empirische Aufteilung) erreichen als diejenigen ohne die entsprechende Diagnose (s. dafür **Tabelle 27** und **Tabelle 28**). Das führt zu dem Schluss, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung weniger supportive Verhaltensweisen ihrer Bezugstherapeuten wahrnahmen.

Die Unterschiede hinsichtlich der *expressiven Skalen* (Skala 1 der theoretischen sowie Skala 1 und 3 der empirischen Aufteilung) sind numerisch geringer und bis auf eine Ausnahme nicht signifikant. Die Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen weist auf der 3. empirischen Skala (expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug) zum Entlassungszeitpunkt einen höheren Mittelwert auf als diejenige ohne diese Diagnose. Dies könnte als Hinweis darauf verstanden werden, dass zum Ende der Behandlung hin die aktuelle Lebens- und Therapiesituation der Patienten mit strukturellen und Persönlichkeitsstörungen einen größeren Raum einnimmt als bei Patienten ohne diese Diagnosen, sodass therapeutischerseits darauf mehr fokussiert wird.

Für die 4. *Skala* (*interaktionelles* Therapeutenverhalten, theoretische und empirische Aufteilung) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen.

Diese Ergebnisse entsprechen zum größten Teil nicht den Erwartungen. Gerade hinsichtlich der supportiven Verhaltensweisen (Skala 2, theoretische Aufteilung) beziehungsweise der therapeutischen Grundhaltung (Skala 2, empirische Aufteilung) wurden keine wesentlichen Unterschiede zwischen Patienten mit verschiedenen Diagnosen vermutet. Es wäre im Gegenteil vermehrt oder mindestens in gleichem Ausmaß gezeigtes supportives Therapeutenverhalten bei schwerer gestörten Patienten anzunehmen gewesen, so wie Luborsky es in seinem Manual empfiehlt (Luborsky 1995). Die Ergebnisse stehen auch im Widerspruch zur Studie von Kuutmann und Hilsenroth (2012), bei denen die Arzt-Patientenbeziehung umso stärker ausgeprägt war, je mehr Patienten von Persönlichkeitsstörungen betroffen waren. Weil allgemeine und supportive therapeutische Verhaltensweisen wesentlich zur Entstehung einer hilfreichen Beziehung beitragen (Leichsenring et al. 2005), müsste gerade bei Patienten mit strukturellen Defiziten und solchen mit Persönlichkeitsstörungen der Bedarf an allgemeinem und supportivem Therapeutenverhalten besonders hoch sein (Leichsenring et al. 2005). Angesichts der Tatsache, dass der FTV ein Selbstbeurteilungsinstrument ist, also der Patient das Verhalten seines Therapeuten einschätzt, muss jedoch offen bleiben, ob die Ergebnisse das tatsächliche Verhalten der Behandler widerspiegeln oder vielmehr der Wahrnehmung der

Patienten geschuldet sind. Mit anderen Worten: Es könnte sein, dass Patienten mit strukturellen und Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer Einschränkungen das gleiche Therapeutenverhalten anders einschätzen als jene ohne diese Diagnosen. Für diese Überlegung spricht, dass es strukturell gestörten Patienten grundsätzlich schwerer fällt, eine Beziehung und Vertrauen zu ihrem Therapeuten aufzubauen (Bassler et al. 1995), was sich dementsprechend auch auf die erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung und somit der Bewertung des supportiven Therapeutenverhaltens beziehungsweise der therapeutischen Grundhaltung ausgewirkt haben könnte.

Expressive Behandlungstechniken (Skala 1 der theoretischen sowie Skala 1 und 3 der empirischen Aufteilung) können erst eingesetzt werden, wenn eine ausreichende hilfreiche Beziehung aufgebaut worden ist (Leichsenring et al. 2005). Der signifikante Unterschied der dritten empirischen Skala (expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug) bei den persönlichkeitsgestörten Patienten zum Entlassungszeitpunkt wäre ebenfalls nicht in der beschriebenen Richtung zu erwarten gewesen. Hier wurden bei den Patienten mit der Diagnose eher niedrigere Mittelwerte im Vergleich zu denen ohne Persönlichkeitsstörung vermutet, da laut Luborsky der Umfang expressiver Interventionen von verschiedenen strukturellen Eigenschaften abhängig gemacht werden sollte (Luborsky 1995), die bei persönlichkeitsgestörten Patienten per definitionem eher weniger ausgeprägt sind. Hinsichtlich dieses Aspektes sei auf die Studie zur Entwicklung der PACS-SE verwiesen, obwohl der Vergleich nicht unproblematisch ist, da die PACS-SE ein Expertenbeurteilungsverfahren mit Erfassung von Adhärenz und Kompetenz darstellt (Barber und Crits-Christoph 1996). Darin untersuchten Barber und Crits-Christoph unter anderem den Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen auf Adhärenz und Kompetenz des Einsatzes der SET. Sie fanden keine Zusammenhänge zwischen der Adhärenz beziehungsweise Kompetenz des supportiv-expressiven Therapeutenverhaltens und der Krankheitsschwere sowie komorbider Persönlichkeitsstörungen (Barber und Crits-Christoph 1996). Dieses Ergebnis konnte mit der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden, da signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne strukturelle Defizite respektive Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der FTV-Mittelwerte gefunden wurden.

Auch hinsichtlich der interaktionellen Interventionen (Skala 4, theoretische und empirische Aufteilung) entsprechen die Ergebnisse nicht den theoretischen Überlegungen. Da diese speziell für strukturell gestörte Patienten entwickelt wurden (Streeck und Leichsenring 2014), wäre ein verstärkter Einsatz in der Gruppe derjenigen mit strukturellen bzw. einer Persönlichkeitsstörung anzunehmen gewesen, zumal Leichsenring und Mitarbeiter (2016) zeigen konnten, dass die PIT bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen eine effektive Behandlungsform darstellt und das Outcome signifikant verbessert. Auch hier muss wieder offen bleiben, ob die Ergebnisse das tatsächliche Verhalten widerspiegeln oder vorrangig auf der Wahrnehmung der Patienten beruhen.

Die wahrscheinlichste Erklärung dafür, dass ein Großteil der beschriebenen Ergebnisse zu Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne strukturelle Defizite bzw. Persönlichkeitsstörungen nicht den Erwartungen entsprechend ausgefallen ist, gründet auf der bereits oben dargestellten Überlegung, dass sich in den FTV-Werten das von den Patienten **wahrgenommene Therapeutenverhalten** widerspiegelt und daraus keine direkten Rückschlüsse auf das Ausmaß der tatsächlich angewendeten Interventionen gezogen werden können. Folgt man dieser Erwägung weiter, ließe sich daraus möglicherweise für die klinische Praxis der Schluss ziehen, dass sich Patienten mit strukturellen und Persönlichkeitsstörungen schwerer tun, allgemeines und supportives Therapeutenverhalten als solches wahrzunehmen, sodass gerade darauf noch mehr Aufmerksamkeit gelegt werden muss.

5.2 Methodenkritische Überlegungen

Wie bei der Diskussion der Analyseergebnisse teilweise bereits zum Tragen kam, ist der FTV als Selbstbeurteilungsverfahren zu hinterfragen. Zudem soll im Folgenden sowohl die Methodik des gewählten Untersuchungsansatzes selbst als auch die Praxistauglichkeit des Instruments diskutiert werden.

Im Vergleich zur PACS-SE und anderen Instrumenten, die als Expertenbeurteilungsverfahren entwickelt wurden, war das vorrangige Ziel bei der FTV-Konstruktion, einen Fragebogen zu erstellen, der als ökonomisches Selbstbeurteilungsverfahren im Klinikalltag mit geringem Aufwand einsetzbar ist. Dem steht gegenüber, dass bezüglich der Kompetenz des Therapeutenverhaltens nur Fremdbeurteilungsverfahren verlässliche Daten liefern, da sie auf der Einschätzung von speziell geschulten Experten beruhen (Waltz et al. 1993). Außerdem besitzen sie eine gute Änderungssensitivität und Differenzierungsfähigkeit und können weitgehend unabhängig vom Störungsbild und Ausprägungsgrad der Erkrankung des Patienten eingesetzt werden (Stieglitz 2008). Bei einer Studie von Barber und Crits-Cristoph (1996) zeigte sich dies zum Beispiel darin, dass die Beurteiler mit der PACS-SE gut zwischen CT- und SET-Therapiesitzungen unterscheiden konnten. Im Gegensatz zu **Selbstbeurteilungsverfahren** kann folglich davon ausgegangen werden, dass die evaluierten Interventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch so wie angegeben eingesetzt worden sind. Bei den mittels FTV erhobenen Daten kann nur von subjektiv wahrgenommenem Therapeutenverhalten gesprochen werden. Es beruht auf der individuellen Einschätzung jedes einzelnen Patienten, welche von vielen Faktoren abhängig ist, beispielsweise Eigenschaften des Patienten wie Selbstreflexionsfähigkeit und Motivation (Stieglitz und Freyberger 2000).

Wie schon anfangs erläutert, sind Expertenratings jedoch sehr zeit- und arbeitsintensiv und damit auch sehr kostspielig (Hentschel 2005; Webb et al. 2010). Dies ist zum einen auf die Schulung der Experten und weitere Maßnahmen zurückzuführen, die nötig sind, um die Reliabilität bei mehreren Ratern zu gewährleisten (Wiltink et al. 2010). Zum anderen ist auch die Methode selbst aufwändig, da meistens Video- oder Audioaufnahmen von Therapiesitzungen durch die Experten ausgewertet werden (Zarafonitis-Müller et al. 2014).

Demgegenüber bietet ein Selbstbeurteilungsverfahren wie der FTV den entscheidenden Vorteil, dass es vom Patienten innerhalb von Minuten ausgefüllt und anschließend relativ unkompliziert aber standardisiert ausgewertet werden kann.

Nachteile eines Patientenfragebogens im Vergleich mit der Expertenbeurteilung sind, dass nur die anhand der vorgegebenen Items erfragten Inhalte erfasst werden können, wohingegen bei der Video- oder Audio-Analyse durch geschulte Rater theoretisch jegliches aufgezeichnetes Therapeutenverhalten evaluiert werden kann, wobei die Beurteilung nur vom zugrunde gelegten Modell abhängt (Hentschel 2005). Trotzdem können eben auch nur die aufgezeichneten Behandlungsausschnitte mithilfe von Fremdbeurteilungsverfahren evaluiert werden, während relevante Aspekte aus dem Kontext der Therapie nicht berücksichtigt werden können (beispielsweise „Patientenmerkmale, wie Vorgeschichte des Patienten oder vorangegangene Interaktionen zwischen Therapeut und Patient (z. B. Telefonate) usw.“ (Wiltink et al. 2010, S. 89)). Dadurch wird die Validität des Expertenratings begrenzt (Wiltink et al. 2010). Weiterhin unterliegt es Einflussfaktoren, die schwer zu erfassen sind, beispielsweise der Therapieerfahrung und Kompetenz. So kommt komplizierend die Notwendigkeit der Analyse der Inter-Rater-Reliabilität beim Einsatz mehrerer Experten hinzu. In der Untersuchung von Barber und Crits-Cristoph (1996) gab es zwei Beurteiler: einen mit viel Erfahrung in der SET und einen anderen ohne Erfahrung. Die Autoren merken selbst an, dass man die Reliabilität dadurch steigern könnte, indem mehr Experten eingesetzt werden würden, was jedoch mit zunehmenden Kosten verbunden wäre.

Obwohl gerade auch Selbstbeurteilungsverfahren anfällig für Bewertungsfehler und Verfälschung sind (vgl. in der vorliegenden Arbeit beispielsweise die niedrige Trennschärfe von Item 23 vermutlich aufgrund von inhaltlichen Missverständnissen), können mithilfe von Selbstbeurteilungsverfahren wie dem FTV im Vergleich zu der relativ geringen Anzahl an Experten-Einschätzungen bei Fremdbeurteilungsverfahren eine sehr große Zahl an Patienten erfasst und damit wiederum objektivere Ergebnisse erzielt werden (Grawe und Braun 1994; Stieglitz 2008).

Insgesamt ist aber auch bei den durchgeführten Untersuchungen des FTV deutlich geworden, dass Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren sich nicht vollständig gegenseitig ersetzen können. Obwohl dies ein wünschenswertes Ziel bei der Entwicklung des FTV als Selbstbeurteilungsverfahren gewesen wäre, können damit lediglich die Ergebnisse eines Fremdbeurteilungsverfahrens wie der PACS-SE ergänzt werden, da sie auf unterschiedlichen Perspektiven beruhen (Stieglitz und Freyberger 2000).

Ein möglicher Lösungsansatz wäre die zusätzliche Entwicklung einer Expertenbeurteilungsform des FTV.

Anhand des Kriterienkataloges zur Beurteilung psychodiagnostischer Selbstbeurteilungsinstrumente nach der Empfehlung des deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (Glaesmer et al. 2015) sollen im Folgenden Überlegungen hinsichtlich der **Praxistauglichkeit des FTV** angestellt werden. Dabei wird die fünfte Oberkategorie „Anwendung“ des Kriterienkataloges betrachtet. Darin werden vier Bewertungsstufen im Sinne einer Ordinalskala unterschieden (ausgedrückt durch null, einen, zwei oder drei Sterne), wobei die Zuordnung nach genau aufgeführten Vorgaben erfolgt. Drei Sterne stehen dabei für die bestmögliche Erfüllung des jeweiligen Unterkriteriums und null für das Nichterreichen des betrachteten Aspekts. Es können auch halbe Punkte zur feineren Abstufung vergeben werden.

Hinsichtlich der „*Ökonomie*“, gemessen an der Bearbeitungszeit, fällt der FTV vermutlich in die zweite (oder gegebenenfalls in die dritte) Kategorie, da lediglich die Bearbeitungszeit einer Skala gemeint ist. Für den FTV sind bei einer maximalen Itemzahl von 19 pro Skala (Skala 2) bis zu drei Minuten (zwei Sterne) zur Beantwortung höchstwahrscheinlich ausreichend (die geschätzte ungefähre Bearbeitungszeit des Gesamt-FTV liegt bei ungefähr zehn Minuten).

Die „*Simplizität der Auswertung*“ könnte als mittel (zwei Sterne) bezeichnet werden, da bisher keine leicht anwendbare PC-Auswertung existiert (erste Kategorie), die Itemanzahl mit 52 beispielsweise im Vergleich zum HAQ mit elf Items wesentlich höher ist und Item 23 vor der Auswertung invertiert werden muss, da es negativ gepolt ist.

Dadurch, dass bisher keine Veröffentlichung oder ein Manual mit Auswertungshilfen für den FTV existiert, weil im Rahmen dieser Arbeit die erste psychometrische Evaluation stattgefunden hat, ist die „*Simplizität der Interpretation*“ der untersten Bewertungsstufe (kein Stern) zuzuordnen. Hier besteht jedoch Verbesserungspotential, indem zum Beispiel im Rahmen einer weiterführenden Arbeit Cut-off- oder Vergleichsgruppenwerte ermittelt werden könnten.

Zur „*Internationalität*“ des FTV ist zu sagen, dass die zugrunde liegende PACS-SE im amerikanischen Raum eingesetzt wird. Der FTV darf jedoch nicht als einfache Übersetzung der PACS-SE verstanden werden. Trotzdem erfassen beide Instrumente abgesehen von den Unterschieden einzelner Items und den zusätzlichen Items zur Überprüfung von PIT relativ ähnliche Aspekte therapeutischen Verhaltens – jedoch aus verschiedenen Perspektiven. Somit könnte zumindest ein halber Stern (ein Stern steht hier für „Übersetzung in eine Sprache“) für die Kategorie „Internationalität“ vergeben werden.

Vor allem die letzten beiden Aspekte „Verfügbarkeit“ und „Akzeptanz“ zur Beurteilung der Praxistauglichkeit des FTV sind bisher wenig sinnvoll, da es sich um ein noch nicht allgemein etabliertes Instrument handelt. Dies muss auch hinsichtlich des Unterkriteriums „Internationalität“ beachtet werden.

Somit erfüllt der FTV zwar weitestgehend die Kriterien „Ökonomie“ und „Simplizität der Auswertung“, weist aber noch deutliches Entwicklungspotential hinsichtlich der „Simplizität der Interpretation“ auf. Erst wenn der FTV tatsächlich zur Evaluation des Therapeutenverhaltens über den Einsatz im Rahmen der psychometrischen Überprüfung hinaus verwendet wird, können die Kriterien „Internationalität“, „Verfügbarkeit“ und „Akzeptanz“ beurteilt werden.

Sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilungsverfahren bringen folglich Vor- und Nachteile mit sich. Der FTV erfüllt als Selbstbeurteilungsinstrument zwar den intendierten Zweck der wenig aufwändigen Erhebung von therapeutischen Verhaltensweisen und erfüllt auch weitestgehend die Kriterien „Ökonomie“ und „Simplizität der Auswertung“ der DKMP. Die erhobenen Daten sind jedoch nur begrenzt verwertbar, sodass der FTV beispielsweise einer Weiterentwicklung im Sinne einer ergänzenden Fremdbeurteilungsversion sowie einer Auswertungshilfe bedürfte.

5.3 Limitationen und weiterführende Forschungsansätze

5.3.1 Limitationen der Arbeit

Die vorgestellte Untersuchung unterliegt einigen Einschränkungen. Obwohl den untersuchten Daten eine relativ große Stichprobe ($N = 2535$) zugrunde liegt, kann keine vollständige Repräsentativität beansprucht werden, da die Aufnahme in die Studie bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien unterlag.

Außerdem ist die Rate der fehlenden Daten für einzelne Variablen teilweise sehr hoch, so zum Beispiel bei den BPI-Daten, bei denen nur Ergebnisse von $N = 108$ (Zwischenerhebung) beziehungsweise $N = 159$ (Entlassungserhebung) Patienten vorlagen. Diese Tatsache setzt die Aussagekraft der Untersuchung des Zusammenhangs der FTV-Werte mit den BPI-Werten deutlich herab.

Zudem ist anzumerken, dass die Diagnose einer komorbiden Persönlichkeitsstörung auf einem klinischen Urteil beruhte und nicht durch standardisierte Diagnostik verifiziert wurde. Das setzt die Aussagekraft der Analysen, die auf dem Vorliegen von komorbiden Persönlichkeitsstörungen beruhen, herab. So müssen die teilweise signifikanten Unterschiede bezüglich der Item- und Skalenwerte zwischen Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung mit Vorsicht betrachtet werden.

Hinsichtlich der Retest-Reliabilität ist einerseits zu bedenken, dass der Abstand von Zwischen- zur Entlassungserhebung abhängig von der Liegezeit für jeden Patienten verschieden war und somit in verschiedenem Maße unsystematischen Veränderungen wie beispielsweise Übungseffekten und Wissenszuwachsen unterlag. Andererseits ist die relativ lange Dauer des Intervalls zwischen den Messzeitpunkten nicht unproblematisch. Allerdings existiert keine allgemeingültige Entscheidungsregel für die Festlegung dessen, sondern es kann lediglich anhand des zu messenden Gegenstands bestimmt werden (Bühner 2011). Da der FTV auf die Erfassung des wahrgenommenen Therapeutenverhaltens abzielt, ist es zum Beispiel im Gegensatz zu Symptomfragebögen eher sinnvoll, den Zeitabstand größer zu wählen. Trotzdem ist die Bezeichnung „Retest-Reliabilität“ aufgrund der unterschiedlichen und durchschnittlich großen Zeitintervalle schwierig.

Bezüglich der Split-Half-Reliabilität sei angemerkt, dass die Ergebnisse je nach Aufteilung der Items auf beide Hälften verschieden ausfallen.

Weiterhin wurde lediglich die konvergente Validität hinsichtlich einer beziehungsweise zwei Subskalen (allgemeines und supportives Therapeutenverhalten) des FTV durch Korrelation mit nur einem anderen Selbstbeurteilungsinstrument (HAQ) untersucht. Es erfolgte keine Überprüfung weiterer Validitätsaspekte, sodass nur schwer eine Aussage zur Validität vor allem der übrigen Skalen (expressives und interaktionelles Therapeutenverhalten) getroffen werden kann.

Schließlich war die für explorative Faktorenanalysen vorausgesetzte Reliabilität von 100 Prozent insofern nicht gegeben, als dass eine Freiheit von Messfehlern nicht vollständig erreicht werden kann.

5.3.2 Weiterführende Forschungsansätze

Vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage und nach den Erfahrungen im Rahmen dieser Untersuchung wären folgende Ansätze denkbar, um den FTV an die bisherigen Ergebnisse anknüpfend weiterführend zu evaluieren:

Nach Umformulierung von Item 23 und wiederholter FTV-Erhebung bestünde die Möglichkeit einer erneuten Itemanalyse mit dem Ziel, eine höhere Trennschärfe für dieses Item zu erreichen.

Zur Bestätigung der Faktorenstruktur wäre es hilfreich, die in der vorliegenden Arbeit favorisierte 4-Faktorenlösung mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse zu überprüfen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich der Validierung des FTVs. Im Falle einer Wiederholung der Studie sollten bestenfalls zusätzliche Instrumente zur Erfassung von expressiven und auch psychoanalytisch-interaktionellen Interventionen parallel zum FTV eingesetzt werden. Da derartige deutschsprachige Instrumente bisher jedoch nicht zur Verfügung stehen, müssten andere Methoden zur Validierung der Skalen zu expressiven und psychoanalytisch-interaktionellen Verhaltensweisen herangezogen werden. So könnte ein Vergleich mit von Experten beurteilten Videos derselben Patienten der hier untersuchten Stichprobe durchgeführt werden. Dies wäre außerdem eine Möglichkeit um zu evaluieren, in welchem Maß das vom Patienten subjektiv wahrgenommene Therapeutenverhalten mit dem wahrscheinlich stattgefundenen übereinstimmt.

Daneben könnte überlegt werden, zusätzliche FTV-Erhebungen beispielsweise nach drei und nach neun Wochen durchzuführen. So stünde einerseits mehr Datenmaterial zur Verfügung um beispielsweise Retest-Reliabilitäten zu berechnen; andererseits könnten unter Umständen genauere Aussagen über das wahrgenommene Therapeutenverhalten im Behandlungsverlauf getroffen werden.

Es könnte zudem der Zusammenhang der FTV-Skalenwerte mit den Therapiephasen der SET untersucht werden, um zu ermitteln, inwiefern die supportiv-expressive Therapie umgesetzt beziehungsweise von den Patienten als solche erlebt wurde. Für einen möglichst exakten Vergleich zu den SET-Phasen wäre es dementsprechend hilfreich, wenn FTV-Daten von mehr als zwei Erhebungszeitpunkten zu Verfügung stünden.

Weiterhin sollten bei Wiederholung der Studie von Anfang an auch BPI-Daten erhoben werden, um eine besser vergleichbare Stichprobengröße, und nicht wie im vorliegenden Fall lediglich eine Teilstichprobe, mit BPI-Daten zu erhalten. Die Diagnostik von komorbiden Persönlichkeitsstörungen sollte standardisiert erfolgen, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen (s. Kapitel 5.2).

Denkbar wäre außerdem die bereits erwähnte Therapeutenbeurteilungsform des FTV zu entwerfen und diese parallel zu der bisherigen Patientenversion zu erheben. So könnten die Ergebnisse verglichen und untersucht werden, inwiefern das wahrgenommene Therapeutenverhalten dem tatsächlich stattgehabten entspricht.

Darüber hinaus könnte der FTV im Rahmen der ambulanten Psychotherapie eingesetzt und psychometrisch überprüft werden. Es wäre interessant, diese Ergebnisse mit denen der vorliegenden Arbeit zum Einsatz des FTV in der stationären Psychotherapie zu vergleichen.

Schließlich sollten in zukünftigen Untersuchungen die dargestellten Ergebnisse der Itemanalyse, Faktorenstruktur, Reliabilität und Validität repliziert werden können.

6 Zusammenfassung

Die mehrfach und wiederholt belegte gute Wirksamkeit von Psychotherapie beruht zu einem Großteil auf allen Ansätzen gemeinsamen Wirkfaktoren und daneben auf Wirkfaktoren, die für die unterschiedlichen Verfahren spezifisch sind. Die therapeutische Allianz und supportive Interventionen stellen sehr zentrale generelle Wirkfaktoren dar. Darüber hinaus spielen für psychodynamische Verfahren weitere spezifische Wirkfaktoren eine wesentliche Rolle, etwa in der supportiv-expressiven Therapie (SET) expressiv-deutende Interventionen oder in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode interaktionelle Maßnahmen, bei denen der Therapeut dem Patienten ausgewählte eigene Empfindungen und Reaktionen auf dessen Verhalten mitteilt.

Während für die Erfassung der therapeutischen Allianz im Allgemeinen verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente vorliegen, gibt es für psychodynamische Behandlungsmethoden kaum deutschsprachige psychometrische Ansätze, mit deren Hilfe das Therapeutenverhalten, d.h. ihre Adhärenz an das Therapieverfahren sowie ihre Kompetenz in dessen Anwendung, beurteilt und gemessen werden kann. Um diese Lücke zu schließen, wurde 2004 von Leichsenring der Fragebogen zum Therapeutenverhalten (FTV) auf der Grundlage der 1992 von Barber veröffentlichten *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy* (PACS-SE) sowie orientiert an Therapiemanualen zur generalisierten Angststörung und sozialen Phobie entwickelt. Die PACS-SE stellt ein Instrument dar, das in erster Linie die Therapeutenadhärenz und -kompetenz im Rahmen der supportiv-expressiven Therapie (SET) aus Expertensicht erfassen soll. Mit dem FTV sollten darüber hinaus psychoanalytisch-interaktionelle Interventionen, und zwar aus Patientensicht, bewertet werden können.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den FTV hinsichtlich deskriptiver Item- und Skalenkennwerte, seiner Faktorenstruktur sowie seiner Reliabilität und Validität zu untersuchen. Außerdem sollten Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis und der Einfluss von strukturellen respektive Persönlichkeitsstörungen auf das wahrgenommene Therapeutenverhalten geprüft werden. Dafür wurden retrospektiv und sekundär Fragebogendaten der Routinediagnostik des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn ausgewertet und analysiert.

Die Datenerhebung fand anhand einer Stichprobe von 2535 Patienten statt, die von November 2004 bis Oktober 2010 im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn aufgenommen und stationär psychotherapeutisch-psychiatrisch behandelt worden waren. Die erste Erhebung mit dem FTV fand nach sechs Wochen statt, während die zweite zum Entlassungszeitpunkt durchgeführt wurde.

Die Itemanalysen des FTV ergaben eine akzeptable Itemschwierigkeit (bei der Zwischenerhebung im Mittel 0,50 und bei der Entlassungserhebung im Durchschnitt 0,59) sowie Trennschärfe (bei der Zwischenerhebung im Mittel 0,57 und bei der Entlassungserhebung im Durchschnitt 0,61). Hinsichtlich der Faktorenstruktur ließ sich am besten eine 4-Faktorenlösung begründen: eine Skala zu expressivem Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug, eine weitere zur therapeutischen Grundhaltung, eine dritte zu expressivem Therapeutenverhalten mit Situationsbezug sowie eine letzte zu interaktionellen Interventionen. Sowohl die im Rahmen dieser Arbeit empirisch ermittelten als auch die von Leichsenring theoretisch angenommenen Skalen (abgesehen von der vierten theoretisch begründeten Skala zum interaktionellen Therapeutenverhalten) erzielten hinsichtlich der internen Konsistenz gute Werte für Cronbachs α ($> 0,7$). Jedoch zeigten insgesamt die empirisch ermittelten Skalen eine etwas höhere interne Konsistenz. Die interne Konsistenz des gesamten FTV ist mit einem Cronbachs α von 0,96 für die Zwischen- und von 0,97 für die Entlassungserhebung mehr als zufriedenstellend.

Sowohl für die Daten der Zwischen- als auch für die Daten der Entlassungserhebung zeigte der FTV für die Skalen zu supportivem und allgemeinen Therapeutenverhalten eine gute Korrelation mit der ersten Skala „Beziehungszufriedenheit“ des *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ), was auf eine hohe konvergente Validität hinweist.

Bei der Untersuchung der Beziehung zwischen Outcome und Ausmaß des evaluierten Therapeutenverhaltens zeigte sich ein positiver Zusammenhang: Patienten mit Symptomverbesserung schätzten das Therapeutenverhalten unabhängig von der Art der Interventionen höher in Schlüsselrichtung des FTV ein als Patienten mit Verschlechterung oder ohne Veränderung ihrer Psychopathologie. Zudem zeigte sich, dass Patienten mit einer strukturellen oder Persönlichkeitsstörung supportive Interventionen während der Therapie signifikant weniger wahrnahmen. Expressives Therapeutenverhalten erlebten sie dagegen vermehrt im Vergleich zu Patienten ohne eine entsprechende Diagnose. Im Hinblick auf die interaktionellen Interventionen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne strukturelle respektive Persönlichkeitsstörungen.

Insgesamt erwies sich der FTV als Instrument mit guten psychometrischen Kennwerten. Die überprüfte 4-Faktorenlösung stellt vor allem aus inhaltlichen Gründen eine sinnvolle Struktur dar. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass der FTV als Selbstbeurteilungsverfahren dadurch in seiner Anwendbarkeit limitiert ist, als er das wahrgenommene Therapeutenverhalten mit hoher teststatistischer Güte erfasst, jedoch keine Rückschlüsse über die von den Behandlern tatsächlich eingesetzten Interventionen möglich sind, sodass der FTV ein Fremdbeurteilungsinstrument nicht vollständig ersetzen kann. Weitere methodenkritische Überlegungen werden ebenso diskutiert wie weiterer Forschungsbedarf, der besonders hinsichtlich der Validierung der expressiven und interaktionellen FTV-Skalen sowie hinsichtlich der Interpretation des erhobenen wahrgenommenen Therapeutenverhaltens besteht.

7 Anhang

7.1 Fragebogen zum Therapeutenverhalten

Auf den folgenden Seiten sind verschiedene Verhaltensweisen beschrieben, die ihr Therapeut oder ihre Therapeutin angewendet haben kann. Ob er oder sie diese Verhaltensweisen angewendet hat, hängt von der jeweiligen Therapiemethode ab. Es gibt daher keine „guten“ oder „schlechten“ Verhaltensweisen. Bitte beurteilen Sie bei jedem Satz, inwieweit er auf ihre Therapeutin / ihren Therapeuten zutrifft. Bitte kreuzen Sie immer eine Antwort an, auch wenn es manchmal für Sie schwer ist.

1. Der Therapeut und ich haben daran gearbeitet, dass ich mich selbst besser verstehe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

2. Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

3. Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen reagiere.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

4. Ich habe mich von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

5. Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

6. Der Therapeut hat mir dabei geholfen, auszudrücken, was ich dachte oder fühlte.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

7. Der Therapeut hat mir gezeigt, wie ich meine Beziehungsschwierigkeiten auch mit ihm wiedererlebe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

8. Der Therapeut hat mich darin unterstützt, meine Therapieziele zu erreichen.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

9. Der Therapeut hat sich mit meinen Problemen in Beziehungen befasst und sie in einen Zusammenhang zu meinen Symptomen gebracht.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

10. Der Therapeut hat mich darin bestärkt, selbst so an meine Probleme heranzugehen, wie er es während der Sitzungen getan hat.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
11. Der Therapeut hat mir geholfen, zu erkennen, wie sich meine Beziehungsprobleme in verschiedenen Situationen zeigen.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
12. Ich habe mich von meinem Therapeuten akzeptiert gefühlt.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
13. Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum sich meine Gefühle in der Sitzung manchmal plötzlich geändert haben.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
14. Ich habe mich von meinem Therapeuten respektiert gefühlt.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
15. Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich manchmal geschwiegen habe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
16. Die Antworten des Therapeuten waren einfach und gut verständlich.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
17. Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mit meinen Symptomen versuche, ein zwischenmenschliches Problem zu lösen.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
18. Ich habe mir etwas von der Art und Weise, wie der Therapeut Probleme löst, zu eigen gemacht.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
19. Der Therapeut hat mir geholfen, einen Zusammenhang zu sehen zwischen meinen Symptomen und meinen Problemen in Beziehungen.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
20. Der Therapeut hat mir geholfen, Wege zu überlegen, meine zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern oder zu verändern.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

21. Der Therapeut hat mir zugehört, ohne mich zu kritisieren.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
22. Der Therapeut hat mich unterstützt.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
23. Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
24. Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was die Beendigung der Therapie für mich bedeutet.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
25. Ich habe mich bei meinem Therapeuten sicher gefühlt.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
26. Der Therapeut hat mir vermittelt, dass er mich mag.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
27. Der Therapeut hat mit mir herausgearbeitet, wie ich auf andere reagiere.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
28. Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
29. Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie andere auf meine Wünsche reagieren.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
30. Der Therapeut hat es anerkannt, wenn ich meinem Therapieziel näher gekommen bin.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
31. Der Therapeut hat meine Symptome (z.B. Ängste) in Zusammenhang mit meinen Beziehungsproblemen gebracht.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
32. Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was ich von anderen möchte oder brauche.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

33. Der Therapeut und ich haben gemeinsam vereinbart, was die Ziele der Behandlung sind.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
34. Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich sehr dazu neige, mich selbst oder andere immer auf eine bestimmte Art und Weise zu sehen.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
35. Der Therapeut hat mir Ratschläge gegeben.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
36. Der Therapeut hat mich auf Ähnlichkeiten in meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam gemacht.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
37. Der Therapeut hat seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, welche Probleme ich in Beziehungen habe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
38. Der Therapeut hat meine Verbesserungen damit in Zusammenhang gebracht, dass ich meine Beziehungsprobleme besser verstehe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
39. Der Therapeut hat meine Probleme in Beziehungen so gründlich mit mir besprochen, dass es mich weiter gebracht hat.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
40. Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich reagiere, wenn ich bestimmte Wünsche habe.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
41. Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich ihm gegenüber ähnlich empfinde wie gegenüber anderen Menschen, die mir wichtig sind (z.B. Eltern, Partnern).
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
42. Der Therapeut hat mir Rückmeldungen über meine Probleme in Beziehungen gegeben.
 nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
43. Der Therapeut hat mir Hoffnung vermittelt, dass ich die Behandlungsziele wahrscheinlich erreichen werde.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

44. Der Therapeut hat mich ermutigt, die persönliche Bedeutung eines Ereignisses oder eines Gefühls herauszufinden.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

45. Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich plötzlich das Thema gewechselt habe.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

46. Der Therapeut hat mit mir zusammen herausgefunden, was ich mir von anderen Menschen wünsche, was ich von ihnen erwarte und wie ich auf das Verhalten der anderen reagiere.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

47. Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mir mit bestimmten Verhaltensweisen selbst schade.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

48. Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich spezifische Themen oder Personen nicht erwähnt habe, die hätten erwähnt werden sollen.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

49. Der Therapeut hat mich dazu aufgefordert, etwas Neues auszuprobieren, auch wenn es mir zunächst Angst machte.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

50. Der Therapeut hat mir gesagt, was er mir gegenüber empfindet, wenn ich bestimmte Dinge sage oder tue.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

51. Der Therapeut hat mir gesagt, was er an meiner Stelle in einer bestimmten Situation tun oder empfinden würde.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

52. Der Therapeut hat mir geholfen, meine Empfindungen und Gefühle zu klären.

nicht - wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr

Tabelle 32 Zuordnung von den FTV-Items zu SET-Prinzipien Luborskys

FTV-Item ¹¹	Bsp. für überprüfetes Therapeutenverhalten ¹²
1. Der Therapeut und ich haben daran gearbeitet, dass ich mich selbst besser verstehe.	EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“
2. Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.	Phase 1 und 4 der expressiven Behandlungstechniken: Zuhören EII 11: „Die zeitliche Abstimmung der Interventionen sollte die verbleibende Sitzungsdauer berücksichtigen“
3. <i>Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen reagiere.</i>	EI 4: „Beachte reihum jeden Bereich der Beziehungstriade“ EII 2: „Der Therapeut sollte ständig auf das zentrale Beziehungsthema achten, weil es das Durcharbeiten fördert und erleichtert“
4. Ich habe mich von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.	SI 2: „Vermittle dem Patienten ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz“ SII 5: „Beteilige dich an dem gemeinsamen Bemühen um Verständnis“
5. Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.	Phase 1 der expressiven Behandlungstechniken: Zuhören mit offener Aufnahmebereitschaft
6. Der Therapeut hat mir dabei geholfen, auszudrücken, was ich dachte oder fühlte.	SI 7: „Rege den Patienten an seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit bestimmten Themen auszudrücken“
7. <i>Der Therapeut hat mir gezeigt, wie ich meine Beziehungsschwierigkeiten auch mit ihm wiedererlebe.</i>	EI 4: „Beachte reihum jeden Bereich der Beziehungstriade“ EII 2: „Der Therapeut sollte ständig auf das zentrale Beziehungsthema achten, weil es das Durcharbeiten fördert und erleichtert“ EII 4: „Der Therapeut sollte bedenken, daß sowohl er als auch der Patient es als besonders schwierig empfinden, darüber offen zu sprechen, wie der Patient die therapeutische Beziehung erlebt“
8. Der Therapeut hat mich darin unterstützt, meine Therapieziele zu erreichen.	SI 1: „Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen“

¹¹ Die Formulierungen aller Items sind aus der Originalversion des FTV entnommen; für den vollständigen Fragebogen s. o.

¹² (Luborsky 1995, S. 78-85, 90-107, 110-128, 130ff.)

9. <i>Der Therapeut hat sich mit meinen Problemen in Beziehungen befasst und sie in einen Zusammenhang zu meinen Symptomen gebracht.</i>	EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“
10. Der Therapeut hat mich darin bestärkt, selbst so an meine Probleme heranzugehen, wie er es während der Sitzungen getan hat.	SII 3: „Vermittle dem Patienten Anerkennung für seine Fähigkeit, die grundlegenden Instrumente der Behandlung ähnlich wie der Therapeut zu nutzen“
11. <i>Der Therapeut hat mir geholfen, zu erkennen, wie sich meine Beziehungsprobleme in verschiedenen Situationen zeigen.</i>	EI 4: „Beachte reihum jeden Bereich der Beziehungstriade“
12. Ich habe mich von meinem Therapeuten akzeptiert gefühlt.	SI 2: „Vermittle dem Patienten ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz“
13. Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum sich meine Gefühle in der Sitzung manchmal plötzlich geändert haben.	EI 2: „Achte auf Gefühls- und Stimmungsschwankungen“
14. Ich habe mich von meinem Therapeuten respektiert gefühlt.	SII 2: „Vermittle dem Patienten deine Achtung und Wertschätzung“
15. <i>Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich manchmal geschwiegen habe.</i>	EI 2: „Achte auf Gefühls- und Stimmungsschwankungen“
16. Die Antworten des Therapeuten waren einfach und gut verständlich.	EII 9: „Die Ausführlichkeit und Komplexität jedes einzelnen Satzes einer Intervention sollte gering gehalten werden“
17. <i>Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mit meinen Symptomen versuche, ein zwischenmenschliches Problem zu lösen.</i>	EI 6: „Betrachtung der Symptomatik als eine Form der Problemlösung oder als Bewältigungsversuch“
18. <i>Ich habe mir etwas von der Art und Weise, wie der Therapeut Probleme löst, zu eigen gemacht.</i>	(SII 3: „Vermittle dem Patienten Anerkennung für seine Fähigkeit, die grundlegenden Instrumente der Behandlung ähnlich wie der Therapeut zu nutzen“)
19. <i>Der Therapeut hat mir geholfen, einen Zusammenhang zu sehen zwischen meinen Symptomen und meinen Problemen in Beziehungen.</i>	EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“
20. <i>Der Therapeut hat mir geholfen, Wege zu überlegen, meine zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern oder zu verändern.</i>	(EII 6: „Das Erreichen der Behandlungsziele erfordert bei jedem Patienten ein unterschiedliches Maß an Durcharbeiten und begleitender Einsicht“)
21. Der Therapeut hat mir zugehört, ohne mich zu kritisieren.	Phase 1 der expressiven Behandlungstechniken: Zuhören mit offener Aufnahmebereitschaft
22. Der Therapeut hat mich unterstützt.	SI 1:

	„Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen“
23. Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.	Gegenteil von PIT-Prinzip: „eine [...] interaktionale Intervention [...] sollte hinsichtlich ihres emotionalen Gehaltes immer eine Legierung von Libidinösem und Aggressivem sein, eine Mischung von Akzeptanz und Kritisieren“ (Heigl-Evers und Heigl 1983 S. 7); Antwort „in therapeutischer und das heißt verträglicher Form“ (Heigl-Evers und Heigl 1983 S. 9)
24. <i>Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was die Beendigung der Therapie für mich bedeutet</i>	Vorgesehene Maßnahme in Vorbereitung auf die Beendigung der Behandlung (Luborsky 1995, S. 130ff)
25. Ich habe mich bei meinem Therapeuten sicher gefühlt.	Supportive Interventionen nach Typ 1
26. Der Therapeut hat mir vermittelt, dass er mich mag.	SI 3: „Entwickle Sympathie für den Patienten“
27. <i>Der Therapeut hat mit mir herausgearbeitet, wie ich auf andere reagiere.</i>	EI 3: „Formulierung des ZBKT“
28. <i>Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.</i>	EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“
29. <i>Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie andere auf meine Wünsche reagieren.</i>	EI 3: „Formulierung des ZBKT“
30. Der Therapeut hat es anerkannt, wenn ich meinem Therapieziel näher gekommen bin.	SI 6 „Anerkenne bei geeigneter Gelegenheit, daß der Patient seinen Behandlungszielen schon nähergekommen ist“
31. <i>Der Therapeut hat meine Symptome (z.B. Ängste) in Zusammenhang mit meinen Beziehungsproblemen gebracht.</i>	EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“
32. <i>Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was ich von anderen möchte oder brauche.</i>	EI 3: „Formulierung des ZBKT“
33. <i>Der Therapeut und ich haben gemeinsam vereinbart, was die Ziele der Behandlung sind.</i>	Zu Behandlungsbeginn Standard (unabhängig von Therapieform/-maßnahme)
34. <i>Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich sehr dazu neige, mich selbst oder andere immer auf eine bestimmte Art und Weise zu sehen.</i>	EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“
35. <i>Der Therapeut hat mir Ratschläge gegeben.</i>	SI 1:

	„Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen“
36. <i>Der Therapeut hat mich auf Ähnlichkeiten in meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam gemacht.</i>	<p>EI 4: „Beachte reihum jeden Bereich der Beziehungstriade“</p> <p>EII 2: „Der Therapeut sollte ständig auf das zentrale Beziehungsthema achten, weil es das Durcharbeiten fördert und erleichtert“</p> <p>EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“</p>
37. <i>Der Therapeut hat seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, welche Probleme ich in Beziehungen habe.</i>	<p>EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“</p>
38. <i>Der Therapeut hat meine Verbesserungen damit in Zusammenhang gebracht, dass ich meine Beziehungsprobleme besser verstehe.</i>	<p>EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“</p> <p>EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“</p>
39. <i>Der Therapeut hat meine Probleme in Beziehungen so gründlich mit mir besprochen, dass es mich weiter gebracht hat.</i>	<p>EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“</p>
40. <i>Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich reagiere, wenn ich bestimmte Wünsche habe.</i>	<p>EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“</p> <p>EI 2: „Achte auf Gefühls- und Stimmungsschwankungen“</p> <p>EI 3: „Formulierung des ZBKT“</p>
41. <i>Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich ihm gegenüber ähnlich</i>	<p>EI 7: „Achte darauf, wie der Patient das Verhalten des Therapeuten wahrnimmt“</p>

<i>empfinde wie gegenüber anderen Menschen, die mir wichtig sind (z.B. Eltern, Partnern).</i>	EII 3: „Der Therapeut sollte damit rechnen, daß der Patient die therapeutische Beziehung einer Überprüfung im Sinne der Übertragung unterzieht“
42. <i>Der Therapeut hat mir Rückmeldungen über meine Probleme in Beziehungen gegeben.</i>	EII 5: „Der Therapeut sollte bei seinen Interventionen immer wieder auf das zentrale Beziehungsthema zurückgreifen, weil es einen Fokus darstellt, der einer hilfreichen Beziehung und dem Gefühl für den Therapiefortschritt förderlich ist“
43. Der Therapeut hat mir Hoffnung vermittelt, dass ich die Behandlungsziele wahrscheinlich erreichen werde.	SI 5: „Vermittle dem Patient die realistisch zuversichtliche Einstellung, daß die Behandlungsziele wahrscheinlich zu erreichen sind (oder zumindest die Bereitschaft, zu ihrem Erreichen beizutragen)“
44. Der Therapeut hat mich ermutigt, die persönliche Bedeutung eines Ereignisses oder eines Gefühls herauszufinden.	(EI 1: „Verstehe die Symptome im Zusammenhang mit Beziehungen“ EI 2: „Achte auf Gefühls- und Stimmungsschwankungen“
45. <i>Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich plötzlich das Thema gewechselt habe.</i>	EI 2: „Achte auf Gefühls- und Stimmungsschwankungen“
46. <i>Der Therapeut hat mit mir zusammen herausgefunden, was ich mir von anderen Menschen wünsche, was ich von ihnen erwarte und wie ich auf das Verhalten der anderen reagiere.</i>	EI 3: „Formulierung des ZBKT“
47. <i>Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mir mit bestimmten Verhaltensweisen selbst schade.</i>	(SI 1: „Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen“)
48. <i>Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich spezifische Themen oder Personen nicht erwähnt habe, die hätten erwähnt werden sollen.</i>	GAS-spezifische Intervention
49. Der Therapeut hat mich dazu aufgefordert, etwas Neues auszuprobieren, auch wenn es mir zunächst Angst machte.	GAS-spezifische Intervention
50. <u>Der Therapeut hat mir gesagt, was er mir gegenüber empfindet, wenn ich bestimmte Dinge sage oder tue.</u>	PIT-Intervention
51. <u>Der Therapeut hat mir gesagt, was er an meiner Stelle in einer bestimmten Situation tun oder empfinden würde.</u>	PIT-Intervention
52. <u>Der Therapeut hat mir geholfen, meine Empfindungen und Gefühle zu klären.</u>	PIT-Intervention

<p>Legende Tabelle 32, Spalte „FTV-Items“:</p> <p>intendierte Überprüfung des/der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinen Therapeutenverhaltens - Supportiven Behandlungstechniken - <i>Expressiven Behandlungstechniken</i> - <u>Interaktionellen Behandlungstechniken</u> 	<p>Legende Tabelle 32, Spalte „überprüftes Therapeutenverhalten“</p> <p>S = supportives Therapieprinzip</p> <ul style="list-style-type: none"> - I = supportive Interventionen nach Typ 1 - II = supportive Interventionen nach Typ 2 <p>E = expressives Therapieprinzip</p> <ul style="list-style-type: none"> - I = expressive Behandlungstechniken aus Phase 2 von 4 (Verstehen) - II = Phase 3 von 4 (Intervenieren) <p>Zusatzziffer = Nummerierung der Prinzipien innerhalb einer Untergruppe</p>
--	---

7.2 PACS-SE

Please rate the therapy session using the following scale:

A) Rate how much the therapist engaged in the described behavior (amount) on the blank on the left side of the item. After you have rated the frequency or amount of the therapist behavior, please rate next to it the quality of the response.

B) In case a therapist behavior is not present during the session, its adherence rating (frequency) should be rated as not at all (1).

C) But its competence rating (quality) requires the following judgement: Do you think the therapist should have performed these actions or not? If the therapist should have done something and did not, the quality rating should also be low. But if you think it was appropriate for the therapist to not do what he or she did not do, then your quality rating should be relatively higher for that item.

D) Whenever the behavior described in the item is spontaneously done by the patient without any therapist's intervention, put a cross to the far left of the rating scale.

1 = Not at all / 2 / 3 = Some / 4 / 5 = Considerably / 6 / 7 = Very much

amount	quality	
General therapeutic behaviors		
		1. The therapist encourages (directly or by facilitating atmosphere) the patient's expression; that is, to say what he or she think or feels.
		2. The therapist listens openly (acceptingly and non-critically) to what the patient is saying.
		3. The therapist's responses are kept simple and relatively brief.
		4. The therapist encourages the patient to explore the personal meaning of an event or feeling.
		5. Therapist and patient have decided (in this session or in a previous one) what the goals of treatment are.
		6. The therapist introduces new topics within the last five minutes of a session.
		7. The therapist helps the patient to consider ways to improve or change the patient's interpersonal relationships.
		8. The therapist listens to the patient for some time before giving a response.
		9. The therapist gives advice to the patient.
Supportive component:		
		10. The therapist conveys a sense of respect, understanding and acceptance to the patient.
		11. The therapist conveys a sense of supporting the patient's wish to achieve the goals of treatment.
		12. The therapist conveys a sense of liking the patient.
		13. Therapist and patient work as a team to help the patient with better self-understanding.
		14. The therapist recognises the patient's improvement towards the attainment of the therapeutic goals.
		15. The therapist communicates a realistically hopeful attitude that the treatment goals are likely to be achieved.
		16. The therapist conveys a sense of respect for the patient's growing ability to do by her/himself what the therapist is doing during the session and encourages her/him to do so.

		17. The therapist is supportive of the patient (e. g., the therapist recognises that treatment is
		18. The therapist does not analyse qualities, circumstances or defences that are effectively supporting the patient and/or vital to his mental health and current level of adaptation.
Expressive component:		
A: Focus on the interpersonal theme:		
		19. The therapist helps the patient to realize the various manifestations of the patient's central relationship difficulty or conflict <u>across situations</u> .
		20. The therapist focuses attention on similarities among the patient's past and present relationships.
		21. The therapist helps the patient to realize how the relationship difficulties are re-experienced with the therapist in the here and now.
		22. The therapist's questions are focused on aspects of the central problems or main relationship theme. That is, the therapist gathers data about the patient's interpersonal problems.
		23. The therapist clarifies and interprets to the patient <u>facets</u> of the main relationship problem or conflict. That is, the therapist gives feedback to the patient about the patient's interpersonal problems.
		24. The therapist refers to the main relationship problem or conflict often enough to facilitate the patient's „working through“.
		25. The therapist relates the way the patient feels about the therapist to the way the patient feels about significant others (e. g friends, boss, or parent).
		26. The therapist relates improvement in the patient to the patient's increased understanding of the relationship theme.
B: Responses from Others (RO)		
		27. The therapist helps the patient to understand other people's reactions to her/him in various interpersonal relationships.
		28. The therapist helps the patient to understand other people's reaction to the patient when s/he experiences specific emotions.
C: Responses from the Self (RS)		
		29. The therapist helps the patient to understand how the patient views or responds to her/himself in various interpersonal relationships.
		30. The therapist helps the patient to understand how the patient views or responds to her/himself when s/he experiences specific emotions.
D: Wishes:		
		31. The therapist helps the patient to understand what s/he implicitly and explicitly wants or needs from other people.
E: CCRT:		
		32. The therapist relates the patient's main wish to the patient's anticipated reactions of others and to the patient's responses to others' reactions and to the patient's responses to her/his wishes.
F: Symptoms		
		33. The therapist relates the appearances of symptoms during the session (including things such as change of affect, slips or other temporary memory problems, etc.) to the various components of the relationship problem or conflict.
		34. The therapist's responses deal with an aspect of the relationship problem and relates it to the patient's presenting symptoms (e. g., depression, anxiety or interpersonal difficulties).
		35. The therapist conveys to the patient how the symptoms are faulty attempts to solve an emotional problem or conflict.

G: Resistance:		
		36. The therapist helps the patient become aware of the strong disposition to view others including the therapist in a particular pattern.
		37. The therapist helps the patient to realize that the patient does not mention specific topics or people that should have been mentioned.
		38. The therapist helps the patient to understand sudden shifts of mood, topics, and attitudes, silence, vagueness, and inappropriate affect.
		39. The therapist addresses the patient's self-defeating behaviors which may include the patient's lack of improvement, etc.
H: Termination		
		40. The therapist relates the resurgence of symptoms during termination to the main relationship problem or conflict.
		41. The therapist helps the patient see the implications and the meanings of the termination.
I: Depression		
		42. The therapist focuses on various aspects of the depressive syndrome.
		43. The therapist elicits. Material concerning the context in which depressive mood changes.
		44. The therapist focuses on the aspects of the CCRT that fit best with the depressive mood alteration.
		45. The therapist relates symptoms such as hopelessness and helplessness to depression.
J: Summary of therapist evaluation		
		46. Overall judgment of the applicant's skills as a dynamic psychotherapist.
		47. Overall judgment of the applicant's skills as a Supportive-Expressive dynamic psychotherapist.
		48. Overall judgement of the applicant's skills at formulating the patient's central issue or CCRT.
		49. Overall judgement of the level of difficulty presented by the patient (1 – not difficult at all to 7 – extremely difficult patient).

7.3 Ergänzende Ergebnisse
 7.3.1 Weitergehende Itemanalysen

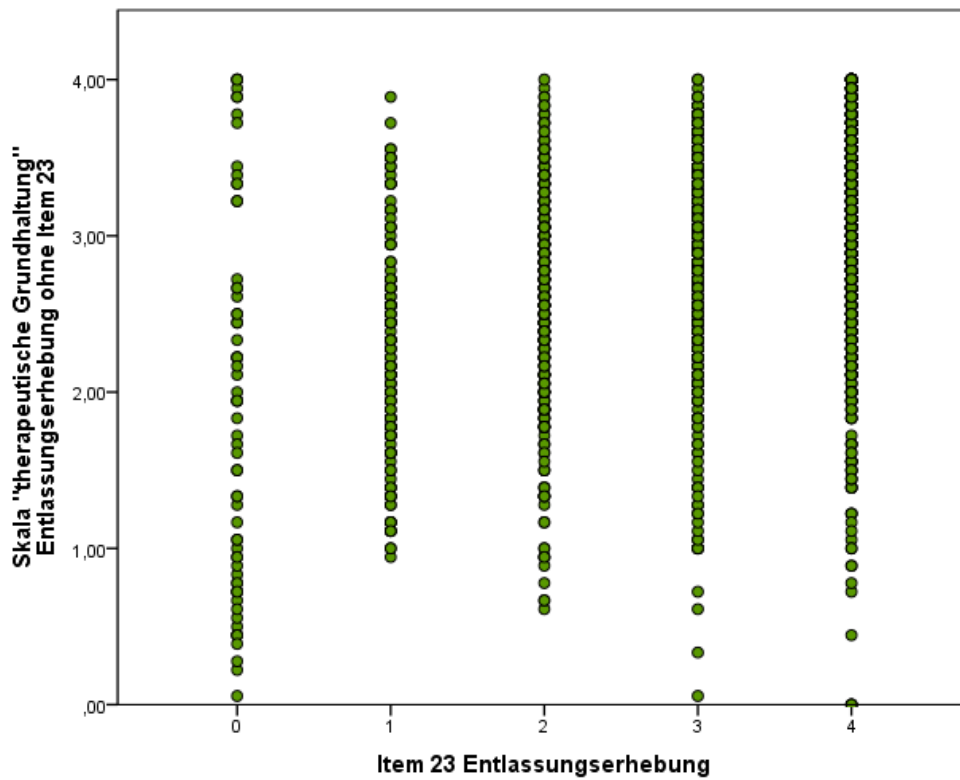


Abbildung 20 Streudiagramm von Item 23 auf den um das Item korrigierten Mittelwert für Skala 2

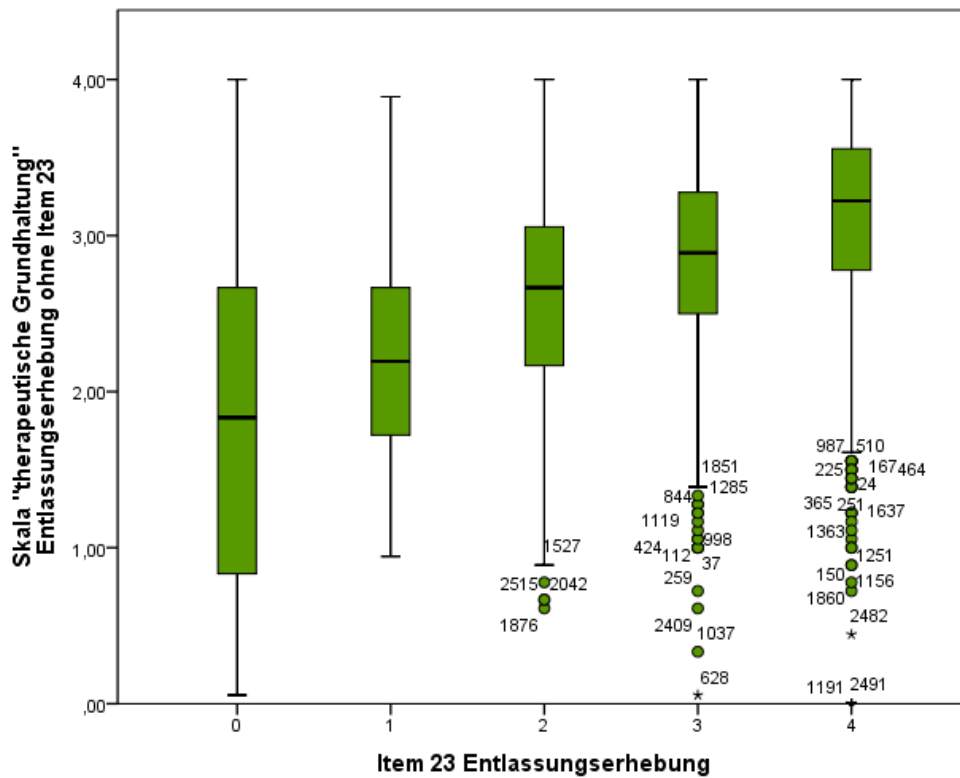


Abbildung 21 Boxplot von Item 23 auf den um das Item korrigierten Mittelwert für Skala 2

Table 33 Schiefe (und zugehörige Trennschärfe) der Items bei der Entlassungserhebung

Item	Schiefe	$r_{i(x-i)}$	Item	Schiefe	$r_{i(x-i)}$	Item	Schiefe	$r_{i(x-i)}$	Item	Schiefe	$r_{i(x-i)}$
1	-0,826*	0,67	14	-1,369*	0,58	27	-0,400	0,69	40	-0,262	0,71
2	-1,074*	0,48	15	0,026	0,63	28	0,374	0,52	41	0,592	0,48
3	-0,816*	0,73	16	-0,893*	0,54	29	-0,000	0,67	42	-0,366	0,67
4	-0,978*	0,67	17	-0,240	0,67	30	-0,584	0,64	43	-0,354	0,64
5	-1,631*	0,54	18	-0,054	0,67	31	-0,328	0,62	44	-0,649	0,67
6	-0,656	0,66	19	-0,487	0,73	32	-0,431	0,73	45	0,211	0,59
7	-0,005	0,51	20	-0,645	0,75	33	-0,636	0,54	46	-0,315	0,73
8	-1,003*	0,70	21	-0,807*	0,35	34	-0,437	0,58	47	-0,825*	0,56
9	-0,595	0,72	22	-1,109*	0,68	35	-0,365	0,53	48	0,849*	0,33
10	-0,324	0,71	23	-1,051*	0,18	36	-0,113	0,62	49	-0,557	0,49
11	-0,549	0,73	24	-0,078	0,55	37	-0,330	0,64	50	-0,060	0,41
12	-1,353*	0,59	25	-1,066*	0,63	38	0,013	0,71	51	-0,114	0,46
13	-0,166	0,71	26	-0,428	0,55	39	-0,272	0,74	52	-0,617	0,73

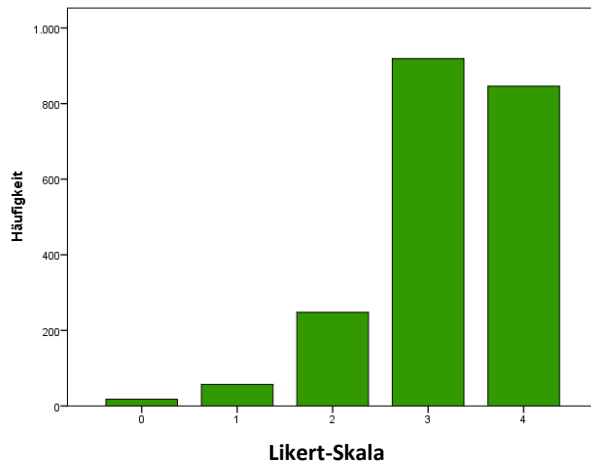


Abbildung 22a Häufigkeitsverteilung Item 2

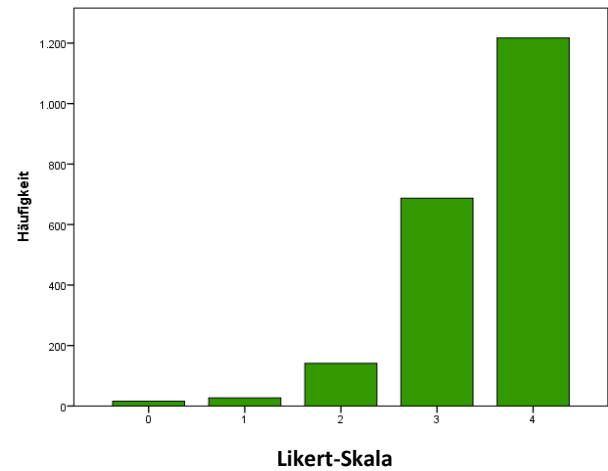


Abbildung 22b Häufigkeitsverteilung Item 5

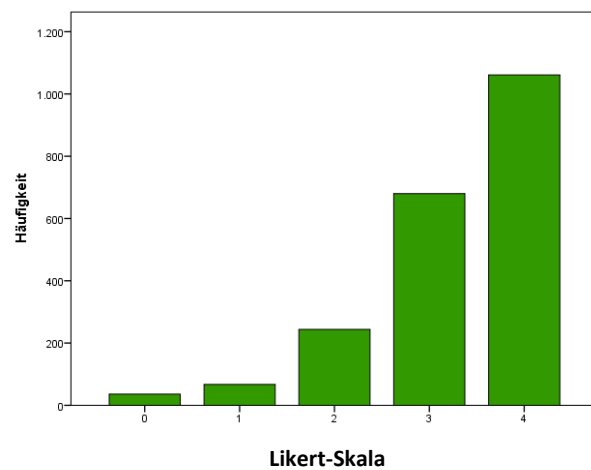


Abbildung 22c Häufigkeitsverteilung Item 14

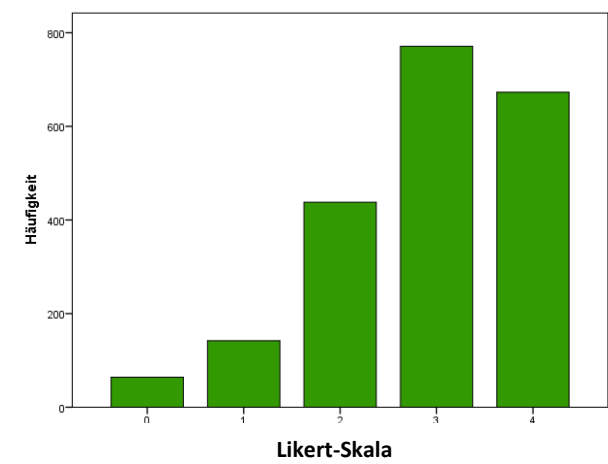


Abbildung 22d Häufigkeitsverteilung Item 21

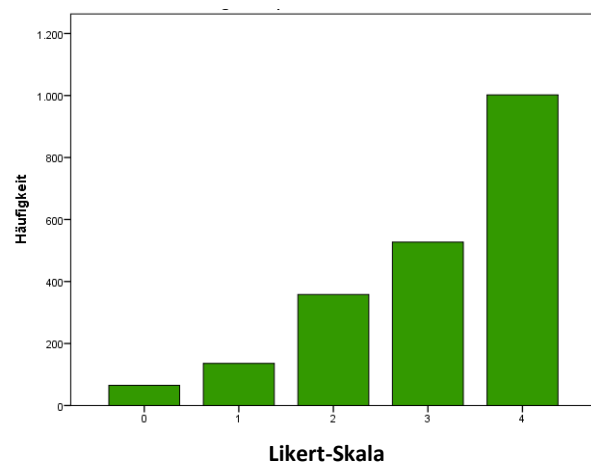


Abbildung 22e Häufigkeitsverteilung Item 23

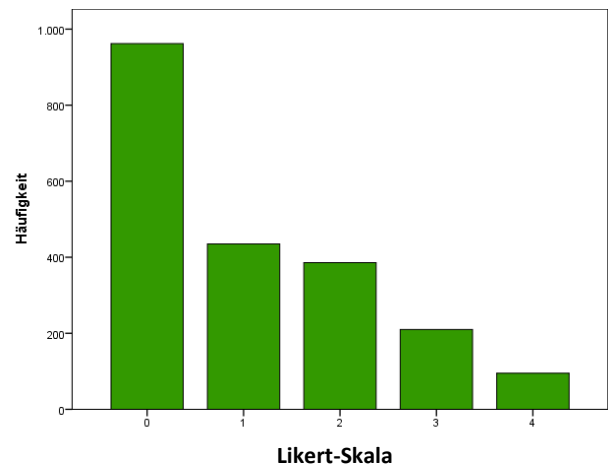


Abbildung 22f Häufigkeitsverteilung Item 48

7.3.2 Explorative Faktorenanalysen

Tabelle 34 Faktorladungen¹³ der 7-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung

Item	Faktor						
	1	2	3	4	5	6	7
1		(0,34)	0,56				
2		0,55					
3	(0,46)		0,56				
4		0,76					
5		0,73					
6		0,49	(0,46)				
7			0,46	(0,34)		(0,30)	
8		0,49	(0,43)		(0,35)		
9	0,51		0,51				
10			0,57				
11	0,64		(0,50)				
12		0,83					
13			0,55	(0,42)			
14		0,82					
15			0,51	(0,47)			
16		0,66					
17	(0,48)		0,50	(0,31)			
18	(0,31)		0,49	(0,31)			
19	0,59		(0,50)				
20	0,55		(0,41)				
21		0,72					
22		0,74					
23		0,57					
24				0,52	(0,30)		
25		0,77					
26		0,51				(0,30)	
27	0,63						
28	(0,43)			0,59			
29	0,58			0,36			
30	(0,31)	(0,31)			0,40		(0,39)
31	0,69						
32	0,63						
33		(0,32)			0,52		
34	0,55				(0,37)		
35					0,56		
36	0,69						
37	0,79						
38	0,66			(0,35)			
39	0,72						
40	0,64						
41	(0,37)			0,56		(0,32)	
42	0,74						
43		(0,35)			(0,34)		0,41
44	0,45				(0,33)		
45	(0,32)			0,58			
46	0,64						
47	(0,42)				0,51		
48				0,62			
49					0,67		
50						0,74	
51					(0,30)	0,66	
52	0,45	(0,35)	(0,32)				

¹³ Es sind nur relevante Faktorladungen > 0,30 angegeben (Kline 1994).

Tabelle 35 Faktorladungen der 6-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung

Item	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
1	(0,38)	0,51				(0,42)
2		0,57				
3	0,54	(0,45)				(0,40)
4		0,81				
5		0,76				
6		0,57	(0,34)			
7	(0,36)		0,50		(0,37)	
8		0,67		(0,32)		
9	0,64	(0,35)				
10	(0,35)	(0,33)	0,49			
11	0,67					
12		0,86				
13	(0,35)	(0,33)	0,60			
14		0,84				
15			0,67			
16		0,65				
17	0,55		(0,47)			
18	(0,34)	(0,32)	0,39	(0,33)		
19	0,71					
20	0,60	(0,37)				
21		0,68				
22		0,78				
23		0,60				
24			0,47	(0,39)		
25		0,78				
26		0,54			(0,34)	
27	0,59					
28	0,51		(0,50)			
29	0,55		(0,39)			
30		0,49		0,49		
31	0,75					
32	0,62			(0,31)		
33		(0,31)		0,53		
34	0,51			(0,34)		
35				0,53		
36	0,67					
37	0,81					
38	0,70		(0,33)			
39	0,74					
40	0,57			(0,32)		
41	(0,32)		0,55		(0,36)	
42	0,71				(0,30)	
43		(0,45)		0,51		
44	(0,36)	(0,34)		0,44		
45	(0,33)		0,59			
46	0,60			(0,33)		
47	(0,36)			0,44		(0,30)
48			0,56			
49				0,57	(0,30)	
50					0,75	
51					0,66	
52	(0,39)	0,46		(0,37)		

Table 36 Faktorladungen der 2-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung

Item	Faktor		Item	Faktor	
	1	2		1	2
1	0,48	0,48	27	0,70	
2		0,55	28	0,65	
3	0,57	(0,43)	29	0,71	
4		0,81	30	0,51	(0,41)
5		0,71	31	0,67	
6	(0,36)	0,57	32	0,70	
7	0,62		33	(0,34)	0,41
8	(0,38)	0,62	34	0,62	
9	0,61	(0,33)	35	0,39	0,30
10	0,60	(0,36)	36	0,70	
11	0,72		37	0,66	
12		0,82	38	0,75	
13	0,61	(0,32)	39	0,73	
14		0,82	40	0,73	
15	0,58		41	0,61	
16		0,69	42	0,70	
17	0,67		43	0,46	(0,44)
18	0,60	(0,32)	44	0,56	(0,31)
19	0,70		45	0,62	
20	0,67	(0,34)	46	0,71	
21		0,68	47	0,59	
22		0,80	48	0,51	
23		0,54	49	0,44	
24	0,47		50	0,48	
25		0,79	51	0,45	
26		0,50	52	0,58	(0,45)

Table 37 Faktorladungen der 2-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung

Item	Faktor		Item	Faktor	
	1	2		1	2
1	(0,42)	0,60	27	0,65	(0,32)
2		0,58	28	0,64	
3	0,55	(0,53)	29	0,71	
4		0,84	30	(0,39)	0,58
5		0,76	31	0,64	
6	(0,38)	0,62	32	0,66	(0,37)
7	0,63		33	(0,37)	0,43
8	(0,35)	0,75	34	0,64	
9	0,64	(0,40)	35	0,42	(0,35)
10	0,60	(0,41)	36	0,69	
11	0,70	(0,34)	37	0,71	
12		0,86	38	0,75	
13	0,62	(0,38)	39	0,68	(0,36)
14		0,84	40	0,70	
15	0,58	(0,29)	41	0,62	
16		0,68	42	0,71	
17	0,68		43	(0,41)	0,54
18	0,56	(0,40)	44	0,52	(0,45)
19	0,70	(0,32)	45	0,66	
20	0,62	(0,46)	46	0,70	(0,32)
21		0,64	47	0,55	
22		0,83	48	0,49	
23		0,59	49	0,46	
24	0,52		50	0,53	
25		0,80	51	0,47	
26	(0,31)	0,53	52	(0,52)	0,56

Tabelle 38 Faktorladungen der 4-Faktorenlösung bei der Zwischenerhebung

Item	Faktor				Item	Faktor			
	1	2	3	4		1	2	3	4
1	0,47	(0,45)			27	0,65			
2		0,54			28	(0,39)		0,53	
3	0,58	(0,39)			29	(0,55)		(0,36)	
4		0,80			30		0,38	(0,35)	(0,35)
5		0,71			31	0,70			
6		0,54	(0,34)		32	0,62			
7	(0,40)		0,47		33		0,39		(0,34)
8		0,60	(0,31)		34	0,52			(0,41)
9	0,60		(0,36)		35				0,49
10	(0,38)	(0,32)	0,54		36	0,67			
11	0,73		(0,32)		37	0,77			
12		0,82			38	0,64		(0,35)	
13	(0,37)		0,63		39	0,72			
14		0,81			40	0,62			(0,32)
15	(0,31)		0,64		41	(0,33)		0,41	(0,37)
16		0,68			42	0,72			(0,30)
17	0,55		(0,51)		43		0,41	(0,32)	(0,34)
18	(0,37)		0,54		44	0,44			(0,35)
19	0,67		(0,38)		45	(0,31)		0,51	(0,33)
20	0,60	(0,30)			46	0,62			(0,32)
21		0,68			47	(0,42)			0,47
22		0,79			48			0,44	(0,36)
23		0,54			49				0,56
24			0,59		50				0,63
25		0,78			51				0,65
26		0,49			52	0,48	(0,42)		(0,32)

Tabelle 39 Faktorladungen der 4-Faktorenlösung bei der Entlassungserhebung

Item	Faktor				Item	Faktor			
	1	2	3	4		1	2	3	4
1	0,47	(0,45)			27	0,65			
2		0,54			28	(0,39)		0,53	
3	0,58	(0,39)			29	(0,55)		(0,36)	
4		0,80			30		0,38	(0,35)	(0,35)
5		0,71			31	0,70			
6		0,54	(0,34)		32	0,62			
7	(0,40)		0,47		33		0,39		(0,34)
8		0,60	(0,31)		34	0,52			(0,41)
9	0,60		(0,36)		35				0,49
10	(0,38)	(0,32)	0,54		36	0,67			
11	0,73		(0,32)		37	0,77			
12		0,82			38	0,64		(0,35)	
13	(0,37)		0,63		39	0,72			
14		0,81			40	0,62			(0,32)
15	(0,31)		0,64		41	(0,33)		0,41	(0,37)
16		0,68			42	0,72			(0,30)
17	0,55		(0,51)		43		0,41	(0,32)	(0,34)
18	(0,37)		0,54		44	0,44			(0,35)
19			(0,38)		45	(0,31)		0,51	(0,33)
20	0,60	(0,30)			46	0,62			(0,32)
21		0,68			47	(0,42)			0,47
22		0,79			48			0,44	(0,36)
23		0,54			49				0,56
24			0,59		50				0,63
25		0,78			51				0,65
26		0,49			52	0,48	(0,42)		(0,32)

Table 40 Zuordnung der Items zu den vier Skalen bei der Entlassungserhebung

Skala 1: Expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug (18 Items)	
3.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen reagiere.“
9.	„Der Therapeut hat sich mit meinen Problemen in Beziehungen befasst und sie in einen Zusammenhang zu meinen Symptomen gebracht.“
11.	„Der Therapeut hat mir geholfen, zu erkennen, wie sich meine Beziehungsprobleme in verschiedenen Situationen zeigen.“
17.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mit meinen Symptomen versuche, ein zwischenmenschliches Problem zu lösen.“
19.	„Der Therapeut hat mir geholfen, einen Zusammenhang zu sehen zwischen meinen Symptomen und meinen Problemen in Beziehungen.“
20.	„Der Therapeut hat mir geholfen, Wege zu überlegen, meine zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern oder zu verändern.“
27.	„Der Therapeut hat mit mir herausgearbeitet, wie ich auf andere reagiere.“
29.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie andere auf meine Wünsche reagieren.“
31.	„Der Therapeut hat meine Symptome (z.B. Ängste) in Zusammenhang mit meinen Beziehungsproblemen gebracht.“
32.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was ich von anderen möchte oder brauche.“
34.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich sehr dazu neige, mich selbst oder andere immer auf eine bestimmte Art und Weise zu sehen.“
36.	„Der Therapeut hat mich auf Ähnlichkeiten in meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam gemacht.“
37.	„Der Therapeut hat seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, welche Probleme ich in Beziehungen habe.“
38.	„Der Therapeut hat meine Verbesserungen damit in Zusammenhang gebracht, dass ich meine Beziehungsprobleme besser verstehe.“
39.	„Der Therapeut hat meine Probleme in Beziehungen so gründlich mit mir besprochen, dass es mich weiter gebracht hat.“
40.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich reagiere, wenn ich bestimmte Wünsche habe.“
42.	„Der Therapeut hat mir Rückmeldungen über meine Probleme in Beziehungen gegeben.“
46.	„Der Therapeut hat mit mir zusammen herausgefunden, was ich mir von anderen Menschen wünsche, was ich von ihnen erwarte und wie ich auf das Verhalten der anderen reagiere.“
Skala 2: Therapeutische Grundhaltung (19 Items)	
1.	„Der Therapeut und ich haben daran gearbeitet, dass ich mich selbst besser verstehe.“
2 ¹⁴ .	„Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.“
4.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.“
5.	„Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.“
6.	„Der Therapeut hat mir dabei geholfen, auszudrücken, was ich dachte oder fühlte.“
8.	„Der Therapeut hat mich darin unterstützt, meine Therapieziele zu erreichen.“
12.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten akzeptiert gefühlt.“
14.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten respektiert gefühlt.“
16.	„Die Antworten des Therapeuten waren einfach und gut verständlich.“
21 ¹⁴ .	„Der Therapeut hat mir zugehört, ohne mich zu kritisieren.“
22.	„Der Therapeut hat mich unterstützt.“

¹⁴ Trennschärfe <0,5

- 23¹⁴. „Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.“¹⁵
25. „Ich habe mich bei meinem Therapeuten sicher gefühlt.“
26. „Der Therapeut hat mir vermittelt, dass er mich mag.“
30. „Der Therapeut hat es anerkannt, wenn ich meinem Therapieziel näher gekommen bin.“
33. „Der Therapeut und ich haben gemeinsam vereinbart, was die Ziele der Behandlung sind.“
43. „Der Therapeut hat mir Hoffnung vermittelt, dass ich die Behandlungsziele wahrscheinlich erreichen werde.“
44. „Der Therapeut hat mich ermutigt, die persönliche Bedeutung eines Ereignisses oder eines Gefühls herauszufinden.“
52. „Der Therapeut hat mir geholfen, meine Empfindungen und Gefühle zu klären.“

Skala 3: Expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug (10 Items)

7. „Der Therapeut hat mir gezeigt, wie ich meine Beziehungsschwierigkeiten auch mit ihm wiedererlebe.“
10. „Der Therapeut hat mich darin bestärkt, selbst so an meine Probleme heranzugehen, wie er es während der Sitzungen getan hat.“
- 13¹⁶. „Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum sich meine Gefühle in der Sitzung manchmal plötzlich geändert haben.“
15. „Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich manchmal geschwiegen habe.“
- 18¹⁶. „Ich habe mir etwas von der Art und Weise, wie der Therapeut Probleme löst, zu eigen gemacht.“
24. „Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was die Beendigung der Therapie für mich bedeutet.“
28. „Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.“
- 41¹⁴. „Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.“
45. „Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich plötzlich das Thema gewechselt habe.“
- 48¹⁴. „Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich spezifische Themen oder Personen nicht erwähnt habe, die hätten erwähnt werden sollen.“

Skala 4: Interaktionelles Therapeutenverhalten (5 Items)

35. „Der Therapeut hat mir Ratschläge gegeben.“
47. „Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mir mit bestimmten Verhaltensweisen selbst schade.“
- 49¹⁴. „Der Therapeut hat mich dazu aufgefordert, etwas Neues auszuprobieren, auch wenn es mir zunächst Angst machte.“
- 50¹⁴. „Der Therapeut hat mir gesagt, was er mir gegenüber empfindet, wenn ich bestimmte Dinge sage oder tue.“
- 51¹⁴. „Der Therapeut hat mir gesagt, was er an meiner Stelle in einer bestimmten Situation tun oder empfinden würde.“

¹⁵ Dieses Item wurde bei der Auswertung invertiert, da es das Gegenteil des gewünschten Therapeutenverhaltens erfasst.

¹⁶ Ladung auf allen vier Faktoren <0,3

Tabelle 41 Gegenüberstellung der theoretischen und empirischen Skalen mit zugehörigen Items

Theor. Skala 1: Expressives Therapeutenverhalten (27 Items)		Empir. Skala
3.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen reagiere.“	1
7.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, wie ich meine Beziehungsschwierigkeiten auch mit ihm wiedererlebe.“	3 ¹⁷
9.	„Der Therapeut hat sich mit meinen Problemen in Beziehungen befasst und sie in einen Zusammenhang zu meinen Symptomen gebracht.“	1
11.	„Der Therapeut hat mir geholfen, zu erkennen, wie sich meine Beziehungsprobleme in verschiedenen Situationen zeigen.“	1
15.	„Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich manchmal geschwiegen habe.“	3 ¹⁷
17.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mit meinen Symptomen versuche, ein zwischenmenschliches Problem zu lösen.“	1
18.	„Ich habe mir etwas von der Art und Weise, wie der Therapeut Probleme löst, zu eigen gemacht.“	3
19.	„Der Therapeut hat mir geholfen, einen Zusammenhang zu sehen zwischen meinen Symptomen und meinen Problemen in Beziehungen.“	1
20.	„Der Therapeut hat mir geholfen, Wege zu überlegen, meine zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern oder zu verändern.“	1
24.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was die Beendigung der Therapie für mich bedeutet.“	3 ¹⁷
27.	„Der Therapeut hat mit mir herausgearbeitet, wie ich auf andere reagiere.“	1
28.	„Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.“	3 ¹⁷
29.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie andere auf meine Wünsche reagieren.“	1
31.	„Der Therapeut hat meine Symptome (z.B. Ängste) in Zusammenhang mit meinen Beziehungsproblemen gebracht.“	1
32.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, was ich von anderen möchte oder brauche.“	1
34.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich sehr dazu neige, mich selbst oder andere immer auf eine bestimmte Art und Weise zu sehen.“	1
36.	„Der Therapeut hat mich auf Ähnlichkeiten in meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam gemacht.“	1
37.	„Der Therapeut hat seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, welche Probleme ich in Beziehungen habe.“	1
38.	„Der Therapeut hat meine Verbesserungen damit in Zusammenhang gebracht, dass ich meine Beziehungsprobleme besser verstehe.“	1
39.	„Der Therapeut hat meine Probleme in Beziehungen so gründlich mit mir besprochen, dass es mich weiter gebracht hat.“	1
40.	„Der Therapeut hat mir geholfen zu verstehen, wie ich reagiere, wenn ich bestimmte Wünsche habe.“	1

¹⁷ Die empirische Skala 3 deckt wie die empirische Skala 1 expressives Therapeutenverhalten ab (Verteilung der expressiven Items in der empirischen Zuordnung auf zwei Skalen, Skala 1: expressives Therapeutenverhalten mit Beziehungsbezug und Skala 3: expressives Therapeutenverhalten mit Situationsbezug).

41.	„Der Therapeut hat das Wiederauftreten von Symptomen während der Beendigung der Therapie mit meinen Beziehungsproblemen in Zusammenhang gebracht.“	3 ¹⁷
42.	„Der Therapeut hat mir Rückmeldungen über meine Probleme in Beziehungen gegeben.“	1
45.	„Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum ich plötzlich das Thema gewechselt habe.“	3 ¹⁷
46.	„Der Therapeut hat mit mir zusammen herausgefunden, was ich mir von anderen Menschen wünsche, was ich von ihnen erwarte und wie ich auf das Verhalten der anderen reagiere.“	1
47.	„Der Therapeut hat mir gezeigt, dass ich mir mit bestimmten Verhaltensweisen selbst schade.“	4 ¹⁸
48.	„Der Therapeut hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass ich spezifische Themen oder Personen nicht erwähnt habe, die hätten erwähnt werden sollen.“	3 ¹⁷
Skala 2: Supportives Therapeutenverhalten (13 Items)		
1.	„Der Therapeut und ich haben daran gearbeitet, dass ich mich selbst besser verstehe.“	1 ¹⁸ (Z) ¹⁹ bzw. 2 (E) ¹⁹
4.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.“	2
8.	„Der Therapeut hat mich darin unterstützt, meine Therapieziele zu erreichen.“	2
10.	„Der Therapeut hat mich darin bestärkt, selbst so an meine Probleme heranzugehen, wie er es während der Sitzungen getan hat.“	3 ¹⁸
13 ¹⁶ .	„Der Therapeut hat mir geholfen, zu verstehen, warum sich meine Gefühle in der Sitzung manchmal plötzlich geändert haben.“	3 ¹⁸
14.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten respektiert gefühlt.“	2
22.	„Der Therapeut hat mich unterstützt.“	2
23.	„Der Therapeut hat mein Verhalten so sehr in Frage gestellt, dass es mir schlechter gegangen ist.“	2
25.	„Ich habe mich bei meinem Therapeuten sicher gefühlt.“	2
26.	„Der Therapeut hat mir vermittelt, dass er mich mag.“	2
30.	„Der Therapeut hat es anerkannt, wenn ich meinem Therapieziel näher gekommen bin.“	2
43.	„Der Therapeut hat mir Hoffnung vermittelt, dass ich die Behandlungsziele wahrscheinlich erreichen werde.“	2
49.	„Der Therapeut hat mich dazu aufgefordert, etwas Neues auszuprobieren, auch wenn es mir zunächst Angst machte.“	4 ¹⁸
Skala 3: allgemeines Therapeutenverhalten (9 Items)		
2.	„Der Therapeut hörte mir für einige Zeit zu, bevor er eine Antwort gab.“	2 ²⁰
5.	„Der Therapeut hat offen zugehört, was ich sagte.“	2 ²⁰
6.	„Der Therapeut hat mir dabei geholfen, auszudrücken, was ich dachte oder fühlte.“	2 ²⁰
12.	„Ich habe mich von meinem Therapeuten akzeptiert gefühlt.“	2 ²⁰
16.	„Die Antworten des Therapeuten waren einfach und gut verständlich.“	2 ²⁰
21.	„Der Therapeut hat mir zugehört, ohne mich zu kritisieren.“	2 ²⁰

¹⁸ Rot markiert wurden diejenigen Items, die nach den Ergebnissen der Faktorenanalyse eindeutig inhaltlich anderen Skalen zugeordnet werden.

¹⁹ Mit (Z) beziehungsweise (E) sind die Items gekennzeichnet, die sich in der Skalenzuordnung bei der Zwischen- (Z) und Entlassungserhebung (E) unterscheiden.

²⁰ Die empirische Skala 2 erfasst die therapeutische Grundhaltung (allgemeines und supportives Therapeutenverhalten).

33.	„Der Therapeut und ich haben gemeinsam vereinbart, was die Ziele der Behandlung sind.“	2 ²⁰
35.	„Der Therapeut hat mir Ratschläge gegeben.“	4 ¹⁸
44.	„Der Therapeut hat mich ermutigt, die persönliche Bedeutung eines Ereignisses oder eines Gefühls herauszufinden.“	1 ¹⁸ (Z) ¹⁹ bzw. 2 ²⁰ (E) ¹⁹
Skala 4: interaktionelles Therapeutenverhalten (3 Items)		
50.	„Der Therapeut hat mir gesagt, was er mir gegenüber empfindet, wenn ich bestimmte Dinge sage oder tue.“	4
51.	„Der Therapeut hat mir gesagt, was er an meiner Stelle in einer bestimmten Situation tun oder empfinden würde.“	4
52.	„Der Therapeut hat mir geholfen, meine Empfindungen und Gefühle zu klären.“	1 ¹⁸ (Z) ¹⁹ bzw. 2 ¹⁸ (E) ¹⁹

7.3.3 Reliabilitäten

Tabelle 42 Aufteilung der Items für die Split-Half-Reliabilität anhand der theoretischen Skalen Leichsenrings

Itemnummern Teil 1		Itemnummern Teil 2	
7	34	3	32
11	37	9	36
17	39	15	38
19	41	18	40
24	45	20	42
28	47	27	46
31		29	48
4	23	1	25
10	26	8	30
14	43	13	49
		22	
2	33	5	21
6	44	12	35
16			
<u>50</u>	<u>52</u>		<u>51</u>

Tabelle 43 Aufteilung der Items der Zwischenerhebung für die Split-Half-Reliabilität anhand der empirischen Skalen

Itemnummern Teil 1		Itemnummern Teil 2	
1	36	3	34
9	38	11	37
17	40	19	39
20	44	27	42
29	52	31	46
32			
4	22	2	21
6	25	5	23
12	30	8	26
16	43	14	33
10	41	7	28
15	48	13	45
24		18	
<u>47</u>	<u>50</u>	<u>35</u>	<u>51</u>
		<u>49</u>	

Tabelle 44 Aufteilung der Items der Entlassungserhebung für die Split-Half-Reliabilität anhand der empirischen Skalen

Itemnummern Teil 1		Itemnummern Teil 2	
3	34	9	36
11	37	17	38
19	39	20	40
27	42	29	46
31		32	
1	22	2	23
4	25	5	26
6	30	8	33
12	43	14	44
16	52	21	
10	41	7	28
15	48	13	45
24		18	
<u>47</u>	<u>50</u>	<u>35</u>	<u>51</u>
		<u>49</u>	

Legende Tabelle 42, Tabelle 43, Tabelle 44:

Ohne: expressive Behandlungstechniken (mit Beziehungsbezug)
Fett: supportive Behandlungstechniken (theoretische Skalen) beziehungsweise therapeutische Grundhaltung (empirische Skalen)
Kursiv: Allgemeines Therapeutenverhalten (theoretische Skalen) beziehungsweise expressive Behandlungstechniken mit Situationsbezug (empirische Skalen)
Unterstrichen: interaktionelle Behandlungstechniken

7.3.4 Zusammenhänge mit Behandlungsergebnis und Störungsbildern

Tabelle 45 Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Items der Zwischenerhebung

Item	klin. verb. N = 499		verbessert N = 445		unverändert N = 528		verschlechtert N = 108		ANOVA	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	F	p \leq
1	2,51	1,00	2,37	1,06	2,39	1,05	2,23	1,00	2,89	0,034*
2	3,30	0,75	3,18	0,84	3,16	0,79	3,11	0,87	3,67	0,012*
3	2,57	1,06	2,31	1,10	2,30	1,14	2,19	1,12	7,48	0,000*
4	3,08	0,88	2,85	0,96	2,92	0,96	2,69	1,04	7,52	0,000*
5	3,59	0,62	3,49	0,72	3,50	0,69	3,32	0,80	5,04	0,002*
6	2,54	1,11	2,45	1,11	2,54	1,10	2,38	1,09	1,22	0,300
7	1,62	1,25	1,53	1,25	1,39	1,21	1,56	1,31	3,01	0,029*
8	2,82	0,91	2,62	0,99	2,60	0,98	2,55	1,01	5,91	0,001*
9	2,26	1,29	1,99	1,23	2,09	1,20	1,92	1,21	4,66	0,003*
10	1,97	1,20	1,84	1,21	1,79	1,26	1,75	1,14	2,25	0,081
11	2,16	1,24	1,91	1,18	1,89	1,25	1,75	1,16	6,23	0,000*
12	3,36	0,80	3,11	0,96	3,20	0,86	2,92	0,98	10,94	0,000*
13	1,73	1,28	1,63	1,22	1,65	1,25	1,38	1,15	2,40	0,066
14	3,46	0,76	3,21	0,86	3,27	0,83	2,91	0,91	16,07	0,000*
15	1,46	1,23	1,37	1,21	1,46	1,18	1,44	1,15	0,66	0,575
16	3,06	0,81	2,93	0,91	2,97	0,85	2,72	1,03	5,01	0,002*
17	1,91	1,34	1,66	1,26	1,65	1,28	1,54	1,16	5,34	0,001*
18	1,54	1,17	1,40	1,09	1,40	1,11	1,19	1,03	3,43	0,016*
19	2,11	1,24	1,87	1,21	1,83	1,26	1,74	1,14	5,79	0,001*
20	2,21	1,23	1,99	1,11	1,94	1,21	1,78	1,16	6,84	0,000*
21	3,15	0,94	3,02	1,05	3,08	1,02	2,80	1,14	4,19	0,006*
22	3,15	0,89	3,04	0,97	3,04	0,98	2,88	1,11	2,92	0,033*
23	3,28	1,05	3,10	1,12	3,19	1,07	2,88	1,26	5,00	0,002*
24	1,04	1,25	0,97	1,23	0,97	1,24	0,94	1,16	0,37	0,774
25	3,11	0,94	2,91	1,03	2,97	0,96	2,65	1,11	7,55	0,000*
26	2,26	1,06	1,92	1,23	2,12	1,11	1,80	1,17	9,78	0,000*
27	1,86	1,24	1,69	1,20	1,74	1,20	1,48	1,07	3,46	0,016*
28	0,78	1,09	0,76	1,04	0,81	1,10	0,76	1,03	0,28	0,843
29	1,26	1,19	1,07	1,12	1,15	1,13	1,09	1,11	2,32	0,073
30	2,10	1,31	1,96	1,32	1,93	1,28	1,67	1,27	3,68	0,012*
31	1,76	1,30	1,77	1,26	1,77	1,25	1,61	1,17	0,52	0,672
32	1,85	1,23	1,69	1,20	1,66	1,20	1,73	1,08	2,32	0,073
33	2,53	1,18	2,42	1,16	2,47	1,20	2,15	1,24	3,22	0,022*
34	2,01	1,36	1,99	1,34	1,81	1,36	1,74	1,23	2,92	0,033*
35	2,23	1,22	2,30	1,18	2,07	1,23	2,24	1,11	3,10	0,026*
36	1,70	1,35	1,67	1,34	1,54	1,34	1,63	1,33	1,44	0,229
37	2,10	1,26	1,96	1,26	1,84	1,27	1,70	1,28	5,30	0,001*
38	1,46	1,25	1,16	1,13	1,12	1,16	1,17	1,17	8,33	0,000*
39	1,68	1,24	1,35	1,13	1,34	1,18	1,10	1,07	12,05	0,000*
40	1,62	1,23	1,47	1,17	1,41	1,17	1,25	1,10	4,20	0,006*
41	1,02	1,21	0,89	1,09	0,92	1,16	0,90	1,10	1,17	0,320
42	1,84	1,23	1,72	1,18	1,63	1,27	1,48	1,14	3,90	0,009*
43	1,98	1,26	1,72	1,26	1,62	1,22	1,44	1,27	9,70	0,000*
44	2,24	1,27	2,18	1,30	2,13	1,28	2,01	1,20	1,19	0,312
45	1,19	1,23	1,22	1,26	1,24	1,29	1,20	1,24	0,15	0,930
46	1,74	1,26	1,56	1,20	1,49	1,21	1,43	1,09	4,37	0,005*
47	2,40	1,24	2,56	1,20	2,28	1,26	2,23	1,23	4,97	0,002*
48	0,77	1,07	0,75	1,08	0,82	1,12	0,89	1,11	0,69	0,557
49	2,06	1,31	2,22	1,29	2,04	1,35	1,84	1,36	2,89	0,034*
50	1,44	1,35	1,54	1,41	1,50	1,36	1,51	1,34	0,43	0,729
51	1,52	1,33	1,55	1,28	1,53	1,29	1,51	1,17	0,06	0,980
52	2,20	1,14	1,94	1,16	1,98	1,19	1,69	1,01	7,84	0,000*

Table 46 Einfaktorielle Varianzanalyse bezüglich der Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen hinsichtlich der einzelnen FTV-Items der Entlassungserhebung

Item	klin. verb.		verbessert		unverändert		verschlechtert		ANOVA	
	N = 640		N = 537		N = 664		N = 128		F	p≤
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ		
1	3,08	0,90	2,77	0,92	2,71	1,05	2,39	1,12	26,28	0,000*
2	3,36	0,75	3,15	0,81	3,12	0,85	2,98	0,87	14,40	0,000*
3	3,02	0,97	2,79	0,97	2,65	1,10	2,29	1,24	24,66	0,000*
4	3,22	0,90	2,90	0,95	2,88	1,10	2,41	1,26	28,93	0,000*
5	3,60	0,62	3,42	0,72	3,41	0,79	3,14	1,03	17,73	0,000*
6	2,81	1,06	2,62	1,04	2,55	1,14	2,22	1,18	13,08	0,000*
7	1,90	1,25	1,86	1,21	1,76	1,23	1,88	1,40	1,68	0,170
8	3,24	0,82	2,97	0,94	2,84	1,01	2,56	1,19	28,90	0,000*
9	2,66	1,13	2,49	1,15	2,40	1,22	2,22	1,23	7,92	0,000*
10	2,37	1,23	2,17	1,15	2,09	1,25	2,02	1,24	7,36	0,000*
11	2,57	1,16	2,43	1,08	2,30	1,19	2,19	1,25	8,02	0,000*
12	3,46	0,78	3,16	0,90	3,17	0,98	2,71	1,24	28,67	0,000*
13	2,13	1,26	2,05	1,16	1,94	1,27	1,88	1,31	3,19	0,023*
14	3,47	0,77	3,21	0,89	3,19	0,96	2,79	1,16	25,47	0,000*
15	1,83	1,26	1,71	1,20	1,72	1,27	1,72	1,28	1,29	0,275
16	3,14	0,79	2,95	0,87	2,92	0,92	2,64	1,00	15,20	0,000*
17	2,28	1,32	2,04	1,20	1,93	1,25	1,92	1,26	9,37	0,000*
18	2,04	1,15	1,84	1,07	1,75	1,14	1,59	1,21	9,79	0,000*
19	2,57	1,20	2,34	1,16	2,25	1,21	2,21	1,18	8,89	0,000*
20	2,81	1,05	2,53	1,07	2,42	1,18	2,14	1,23	20,83	0,000*
21	3,03	0,95	2,81	1,00	2,87	1,06	2,41	1,19	14,35	0,000*
22	3,33	0,82	3,15	0,93	3,05	1,02	2,71	1,20	19,70	0,000*
23	3,33	0,92	3,02	1,04	3,03	1,15	2,38	1,32	31,64	0,000*
24	1,97	1,30	1,88	1,21	1,84	1,26	1,75	1,32	1,66	0,173
25	3,27	0,92	2,96	1,01	2,92	1,10	2,50	1,30	25,87	0,000*
26	2,46	1,11	2,14	1,18	2,24	1,10	1,96	1,26	11,59	0,000*
27	2,55	1,14	2,26	1,10	2,16	1,13	2,05	1,19	15,89	0,000*
28	1,33	1,26	1,40	1,27	1,30	1,22	1,52	1,16	1,48	0,218
29	1,86	1,26	1,79	1,13	1,64	1,20	1,69	1,23	3,73	0,011*
30	2,76	1,11	2,55	1,10	2,41	1,19	2,05	1,28	18,41	0,000*
31	2,21	1,24	2,13	1,19	1,98	1,24	1,93	1,18	4,59	0,003*
32	2,47	1,14	2,28	1,12	2,13	1,13	2,09	1,14	10,81	0,000*
33	2,70	1,19	2,60	1,04	2,50	1,14	2,25	1,27	7,26	0,000*
34	2,34	1,24	2,44	1,17	2,19	1,26	2,20	1,22	4,46	0,004*
35	2,49	1,18	2,41	1,11	2,30	1,16	2,35	1,11	3,00	0,029*
36	2,14	1,34	1,99	1,27	1,84	1,29	1,90	1,30	6,14	0,000*
37	2,38	1,23	2,19	1,21	2,08	1,23	1,99	1,25	8,26	0,000*
38	2,00	1,28	1,73	1,22	1,58	1,27	1,50	1,24	14,30	0,000*
39	2,39	1,25	2,01	1,19	1,89	1,23	1,64	1,16	24,56	0,000*
40	2,15	1,24	2,01	1,13	1,94	1,18	1,98	1,20	3,77	0,010*
41	1,24	1,27	1,28	1,23	1,22	1,24	1,34	1,21	0,52	0,668
42	2,27	1,24	2,19	1,17	2,05	1,21	2,09	1,18	3,65	0,012*
43	2,47	1,21	2,19	1,16	1,98	1,23	1,66	1,22	26,29	0,000*
44	2,69	1,16	2,52	1,15	2,46	1,19	2,16	1,13	9,17	0,000*
45	1,64	1,35	1,65	1,30	1,50	1,25	1,64	1,34	1,72	0,160
46	2,37	1,23	2,18	1,16	2,04	1,25	1,98	1,19	9,39	0,000*
47	2,82	1,08	2,83	1,06	2,62	1,17	2,73	1,15	5,16	0,001*
48	1,07	1,22	1,06	1,19	1,01	1,18	1,22	1,22	1,16	0,325
49	2,47	1,26	2,46	1,15	2,31	1,28	2,33	1,19	2,28	0,078
50	1,87	1,37	1,92	1,31	1,91	1,36	2,20	1,32	2,05	0,105
51	2,01	1,34	2,01	1,31	1,90	1,25	1,96	1,20	1,03	0,376
52	2,81	1,04	2,56	1,07	2,40	1,16	2,02	1,27	25,72	0,000*

Tabelle 47 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-Items der Zwischenerhebung

Item	BPI-Cut-20 < 10		BPI-Cut-20 >= 10		t- Test	
	N = 108		N = 74		t	p≤
	μ	σ	μ	σ		
1	2,48	1,14	2,15	1,22	-1,88	0,062
2	3,34	0,73	3,23	0,71	-1,04	0,301
3	2,44	1,09	2,32	1,10	-0,73	0,467
4	3,21	0,77	3,03	0,92	-1,47	0,143
5	3,67	0,58	3,51	0,71	-1,54	0,125
6	2,44	1,07	2,41	1,11	-0,18	0,856
7	1,54	1,28	1,51	1,20	-0,13	0,901
8	2,80	0,92	2,53	0,86	-1,98	0,049
9	2,35	1,29	2,16	1,24	-0,99	0,324
10	1,95	1,25	2,04	1,14	0,48	0,634
11	2,19	1,18	2,04	1,25	-0,79	0,429
12	3,47	0,75	3,24	1,00	-1,67	0,098
13	1,62	1,35	1,72	1,27	0,48	0,630
14	3,56	0,62	3,38	0,81	-1,68	0,095
15	1,47	1,26	1,46	1,15	-0,07	0,945
16	3,21	0,75	3,03	0,86	-1,55	0,123
17	1,88	1,43	1,59	1,20	-1,45	0,148
18	1,53	1,22	1,45	1,18	-0,45	0,653
19	2,10	1,31	1,84	1,24	-1,36	0,174
20	2,26	1,23	2,04	1,13	-1,22	0,225
21	3,30	0,89	3,11	1,13	-1,26	0,211
22	3,15	0,93	3,11	0,93	-0,29	0,775
23	3,32	1,02	2,96	1,21	-2,19	0,030*
24	0,99	1,27	1,01	1,31	0,12	0,907
25	3,37	0,76	2,93	1,01	-3,34	0,001*
26	2,45	1,17	2,19	1,27	-1,45	0,150
27	1,86	1,31	1,88	1,08	0,10	0,923
28	0,97	1,24	0,73	1,10	-1,35	0,177
29	1,27	1,25	0,91	0,92	-2,25	0,026*
30	2,18	1,43	1,82	1,39	-1,65	0,101
31	1,91	1,27	1,80	1,31	-0,57	0,572
32	1,87	1,22	1,58	1,17	-1,59	0,113
33	2,47	1,30	2,39	1,14	-0,43	0,668
34	1,93	1,43	1,93	1,25	0,03	0,974
35	2,26	1,34	2,39	1,13	0,72	0,472
36	1,71	1,37	1,74	1,39	0,15	0,884
37	2,10	1,29	2,16	1,22	0,32	0,752
38	1,38	1,34	1,26	1,18	-0,65	0,516
39	1,75	1,28	1,35	1,21	-2,11	0,037*
40	1,60	1,25	1,24	1,07	-2,01	0,046*
41	1,05	1,29	0,92	1,21	-0,67	0,503
42	1,90	1,27	1,82	1,21	-0,39	0,695
43	2,02	1,41	1,77	1,29	-1,21	0,229
44	2,38	1,27	2,20	1,27	-0,92	0,358
45	1,11	1,32	1,18	1,30	0,33	0,745
46	1,59	1,32	1,62	1,12	0,16	0,873
47	2,35	1,26	2,45	1,14	0,51	0,608
48	0,78	1,11	0,89	1,22	0,65	0,515
49	2,07	1,43	2,31	1,31	1,13	0,259
50	1,32	1,33	1,39	1,41	0,33	0,742
51	1,68	1,39	1,68	1,29	-0,00	0,999
52	2,11	1,17	2,11	1,22	-0,02	0,987

Table 48 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich des BPI-Cut-20 für die einzelnen FTV-Items der Entlassungserhebung

Item	BPI-Cut-20 < 10		BPI-Cut-20 >= 10		t- Test	
	N = 159		N = 86		t	p≤
	μ	σ	μ	σ		
1	2,96	1,02	2,65	1,06	-2,24	0,026*
2	3,41	0,71	3,05	0,93	-3,40	0,001*
3	2,90	1,09	2,76	1,05	-1,00	0,321
4	3,26	0,89	2,77	1,09	-3,62	0,000*
5	3,60	0,63	3,33	0,82	-2,68	0,008*
6	2,84	1,04	2,40	1,11	-3,14	0,002*
7	1,79	1,28	1,74	1,22	-0,29	0,775
8	3,15	0,99	2,77	1,06	-2,83	0,005*
9	2,72	1,16	2,38	1,22	-2,15	0,033*
10	2,41	1,21	2,19	1,23	-1,37	0,172
11	2,53	1,21	2,35	1,08	-1,15	0,250
12	3,52	0,76	3,03	1,08	-3,67	0,000*
13	2,09	1,33	1,88	1,21	-1,22	0,223
14	3,47	0,87	3,09	1,04	-3,04	0,003*
15	1,75	1,27	1,56	1,16	-1,19	0,236
16	3,18	0,78	2,93	0,84	-2,36	0,019*
17	2,07	1,22	1,92	1,20	-0,93	0,354
18	1,96	1,25	1,86	1,18	-0,58	0,561
19	2,45	1,22	2,20	1,23	-1,56	0,121
20	2,69	1,15	2,55	1,09	-0,96	0,338
21	3,07	0,97	2,79	1,13	-1,94	0,055
22	3,31	0,91	3,02	1,06	-2,25	0,025*
23	3,30	1,07	2,72	1,27	-3,56	0,000*
24	1,95	1,33	1,83	1,24	-0,72	0,475
25	3,30	0,95	2,79	1,20	-3,42	0,001*
26	2,58	1,15	2,14	1,20	-2,85	0,005*
27	2,31	1,19	2,30	1,17	-0,08	0,939
28	1,33	1,31	1,35	1,27	0,13	0,900
29	1,79	1,26	1,79	1,17	0,03	0,978
30	2,87	1,09	2,40	1,30	-2,88	0,005*
31	2,04	1,29	2,21	1,13	1,04	0,300
32	2,35	1,20	2,06	1,07	-1,93	0,055
33	2,64	1,17	2,57	1,05	-0,47	0,635
34	2,35	1,24	2,44	1,14	0,59	0,554
35	2,50	1,19	2,41	1,09	-0,62	0,535
36	2,06	1,36	2,09	1,24	0,17	0,865
37	2,30	1,31	2,20	1,19	-0,58	0,564
38	1,94	1,29	1,69	1,20	-1,49	0,138
39	2,21	1,25	2,02	1,27	-1,09	0,276
40	2,18	1,26	1,98	1,11	-1,32	0,188
41	1,11	1,27	1,30	1,37	1,12	0,265
42	2,19	1,27	2,20	1,08	0,02	0,986
43	2,47	1,25	2,01	1,14	-2,91	0,004*
44	2,58	1,20	2,59	1,14	0,05	0,959
45	1,48	1,34	1,62	1,29	0,74	0,458
46	2,21	1,29	2,14	1,06	-0,44	0,659
47	2,62	1,19	2,91	1,06	1,96	0,051
48	,93	1,11	1,19	1,25	1,58	0,116
49	2,50	1,33	2,52	1,10	0,17	0,868
50	1,65	1,37	1,66	1,29	0,08	0,934
51	1,89	1,38	1,99	1,22	0,59	0,554
52	2,65	1,12	2,50	1,08	-1,00	0,320

Table 49 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die einzelnen FTV-Items der Zwischenerhebung

Item	Anzahl Persönlichkeitsstörungen < 1		Anzahl Persönlichkeitsstörungen ≥ 1		t- Test	
	N = 1084		N = 994		t	p≤
	μ	σ	μ	σ		
1	2,40	1,07	2,37	1,03	-0,67	0,503
2	3,25	0,79	3,15	0,83	-2,86	0,004*
3	2,39	1,11	2,32	1,10	-1,31	0,191
4	2,97	0,94	2,82	1,02	-3,66	0,000*
5	3,56	0,65	3,43	0,75	-4,31	0,000*
6	2,52	1,12	2,46	1,11	-1,25	0,212
7	1,49	1,25	1,51	1,22	0,48	0,632
8	2,67	1,01	2,63	0,99	-1,04	0,297
9	2,09	1,25	2,08	1,23	-0,15	0,881
10	1,87	1,23	1,87	1,22	-0,08	0,934
11	1,92	1,24	2,00	1,20	1,59	0,113
12	3,23	0,89	3,11	0,97	-2,98	0,003*
13	1,62	1,26	1,68	1,23	1,05	0,294
14	3,33	0,83	3,18	0,94	-3,69	0,000*
15	1,42	1,21	1,44	1,18	0,38	0,704
16	3,00	0,89	2,93	0,89	-2,00	0,046*
17	1,71	1,29	1,71	1,27	-0,00	0,999
18	1,42	1,15	1,42	1,11	-0,10	0,920
19	1,91	1,24	1,91	1,21	-0,03	0,973
20	2,02	1,22	1,99	1,21	-0,53	0,596
21	3,11	1,00	2,99	1,05	-2,64	0,008*
22	3,10	0,96	2,97	1,01	-3,11	0,002*
23	3,23	1,07	3,10	1,14	-2,52	0,012*
24	1,02	1,27	1,01	1,25	-0,19	0,852
25	3,01	0,98	2,87	1,05	-3,30	0,001*
26	2,13	1,15	2,00	1,14	-2,41	0,016*
27	1,73	1,22	1,72	1,18	-0,32	0,746
28	0,76	1,07	0,79	1,05	0,49	0,623
29	1,14	1,16	1,13	1,11	-0,34	0,732
30	1,98	1,32	1,92	1,31	-0,96	0,337
31	1,72	1,27	1,75	1,26	0,48	0,629
32	1,73	1,22	1,74	1,18	0,13	0,899
33	2,51	1,20	2,42	1,19	-1,71	0,087
34	1,93	1,36	1,87	1,33	-0,86	0,388
35	2,26	1,21	2,19	1,19	-1,22	0,223
36	1,60	1,35	1,67	1,33	1,13	0,257
37	1,92	1,29	1,96	1,26	0,75	0,454
38	1,25	1,20	1,24	1,19	-0,22	0,823
39	1,45	1,21	1,41	1,16	-0,82	0,412
40	1,45	1,21	1,46	1,17	0,21	0,835
41	0,89	1,14	0,97	1,17	1,53	0,126
42	1,71	1,24	1,71	1,21	0,09	0,932
43	1,84	1,27	1,68	1,23	-2,83	0,005*
44	2,15	1,29	2,18	1,27	0,44	0,660
45	1,18	1,26	1,22	1,26	0,77	0,442
46	1,61	1,27	1,49	1,19	-2,17	0,030*
47	2,35	1,28	2,38	1,23	0,55	0,581
48	0,74	1,05	,868	1,16	2,70	0,007*
49	2,08	1,32	2,04	1,34	-0,76	0,449
50	1,49	1,39	1,44	1,34	-0,87	0,382
51	1,59	1,32	1,48	1,28	-1,86	0,063
52	2,00	1,19	2,02	1,16	0,33	0,741

Tabelle 50 t-Test bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen für die einzelnen FTV-Items der Entlassungserhebung

Item	Anzahl Persönlichkeitsstörungen < 1		Anzahl Persönlichkeitsstörungen ≥ 1		t-Test	
	N = 1151		N = 937		t	p≤
	μ	σ	μ	σ		
1	2,85	1,00	2,81	0,99	-0,94	0,349
2	3,24	0,79	3,16	0,85	-2,10	0,036*
3	2,80	1,03	2,80	1,07	0,04	0,967
4	3,02	0,99	2,93	1,06	-2,02	0,043*
5	3,49	0,72	3,44	0,77	-1,65	0,099
6	2,62	1,10	2,68	1,10	1,05	0,293
7	1,77	1,27	1,93	1,23	2,85	0,004*
8	3,04	0,96	2,95	0,98	-2,23	0,026*
9	2,50	1,21	2,50	1,14	-0,05	0,961
10	2,20	1,21	2,22	1,24	0,34	0,733
11	2,41	1,18	2,43	1,16	0,32	0,748
12	3,29	0,91	3,19	0,96	-2,25	0,024*
13	1,99	1,26	2,07	1,22	1,43	0,153
14	3,32	0,88	3,22	0,95	-2,59	0,010*
15	1,75	1,26	1,77	1,24	0,22	0,829
16	3,02	0,85	2,95	0,91	-1,75	0,079
17	2,03	1,28	2,13	1,26	1,79	0,073
18	1,83	1,15	1,91	1,12	1,66	0,096
19	2,38	1,21	2,39	1,19	0,26	0,795
20	2,60	1,13	2,54	1,13	-1,18	0,238
21	2,90	1,02	2,86	1,05	-0,89	0,375
22	3,19	0,93	3,11	0,99	-1,91	0,057
23	3,15	1,05	3,00	1,12	-3,14	0,002*
24	1,87	1,29	1,91	1,25	0,74	0,459
25	3,07	1,02	2,99	1,08	-1,89	0,059
26	2,28	1,13	2,27	1,17	-0,23	0,816
27	2,30	1,15	2,33	1,15	0,50	0,617
28	1,28	1,25	1,44	1,24	2,76	0,006*
29	1,74	1,22	1,76	1,20	0,29	0,774
30	2,59	1,17	2,49	1,16	-1,92	0,055
31	2,06	1,24	2,15	1,22	1,68	0,092
32	2,30	1,14	2,25	1,15	-1,06	0,291
33	2,58	1,15	2,60	1,14	0,38	0,703
34	2,30	1,23	2,31	1,25	0,04	0,965
35	2,43	1,13	2,36	1,17	-1,35	0,177
36	1,97	1,32	2,00	1,30	0,50	0,617
37	2,17	1,26	2,24	1,21	1,28	0,199
38	1,73	1,28	1,81	1,27	1,50	0,134
39	2,08	1,25	2,09	1,25	0,27	0,790
40	2,03	1,20	2,03	1,20	0,01	0,996
41	1,23	1,26	1,27	1,24	0,69	0,490
42	2,16	1,22	2,18	1,20	0,46	0,645
43	2,24	1,22	2,12	1,24	-2,27	0,023*
44	2,55	1,17	2,50	1,19	-0,85	0,394
45	1,57	1,33	1,64	1,27	1,33	0,185
46	2,20	1,24	2,18	1,20	-0,50	0,617
47	2,75	1,13	2,74	1,13	-0,21	0,833
48	1,01	1,18	1,13	1,23	2,37	0,018*
49	2,42	1,23	2,38	1,25	-0,69	0,493
50	1,89	1,35	1,95	1,36	0,93	0,352
51	2,00	1,30	1,95	1,29	-0,96	0,339
52	2,60	1,11	2,53	1,14	-1,48	0,139

8 Literatur

- Alexander LB, Luborsky L: The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg.): The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford Press, New York 1986, 325–366
- Allen JG, Newsom GE, Gabbard GO, Coyne L (1984): Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bull Menninger Clin* 48, 383–400
- Arntz A: Borderline personality disorder. In: Beck AT, Freeman A, Davis DD (Hrsg.): Cognitive therapy of personality disorders. 3. Auflage; Guilford Press, New York 2015, 366–390
- Arrindell WA, Gerlsma C (1990): The validity of the mu index for differentiation of state and trait scales. *Psychol Rep* 67, 528–530
- Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M (Hrsg.): S3-Leitlinie Angststörungen. Springer, Berlin 2015
- Barber J, Crits-Christoph P (1996): Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: a preliminary report. *Psychother Res* 6, 81–94
- Barber JP, Mercer D, Krakauer I, Calvo N (1996a): Development of an adherence/competence rating scale for individual drug counseling. *Drug Alcohol Depend* 43, 125–132
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L (1996b): Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 64, 619–622
- Barber JP, Krakauer I, Calvo N, Badgio PC, Faude J (1997): Measuring adherence and competence of dynamic therapists in the treatment of cocaine dependence. *J Psychother Pract Res* 6, 12–24
- Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C (2001): Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *J Consult Clin Psychol* 69, 119–124
- Barber JP, Liese BS, Abrams MJ (2003): Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence scale. *Psychother Res* 13, 205–221
- Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, Conolly Gibbons MB (2006): The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychother Res* 16, 229–240
- Barber JP, Sharpless BA, Klostermann S, McCarthy KS (2007): Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Prof Psychol Res Pract* 38, 493–500
- Barrett-Lennard GT: The relationship inventory: A complete Resource and Guide. John Wiley & Sons Inc, Chichester 2015

- Bassler M, Potratz B, Krauthauser H (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 23–32
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961): An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 561–571
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988): An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56, 893–897
- Beck AT, Freeman A, Pretzer J, Davis DD, Fleming B, Orraviani R, Beck J, Simon KM, Padeski C, Meyer J: *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 4. Auflage; Beltz, Weinheim 1999
- Bengel J, Hubert S: *Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion (Fortschritte der Psychotherapie 39)*. Hogrefe, Göttingen 2010
- Beutel ME, Döring S, Leichsenring F, Reich G: *Psychodynamische Psychotherapie: Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis (Praxis der psychodynamischen Psychotherapie - analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 1)*. Band 1; Hogrefe, Göttingen 2010
- Bohus M: *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Strauss B, Hohagen F, Caspar F-M (Hrsg.): *Lehrbuch Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen 2007, 403–437
- Bordin ES (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract* 16, 252–260
- Bortz J: *Statistik für Sozialwissenschaftler (Springer-Lehrbuch)*. 5. Auflage; Springer, Berlin 1999
- Brown W (1910): Some Experimental Results in the Correlation of Mental Abilities. *Br J Psychol* 3, 296–322
- Bühner M: *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion (Always learning)*. 3. Auflage; Pearson Studium, München 2011
- Castonguay LG (1993): “Common factors” and “nonspecific variables”: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *J Psychother Integr* 3, 267–286
- Cattell RB (1966): The scree test for the number of factors. *Multivar Behav Res* 1, 245–276
- Chabrol H, Leichsenring F (2006): Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bull Menninger Clin* 70, 160–170
- Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Auflage; Taylor and Francis, Hoboken, New Jersey 2013
- Cohn RC: *Therapy in groups: psychoanalytic, experiential, and gestalt*. In: Fagan J, Shepherd IL (Hrsg.): *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Band 8; Science & Behavior Books, Palo Alto, California 1970, 130–139
- Cortina JM (1993): What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* 78, 98–104

- Crits-Christoph P, Crits-Christoph K, Wolf-Palacio D, Fichter M, Rudick D: Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: Barber JP, Crits-Christoph P (Hrsg.): *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. Basic Books, New York 1995, 43–83
- Crits-Christoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Christoph K, Shappell S (1996): An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother Theory Res Pract Train* 33, 418–430
- Cronbach LJ (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16, 297–334
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen F (2008): Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76, 909–922
- Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE (2012): Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 32, 642–649
- Derogatis LR: SCL-90-R. Self-report Symptom Inventory. In: *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.): Internationale Skalen der Psychiatrie*. 3. Auflage; Beltz, Weinheim 1986
- Derogatis LR, Cleary PA (1977): Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 33, 981–989
- Döring S, Sachse R, Habermeyer V, Rudolf G, Herpertz SC, Renneberg B: Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg.): *Störungsorientierte Psychotherapie*. Urban und Fischer, München 2008, 445–499
- Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B, Evangelou E (2017): Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 136, 236–246
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976): The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33, 766–771
- Epstein AM (1990): The outcomes movement—will it get us where we want to go? *N Engl J Med* 323, 266–270
- Epstein RM, Hundert EM (2002): Defining and assessing professional competence. *J Am Med Assoc* 287, 226–235
- Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K (1986): Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 36, 347–354
- Faw L, Hogue A, Johnson S, Diamond GM, Liddle HA (2005): The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychother Res* 15, 141–154
- Feeley M, Gelfand LA, DeRubeis RJ (1999): The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 67, 578–582

- Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM (2001): Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *J Psychother Pract Res* 10, 262–268
- Fiedler P: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. 2. Auflage; Hogrefe, Göttingen 2003
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. 6. Auflage; Beltz, Weinheim 2007
- Fisseni H-J: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. 3. Auflage; Hogrefe, Göttingen 2004
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma Gewalt* 3, 202–210
- Flückiger C, Regli D, Zwahlen D, Hostettler S, Caspar F (2010): Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Z Für Klin Psychol Psychother* 39, 71–79
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO (2012): How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychology* 59, 10–17
- Frank JD: Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: Harvey JH, Parks MM (Hrsg.): *Psychotherapy research and behavior change*. American Psychological Association, Washington, D. C. 1982, 9–37
- Frank JD, Frank JB: *Persuasion and healing: A comprehensive study of psychotherapy*. John Hopkins Press, Baltimore, Maryland 1961
- Franke GH (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38, 160–167
- Franke GH: *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual*. Beltz, Göttingen 1995
- Franke GH: *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual*. 2. Auflage; Beltz, Göttingen 2002
- Freud S: Zur Einleitung der Behandlung. In: Freud A, Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg.): *Gesammelte Werke*. Band 8; Fischer, Frankfurt am Main 1913, 453–478
- Freyberger HJ, Spitzer C: Dissoziative Störungen. In: Reimer C, Rüter U (Hrsg.): *Psychodynamische Psychotherapien*. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. 4. Auflage; Springer, Berlin 2012, 257–267
- Fürstenau P (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche* 31, 197–207
- Gabbard GO (2006): When Is Transference Work Useful in Dynamic Psychotherapy? *Am J Psychiatry* 163, 1667–1669
- Gaebel W, Falkai P (Hrsg.): *S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie)*. Band 1; Steinkopff, Darmstadt 2009
- Gaston L (1991): Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—patient version. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol* 3, 68–74

- Gaston L, Ring JM (1992): Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *J Psychother Pract Res* 1, 135–146
- Geue K, Strauß B, Brähler E (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis). Band 1; 3. Auflage; Hogrefe, Göttingen 2016
- Glaesmer H, Forkmann T, Dinkel A, Wahl I, Sattel H, Huber D, Spangenberg L, Rabung S, Andreas S, Tritt K (2015): Kriterienkatalog zur Beurteilung psychodiagnostischer Selbstbeurteilungsinstrumente – Empfehlung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). *Psychother Psychosom Med Psychol* 65, 246–254
- Grawe K (1995): Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130–145
- Grawe K (1997): Research-Informed Psychotherapy. *Psychother Res* 7, 1–19
- Grawe K: Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen 1998
- Grawe K, Braun U (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Für Klin Psychol* 23, 242–267
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. 4. Auflage; Hogrefe, Göttingen 1995
- Greenson RR (1965): The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q* 34, 155–181
- Grencavage LM, Norcross JC (1990): Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Prof Psychol Res Pract* 21, 372–378
- Grissom RJ (1996): The magical number .7 +/- .2: meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *J Consult Clin Psychol* 64, 973–982
- Guttman L (1945): A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika* 10, 255–282
- Habermeyer V, Rudolf G, Herpertz SC: Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg.): Störungsorientierte Psychotherapie. Urban und Fischer, München 2008, 464–489
- Hartmann A, Leonhart R, Hermann S, Joos A, Stiles WB, Zeeck A (2013): Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten: Faktorstruktur und Interpretation des SEQ-D. *Diagnostica* 59, 45–59
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronnel J, Sattel H, Schäfert R (Hrsg.): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden - S3-Leitlinie mit Quelltexten, Praxismaterial und Patientenleitlinie. Schattauer, Stuttgart 2013
- Hautzinger M (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. 2. Auflage; Beltz, Weinheim 1998
- Heigl-Evers A, Heigl F (1973): Gruppentherapie: interaktionell–tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert)–psychoanalytisch. *Gr Gr Ergeb Berichte* 7, 132–157

- Heigl-Evers A, Heigl F (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Z Für Psychosom Med Psychoanal* 29, 1–14
- Heigl-Evers A, Streeck U (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 35, 176–182
- Hentschel U (2005): Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut* 50, 305–317
- Hentschel U, Bijleveld C (1995): It Takes Two to Do Therapy: On Differential Aspects in the Formation of Therapeutic Alliance. *Psychother Res* 5, 22–32
- Hergert J, Franke GH, Petrowski K: Erste Ergebnisse einer Äquivalenzprüfung zwischen SCL-90®-S und SCL-90-R; 15. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz Ost- und Mitteldeutscher Fachhochschulen, Magdeburg 20.04.2014
- Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeeck A: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Springer, Berlin 2011
- Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, Thron A, Sass H (2001): Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 50, 292–298
- Heuft G, Senf W (Hrsg.): Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart 1998
- Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindel-Terman TL, Mount MK (2000): Reliability and validity of DSM-IV axis V. *Am J Psychiatry* 157, 1858–1863
- Hilsenroth MJ, Blagys MD, Ackerman SJ, Bonge DR, Blais MA (2005): Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychother Theory Res Pract Train* 42, 340–356
- Hoffmann SO (2002): Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. Eine Übersicht mit einem ersten „Leitfaden“ zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 18, 51–71
- Hohagen F, Wahl-Kordon A, Lotz-Rambaldi W, Mucbe-Borowski C: S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Springer, Berlin 2015
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: deutsche Version (IIP-D) - Manual. 2. Auflage; Beltz, Göttingen 2000
- Horvath AO (2001): The alliance. *Psychother Theory Res Pract Train* 38, 365–372
- Horvath AO, Greenberg LS (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 36, 223–233
- Horvath AO, Symonds BD (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol* 38, 139–149

- Horvath AO, Bedi RP: The alliance. In: Norcross JC (Hrsg.): Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press, New York 2002, 37–69
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011): Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48, 9–16
- Howarth E (1978): The u index for differentiation of state and trait scales. *Psychol Rep* 43, 474–474
- Jacobson NS, Truax P (1991): Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59, 12–19
- Kaiser HF (1991): Coefficient alpha for a principal component and the Kaiser-Guttman rule. *Psychol Rep* 68, 855–858
- Kazdin AE (2007): Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 3, 1–27
- Kernberg O (1967): Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15, 641–685
- Kiresuk TJ, Lund SH (1979): Goal attainment scaling: Research, evaluation and utilization. *Program Eval Health Fields* 2, 214–237
- Kline P: An easy guide to factor analysis. Routledge, London 1994
- Koller M, Lorenz W (2002): Quality of life: a deconstruction for clinicians. *J R Soc Med* 95, 481–488
- Kozak MJ, Foa EB: Zwangsstörungen bewältigen - ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (Klinische Praxis). Huber, Bern 2001
- Krampen G: Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie: STEP. Hogrefe, Göttingen 2002
- Külz AK, Voderholzer U (2011): Psychotherapie der Zwangsstörung - Was ist evidenzbasiert? *Nervenarzt* 82, 308–318
- Kuutmann K, Hilsenroth MJ (2012): Exploring In-Session Focus on the Patient-Therapist Relationship: Patient Characteristics, Process and Outcome. *Clin Psychol Psychother* 19, 187–202
- Kuyken W, Tsivrikos D (2009): Therapist Competence, Comorbidity and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Psychother Psychosom* 78, 42–48
- Lambert MJ: The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg.): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6. Auflage; John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey 2013, 169–218
- Lambert MJ, Barley DE (2001): Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theory Res Pract Train* 38, 357–361
- Lammers C-H, Schneider W (2009): Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 54, 469–485
- Lang H (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Springer, Berlin 1990
- Laplanche J, Pontalis J-B: Das Vokabular der Psychoanalyse (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 7). 10. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt am Main 1991

- Leichsenring F: Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) - Handanweisung. Hogrefe, Göttingen 1997
- Leichsenring F (2015): persönliche Mitteilung per Mail, 18.11.2015
- Leichsenring F, Leibing E (2003): The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160, 1223–1232
- Leichsenring F, Leibing E (2007): Supportive-Expressive (SE) Psychotherapy: An Update. *Curr Psychiatry Rev* 3, 57–64
- Leichsenring F, Beutel ME, Wiltink J: Supportiv-expressive Therapie der sozialen Phobie: Ein Behandlungsmanual. Hogrefe, Göttingen (in Vorb.)
- Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E (2005): Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der generalisierten Angststörung. *Psychotherapeut* 50, 258–264
- Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Dally A, Streeck U (2007): Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Therapie am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Daten aus der klinischen Praxis. *Z Für Psychosom Med Psychother* 53, 129–143
- Leichsenring F, Beutel ME, Leibing E (2008): Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der sozialen Phobie. *Psychotherapeut* 53, 185–197
- Leichsenring F, Jaeger U, Masuhr O, Streeck U (2010): Komplexe psychische Störungen - Komorbiditätsstrukturen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Nervenheilkunde* 29, 843–849
- Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Rabung S, Dally A, Dümpelmann M, Fricke-Neef C, Steinert C, Streeck U (2016): Psychoanalytic-Interactional Therapy versus Psychodynamic Therapy by Experts for Personality Disorders: A Randomized Controlled Efficacy-Effectiveness Study in Cluster B Personality Disorders. *Psychother Psychosom* 85, 71–80
- Liebherz S, Rabung S (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63, 355–364
- Lienert GA, Ratz U: Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage; Beltz, Weinheim 1998
- Linehan M: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York 1993
- Löffler-Stastka H, Hau C, Huber D, Klug G, Benecke C (2015): Vergleich therapeutenspezifischer Wirkfaktoren im psychoanalytischen, psychoanalytisch orientierten und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprozess der Depression. *Psychother Forum* 20, 38–46
- Lorenz W: Outcome: Definition and methods of evaluation. In: Troidl M, McKneally MF, Mulder DS, Wechsler AS, McPeck B, Spitzer WO (Hrsg.): *Surgical Research - Basic Principles and Clinical Practice*. 3. Auflage; Springer, New York 1998, 513–520
- Luborsky L: Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Cleghorn JL (Hrsg.): *Successful psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York 1976, 92–116
- Luborsky L: *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. Basic Books, New York 1984

- Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie: ein Lehrbuch. 2. Auflage; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1995
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983): Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171, 480–491
- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, McLellan AT, Woody G, Alexander L (1993a): Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 61, 542–548
- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Singer B, Dickter D: The efficacy of dynamic psychotherapies. Is it true that everyone has won so all shall have prizes? In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (Hrsg.): *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. Band 26; Basic Books, New York 1993b, 447–514
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED (2002): The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Clin Psychol Sci Pract* 9, 2–12
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000): Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68, 438–450
- McCarthy KS, Barber JP (2009): The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychother Res J Soc Psychother Res* 19, 96–113
- Mertens W: Einführung in die psychoanalytische Therapie (Urban-Taschenbücher 415). Band 3; Kohlhammer, Stuttgart 1991
- Moncher FJ, Prinz RJ (1991): Treatment fidelity in outcome studies. *Clin Psychol Rev* 11, 247–266
- Moosbrugger H, Kelava A: Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2. Auflage; Springer, Berlin 2011
- Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J (2010): Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clin Psychol Psychother* 17, 231–239
- Nübling R, Kraft M, Kriz D, Bassler M: Hilfreiche therapeutische Beziehung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation und in ambulanter Psychotherapie; 25. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium/ Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Aachen 29.02-02.03. 2015
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK: Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin AE (Hrsg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4. Auflage; John Wiley and Sons Inc., New York 1994, 270–376
- Paolino TJ: *Psychoanalytic psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York 1981
- Perrez M (1985): Diagnostik in der Psychotherapie - ein anachronistisches Ritual. *Psychol Rundsch* 36, 106–109
- Pfammatter M, Tschacher W (2012): Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Z Für Psychiatr Psychol Psychother* 60, 67–76

- Rabung S, Jaeger U, Streeck U, Leichsenring F (2006): Psychometrische Überprüfung der Social Phobia Scale (SPS) und der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) im stationären Setting. *Diagnostica* 52, 143–153
- Rosenzweig S (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6, 412–415
- Rudolf G: *Psychodynamische Psychotherapie*. 2. Auflage; Schattauer, Stuttgart 2014
- Rudolf G, Manz R (1993): Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 193–199
- Ruhmland M, Margraf J (2001): Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11, 27–40
- S3-Leitlinie Unipolare Depression. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – Redaktion Nationale Versorgungs-Leitlinien, Berlin 2016
- Sachse R: *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Auflage; Hogrefe, Göttingen 2001
- Sachse R: Schwierige Interaktionssituationen im Psychotherapieprozess. In: Lutz W, Kosfelder J, Joormann (Hrsg.): *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Huber, Bern 2004, 123–144
- Sachse R: *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. 2. Auflage; Hogrefe, Göttingen 2016
- Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg.): *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Schattauer, Stuttgart 2013
- Schepank H: *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Beltz, Göttingen 1995
- Smith ML, Glass GV, Miller TI: *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland 1980
- Spearman C (1910): Correlation calculated from faulty data. *Br J Psychol* 3, 271–295
- Sterba RF (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int Z Für Psychoanal* 20, 66–73
- Stieglitz R-D: *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Konzeptuelle und methodische Beiträge zur Evaluierung psychiatrischer Diagnostikansätze*. Hogrefe, Göttingen 2000
- Stieglitz R-D: *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie (Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie)*. Kohlhammer, Stuttgart 2008
- Stieglitz R-D, Freyberger HJ: Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren in der allgemeinen und störungsspezifischen Diagnostik in der Psychotherapie. In: Laireiter A-R (Hrsg.): *Diagnostik in der Psychotherapie*. Springer, Wien 2000, 295–304
- Stieglitz R-D, Baumann U, Freyberger HJ, Ahrens B (Hrsg.): *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie (Klinische Psychologie und Psychiatrie)*. 2. Auflage; Thieme, Stuttgart 2001

- Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986): Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol* 41, 165–180
- Streeck U, Leichsenring F: *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. 3. Auflage; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2014
- Strotzka H (Hrsg.): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. 2. Auflage; Urban und Schwarzenberg, München 1978
- Tracey TJG (2003): Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychother Res* 13, 401–413
- Tress W: Psychodynamische Wirkfaktoren psychotherapeutischer Verläufe. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg.): *Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Springer, Berlin 1990, 99–114
- Trijsburg RW, Frederiks GCFJ, Gorlee M, Klouwer E, den Hollander AM, Duivenvoorden HJ (2002): Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychother Res* 12, 287–317
- Tschuschke V, Anbeh T (2010): Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland: Ergebnisse der PAGE-Studie. *Gr Gr* 46, 198–214
- Valkyser A: *Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie in der stationären Allgemeinpsychiatrie*. Med. Diss. Göttingen 2013
- Von Consbruch K, Flückiger C, Stangier U, Beutel ME, Herpertz S, Hoyer J, Leibing E, Leichsenring F, Salzer S, Strauß B (2013): WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63, 286–289
- Von Zerssen D: *Klinisch-psychiatrische Selbstbeurteilungs-Fragebögen*. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker C (Hrsg.): *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Band 2; Huber, Bern 1979, 130–159
- Wallerstein RS, Robbins LL, Sargent HD, Luborsky L (1956): The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: rationale, method and sample use. *Bull Menninger Clin* 20, 221–278
- Waltz J, Addis ME, Koerner K, Jacobson NS (1993): Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 61, 620–630
- Wampold BE: *The great psychotherapy debate*. Erlbaum, Mahwah, New Jersey 2001
- Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H (1997): A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes.“ *Psychol Bull* 122, 203–215
- Wampold BE, Imel ZE, Miller SD (2009): Barriers to the dissemination of empirically supported treatments: Matching messages to the evidence. *Behav Ther* 32, 144–155
- Webb CA, Derubeis RJ, Barber JP (2010): Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 78, 200–211

- Wilmers F, Munder T, Leonhart R, Herzog T, Plassmann R, Barth J, Linster HW (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory - short revised (WAI-SR) - Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klin Diagn Eval* 1, 343–358
- Wiltink J, Edinger J, Haselbacher A, Imruck BH, Beutel ME (2010): Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. *Klin Diagn Eval* 3, 76–93
- Wöller W, Tress W (2005): Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 110–127
- World Health Organization (Hrsg.): ICD-10. International classification of diseases and related health problems. Tenth revision. 2. Auflage; World Health Organization, Genf 2005
- Yeaton WH, Sechrest L (1981): Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: strength, integrity, and effectiveness. *J Consult Clin Psychol* 49, 156–167
- Zarafonitis-Müller S, Kuhr K, Bechdorf A (2014): Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie—Metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte Neurol Psychiatr* 82, 502–510
- Zetzel ER (1956): Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 37, 369–376
- Zielke M, Kopf-Mehnert C: VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz, Göttingen 1978
- Zimmer B, Moessner M (2012): Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI. *Psychother Im Dialog* 13, 68–72

Internetquellen:

- Andreß H-J (2003): <http://eswf.uni-koeln.de/glossar/zvert.htm>; Zugriff am 07.08.2017
- Dorsch – Lexikon der Psychologie (2017): s. Wirtz MA
- Fernández EO (2009): www.uni-goettingen.de/de/111790.html; Zugriff am 29.06.2017
- Franke GH (2008a): <http://www.franke-stendal.de/WS0809/Bachelor/Testtheorie/4-2-4-4-Trennschaerfe.pdf>; Zugriff am 28.05.2016
- Franke GH (2008b): <http://www.franke-stendal.de/WS0809/Bachelor/Testtheorie/4-2-4-Kap3-Itemvarianz.pdf>; Zugriff am 28.05.2016
- Hilsenroth MJ, Stein M, Pinsker J (2007): <https://pdfs.semanticscholar.org/d7a0/738e37c80c7f6266daef87568867a6321938.pdf>; Zugriff am 17.08.2017
- ICD-10-GM 2017 Code Suche. <http://www.icd-code.de/>; Zugriff am 08.08.2017
- Sachse R, Fasbender J (o. J.): <http://www.psychotherapie-ausbildung-sachse.de/n-kop/dd-3.pdf>; Zugriff am 07.07.2017

- Marks I (2010): <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/index.php?id=84>; Zugriff am 08.08.2017
- Wirtz MA (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie, Stichwort „Psychotherapie“. Hogrefe (2017); <https://portal.hogrefe.com/dorsch/psychotherapie-1/>; Zugriff am 07.08.2017
- Young J, Beck AT (1980): <https://www.beckinstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/CTRS-current-10-2011-Cognitive-Therapy-Rating-Scale-2.pdf>; Zugriff am 17.08.2017

Danksagung

Zuallererst und in ganz besonderem Maße danke ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. C. Spitzer, für die Überlassung des Themas und die wirklich ausgezeichnete wissenschaftliche Betreuung und Bereitstellung der materiellen Voraussetzungen für diese Promotionsarbeit. Er war mir fortwährend mit konkreten Hilfestellungen sowie ehrlichem und wertschätzendem Feedback bei der Erstellung meiner Dissertationsschrift ein hervorragender Ansprechpartner.

Bedanken möchte ich mich außerdem ganz herzlich bei Herrn Dipl.-Psych. U. Jaeger einerseits für die Aufbereitung der Daten und die Einführung in die Arbeit mit SPSS sowie andererseits für die Anerkennung und das Vertrauen in meine Fähigkeiten bei der eigenständigen Datenauswertung. Viele Fragen und Probleme bei der statistischen Auswertung sowie bei der Erstellung der Dissertation konnten durch ihn schnell und einfach beantwortet und gelöst werden.

Gleichzeitig danke ich Herrn Dipl.-Psych. O. Masuhr, dass er in Vertretungsfällen für Herrn Dipl.-Psych. U. Jaeger bei verschiedensten Anliegen zur Verfügung stand.

Mein Dank gilt weiterhin Herrn Prof. Dr. rer. nat. F. Leichsenring für die Möglichkeit, den von ihm entwickelten Fragebogen zum Therapeutenverhalten im Rahmen meiner Promotionsarbeit psychometrisch und inhaltlich auszuwerten sowie für die Auskünfte bei Fragen zu dem Instrument.

Darüber hinaus danke ich Herrn Prof. Dr. med. D. Wedekind für die engagierte Kobetreuung, die Wertschätzung und Geduld bei der Niederschrift der Dissertation sowie seine wertvollen Anmerkungen.

Schließlich bin ich all denen von Herzen dankbar, die mich auf meinem Weg prägten, begleiteten, unterstützten und mir voller Liebe beständig zur Seite standen. Danke!