

Inauguraldissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde (Dr. rer. nat.)

im Fach Psychologie, Fachbereich I, Universität Trier

Diskontinuierliche Verläufe in der Psychotherapie.

Ihre Identifikation und ihr Zusammenhang
mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

Vorgelegt von Torsten Ehrlich, 2014

Gutachter

Prof. Dr. Wolfgang Lutz

Prof. Dr. Thomas Ellwart

Ort der Dissertation: Trier

Tag der Disputation: 17.12.2014

Danksagung

Mein großer Dank gilt allen, die auf unterschiedliche Art und Weise zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben:

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Wolfgang Lutz für das in mich gesetzte Vertrauen und die Freiheiten, die er mir bei der Anfertigung dieser Arbeit einräumte, sowie für die vielen Chancen, Herausforderungen und Lernerfahrungen der vergangenen Jahre.

Den Patienten, die ihre Daten für diese Arbeit zur Verfügung stellten, und den Diplomanden, die im Rahmen der von mir betreuten Abschlussarbeiten die Therapievideos verdateten.

Meinen Kollegen Dr. Gerhard Seidenstücker und Dr. Jan R. Böhnke für die inspirierenden Gespräche und ihre Freundschaft. Euer Weggang hinterlässt auf sehr unterschiedliche Weise große Lücken.

Meiner Familie für die praktische Unterstützung, den Ehrgeiz und die Gelassenheit. Helene für die Zuversicht und den Stolz, die mir immer Antrieb waren. Schade, dass du es nicht mehr erlebst. Meiner Frau für die Motivation und das Entkatastrophisieren.

Meiner Tochter, die dafür gesorgt hat, dass der Abschluss dieser Arbeit nur das zweitgrößte Ereignis dieses Jahres ist. Deine Geburt überstrahlt alles!

Inhaltsverzeichnis

Studie I: Sudden Gains und Losses als Auf und Ab im Symptom- und Fortschrittsverlauf von Psychotherapie	10
1. Theoretischer Hintergrund	10
2. Fragestellung	14
3. Methode.....	15
3.1. Identifikation von Sudden Gains und Losses.....	15
3.2. Messinstrumente	19
3.2.1. Verlaufsmaße.....	19
3.2.2. Intake- und Outcome-Maße.....	23
3.3. Stichprobe	26
3.4. Statistische Verfahren	28
3.4.1. Varianzanalyse.....	28
3.4.2. Kovarianzanalyse.....	28
3.4.3. Konfigurationsfrequenzanalyse	29
4. Ergebnisse	30
4.1. Auftreten von Sudden Gains und Sudden Losses	31
4.2. Diagnose, Alter und Geschlecht.....	34
4.3. Psychometrischer Status bei Therapiebeginn	35
4.4. Psychometrische Veränderungen zum Therapieende	37
4.5. Behandlungsdauer und -frequenz.....	41
4.6. Zusammenhang mit Therapiebeziehung, -motivation, sozialer Unterstützung und außertherapeutischen Ereignissen	43
4.7. Zusammenhang von Sudden Gains und Losses der beiden Messinstrumente.....	46
4.7.1. Patientenebene	46
4.7.2. Sitzungsebene	47
5. Diskussion	48
Studie II: Alliance Ruptures und ihre Reparatur in Sudden Gains und Sudden Losses. Zwei Videoanalyse-Studien.....	54
1. Theoretischer Hintergrund	55
1.1. Allgemeine Wirkfaktoren	56
1.2. Die therapeutische Allianz.....	57
1.2.1. Historischer Abriss zum Konzept der therapeutischen Beziehung.....	57

1.2.2.	Meta-Analytische Befunde	59
1.2.3.	Moderne Forschung zu Brüchen in der Allianz und ihrer Reparatur	60
1.2.4.	Alliance Ruptures und Rupture Resolutions nach Safran und Muran	61
2.	Fragestellung	62
3.	Methoden.....	64
3.1.	Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses.....	64
3.2.	Stichprobe	65
3.3.	Rater und Ratertraining.....	67
3.4.	Das Rupture Resolution Rating Manual (3RS).....	67
3.4.1.	Bruchmarker	68
3.4.2.	Auflösungsstrategien	70
3.4.3.	Weitere Erhebungen	70
3.5.	Interrater-Reliabilität.....	71
3.6.	Datenaufbereitung und -auswertung	72
4.	Ergebnisse	74
4.1.	Häufigkeit von Bruchmarkern	74
4.1.1.	Vergleich auf Patientenebene	74
4.1.2.	Vergleiche auf Sitzungsebene	75
4.2.	Signifikanz der Brüche für die Allianz	76
4.2.1.	Vergleiche auf Patientenebene	77
4.3.	Globalurteile	79
4.4.	Anzahl positiver und negativer Lebensereignisse.....	80
4.5.	Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Allianzbrüchen und Auflösungsstrategien.....	81
4.5.1.	Videostichprobe 1 - Symptommaß	82
4.5.2.	Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß	85
5.	Diskussion	89
 Studie III: Sudden Gains und Losses und interpersonales Verhalten des Therapeuten. Eine Videoanalyse		
		94
1.	Theoretischer Hintergrund	94
2.	Fragestellung	96
3.	Methode.....	96
3.1.	Konstruktion des Ratinginstruments.....	97
3.1.1.	Check List of Psychotherapy Transactions – Revised (CLOPT-R).	98
3.1.2.	Psychotherapy-Process Q-Set (PQS).....	98

3.1.3.	Schematheapie-Rating-Skala.....	98
3.1.4.	Neu konstruierte Items.....	99
3.2.	Stichprobe	101
3.3.	Training der Rater und Durchführung der Ratingstudie	102
3.4.	Interrater-Reliabilität.....	103
3.5.	Datenauswertung.....	104
3.6.	Statistische Auswertung.....	104
4.	Ergebnisse	104
4.1.	Vergleiche auf Patientenebene.....	105
4.2.	Vergleiche auf Sitzungsebene	105
5.	Diskussion	106
	Fazit und Ausblick	109
	Literaturverzeichnis.....	112
	Anhang	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Relative Häufigkeit von Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL) über den Therapieverlauf.	32
Abbildung 2. Relative Häufigkeit von Sudden Gains und Sudden Losses (STDB) über den Therapieverlauf.	33
Abbildung 3. Kruskal-Wallis-Test der Ausprägung von Item 16 über die Verlaufstypen (Patientenebene).	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Häufigkeit der Patienten in den Verlaufgruppen nach HSCL.	31
Tabelle 2. Häufigkeit der Patienten in den Verlaufgruppen nach STDB.	32
Tabelle 3. Vergleich von Ausgangsbelastung und Behandlungserfolg von Patienten mit und ohne Postmessung.	38
Tabelle 4. Prä-Post-Effektstärken der Patientengruppen (HSCL).	39
Tabelle 5. Prä-Post-Effektstärken der Patientengruppen (STDB).	40
Tabelle 6. Behandlungsdauer, -umfang und -frequenz der Patientengruppen (HSCL).	42
Tabelle 7. Behandlungsdauer, -umfang und -frequenz der Patientengruppen (STDB).	42
Tabelle 8. Mittlere Effektstärken (ASC) der Sitzungstypen (HSCL).	45
Tabelle 9. Mittlere Effektstärken (ASC) der Sitzungstypen (STDB).	45
Tabelle 10. Verteilung von Patienten- und Sitzungstypen in Videostichprobe 1 (HSCL)	66
Tabelle 11. Verteilung von Patienten- und Sitzungstypen in Videostichprobe 2B	67
Tabelle 12. Mittlere Anzahl von Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen der Patientengruppen (HSCL).	75
Tabelle 13. Mittlere Anzahl von Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen der Sitzungstypen (STDB).	75
Tabelle 14. Mittlere Anzahl von Bruchmarkern nach Sitzungstyp (HSCL).	76
Tabelle 15. Mittelwerte der z-standardisierten Häufigkeiten von Bruchmarkern in den STDB-Sitzungstypen.	76
Tabelle 16. Mittlere Ränge der Bedeutsamkeit der Rückzugsbrüche für die Allianz über HSCL-Verlaufstypen.	78
Tabelle 17. Mittlere Ränge der Bedeutsamkeit der Konfrontationsbrüche für die Allianz über HSCL-Verlaufstypen.	78
Tabelle 18. Mittlere Anzahl außertherapeutischer Ereignisse nach Sitzungstyp und F-Test-Statistik (HSCL).	80
Tabelle 19. Mittlere Anzahl außertherapeutischer Ereignisse nach Sitzungstyp und F-Test-Statistik (STDB).	81
Tabelle 20. Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL).	83
Tabelle 21. Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL).	84
Tabelle 22. Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (STDB).	87
Tabelle 23. Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (STDB).	88

Tabelle 24. Items des TIBER mit Angabe der Quelle, der Original-Item-Nummer und dem Hinweis zum umkodieren.	100
Tabelle 25. Übersicht über Patienten- und Sitzungsmerkmale der Videostichprobe.	102
Tabelle 26: BSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.	127
Tabelle 27: IIP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.	127
Tabelle 28: OQ-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.	128
Tabelle 29: FEP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.	128
Tabelle 30: ILE-, INK-, EMI- und DAS-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) bei Behandlungsbeginn.	128
Tabelle 31: PSSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) bei Behandlungsbeginn.	129
Tabelle 32: BSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	130
Tabelle 33: IIP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	130
Tabelle 34: OQ-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	131
Tabelle 35: FEP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	131
Tabelle 36: ILE-, INK-, EMI- und DAS-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	131
Tabelle 37: PSSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.	132
Tabelle 38: KFA Patientengruppe (HSCL) x Geschlecht.	133
Tabelle 39: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung.	133
Tabelle 40: KFA Patientengruppe (HSCL) x Diagnose-Gruppe.	134
Tabelle 41: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.	135
Tabelle 42: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster B.	135
Tabelle 43: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.	136
Tabelle 44: KFA Patientengruppe (STDB) x Geschlecht.	137
Tabelle 45: Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung.	137
Tabelle 46: Patientengruppe (STDB) x Diagnose-Gruppe.	138
Tabelle 47: KFA Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster A.	139
Tabelle 48: KFA Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster B.	139
Tabelle 49: KFA Patientengruppe STDB x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.	140
Tabelle 50: KFA Patientengruppe (HSCL) x Patientengruppe (STDB).	141
Tabelle 51: KFA Sudden Gains (HSCL) x Sudden Gains (STDB).	142
Tabelle 52: Prozentuale Übereinstimmung der beiden Rater-Paare.	180
Tabelle 53: Cohens Kappa und gewichtetes Kappa.	181
Tabelle 54: Spearmans Rho für die sechs Rater-Paare.	181
Tabelle 55: Beobachterübereinstimmung des TIBER.	190

Nachdem in der Psychotherapieforschung gezeigt wurde, dass das Ergebnis von Psychotherapie über viele Fälle aggregiert keinen linearen Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Behandlungserfolg zeigt, konnten in den vergangenen Jahren zunehmend auch Diskontinuitäten im Psychotherapieverlauf aufgezeigt werden.

Ein Ansatz, diese diskontinuierlichen Therapieverläufe zu beschreiben, sind Sudden Gains und Losses. Dabei handelt es sich um reliable, bedeutsame und relativ stabile Veränderungen im Therapieprozess, die mithilfe kontinuierlicher Verlaufsmessung zwischen zwei Therapiesitzungen feststellbar sind.

Bislang allerdings liegen nur sehr wenige naturalistisch angelegte Studien vor, die das Aufkommen von Sudden Gains und Losses an störungsheterogenen Patientengruppen unter praxisnahen Behandlungsbedingungen untersuchen. Zudem sind die bisherigen Befunde in der Forschungsliteratur wenig aussagekräftig in Bezug auf mögliche Ursachen und Wirkmechanismen, die zur Entstehung von Sudden Gains und Losses beitragen.

Zum Teil werden Sudden Gains als frühe Symptomreduktionen infolge spezifischer Interventionstechniken bei depressiven Patienten aufgefasst. Obwohl Sudden Gains auch bei anderen Störungsbildern gefunden worden sind und dort einen ähnlich großen Zusammenhang mit einem günstigen Behandlungsergebnis aufweisen, liegen hier ihre Raten teils deutlich unter den bei Depressionen feststellbaren. Es ist allerdings unklar, ob diese Unterschiede auf ein behandlungs- und störungsspezifisches Verlaufsmuster hindeuten oder aus unterschiedlich veränderungssensitiven Verlaufsmaßen resultieren. Daneben gibt es auch eine Reihe von Studien, die Sudden Gains und Losses anhand von Stundenbögen, die den Therapiefortschritt abbilden, identifizieren. Es ist dabei unklar, ob Symptom- und Fortschrittsmaße die gleichen Sitzungen und Patienten als diskontinuierlich verlaufend identifizieren und in welcher Beziehung sprunghafte Veränderungen des Therapiefortschritts und der Symptombelastung zueinander stehen.

Zwar sprechen bisherige Forschungsbefunde dafür, dass Sudden Gains im Therapieverlauf ein insgesamt günstiges Behandlungsergebnis begünstigen. Es gibt jedoch nur wenige Hinweise darauf, ob und wie sich diskontinuierliche Therapieverläufe vorhersagen, fördern oder abmildern lassen. Zudem ist wenig bekannt über das konkrete psychotherapeutische Geschehen, das den Sudden Gains und Losses vorangeht. Wissenschaftlich betrachtet könnte dies jedoch empirische Beiträge zum Verständnis psychotherapeutischer Veränderung liefern. In Hinblick auf die praktische Anwendung eröffnet sich die Perspektive, Feedback für Therapeuten zu

verbessern und gegebenenfalls Handlungsempfehlungen für die positive Beeinflussung des Therapieverlaufs geben zu können.

Die vorliegende Arbeit verbindet Outcome- und Prozessforschung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, indem zunächst auf Grundlage von Fragebogen-Daten Sudden Gains und Losses in der Symptombelastung und im Therapiefortschritt ambulanter Psychotherapiepatienten identifiziert werden. Die so gewonnenen Klassifikationen werden miteinander verglichen und hinsichtlich der psychometrischen Stuserhebungen zu Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer und -erfolg untersucht werden. Zudem wird die Verteilung diskontinuierlicher Therapieverläufe über verschiedene Störungsgruppen untersucht. Daneben werden mithilfe von Fragebogenerhebungen mögliche Ursachen für Sudden Gains und Losses untersucht. Zudem werden die Diskontinuitäten mithilfe von Therapievideos in Hinblick auf Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung und das Vorliegen außertherapeutischer Ereignisse verglichen.

Die in dieser Arbeit analysierten Status- und Verlaufsdaten stammen aus der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier, wo neben umfangreichen Stuserhebungen auch eine intensive kontinuierliche Verlaufsmessung die Therapien begleitet und standardmäßig all Therapien audiovisuell aufgezeichnet werden. Die Stichprobe umfasste damit 314 Patienten, die mit bewältigungsorientierter Verhaltenstherapie unter Betonung einer ergänzenden motivationalen, interpersonalen und Ressourcen-Perspektive behandelt wurden. Therapievideos zweier Teilstichproben (ausgewählt anhand von Symptom- bzw. Fortschrittsmaß) wurden mithilfe eines bestehenden Manuals zur Erkennung von Brüchen in der therapeutischen Allianz und deren Reparatur genutzt. Eine weitere Videostichprobe aus einem vorangegangenen Forschungsprojekt an der Universität Bern wurde mit einem selbst zusammengestellten Ratinginventar untersucht.

Es zeigt sich, dass rund ein Drittel aller Patienten einen diskontinuierlichen Behandlungsverlauf zeigen. Im Fortschrittsmaß lassen sich an der Poliklinischen Psychotherapieambulanz deutlich weniger Sudden Losses feststellen als in einer Vorgängerstudie, in der vor allem Daten aus anderen Ambulanzen genutzt wurden. Es treten keine überzufälligen Häufungen von diskontinuierlichen Therapieverläufen in verschiedenen Störungsgruppen, auch nicht in Hinblick auf Persönlichkeitsakzentuierungen, auf. Insgesamt zeigen Patienten, die Sudden Gains erleben, höhere Belastung und geringeres Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn, wobei sich nur Patienten mit Sudden Gains im Symptommaß auch hinsichtlich ihres initialen Symptomstatus als schwerer belastet erweisen. Das Auftreten von Sudden Gains im Fortschrittsmaß und im Symptommaß hängt überzufällig miteinander zusammen, wobei Sudden Gains im

Therapiefortschritt plötzlichen Symptomlinderungen häufiger vorausgehen. Sudden Gains hängen ungeachtet des Messinstruments mit größerem Behandlungserfolg zusammen. Mit einem geringeren Behandlungserfolg assoziiert sind Verläufe, die durch plötzliche Symptomverschärfungen oder ein Auf und Ab im wahrgenommenen Therapiefortschritt assoziiert sind, wobei letzteres lediglich eine nicht signifikante Tendenz beschreibt, die sich jedoch weitgehend mit bisherigen Forschungsbefunden deckt. Dabei nehmen Patienten mit diskontinuierlichen Verläufen gleich welcher Art mehr Therapie in Anspruch als Patienten mit kontinuierlichem Verlauf.

Zudem zeigt sich um Sudden Gains im Therapiefortschritt ein deutlicher Anstieg der therapeutischen Allianz, während diese um Sudden Losses abnimmt. Hingegen sinkt um Sudden Gains in der Symptombelastung die Belastung durch außertherapeutische Ereignisse, während sie um Sudden Losses zunimmt. Auch in den Videoanalysen zeigt sich nur für die aufgrund des Symptommaßes klassifizierten Sitzungen, dass negative außertherapeutische Ereignisse verstärkt Sudden Losses und positive Ereignisse verstärkt Sudden Gains vorausgehen.

Sudden Gains und Losses der Symptombelastung und des Therapiefortschritts unterscheiden sich zwar nicht signifikant hinsichtlich der Anzahl beobachteter Brüche in der therapeutischen Allianz. Allerdings unterscheidet sich der Umgang der Therapeuten mit auftretenden Allianzbrüchen erheblich zwischen Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen. Eine isolierte Betrachtung des Beziehungsverhaltens des Therapeuten hingegen zeigt keinerlei Unterschiede zwischen den Sitzungstypen.

Das frühzeitige Erkennen von diskontinuierlichen Therapieverläufen scheint mit Blick auf ein wünschenswertes Behandlungsergebnis geboten. Dabei weisen auch und gerade Patienten mit hoher Eingangsbelastung Potenziale für günstige Entwicklungen auf. Die vergleichsweise niedrige Rate von Sudden Losses im Therapiefortschritt deutet darauf hin, dass systematisches Feedback hilfreich für die Vermeidung negativer Therapieentwicklungen sein kann. Befunde aus den Videoanalysen könnten im Rahmen von Clinical Support Tools als praxisnahe Handlungsempfehlungen an Therapeuten geliefert werden, deren Patienten im Begriff sind, Sudden Losses zu entwickeln. Dabei könnte in Erwägung gezogen werden, ob die therapeutische Allianz von Brüchen geprägt ist und mit welchen Strategien diesen begegnet werden kann. Zudem könnten auf die Reduktion, Abmilderung oder Bewältigung außertherapeutischer Belastungen gerichtete Interventionen gezielter eingesetzt werden.

Res severa est verum gaudium

Lucius Annaeus Seneca

Studie I: Sudden Gains und Losses als Auf und Ab im Symptom- und Fortschrittsverlauf von Psychotherapie

In der vorliegenden Studie soll das Auftreten von Sudden Gains und Sudden Losses in der Symptombelastung von Psychotherapiepatienten (Tang & DeRubeis, 1999) sowie in der Umsetzung zentraler therapeutischer Wirkfaktoren (Lutz et al., 2013) anhand einer naturalistischen Stichprobe von Psychotherapieambulanz-Patienten der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier untersucht werden. Ziel der Untersuchung ist es, das Vorliegen von Sudden Gains anhand zweier in der Literatur anzufindender Methoden zu identifizieren: als plötzliche Symptomreduktion oder als plötzlichen Zugewinn an durch den Patienten wahrgenommene Klärung und Bewältigung im Therapiefortschritt. Zusätzlich werden Sudden Losses als plötzliche Verschlechterung im Therapieverlauf nicht nur auf der Ebene des Therapiefortschritts sondern auch der Symptombelastung identifiziert. Ziel der Arbeit ist es, das Auftreten der verschiedenen Therapieverläufe auf Sitzungs- und Patientenebene zu untersuchen, Zusammenhänge zu Behandlungserfolg und Therapiedauer festzustellen sowie Hinweise auf die dabei relevanten Therapieprozesse zu erhalten. Dabei stellt sich auch die Frage, ob Sudden Gains und Losses auf Symptom- und Therapiefortschrittsebene identisch sind oder einander zumindest nahestehen.

Zunächst wird ein Überblick über den Forschungshintergrund und bisherige Befunde zum Thema Sudden Gains und Sudden Losses in der Psychotherapie gegeben. Anschließend werden die zur Erstellung der Arbeit verwandten Messinstrumente dargestellt und die Kriterien zur Definition von Sudden Gains und Sudden Losses in den beiden Messinstrumenten erläutert. Danach werden zentrale Befunde dargestellt. Dabei geht es vor allem um das generelle und zeitliche Auftreten von Sudden Gains und Losses in den beiden genannten Messinstrumenten über verschiedene Störungsbilder sowie um ihren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis und der Behandlungsdauer. Anschließend wird untersucht, inwieweit Sudden Gains und Losses auf Symptom- und Therapiefortschrittsebene zusammenhängen, um abschließend die Befunde und die Durchführung der Studie zu diskutieren.

1. Theoretischer Hintergrund

Psychotherapie wirkt. Dies ist in zahlreichen Studien vielfach belegt (Lambert, 2013b; Lipsey & Wilson, 1993; McNeilly & Howard, 1991). Weniger gesicherte Erkenntnisse gibt es jedoch über die Mechanismen, die Prozesse und Funktionen, über die sich diese Wirksamkeit entfaltet. Mit der Beschreibung, Vorhersage und Bewertung individueller Therapieverläufe befasst sich die patientenfokussierte Therapieforschung (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Dabei werden kontinuierlich Verlaufsdaten in Form von Symptom- und Fortschrittsmaßen erhoben, evaluiert und teils anhand von klinischen Entscheidungsregeln bewertet (Harmon et al., 2007; Lutz, Böhnke & Köck, 2011; Lutz, Stulz, Martinovich, Leon & Saunders, 2009). Die Ergebnisse können mittels zunehmend ausgefeilter Feedback-Strategien (Lambert, 2007; Lutz, 2002) an Therapeuten und Patienten rückgemeldet werden. So konnte in den vergangenen Jahren eindrucksvoll nachgewiesen werden, wie vielversprechend es ist, gerade irreguläre und ungünstige Therapieverläufe frühzeitig zu identifizieren. Durch entsprechende Rückmeldungen und Hinweise zur Behandlungsplanung konnte der Anteil negativer Therapieverläufe reduziert und die Ressourcenverteilung optimiert werden, indem erfolgreich verlaufende Therapien verkürzt und ungünstig verlaufende verlängert wurden (Lambert et al., 2003; Lambert, Harmon, Slade, Whipple & Hawkins, 2005; Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch & Nielsen, 2001).

Der Großteil der Forschung geht davon aus, dass es in der Psychotherapie einen linearen oder zumindest log-linearen Zusammenhang zwischen Dosis (im Sinne von Therapiedauer) und Behandlungserfolg gibt (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986; Stiles, Barkham, Connell & Mellor-Clark, 2008). In den vergangenen Jahren aber haben sich zunehmend Studien der Erforschung von Non-Linearität und Diskontinuität in individuellen Therapieverläufen gewidmet. Dabei wurden spezifische Kriterien und Prozeduren entwickelt, formuliert und angepasst, mit denen die Identifikation diskontinuierlicher Therapieverläufe ermöglicht werden soll (Barkham, Stiles & Shapiro, 1993; Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002; Lutz & Tschitsaz, 2007; Thompson, Thompson, Gallagher-Thompson & Alto, 1995).

Ogleich sich die Definitionskriterien zwischen den verschiedenen Publikationen unterscheiden, kann doch replizierbar ein Zusammenhang zwischen Diskontinuitäten im Verlauf und dem Behandlungsergebnis festgestellt werden (Haas et al., 2002). So schlugen Tang & DeRu-

beis (1999) Kriterien für die Definition sogenannter Sudden Gains vor, die einen plötzlichen Rückgang in der Symptombelastung depressiver Patienten beschreiben.

Der Anteil von Patienten mit Sudden Gains variiert in Abhängigkeit von Stichproben, Treatment und Messinstrument (Aderka, Nickerson, Bøe & Hofmann, 2012) zwischen 14,6 % (Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch & Suvak, 2006) und 52,2 % (Doane, Feeny & Zoellner, 2010).

In der ersten Publikation von Tang & DeRubeis (1999) erlebten 39 % aller Patienten wenigstens einen Sudden Gain im Laufe ihrer Therapie und 79 % aller Patienten mit einem Behandlungserfolg hatten zumindest einen Sudden Gain während der Therapie erlebt. In Studien, in denen die Symptombelastung bei Behandlungsbeginn kontrolliert wird, zeigen sich hingegen teils keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Sudden Gains in Bezug auf den Behandlungserfolg (Hardy et al., 2005; Stiles et al., 2003). Allerdings fanden Aderka et al. (2012) in ihrer Meta-Analyse einen mittelgroßen Effekt von $g = .56$ auf den Behandlungserfolg zugunsten von Patienten mit Sudden Gains.

Während Tang und DeRubeis (1999) davon ausgingen, dass es sich bei Sudden Gains um ein spezifisches Phänomen bei der kognitiv-behavioralen Behandlung von depressiven Störungen handelt, zeigte eine Arbeit von Vittengl, Clark und Jarrett (2005) Sudden Gains auch in einer Pharmakotherapie-Behandlungsgruppe und sogar in einer Placebo-Gruppe. Doch auch bei systemischer Familientherapie und nondirektiv-supportiver Therapie (Gaynor et al., 2003) sowie bei interpersonaler (Kelly, Cyranowski & Frank, 2007) und psychodynamischer Kurzzeitbehandlung (Present et al., 2008) konnten Sudden Gains identifiziert werden, wenngleich ihr Einfluss auf den Behandlungserfolg in nicht-kognitiv-behavioralen Behandlungen scheinbar geringer ist (Aderka et al., 2012).

Auch finden sich mittlerweile Studien, die Sudden Gains bei anderen Störungsgruppen, wie Panikstörung (Clerkin, Teachman & Smith-Janik, 2008), Posttraumatischer Belastungsstörung (Doane et al., 2010), Sozialer Phobie (Hofmann et al., 2006), Angststörungen (Norton, Klenck & Barrera, 2010) und Generalisierter Angststörung (Present et al., 2008), zeigen. Dabei sind die Effekte von Sudden Gains auf das Behandlungsergebnis zwischen Stichproben mit Depression vs. Angst vergleichbar (Aderka et al., 2012). Allerdings scheinen sie mit Raten von 14,6 % (Hofmann et al., 2006) bis 34,5 % (Present et al., 2008) seltener bei Angststörungen aufzutreten als bei Depressionen, wo die Rate in der Regel zwischen 40 % (Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam & Shelton, 2007a) und 50 % (Gaynor et al., 2003) liegt.

Nur wenige Studien haben sich bislang ungeachtet der Diagnose und des Treatments dem Auftreten von Sudden Gains gewidmet (Lutz et al., 2013; Stiles et al., 2003; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Während sonst üblicherweise störungsspezifische Fragebögen zur Identifikation von Sudden Gains dienen, verwendeten Stiles et al. (2003) ein allgemeines Outcome-Messinstrument. In den anderen beiden Studien wurden Stundenbögen verwendet, um Sudden Gains und auch Sudden Losses (plötzliche Verschlechterung des Therapiefortschritts) zu identifizieren. Dabei lagen die Raten der Sudden-Gain-Patienten mit 17,8 % (Stiles et al., 2003) und 18,9 % (Lutz et al., 2013) erheblich unter den von Tang et al. berichteten Raten von 39,3 bis 43,5 % (Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman & Pham, 2005; Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam & Shelton, 2007b; Tang, Luborsky & Andrusyna, 2002). Dabei zeigten Lutz et al. (2013) an einer sehr großen Stichprobe ($N=1500$) aus drei verschiedenen Hochschulambulanzen den negativen Einfluss von Sudden Losses im Therapieverlauf und den Vorteil von Sudden Gains, insbesondere wenn sie sehr früh in der Behandlung auftreten, auf das Behandlungsergebnis. In dieser Studie hatten 125 Patienten bereits zwischen der dritten und der fünften Sitzung einen Sudden Gain erlebt. Das heißt, die Sudden Gains fanden bereits während der so genannten probatorischen Phase statt, während der Diagnostik, Fallkonzeptualisierung und Kassenantrag im Vordergrund stehen, so dass hier kaum spezifische Interventionstechniken zur Anwendung kommen.

Während also das Auftreten von Sudden Gains (und Sudden Losses) und deren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis gut belegt ist, besteht noch weitgehend Unklarheit zur Verursachung oder dem Zustandekommen solch plötzlicher Veränderungssprünge.

Tang und DeRubeis (1999) hatten beobachtet, dass sich in Sitzungen, die einem Sudden Gain vorausgingen, substantielle kognitive Veränderungen feststellen ließen. Den Sudden Gains wiederum folgten eine verbesserte therapeutische Allianz und weitere kognitive Veränderungen, sodass die Autoren von einer spezifischen Aufwärtsspirale ausgehen (Tang et al., 2005). Allerdings finden sich, wie schon erwähnt, Sudden Gains nicht nur bei depressiven Patienten und nicht nur in kognitiv-behavioralen Behandlungen (Tang et al., 2002). Der zentralen Rolle kognitiver Techniken, die Tang et al. (1999; 2005) postulierten für die Entstehung von Sudden Gains, widerspricht ihr sehr frühes Auftreten in der Therapie. Ilardi und Craighead (1994; 1999) konnten zeigen, dass ein Großteil der Symptomreduktion in der Kognitiven Verhaltenstherapie bereits so früh in der Therapie stattfindet, dass spezifische Effekte spezifischer Behandlungstechniken dafür kaum ursächlich sein konnten. In manchen Studien (Busch, Kanter, Landes & Kohlenberg, 2006; Gaynor et al., 2003) konnten sogar erhebliche Gains nachgewie-

sen werden, während die Patienten noch auf den Beginn der Behandlung warteten. Diese Wartelisten-Gains werden in der Tradition des Konzepts der Remoralisation (Frank, 1961) und des Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderung (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993) als Resultat einer Mediation von positiver Behandlungserwartung und Hoffnung gewertet. Insgesamt scheinen allgemeine Wirkfaktoren eine größere Rolle zu spielen.

Eine andere mögliche Ursache wurde im Auftreten von außertherapeutischen Lebensereignissen gesehen, deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis von Psychotherapien Asay und Lambert (1999) auf 40 % schätzten. Hardy et al. (2005) erfassten Lebensereignisse mithilfe von Fragebögen, fanden jedoch keinen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von positiven oder negativen Lebensereignissen mit Sudden Gains. Davies et al. (2006) hingegen befragten Therapeuten nach Behandlungsende und fanden mit Hilfe der Behandlungsdokumentationen heraus, dass die Sudden Gains teilweise mit größeren Lebensereignissen zusammenhängen. Insgesamt aber scheint der Einfluss außertherapeutischer Ereignisse auf das Auftreten von Sudden Gains unklar.

Einer der verlässlichsten Prädiktoren für das Behandlungsergebnis unter den allgemeinen Wirkfaktoren ist die therapeutische Allianz (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Horvath & Luborsky, 1993). Hardy et al. (2005) jedoch konnten keinen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sudden Gains und der therapeutischen Allianz in der ersten Sitzung feststellen. Allerdings ist hier fraglich, ob ein statischer Faktor in der ersten Sitzung einen Einfluss auf eine enorme Veränderung im Therapieverlauf haben kann. In einer Studie zu Early Rapid Response, einem Phänomen, das vergleichbar mit frühen Sudden Gains ist, konnten auch Comminos und Grenyer (2007) keinen Unterschied hinsichtlich der Ratings der therapeutischen Allianz feststellen. Allerdings unterschieden sich Patienten, die früh auf die Behandlung ansprachen, in ihren interpersonalen Beziehungsmustern: Sie verfügten über bessere soziale Fertigkeiten, hatten einen weniger dominanten Interaktionsstil und zeigten weniger soziale Isolation und Bindungsängste. Daher nahmen die Autoren an, dass interpersonelle Schwierigkeiten zu einer schwierigen Therapiebeziehung beitragen und darüber die Wahrscheinlichkeit einer Symptomreduktion senken.

Insgesamt muss das Zustandekommen von Sudden Gains als weitgehend ungeklärt gelten. Auch das umgekehrte Phänomen – Sudden Losses (Lutz & Tschitsaz, 2007; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009) – ist noch weitgehend unerforscht. Dabei erscheint gerade dieses in Hinblick auf die Früherkennung von ungünstigen Therapieverläufen und der Verhinderung ihrer nega-

tiven Auswirkungen von besonderem Interesse zu sein (Finch, Lambert & Schaalje, 2001; Lutz, Martinovich & Howard, 1999; Spielmans, Masters & Lambert, 2006). So konnten Lutz et al. (2013) zeigen, dass das Auftreten von Sudden Gains trotz signifikant längerer Behandlungsdauer mit signifikant schlechteren Behandlungsergebnissen assoziiert war.

2. Fragestellung

Aufgrund der dargestellten Vielfalt von Instrumenten zur Identifikation von Sudden Gains und teils auch Sudden Losses, stellt sich die Frage, inwieweit die mit den verschiedenen Instrumenten identifizierten Veränderungssprünge identisch sind. Dazu werden an einer bestehenden Stichprobe zwei Maße verwendet, um diskontinuierliche Verläufe auf Sitzungs- und Patientenebene zu identifizieren. So kann das Vorkommen von Sudden Gains und Sudden Losses patientenweise korreliert und mithilfe der Sequenzen überprüft werden, ob plötzliche Veränderungen der Therapiefortschrittsbeurteilung des Patienten plötzlichen Symptomlinderungen vorausgehen oder vice versa. Gegebenenfalls könnte auch eine Gleichzeitigkeit oder gar kein Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen bestehen.

Zudem bietet die Betrachtung einer diagnostisch gemischten und unter praxisnahen Bedingungen behandelten Stichprobe die Möglichkeit der Überprüfung, ob Sudden Gains tatsächlich gehäuft bei affektiven Störungen auftreten. Wie bereits dargestellt, gibt es hierzu widersprüchliche Annahmen in der einschlägigen Literatur. Eine Überprüfung war bislang kaum möglich, da die meisten Studien störungsspezifisch durchgeführt wurden und daher verschiedene Störungsgruppen mit verschiedenen spezifischen Messinstrumenten untersucht wurden. Durch die Anwendung eines allgemeinen Symptommaßes und eines Fortschrittsmaßes werden jedoch die gleichen Prozeduren auf Patienten verschiedener Störungsgruppen angewandt.

Eine wichtige Fragestellung ist außerdem, ob es bereits bei Therapiebeginn Hinweise darauf geben kann, welchem Verlaufstyp ein Patient angehören wird. Dazu werden die Patientengruppen, die mithilfe der beiden Verlaufsmaße ermittelt werden, hinsichtlich ihres psychometrischen Status bei Therapiebeginn überprüft. In der Literatur finden sich teils Hinweise darauf, dass Patienten mit Sudden Gains eher schwerer belastet in die Behandlung kommen, während sich bei Lutz et al. (2013) kaum signifikante Unterschiede fanden. Zudem wird der Therapieerfolg der Patienten in den verschiedenen Verlaufsgruppen zu beurteilen sein. Hierbei ist zu erwarten, dass Patienten, die Sudden Gains, aber keine Sudden Losses, in ihrer Therapie erleben, am stärksten von der Behandlung profitieren. Hingegen sollten nach Lutz und

Tschitsaz (2007) Patienten mit Sudden Gains und Sudden Losses sowie nach Lutz et al. (2013) Patienten mit Sudden Losses im Therapieverlauf eher schwächere Behandlungsergebnisse aufweisen. Zudem gilt es zu überprüfen, inwieweit die Therapiedauer und Behandlungsfrequenz zwischen den Patientengruppen variiert. Die Studie von Lutz et al. (2013) legt nahe, dass Patienten mit Sudden Gains und Losses signifikant mehr Therapiestunden benötigen als Patienten mit Sudden Gains oder mit neutralem Verlauf.

Eine weitere Frage ist, ob sich um Sudden Gains, Sudden Losses und neutrale Sitzungen herum Veränderungen weiterer Prozessmerkmale, wie therapeutischer Allianz, Therapiemotivation, außertherapeutischer Lebensereignisse und sozialer Unterstützung, feststellen lassen, die Hinweise zur Entstehung von Sudden Gains und Sudden Losses geben und zu ihrer Früherkennung beitragen können. Dabei gibt es in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse zur Rolle der therapeutischen Allianz, während beispielsweise die Rolle außertherapeutischer Ereignisse sehr unklar ist. Zu erwarten ist jedoch, dass Sudden Gains mit einem Anstieg der Therapiebeziehung und Sudden Losses mit einer Zuspitzung außertherapeutischer Ereignisse einhergehen.

3. Methode

Im Folgenden soll ein Überblick über zentrale methodische Gesichtspunkte der vorliegenden Arbeit gegeben werden. Dies beinhaltet zunächst das Vorgehen zur Identifikation von Sudden Gains und Losses. Anschließend werden die relevanten Messinstrumente, die für die Studie verwendet wurden, kurz dargestellt. Im Anschluss erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe.

3.1. Identifikation von Sudden Gains und Losses.

Die Identifikation von Sudden Gains als eine bedeutsame und nicht auf einen Messfehler des Erhebungsinstruments zurückzuführende therapeutische Verbesserung von einer Sitzung zur nächsten erfolgte gemäß den Kriterien von Tang und DeRubeis (1999) in ihrer Anpassung durch Stiles et al. (2003).

Demnach müssen Sudden Gains drei Kriterien erfüllen:

- A) Der Wert der Differenz des Vorstundenwertes und des Wertes in der jeweiligen Sitzung muss einen kritischen Wert überschreiten. Tang und DeRubeis (1999) definierten diesen Schwellenwert in ihrer ursprünglichen Untersuchung an einer Stichprobe depressiver Patienten mit einer BDI-Differenz von 7 Punkten. Stiles et al. (2003) hingegen schlugen die Verwendung des Reliable Change Index (RCI; Jacobson und Truax, 1991) vor. Sowohl aus inhaltlichen und methodischen Überlegungen wird diesem Vorschlag gefolgt und der RCI als erstes Kriterium der bedeutsamen Veränderung gewählt. Damit wird die Gefahr, dass die beobachtete Veränderung einem Messfehler des Instruments geschuldet ist, auf unter 5% reduziert;
- B) Der Betrag der Differenz des Vorstundenwertes und des Wertes in der jeweiligen Sitzung muss bedeutsam in Relation zum Vorstundenwert sein. Dies wird operationalisiert durch eine Veränderung des Vorstundenwertes um mindestens 25 % zur jeweiligen Sitzung;
- C) Die Veränderung muss bedeutsam im Vergleich zu Fluktuationen des Maßes vor und nach dem Sudden Gain sein. Die Operationalisierung erfolgt durch einen zweiseitigen t-Test, wenn sich ein signifikanter Unterschied zwischen den drei (bei frühen Sudden Gains zwei) Sitzungen vor dem Sudden Gain und den drei (bei späten Sudden Gains zwei) Sitzungen nach dem Sudden Gain zeigt.

Der RCI ist definiert als die Prä-Post-Differenz geteilt durch den Standardfehler der Differenz. Es ergibt sich:

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

wobei $SD_{norm-klin}$ der Standardabweichung der nicht-klinischen Normstichprobe entspricht (Jacobson & Truax, 1991). Dieser entsprach in der vorliegenden Studie für den Stundenbogen $RCI_{STDB} = 1.04$ und für das Symptommaß HSCL $RCI_{HSCL} = .63$.

Bezüglich der Nomenklatur der relevanten Sitzungen zur Ermittlung von Sudden Gains und Losses unterscheiden sich die beiden Verlaufsmaße Stundenbogen vs. HSCL aufgrund der Zeitpunkte, zu denen die entsprechenden Fragebögen von den Patienten bearbeitet werden. Da der Stundenbogen zur Beurteilung am Ende der erfolgten Therapiesitzung bearbeitet wird, kann die kritische Differenz erst nach der erfolgten Sitzung ermittelt werden. Daraus ergibt sich, dass die Gain- oder Loss-Sitzung die Bezeichnung N+1 und die dem Sudden Gain oder Loss vorausgehende Sitzung (Pre-Gain oder Pre-Loss) die Bezeichnung N trägt. Hingegen

wird das Symptommaß HSCL bereits am Anfang einer jeden Sitzung bearbeitet, so dass ein Sudden Gain oder Loss erst am Anfang der folgenden Sitzung ermittelt werden kann. Entsprechend bezeichnet N hier die Sitzung, in der sich der Sudden Gain oder Loss vollzieht.

Da im Fortschrittsmaß Stundenbogen hohe Werte eine hohe patientenseitige Zufriedenheit mit dem Therapiefortschritt beschreiben, stellt sich ein Sudden Gain hier mit einem plötzlichen Anstieg des Stundenbogens von Sitzung N zu Sitzung N+1 dar. Entsprechend ist ein Sudden Loss von einem Rückgang des Stundenbogenwertes in Sitzung N zu Sitzung N+1 gekennzeichnet. Hingegen beschreiben im Symptommaß HSCL niedrigere Werte einen therapeutisch intendierten Verlauf, sodass für einen Sudden Gain der HSCL-Wert von Sitzung N zu Sitzung N+1 sinkt und im Falle eines Sudden Loss steigt.

Es ergibt sich daraus folgende Definition für die Sudden Gains und Losses für das Fortschrittsmaß Stundenbogen.

- (a) Die Differenz zweier Sitzungen beträgt mindestens 1.04 ($SR_{N+1} - SR_N \geq 1.04$) für einen Sudden Gain und mindestens -1.04 für ein Sudden Loss ($SR_{N+1} - SR_N \leq -1.04$);
- (b) Der Sudden Gain oder Loss beträgt mindestens 25 % des Wertes der Pre-Gain- oder Pre-Loss-Sitzung ($STDB_{N+1} - STDB_N \geq 0.25 \times STDB_N$ für einen Sudden Gain und $STDB_N - STDB_{N+1} \geq 0.25 \times STDB_N$ für einen Sudden Loss); und
- (c) Der Mittelwert der zwei/drei Sitzungen vor (Sitzungen $N - 2, N - 1$ und N) dem Sudden Gain oder Loss unterscheidet sich signifikant von dem der zwei/drei Sitzungen nach (Sitzungen $N, N + 1$ und $N + 2$) dem Sudden Gain oder Loss. In Anlehnung an vorige Studien (Tang & DeRubeis, 1999) wurde ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben mit einem 5%-Signifikanz-Niveau gewählt, woraus sich folgende kritische t-Werte ergeben: $t_{(4;97.5\%)} > 2.78$; $t_{(3;97.5\%)} > 3.18$; $t_{(2;97.5\%)} > 4.30$.

Für das Symptommaß HSCL ergeben sich entsprechend folgende Kriterien für die Identifikation von Sudden Gains und Losses:

- (a) Die Differenz zweier Sitzungen beträgt mindestens 0.63 ($HSCL_N - HSCL_{N+1} \geq 0.63$) für einen Sudden Gain und von mindestens -0.63 für ein Sudden Loss ($HSCL_N - HSCL_{N+1} \leq -0.63$);

- (b) Der Sudden Gain oder Loss beträgt mindestens 25% des Wertes der Pre-Gain- oder Pre-Loss-Sitzung ($HSCL_N - HSCL_{N+1} \geq 0.25 \times HSCL_N$ für einen Sudden Gain und $HSCL_{N+1} - HSCL_N \geq 0.25 \times HSCL_N$ für einen Sudden Loss); und
- (c) Der Mittelwert der zwei/drei Sitzungen vor dem Sudden Gain oder Loss (Sitzungen $N - 2, N - 1$ und N) unterscheidet sich signifikant von dem der zwei/drei Sitzungen nach dem Sudden Gain oder Loss (Sitzungen $N + 1, N + 2$ und $N + 3$). In Anlehnung an vorige Studien (Tang & DeRubeis, 1999) wurde ein t -Test für zwei unabhängige Stichproben mit einem 5%-Signifikanz-Niveau gewählt, woraus sich folgende kritische t -Werte ergeben: $t_{(4;97.5\%)} > 2.78$; $t_{(3;97.5\%)} > 3.18$; $t_{(2;97.5\%)} > 4.30$.

Dabei wird insbesondere das Kriterium (c) in verschiedenen Variationen in der Literatur diskutiert. So beschreiben Hardy et al. (2005), in welchem erheblichem Umfang die Anzahl der Patienten mit Sudden Gains in Abhängigkeit vom gewählten Signifikanzniveau und der Anzahl der Sitzungen, die in die Signifikanzprüfung eingehen, variiert. Die genannte und in dieser Arbeit verwandte Definition des Kriteriums (c) ist eines der konservativsten und orientiert sich an der ursprünglichen Studie von Tang und DeRubeis (1999) als auch an früheren Arbeiten aus der Arbeitsgruppe Lutz (Lutz et al., 2013; Lutz & Tschitsaz, 2007; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Eine kleine Anpassung wurde in Hinblick auf die Anzahl der getesteten Sitzungen vorgenommen. Während Tang und DeRubeis (1999) drei Sitzungen vor dem Sudden Gain gegen drei Sitzungen nach dem Sudden Gain testeten, schlugen Stiles et al. (2003) vor, mindestens zwei Sitzungen vor und nach dem Sudden Gain zu verwenden und nur wenn möglich je drei Sitzungen in den t -Test einzubeziehen. Dies hat insbesondere den Vorteil, dass bereits sehr früh oder noch sehr spät in der Therapie stattfindende Sudden Gains und Losses identifiziert werden können.

Vittengl et al. (2005) hingegen diskutierten die Frage der Unabhängigkeit der drei Werte vor und nach dem Sudden Gain mit Blick auf die Autokorrelation bei Messwiederholungen. Obwohl also der t -Test für zwei unabhängige Stichproben kein valides inferenzstatistisches Verfahren in diesem Fall darstellt, wird er oft als deskriptiver Hinweis auf die Stabilität der Veränderung um den Sudden Gain im Verhältnis zur sonstigen Fluktuation der Werte eines Patienten verstanden (Hardy et al., 2005; Vittengl et al., 2005).

3.2. Messinstrumente

Für die Durchführung der vorliegenden Studie kamen vielfältige psychometrische Verfahren zum Einsatz. Dabei sind zunächst die Verlaufsmaße zum kontinuierlichen Monitoring der Symptombelastung und des Therapiefortschritts von Bedeutung, da mit ihrer Hilfe die Sudden Gains und Sudden Losses als plötzliche therapeutische Veränderungen von einer Sitzung zur nächsten ermittelt wurden. Hinzu kommt ein Fragebogen, der im Abstand von fünf Sitzungen erhoben wird, und verschiedene Aspekte der Behandlung erfragt, die Hinweise auf einen auffälligen Verlauf geben können. Anschließend werden zentrale Maße vorgestellt, die bei Behandlungsbeginn erhoben werden, um den psychometrischen Status der Patienten zu erfassen. Zum Teil dienen diese Fragebögen auch der indirekten Veränderungsmessung zur Evaluation des Behandlungserfolgs.

3.2.1. Verlaufsmaße

Im Folgenden werden die Instrumente beschrieben, die zur kontinuierlichen Evaluation des Therapiefortschrittes und damit zur Identifikation der Sudden Gains und Losses oder zur Erfassung der Entwicklung von therapeutischer Allianz, Therapiemotivation, sozialer Unterstützung und dem Auftreten von Lebensereignissen im Umfeld von Sudden Gains und Losses verwendet wurden.

3.2.1.1. *Hopkins-Symptom-Checkliste (HSCL)*

Die Verlaufsmessung der Symptombelastung der Patienten in dieser Arbeit wurde anhand dieses zu Beginn der Sitzung ausgefüllten Selbstbeurteilungsverfahrens verwirklicht. Vor dem Erstgespräch bearbeiteten Patienten dabei das Brief Symptom Inventory (Franke, 2000). Im Interesse der ökonomischen Umsetzung der Verlaufsdocumentation wurden im weiteren Therapieverlauf Kurzversionen eingesetzt. So erfolgte das Verlaufsmonitoring mithilfe der lediglich elf Items umfassenden Kurzform HSCL-K11 (Lutz, Tholen, Schürch & Berking, 2006). Dies ist insofern besonders naheliegend, dass verschiedene Arbeiten (Franke, 1995; Lutz, 2003) gezeigt haben, dass besonders der Gesamtwert (Global Symptom Index, GSI) für die Therapieforschung relevant ist. Dabei besteht zwischen der Kurzversion und dem BSI eine Korrelation von $r = .91$.

Daher wurden aus dem BSI eines jeden Patienten lediglich die Items extrahiert, die auch Bestandteil des HSCL-K11 sind, um einen vollständig vergleichbaren Skalenwert zu ermitteln. In dieser Arbeit wurden für alle Skalen Mittelwerte gebildet, sofern mindestens 80 % der vorgegebenen Items vom Patienten bearbeitet worden waren. Ansonsten gilt die Skala im Einzelfall als fehlend.

3.2.1.2. Stundenbogen

Stundenbögen stellen in der Psychotherapieforschung eine interessante Erweiterung der rein symptomorientierten Verlaufsdiagnostik dar. Insbesondere für die Verlaufsmessung psychotherapeutischer Veränderungen werden sie im Rahmen einer stärker anwendungsorientierten Psychotherapieforschung zunehmend gefordert (Barkham et al., 2001; Beutler, 2001; Lambert et al., 2001; Lueger, Lutz & Howard, 2000; Lutz, 2003). Mit ihrer Hilfe können Patienten und Therapeuten die soeben abgeschlossene Therapiesitzung hinsichtlich verschiedenster Gesichtspunkte beurteilen (Beutel & Brähler, 2004). Auch im Rahmen zunehmender Forderungen nach Evidenzbasierung und Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und damit auch im Bereich stationärer und ambulanter Psychotherapie ist ein engmaschiges Monitoring von sowohl Symptom- als auch Fortschrittsmaßen begrüßenswert (Donabedian, 2005; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Für die Bearbeitung der Fragestellung, inwieweit Patienten plötzlich Gewinne oder Verluste in der Therapie erleben, erscheint inhaltlich jedoch die Patienten-Version des Stundenbogens erheblich relevanter, weshalb sich die Auswertung auf diese Werte beschränkt. Die Daten, die im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet wurden, entstammen zwei verschiedenen Stundenbögen: Während die Datenerhebung der Patienten 1001P08 bis 1087P09 mit dem Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie für Patienten (Krampen, 2002) erfolgte, bearbeiteten die Patienten ab 1088P09 einen Stundenbogen, der von der in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Trier aufgrund inhaltlicher Überlegungen aus Items des Berner Stundenbogens 2000 für Patienten (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler & Caspar, 2010) zusammengestellt wurde.

3.2.1.2.1. Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie (STEPP)

Ziel der Entwicklung des STEPP (Krampen, 2002) war die spezifische Messung allgemeiner Wirkfaktoren in Anlehnung an Grawe und Braun (1994). Jedoch erfasst der STEPP mit den drei Skalen Motivationale Klärung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Therapeutische Beziehung nur zwei der klassischen vier Wirkfaktoren nach Grawe (1995). Items zur Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung sind nicht enthalten. Die Therapeutische Beziehung wird im STEPP offenkundig stark an Bordin (1979) orientiert aufgefasst, da Aspekte der emotionalen Bindung zwischen Patient und Therapeut eher in den Hintergrund treten gegenüber Fragen zur Übereinstimmung hinsichtlich Zielen und Vorgehen in der Therapie.

Der STEPP beinhaltet zwölf Items, die auf einer Antwortskala von 1 „stimmt ganz genau“ bis 7 „stimmt überhaupt nicht“ im Anschluss an eine Sitzung vom Patienten eingeschätzt werden. Mit einer internen Konsistenz von $r_{tt} = .76$ bis $r_{tt} = .89$ ist der STEPP für die Beurteilung individueller Therapieverläufe geeignet.

Selbstverständlich besteht zwischen beiden Fragebögen keine vollständige Übereinstimmung. Dieses Problem bestand schon bei früheren Studien der Arbeitsgruppe (Lutz et al., 2013; Lutz & Tschitsaz, 2007; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Bereits in diesen Arbeiten wurden dabei sechs Items ausgewählt, die zwischen beiden erhobenen Stundenbögen nahezu identisch sind. Dabei erfassen je drei Items Aspekte der Wirkfaktoren Motivationale Klärung und Problembewältigung (Grawe, 1997). Für die Identifikation der Sudden Gains und Losses wurde als Grundlage der Mittelwert dieser sechs Items als Stundenbogen-Wert (STDB) verwendet.

3.2.1.2.2. Berner Patientenstundenbogen 2000 (PSTB)

Der Berner Stundenbogen 2000 (Flückiger et al., 2010) stellt eine überarbeitete Version eines zwischen 1998 und 2000 eingesetzten und theoretisch auf die Konsistenztheorie und die Allgemeine Psychotherapie nach Grawe (Grawe, 1997, 1998) gestützten Stundenbogens dar. Aufgrund von Reliabilitäts- und Faktoranalysen sowie theoretischer Erwägungen konnte die Anzahl der Items auf nur mehr 22 Items verkürzt werden (Regli & Grawe, 2000). Die interne

Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .85$, sodass von einer guten Eignung des Stundenbogens für die Einzelfallbetrachtung auszugehen ist.

Wie im STEPP ist auch im PSTB das Antwortformat siebenstufig von „-3: überhaupt nicht“ bis „+3: ganz genau“. Die Items werden den folgenden Dimensionen zugeordnet: Therapiebeziehung, Selbstwerterfahrungen, Bewältigungserfahrungen, Klärungserfahrungen, Therapiefortschritte, Aufgehobensein, Direktivität des Therapeuten (Kontrollerfahrungen) und Problemaktualisierung.

3.2.1.2.3. Trierer Stundenbogen (PSTB-TR)

Wie bereits erwähnt, wurde die Anzahl der Dimensionen und Items des PSTB für die Verwendung in der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier weiter reduziert, um angesichts der zahlreichen anderen Erhebungsinstrumente, die routinemäßig zur Verlaufsmessung eingesetzt werden, den Aufwand für Patienten und Auswerter überschaubarer zu halten. Die Verknappung wurde insbesondere unter Gesichtspunkten des klinischen Interesses und der Forschungsausrichtung der Arbeitsgruppe durchgeführt. Übernommen wurden insbesondere die Skalen, die die gemäß der Allgemeinen Psychotherapie zentralen Wirkfaktoren Therapiebeziehung, Selbstwerterfahrungen (als Ressourcenaktivierung), Bewältigungserfahrungen (als Problembewältigung) sowie Klärungserfahrungen (als Motivationale Klärung) und Problemaktualisierung erfassen.

3.2.1.2.4. Stundenbogen-Wert (STDB)

Der Stundenbogen-Wert (STDB) beruht wie zuvor ausgeführt auf sechs Items, die sowohl im STEPP als auch im PSTB-TR enthalten sind. Zunächst wurden dabei die Scores der beiden Stundenbögen aufeinander angepasst. Dazu wurden zunächst die sechs Items der beiden Stundenbögen ausgewählt, die eine hohe inhaltliche Übereinstimmung aufweisen. Dabei beschreiben drei Items die Motivationale Klärung und drei Items die Problembewältigung. Hohe Werte beschreiben dabei eine hohe Einschätzung der Umsetzung dieser Wirkfaktoren in der soeben absolvierten Sitzung. Die Rohwerte des PSTB-TR wurden anschließend in das Ant-

wortformat von 0 bis 6 des STEPP recodiert. Schließlich wurden Mittelwerte über die sechs Items gebildet, die den STDB-Score darstellen.

3.2.1.3. Assessment for Signal Cases (ASC)

Das ASC (Lambert et al., 2007) ist ein 40 Items umfassendes Selbstauskunftsinstrument zur Identifikation von Patienten mit einem auffälligen Verlauf, der ein Scheitern der Therapie vorhersagen soll. Es umfasst Items in den Skalen Therapeutische Allianz, Soziale Unterstützung, Therapiemotivation sowie Lebensereignisse. Es basiert auf den umfangreichen Erkenntnissen zum Thema und dient der computergestützten, fortschreitenden Therapieevaluation und zur Implementierung von sogenannten Clinical Support Tools (Harmon et al., 2007; Harmon, Hawkins, Lambert, Slade & Whipple, 2005; Slade, Lambert, Harmon, Smart & Bailey, 2008). Dieser Bogen wird an der Poliklinischen Psychotherapieambulanz nach dem Erstgespräch und danach alle fünf Sitzungen erhoben.

3.2.2. Intake- und Outcome-Maße

Nachfolgend sollen die Maße vorgestellt werden, die zur Differenzierung des psychometrischen Status der Patienten bei Therapiebeginn sowie zur Beurteilung ihres Therapieerfolgs herangezogen wurden. Dabei handelt es sich um ein störungsspezifisches Verfahren, ein Instrument zur Erfassung allgemeiner Belastung durch psychische und körperliche Symptome, ein Verfahren zur Erfassung interpersonaler Belastungen sowie zwei Instrumente zur allgemeinen Evaluation des Therapieverlaufs.

3.2.2.1. Erfassung der Symptombelastung – Brief Symptom Inventory (BSI)

Beim BSI (Franke, 2000) handelt es sich um eine Kurzversion der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R; Franke, 1995) mit 53 Items. Es ist ein Selbstauskunftsinventar zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und vor allem psychische Symptome. Diese erfolgt über neun Subskalen, wie sie auch in der SCL-90-R bekannt sind. Die internen Konsistenzen der neun Skalen liegen zwischen $r = .39$ und $r = .75$. Die Veränderungssensitivität

ist dabei vergleichbar mit der der SCL-90-R (Geisheim et al., 2002). Üblicherweise wird aber vor allem der GSI als Quantifizierung des Gesamtausmaßes der subjektiven Belastung durch die Symptome für Forschungsfragen verwendet.

3.2.2.2. Maße zur Erfassung von interpersonaler und persönlichkeitsgetragener Belastung

Neben der Quantifizierung der Symptombelastung kommen die folgenden Instrumente zum Einsatz zur Erhebung interpersonaler und persönlichkeitsgetragener Belastungen. Das Inventar interpersonaler Probleme ist dabei Teil der Prä- und Post-Erhebung, während das Persönlichkeits-Stil-und-Störungsinventar lediglich zu Behandlungsbeginn erhoben wird, das es konzeptuell nicht zur Verlaufs- und Veränderungsmessung geeignet scheint.

3.2.2.2.1. Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das IIP-D (Horowitz, Alden, Kordy & Strauß, 2000) basiert grundlegend auf Kieslers (1973) Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens. Es handelt sich um ein 64 Items umfassendes Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem interpersonale Stile auf den Dimensionen zu autokratisch/dominant (PA), zu streitsüchtig (BC), zu abweisend (DE), zu introvertiert (FG), zu unterwürfig (HI), zu ausnutzbar (JK), zu fürsorglich (LM) und zu expressiv (NO) quantifiziert werden können. Dabei lässt sich auch ein Gesamtscore bilden, der Hinweise auf das Ausmaß der subjektiven Belastung durch interpersonale Schwierigkeiten gibt. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$ (Horowitz et al., 2000). Laut der Autoren differenziert das IIP-D zwischen klinischen Gruppen und eignet sich für die Indikations- und Prognosestellung in verschiedenen Psychotherapieverfahren.

3.2.2.2.2. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar - Kurzfassung (PSSI-K)

Das PSSI-K (Kuhl & Kazén, 2009) ist ein Selbstauskunftsinventar zur dimensionalen Erfassung der Ausprägung verschiedener als Persönlichkeitsstile, nicht notwendigerweise patholo-

gisch aufgefassten Dimensionen von Persönlichkeit, die jedoch inhaltlich stark angelehnt sind an die spezifischen Persönlichkeitsstörungen, wie sie in der 10. Fassung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling, Mombour & Schmidt, 1994) und im DSM-IV (Saß, 2003) beschrieben werden.

3.2.2.3. Inventare zur Evaluation von Psychotherapie-Verläufen

Die nachstehend erläuternden Instrumente dienen der multidimensionalen Evaluation der Behandlungen. Sie werden kontinuierlich alle fünf Sitzungen sowie zu Behandlungsbeginn und -ende erhoben, sodass sie für die indirekte Therapieevaluation genutzt werden können.

3.2.2.3.1. Outcome-Questionnaire-Kurzform (OQ-30)

Das OQ-30 (Lambert, Hansen & Harmon, 2010) ist ein 30 Items umfassendes Selbstauskunftsinventar zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (Ellsworth, Lambert & Johnson, 2006). Es werden Items in den Dimensionen Wohlbefinden, Interpersonale Beziehungen und Funktionsfähigkeit erfasst. Mit einer internen Konsistenz von .90 ist es für die Individualdiagnostik geeignet. In vielen Studien der Arbeitsgruppe um Michael Lambert kam dieses Verfahren international zum Einsatz, um Therapieverläufe zu überwachen und den Therapieerfolg zu beurteilen.

3.2.2.3.2. Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP-2)

Der FEP-2 (Lutz & Böhnke, 2008) ist ein multidimensionales, veränderungssensitives Selbstauskunftsinventar zur kontinuierlichen Verlaufsmessung und abschließenden Beurteilung von Psychotherapieverläufen. Es umfasst 40 Items in den Dimensionen Wohlbefinden, Beschwerden, interpersonale Beziehungen und Kongruenz. Sowohl die Subskalen als auch der Gesamtscore des Instruments weisen gute Reliabilitäten auf (Lutz, Schürch et al., 2009).

3.2.2.4. *Weitere Testverfahren*

Zudem wurden zu Therapiebeginn weitere Selbstauskunftsinventare erhoben, die hier nur sehr knapp vorgestellt werden sollen. Das Inventory of Stressful Live-Events (Siegrist & Dittmann, 1984) dient der Erfassung der Anzahl und des subjektiv wahrgenommenen Belastungsgrades von schwerwiegenden negativen Lebensereignissen. Zudem wird das Emotionalitätsinventar (Ullrich de Muynck, R & Ullrich, 1977) erhoben. Dieses bildet mit den beiden Subskalen Depressivität und Ängstlichkeit in seinem Gesamtwert psychisches Wohlbefinden ab. Der Inkongruenz-Fragebogen (Grosse Holtforth & Grawe, 2003) erfasst Probleme bei der Umsetzung von Annäherungszielen und Belastungen durch das Eintreten von Vermeidungszielen, woraus sich ein Gesamt-Score ergibt, der das Ausmaß an Inkongruenz beschreibt, die laut Grawe (1998) entscheidend zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beiträgt. Die Skala dysfunktionaler Einstellungen (Hautzinger, Luka & Trautmann, 1985; Weissman & Beck, 1978) dient der Identifikation und Quantifizierung kognitiver Verzerrungen, die im Verdacht stehen, zur Entstehung von Depression beizutragen (Weissman & Beck, 1978). In der Kurzform dieses Inventars sind die Subskalen Anerkennung durch Andere und Leistungsbewertung enthalten; daneben wird ein Gesamtwert gebildet.

3.3. **Stichprobe**

In die Untersuchung gingen zunächst alle verdateten Sitzungen von Therapien ein, die von Beginn der Therapietätigkeit der Forschungsambulanz bis zum 23.01.2013 an der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier abgeschlossen wurden. Ausgeschlossen wurden für die Auswertung lediglich Paartherapien. Die Therapien wurden von Diplom-Psychologen durchgeführt. Der allergrößte Teil wurde von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt, die sich in der Praktischen Ausbildung oder weit seltener auch in der Praktischen Tätigkeit II (Behnsen & Bernhardt, 1999) befanden. Zu einem geringen Teil wurden Therapien auch durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten durchgeführt. Das angewendete Richtlinienverfahren war in allen Fällen Verhaltenstherapie (Faber, Dahm, Rüger & Kallinke, 2009), erweitert um eine interpersonale Perspektive (Grawe, 1998; Lutz, 2010).

Dabei werden die Therapeuten von Beginn an mit umfangreichen Informationen aus Wartezeit- und Aufnahmeerhebungen informiert. Die Indikations- und Diagnosestellung erfolgt durch erfahrene Therapeuten auf der Grundlage von SKID-Interviews. Auch während des gesamten Behandlungsverlaufs wird der Behandlungsfortschritt Sitzung für Sitzung durch Kurzversionen verschiedener Instrumente begleitet. Schon zu Beginn der Sitzung erhalten Therapeuten Feedback über die Patientenantworten auf Suizid-Items der erhobenen Fragebögen. Am Sitzungsende erhält der Therapeut ein Feedback zu den Antworten des Patienten zum aktuellen Termin sowie eine Verlaufskurve, die die Entwicklung des Patienten anzeigt. Dies wird ergänzt durch umfangreichere Erhebung, die im Abstand von fünf Sitzungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse sind für die Therapeuten jederzeit in graphisch und tabellarisch aufbereiteter Form online abrufbar und werden in den Supervisionen besprochen. Zudem werden alle Therapiesitzungen aufgezeichnet, sodass auch die Supervision videogestützt durchgeführt wird.

Ausgeschlossen wurden im nächsten Schritt Patienten, bei denen nicht mindestens HSCL- und STDB-Werte für die ersten fünf Sitzungen verfügbar waren. Dies stellt eine notwendige Bedingung dar, als dies die Mindestanzahl von Messzeitpunkten darstellt, die für die Identifikation von Sudden Gains und Losses anhand der beschriebenen Kriterien nötig ist. Da in der Stichprobe die Entscheidung zur Aufnahme einer Therapie erst in Sitzung 6 erfolgt und die Genehmigung der Behandlungsfinanzierung durch die Krankenkasse erst daran anschließend beantragt wird, stellt die Forderung von fünf verdateten Sitzungen keine inhaltliche Selektion von frühem Drop-out dar. Enthalten sind auch alle Behandlungen, die nicht zu einem Kassenantrag führten oder während Probatorik oder laufender Therapie unilateral abgebrochen wurden. Die Studie zielt daher so stark auf „intention to treat“ ab, wie dies im Rahmen der methodischen Anforderungen an die Auswertungsalgorithmen möglich ist.

Damit umfasst die Stichprobe 314 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 35,19 Jahren ($SD = 12,61$ Jahre). Davon sind 202 (64,3 %) weiblichen Geschlechts. Die durchschnittliche Behandlungsdosis beträgt 31,65 Sitzungen. Gut ein Drittel der Patienten (35,7 %) befand sich wegen affektiver Störungen in Behandlung, 18,8 % wegen Angststörungen. Bei 25,2 % der Patienten lagen sowohl affektive als auch Angststörungen vor, während 20,4 % sonstige Störungen aufwiesen. Vierundvierzig Patienten (14 %) weisen nach der Erhebung der Internationalen Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995) eine mindestens akzentuierte Persönlichkeit auf, die Hälfte davon (22 Patienten) erfüllt demnach die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung.

3.4. Statistische Verfahren

Nachfolgend werden die bei der Auswertung der folgenden Studie primär angewendeten statistischen Verfahren kurz vorgestellt. Da Varianzanalyse und Kovarianzanalyse als allgemein bekannt vorausgesetzt werden, konzentriert sich dieser Bereich daher auf die weniger verbreitete Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA).

3.4.1. Varianzanalyse

Die Varianzanalyse (Rasch, 2004) ist eine Sammlung statistischer Modelle zur Analyse der Unterschiede zwischen Gruppen. Sie stellt eine Generalisierung des t-Tests auf mehr als zwei Gruppen dar, deren Mittelwertsunterschiede ermittelt werden sollen. Sie wird vor allem für die Überprüfung auf Unterschiede in den Ausprägungen verschiedener klinisch-psychologischer Inventare zu Behandlungsbeginn über die verschiedenen Gruppen hinweg verwendet. In den Einzelvergleichen kommt der Tukey-Test zum Einsatz.

3.4.2. Kovarianzanalyse

Die Kovarianzanalyse (Bortz & Schuster, 2010) ist ein allgemeines lineares Modell, das Varianzanalyse und Regressionsanalyse miteinander verknüpft. Mit ihrer Hilfe kann überprüft werden, ob die Mittelwerte einer abhängigen Variable zwischen kategorialen Gruppen (unabhängige Variable) unter Kontrolle einer oder mehrerer kontinuierlichen Variablen, der Kovariaten, gleich sind. Daher werden die Mittelwerte der abhängigen Variable zunächst dahingehend korrigiert, dass zwischen allen Gruppen der unabhängigen Variablen Gleichheit bezüglich der Kovariaten besteht.

Die Kovarianzanalyse kommt zum Einsatz, um den Behandlungserfolg verschiedener Verlaufgruppen für ihre Ausgangsbelastung im psychometrischen Status bei Behandlungsbeginn kontrollieren zu können. Für die Beurteilung von Einzelvergleichen wurde der Tukey-Test gewählt.

3.4.3. Konfigurationsfrequenzanalyse

Bei der KFA (Eye, 1990; Lienert & Krauth, 1975) handelt es sich um ein multivariates nonparametrisches Verfahren zum Vergleich beobachteter und erwarteter Häufigkeiten in Kreuztabellen. Sie zielt darauf ab, signifikante Unterschiede zwischen den beobachteten und erwarteten Häufigkeiten in Einzelvergleichen zu identifizieren. Sie wird in der Studie angewandt, um statistisch signifikante Häufungen der Verlaufs- und Sitzungstypen untereinander festzustellen sowie zur Überprüfung der Zusammenhänge mit anderen kategorialen Informationen, wie Geschlecht des Patienten und Zugehörigkeit zu Diagnosegruppen. Üblicherweise wird bei der KFA von einem logarithmisch-frequenziellen Zufallsmodell ausgegangen:

$$\log m = X\lambda,$$

wobei m der Rangplatz der erwarteten Häufigkeiten ist, X die Matrix der Indikatorvariable und λ der Parametervektor.

Die KFA untersucht die Residuen dieses Modells

$$e = \log f - X\lambda,$$

wobei f der Vektor der beobachteten Häufigkeiten ist. Jede beobachtete Häufigkeit wird nun unter der Nullhypothese getestet, dass

$$E(f_i) = m_i.$$

Die KFA geht davon aus, dass das Muster i über verschiedene Kategorien, die sogenannte Konfiguration, einen Typus darstellt, wenn $E(f_i) > m_i$ gilt, und einen Antitypus, wenn $E(f_i) < m_i$ gilt.

Anschließend wird eine Annäherung an die Normalverteilung (Anscombe, 1956) vorgenommen mit

$$z_i^A = \frac{3 \left[f_i^{\frac{2}{3}} - \left(m_i - \frac{1}{6} \right)^{\frac{2}{3}} \right]}{2m_i^{\frac{1}{6}}}$$

und das Wahrscheinlichkeits-Niveau bestimmt (Lehmacher, 1981) mit der Formel

$$p_i = \frac{m_i}{N}.$$

Aufgrund der Vielzahl von Einzelvergleichen ergibt sich freilich das Problem der Alpha-Fehler-Kumulation. Aus diesem Grund wird üblicherweise die Bonferroni-Korrektur vorgeschlagen. Diese wird allerdings als die einfachste und konservativste Form der Alpha-Fehler-Korrektur angesehen (Victor, Elsäßer, Hommel & Blettner, 2010). Alternativ schlägt Eye (2002) daher die Bonferroni-Holm-Korrektur (Holm, 1979) vor. Dabei ergibt sich das kritische Alpha als Quotient von ursprünglichem Alpha-Niveau und der Differenz von Anzahl der Einzelvergleiche und dem um 1 erhöhten Rangplatz:

$$\alpha^* = \frac{\alpha}{(t - i + 1)}.$$

4. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt. In allen Bereichen erfolgt die Ergebnisdarstellung getrennt für die mithilfe des HSCL (Messinstrument 1 – Symptombelastung) und des STDB (Messinstrument 2 – Fortschrittsmaß) identifizierten Sudden Gains und Losses.

Zunächst wird das Auftreten von Sudden Gains und Losses auf Stunden- und Patientenebene dargestellt. Anschließend werden die Zusammenhänge der Zuordnung zu einem Verlaufstyp mit den vergebenen Diagnosen, dem Alter und Geschlecht der Patienten überprüft. Daran schließt sich eine Betrachtung des psychometrischen Status der Patientengruppen bei Behandlungsbeginn sowie eine Beurteilung des Behandlungserfolgs an. Abschließend wird überprüft, inwiefern sich Patienten um Sudden Gains und Sudden Losses herum in einem Fragebogen zur Identifikation auffälliger Therapieverläufe (ASC) verändern, und inwieweit Sudden Gains und Sudden Losses, die mithilfe der beiden Instrumente HSCL und STDB identifiziert wurden, miteinander korrespondieren.

4.1. Auftreten von Sudden Gains und Sudden Losses

Grundlegend für die weiteren Betrachtungen ist die Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses mithilfe der beiden Instrumente. Sie erfolgt sowohl auf Sitzungs- und Patientenebene. Dabei werden auch die zeitlich-sequentiellen Besonderheiten berücksichtigt.

Messinstrument 1 - Symptommaß

Unter den 9938 enthaltenen Therapiesitzungen befanden sich 98 Sudden-Gain-Sitzungen (0,99 % aller Sitzungen im Vergleich zu 0,9 % bei Lutz et al., 2013) bei 76 Patienten (24,2 % aller Patienten im Vergleich zu 23,4 % bei Lutz et al., 2013) und 72 Sudden-Loss-Sitzungen (0,72 % aller Sitzungen im Vergleich zu 0,4 % bei Lutz et al., 2013) bei 60 Patienten (19,1 % aller Patienten im Vergleich zu 10 % bei Lutz et al., 2013). Dabei zeigte gut ein Drittel aller Patienten in der Stichprobe einen diskontinuierlichen Therapieverlauf. Die genaue Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Verlaufstypen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1. Häufigkeit der Patienten in den Verlaufgruppen nach HSCL.

Patienten-Typ	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gain	48	15,3	15,3
Loss	32	10,2	25,5
GainLoss	28	8,9	34,4
Neutral	206	65,6	100
Gesamt	314	100	

Betrachtet man das zeitliche Auftreten der Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen im HSCL, findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Sitzungstypen ($t(169) = -0,733$; $p = 0,465$). Sudden Gains fanden zwischen der 2. der 56. Sitzung statt ($M = 20,40$; $SD = 15,51$; Median = 16,5; Modus = 3). Sudden Losses traten ab Sitzung 3 und letztmalig in Sitzung 55 ($M = 21,9$; $SD = 14,86$) auf. Abbildung 1 zeigt die relative Häufigkeit von Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen als prozentualen Anteil am Aufkommen sämtlicher Sitzungen für den Messzeitpunkt. Die Darstellung begrenzt sich dabei auf den Zeitraum, für den eine Grundgesamtheit von mindestens 100 Sitzungen verfügbar ist. Bis zum Stellen des Kas-

senantrags nach Sitzung 6 finden 20,4 % aller Sudden Gains und 19,4 % aller Sudden Losses statt.

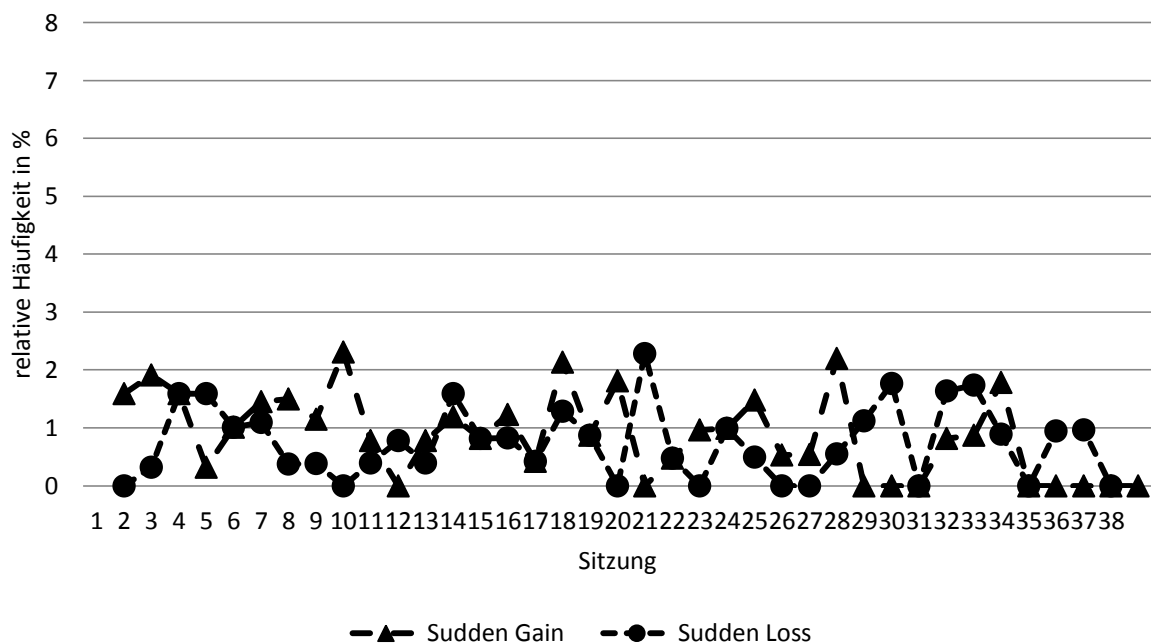


Abbildung 1. Relative Häufigkeit von Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL) über den Therapieverlauf.

Messinstrument 2 - Therapiefortschritt

Die Verteilung der Sitzungs- und Patiententypen gestaltet sich anders als in Stichprobe A: Von den 9938 Therapiesitzungen, die Eingang in die Studie fanden, waren 159 Sudden-Gain-Sitzungen (1,6 % im Vergleich zu 0,9 % bei Lutz et al., 2013) bei 121 Patienten (38,54 % im Vergleich zu 23,4 % bei Lutz et al., 2013) und lediglich 26 Sudden-Loss-Sitzungen (0,26 % im Vergleich zu 0,4 % bei Lutz et al., 2013) bei 24 Patienten (7,64 % im Vergleich zu 10 % bei Lutz et al., 2013). Die Aufteilung der Patienten auf die vier Verlaufsgruppen kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2. Häufigkeit der Patienten in den Verlaufsgruppen nach STDB.

Patienten-Typ	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gain	103	32,8	32,8
Loss	6	1,9	34,7
GainLoss	18	5,7	40,4
Neutral	187	59,6	100
Gesamt	375	100	

Die Sudden Gains und Sudden Losses im Fortschrittsbogen finden deutlich früher in der Behandlung statt, was besonders für die Sudden Gains gilt. Sie finden zwischen Sitzung 3 und 63 (M = 12,64; SD = 12,87; Median = 6; Modus = 4) statt, während Sudden Losses im Mittel nach 18,48 (SD = 11,98; Median = 15,5; Modus = 12) Sitzungen zu identifizieren sind. Sudden Gains im Fortschrittsmaß finden damit signifikant früher statt als Sudden Losses ($t(183)=-2.195$; $p=.029$). Dies zeigt sich besonders deutlich in Abbildung 2, die die relative Häufigkeit von Sudden Gains als Anteil am Gesamtaufkommen von Therapiesitzungen zum gegebenen Messzeitpunkt darstellt. Dabei finden 50,9 % aller Sudden Gains noch vor der Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse bis einschließlich Sitzung 6 statt. Im selben Zeitraum finden nur 7,7 % aller Sudden Losses statt.

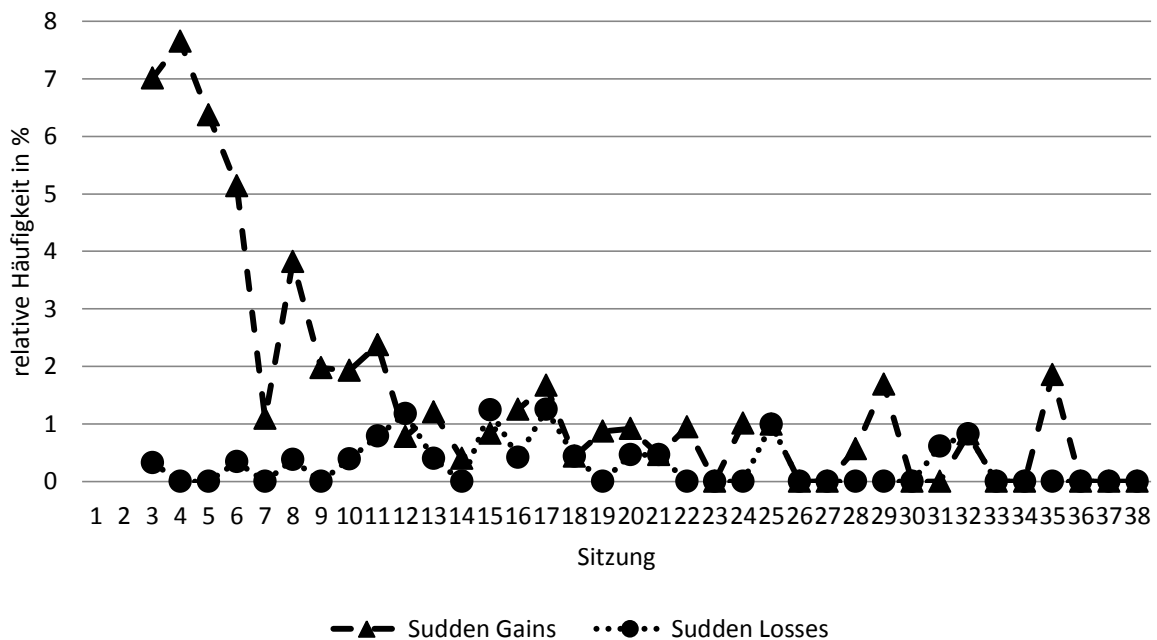


Abbildung 2. Relative Häufigkeit von Sudden Gains und Sudden Losses (STDB) über den Therapieverlauf.

Zwischenfazit

Auffällig ist die sehr unterschiedliche Prävalenz von Sudden Gains und vor allem Sudden Losses auf Patienten- und Sitzungsebene zwischen den beiden Verlaufsinstrumenten. Dabei treten im STDB Sudden Gains häufiger und Sudden Losses seltener auf, als aufgrund von Vorgängerstudien zu erwarten war. Zudem treten im STDB Sudden Gains äußerst früh und

Sudden Losses kaum in sehr frühen Therapiephasen auf, während der zeitliche Verlauf im Symptommaß HSCL deutlich gleichmäßiger verteilt ist.

4.2. Diagnose, Alter und Geschlecht

Es werden Ergebnisse zu der Frage dargestellt, ob es Häufungen von Diagnose-Gruppen und Geschlecht im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur Verlaufsgruppe gibt. Dies wird über eine Konfigurationsfrequenzanalyse durchgeführt. Dabei werden nicht nur Störungsbilder der Achse I des DSM-IV (Saß, 2003) berücksichtigt, sondern auch der Achse II. Da jedoch die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen so gering ist, dass eine Kombination dieser seltenen Diagnosen mit dem ebenfalls eher außergewöhnlichen Phänomen der Sudden Losses zu sehr kleinen Subgruppen führen würde, wurde stattdessen für die Achse II das Kriterium verwendet, dass nach Einschätzung des behandelnden Therapeuten mithilfe der Internationalen Diagnose-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (Bronisch et al., 1995) mindestens eine Persönlichkeitsakzentuierung vorliegen musste. Die Auswertung erfolgte anschließend auch getrennt nach Clustern im Sinne des DSM-IV. Die detaillierten Ergebnisse sind dem Anhang zu entnehmen. Bezüglich des Alters erfolgte eine Auswertung mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse.

Messinstrument 1 - Symptommaß

Die mithilfe des HSCL klassifizierten Verlaufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in Hinblick auf das Alter der Patienten ($F(3;310)=.570$; $p=.635$).

Es ließen sich in den KFA keine statistisch signifikanten Häufungen von Geschlecht oder Diagnosegruppen zu den Verlaufstypen feststellen. Es zeigen sich nur minimale Tendenzen, die nahelegen, dass Patienten mit Angststörungen eher selten einen Verlauf mit sowohl Gains als auch Losses zeigen sowie dass Patienten der Gain-Gruppe geringfügig häufiger als erwartet wegen affektiver Störungen in Behandlung sind. Für das Vorhandensein einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit jedoch lassen sich noch nicht einmal tendenzielle Häufungen feststellen. Dies gilt auch bei einer Cluster-spezifischen Auswertung.

Messinstrument 2 - Fortschrittsmaß

Auch die mithilfe des STDB klassifizierten Patientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Alter ($F(3;310)=.427; p=.734$).

In den übrigen Untersuchungen stellt sich ein ähnliches Bild dar wie bei Messinstrument 1: Es zeigen sich in keiner KFA statistisch signifikante Häufungen von Geschlechts- oder Diagnose-Gruppenzugehörigkeit. Es zeigt sich eine leichte Tendenz, dass der Gain-Gruppe eher weniger als erwartet männliche Patienten angehören und etwas stärker als erwartet Patienten mit affektiven Störungen. Patienten mit affektiven Störungen gehören eher seltener der Gruppe mit neutralem Verlauf an. Jedoch ist keiner der Vergleiche nach Bonferroni-Korrektur signifikant. Bezüglich der Persönlichkeitsakzentuierungen ergeben sich nicht einmal tendenzielle Unterschiede.

Zwischenfazit

Es finden sich weder bei Identifikation aufgrund von Fortschritts- noch Symptommaß Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinsichtlich ihres Alters oder der Geschlechtsverteilung. Auch gibt es keinen Zusammenhang mit Persönlichkeitsakzentuierungen jeglicher Art. Auch für Achse-I-Störungen zeigen sich keine signifikanten Häufungen, da die Tendenz, dass sowohl mit HSCL wie auch STDB identifizierte Gain-Patienten häufiger unter affektiven Störungen leiden, nicht deutlich genug ist.

4.3. Psychometrischer Status bei Therapiebeginn

Nachfolgend werden Vergleiche der Patientengruppen, die mit den beiden Messinstrumenten ermittelt wurden, hinsichtlich ihres psychometrischen Status zu Therapiebeginn dargestellt. Dies dient einerseits der Klärung, inwiefern sich die Patientengruppen beider Messinstrumente gleichen. Andererseits trägt dies dazu bei, mögliche Vorbedingungen sprunghafter oder linearer Veränderungen in der Therapie zu identifizieren und somit einen Beitrag zur Vorhersage der Verläufe liefern zu können. Im Text werden zentrale Befunde knapp dargestellt. Für eine detaillierte tabellarische Übersicht sei auf den Anhang verwiesen.

Messinstrument 1 – Symptommaß

Beim Vergleich der Patientengruppen, die mit dem HSCL den verschiedenen Verlaufsmustern zugeordnet wurden, zeigen Patienten der Gain-Gruppe bei Therapiebeginn signifikant schwerere Belastungen in den Gesamtskalen von BSI, OQ, FEP, INK und EMI als Patienten mit neutralem Verlauf.

In der Gesamtskala des IIP zeigen Patienten mit sowohl Gains als auch Losses im Therapieverlauf die größten Belastungen bei Therapiebeginn und unterscheiden sich damit signifikant von den Patienten mit neutralem Verlauf. Sie berichten zudem im ILE initial signifikant mehr belastende außertherapeutische Ereignisse als die Patienten der neutralen Verlaufsgruppe, ohne dass sie signifikant höhere Belastungen durch diese Ereignisse beschreiben.

Im PSSI weisen Patienten mit neutralem Verlauf signifikant stärkere Ausprägungen im Bereich rhapsodisch auf als Gain-Patienten, zeigen hingegen eine signifikant geringere Ausprägung im Bereich depressiv als die Gain-Patienten. Zudem weisen Patienten mit neutralem Verlauf signifikant geringere Ausprägungen der Subskala paranoid auf als Patienten mit Gains oder mit sowohl Gains als auch Losses. Im Bereich borderline sind es die Patienten mit Gains und Losses, die signifikant stärkere Ausprägungen aufweisen als die Patienten der Loss- und der neutralen Gruppe.

Messinstrument 2 - Fortschrittsmaß

Beim Vergleich des psychometrischen Status zu Behandlungsbeginn zwischen den Patientengruppen, deren Verläufe mithilfe des STDB klassifiziert wurden, ist der Vergleich der Patientengruppen aufgrund der teils sehr kleinen Stichprobenumfänge äußerst schwierig, insbesondere aufgrund der extrem kleinen Gruppe der Loss-Patienten.

Es zeigen sich hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung im BSI und interpersonaler Probleme im IIP keine signifikanten Unterschiede. Das gleiche gilt für den Umfang von und die Belastung aufgrund von äußeren Lebensereignissen.

Sowohl im OQ als auch im FEP hingegen weisen Patienten der Gain-Gruppe eine signifikant höhere Ausgangsbelastung als Patienten mit neutralem Verlauf auf. Ebenso zeigen die Gain-Patienten im INK und im EMI signifikant stärkere Ausprägungen als Patienten mit neutralem Verlauf. Dabei ähneln sich die Mittelwerte der Gain- sowie der Gain-und-Loss-Gruppe sehr

stark, wobei aufgrund des geringeren Umfangs der letzteren Gruppe kein signifikanter Unterschied feststellbar ist.

Im PSSI zeigen Gain-Patienten eine größere Ausprägung der Subskalen paranoid und depressiv im Vergleich zu Patienten mit neutralem Verlauf. Patienten mit sowohl Gains als auch Losses sind signifikant weniger rhapsodisch als Patienten der neutralen Verlaufsgruppe, während Gain-Patienten signifikant stärker negativistisch sind als Patienten mit Gains und Losses.

Zwischenfazit

Die Gain-Patienten beider Messinstrumente zeigen im psychometrischen Status bei Therapiebeginn eine insgesamt stärkere Belastung, vor allem in den umfassenderen Therapieevaluations-Instrumenten OQ und FEP sowie im Inkongruenzmaß INK und im Wohlbefindensmaß EMI. Obwohl Signifikanzaussagen zu den mithilfe des STDB identifizierten Maßen aufgrund der ungleichen Stichprobenverteilung nur bedingt aussagekräftig sind, zeigen die Gain-Patienten dieser Gruppe in den Maßen für allgemeine Beschwerden und interpersonale Probleme keine signifikante Mehrbelastung, während sich diese bei den Patientengruppen nach HSCL-Einteilung deutlich zeigt.

4.4. Psychometrische Veränderungen zum Therapieende

Die psychometrischen Veränderungen der Patientengruppe zur Beurteilung des Behandlungserfolges sollen primär anhand der gleichen Bögen stattfinden, mit denen der psychometrische Status zu Therapiebeginn erhoben wurde. Allerdings fehlen diese Postmessungen in rund einem Drittel der Fälle. Daher werden zunächst die Patienten, deren Post-Erhebungen fehlen, mit den vorhandenen in Hinblick auf ihre Prä-Werte und den Erfolg ihrer Therapie verglichen. Dazu werden die HSCL-Werte der ersten und der letzten Sitzung der Patienten herangezogen. Dabei korreliert der Prä-Wert des HSCL signifikant mit den Prä-Werten der untersuchten Messinstrumente. Natürlich ist die Korrelation dabei besonders hoch mit dem BSI ($r=.92$). Die Korrelation mit dem FEP beträgt $r=.83$ und mit dem OQ $r=.81$. Mit dem IIP korreliert der HSCL nur mit $r=.50$.

Werden Prä-Post-Effektstärken des HSCL und der übrigen Messinstrumente verglichen, so ergeben sich geringere Korrelationen bei den Patienten, für die auch eine Post-Messung vor-

liegt und damit eine Bestimmung der Effektstärken für BSI ($N=203$), FEP ($N=204$), OQ ($N=203$) und IIP ($N=164$) möglich ist. Die Korrelationen betragen $r=.745$ für den BSI, $r=.647$ für den FEP, $r=.603$ für den OQ und $r=.323$ für den IIP.

Tabelle 3. Vergleich von Ausgangsbelastung und Behandlungserfolg von Patienten mit und ohne Postmessung.

Maß	Postmessung	Prä-Wert HSCL	p	Effektstärke HSCL	p
BSI	Ja	2.38	.109	1.23	.041
	Nein	2.52		.95	
OQ	Ja	2.38	.115	1.23	.041
	Nein	2.52		.94	
FEP	Ja	2.38	.103	1.23	.044
	Nein	2.53		.95	
IIP	Ja	2.38	.240	1.26	.033
	nein	2.48		.97	

Anm.: Prä-Wert HSCL = Gruppenmittelwert des HSCL bei Behandlungsbeginn, Effektstärke HSCL = mittlere Prä-Post-Effektstärke (Cohens d) der Gruppe

Zwar unterscheiden sich die Patienten mit und ohne vorliegende Post-Messung nicht signifikant in ihren HSCL-Werten zu Behandlungsbeginn. Jedoch zeigt sich, dass die Prä-Post-Effektstärken im HSCL signifikant höher sind bei Patienten, deren Postmessungen vorliegen. Die Ergebnisse können Tabelle 3 entnommen werden.

In Anbetracht des Ergebnisses, dass Postmessungen eher für erfolgreichere Patienten vorliegen, werden daher primär die Behandlungsergebnisse anhand des HSCL berichtet und ergänzt um Ergebnisse von BSI, OQ, FEP und IIP.

Messinstrument 1 - Symptommaß

Die Patientengruppen unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich ihrer Prä-Post-Effektstärken im HSCL ($F(3;311)=9.730$; $p=.000$). Dabei zeigt ein Tukey-Test, dass insbesondere Gain-Patienten ($d=1,77$) stärker von der Behandlung profitieren als Patienten mit neutralen Verläufen ($d=1,03$) und Patienten der Loss-Gruppe ($d=0,48$). Patienten mit sowohl Sudden Gains als auch Losses im Behandlungsverlauf ($d=1,49$) profitieren dabei signifikant stärker von der Therapie als Patienten der Loss-Gruppe.

Da gezeigt wurde, dass sich die Patientengruppen in verschiedenen Aspekten ihres psychometrischen Status bei Therapiebeginn unterscheiden, ist zur Beurteilung des Behandlungserfolgs ebenfalls eine Korrektur für die Ausgangsbelastung geboten. Entsprechend wurde eine Kovarianzanalyse durchgeführt, deren Abhängige Variable der Post-Wert des HSCL ist, während die Kovariate der Prä-Wert des HSCL darstellt. Dabei zeigt sich, dass Patienten der Loss-Gruppe unter Korrektur der Ausgangsbelastung die höchsten Belastungen (geschätztes Randmittel = 2,11) zeigen. Tendenziell zeigen die Patienten der Gain- und Gain-Loss-Gruppe (geschätztes Randmittel = 1,54 bzw. 1,57) die geringste Belastung bei Therapieende, wobei sich kein signifikanter Unterschied zur Gruppe mit neutralem Verlauf (geschätztes Randmittel = 1,78) zeigt. Insgesamt findet sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(3;311)=7.545; p=.000$).

Tabelle 4. Prä-Post-Effektstärken der Patientengruppen (HSCL).

Messinstrument	Gain (G)	Loss (L)	GainLoss (GL)	Neutral (N)	F
BSI	1.09	.49	1.09	.70	3.559*
N	38	24	20	110	G>L
OQ	1.41	.62	1.57	1.14	3.931*
N	39	24	23	118	G/GL>L
FEP	1.47	.52	1.29	1.08	3.756*
N	39	24	23	118	G>L
IIP	1.05	.46	.97	.99	1.747
N	30	21	17	96	

Anm.: Angegeben sind die jeweiligen Mittelwerte der angegebenen Patientengruppen im jeweiligen Messinstrument. * signifikanter Unterschied auf .05-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen

In den Fällen, in denen Postmessungen vorliegen, zeigen sich durchgehend erhebliche Nachteile für Patienten der Loss-Gruppe, die offenbar signifikant weniger von der Behandlung profitieren als insbesondere Patienten der Gain-, aber auch der Gain-und-Loss-Gruppe. Die Ergebnisse können Tabelle 4 entnommen werden.

Messinstrument 2 - Fortschrittsmaß

Auch für die mithilfe des Stundenbogens ermittelten Patientengruppen wurden Effektstärken des HSCL ermittelt. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(3;311)=3.198; p=.024$) zugunsten von Patienten mit Sudden Gains ($d=1,43$). Die übrigen

Gruppen zeigen kaum unterschiedliche Effektstärken von $d=0,99$ (Loss-Gruppe, neutrale Verläufe) und $d=0,93$ (Gain-Loss-Gruppe). Der Tukey-Test zeigt aufgrund der sehr geringen Gruppengrößen von Patienten mit Sudden Losses im Therapieverlauf nur einen signifikanten Unterschied zwischen Gain- und neutraler Gruppe.

Für die Patienten, bei denen eine Postmessung vorliegt, sind die Gruppengrößen so ungleichmäßig verteilt, dass eine statistisch sinnvolle Auswertung der Effektstärken der unterschiedlichen Messinstrumente schwer möglich ist. Sie werden jedoch zu deskriptiven Zwecken der Vollständigkeit halber in Tabelle 5 dargestellt. Dabei zeigt sich weiterhin ein Vorteil für Patienten der Gain-Gruppe und deskriptiv ein Nachteil für Patienten, die sowohl Sudden Gains als auch Sudden Losses erleben.

Tabelle 5. Prä-Post-Effektstärken der Patientengruppen (STDB).

Messinstrument	Gain (G)	Loss (L)	GainLoss (GL)	Neutral (N)	F
BSI	1.04	.63	.38	.71	3.145*
N	69	5	14	115	
OQ	1.43	1.52	.60	1.08	3.117*
N	70	5	14	115	G>GL
FEP	1.46	.96	.65	.96	3.695*
N	70	5	14	114	G>N
IIP	1.04	1.05	.33	.93	1.531
N	53	4	11	96	

*Anm.: Angegeben sind die jeweiligen Mittelwerte der angegebenen Patientengruppen im jeweiligen Messinstrument. * signifikanter Unterschied auf .05-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen*

Wird mithilfe einer Kovarianzanalyse für die Belastung bei Behandlungsbeginn korrigiert, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Post-Werten des HSCL zwischen den verschiedenen Patientengruppen. Die geschätzten Randmittel liegen für Gain-Patienten bei 1,66, für Loss-Patienten bei 1,86, für Patienten mit Gains und Losses bei 1,89 und für Patienten mit neutralem Verlauf bei 1,79.

Zwischenfazit

Insgesamt profitieren die Gain-Patienten beider Messinstrumente sehr gut von der Behandlung. Dieser Vorteil bleibt bei den mithilfe des HSCL identifizierten Gain-Patienten auch nach Korrektur für die Ausgangsbelastung bestehen, während er sich für die STDB-Gain-Patienten danach nicht mehr nachweisen lässt. Augenfällig ist der Unterschied in der Gruppe mit Gains und Losses in den beiden Messinstrumenten: Während Patienten mit einem Auf und Ab der Symptombelastung ähnlich gut wie Patienten der HSCL-Gain-Gruppe profitieren, zeigen die Patienten mit einem Auf und Ab des Therapiefortschritts in den vorhandenen Post-Messungen die schwächsten Ergebnisse. Hingegen zeigt sich dieser Effekt nicht, wenn alle Patienten der Gruppe ohne Selbstselektion anhand der Symptombelastung vor ihrer letzten Sitzung in die Auswertung einbezogen werden.

4.5. Behandlungsdauer und -frequenz

Neben den Behandlungserfolgen in Form von Symptomlinderung spielt zur Bewertung von Therapieverläufen natürlich auch der dafür notwendige Aufwand eine wesentliche Rolle. Daher werden nachfolgend die Verlaufsguppen, die mit den beiden Messinstrumenten identifiziert wurden, in Hinblick auf die Anzahl der Therapiesitzungen, die Länge der Behandlung und die Frequenz, mit der die Sitzungen durchgeführt wurden, verglichen.

Messinstrument 1 - Symptommaß

Tabelle 6 zeigt, dass sich die Verlaufsguppen erheblich im Behandlungsaufwand unterscheiden. Dabei umfasst die Behandlung von Patienten mit neutralem Verlauf hochsignifikant weniger Sitzungen als die der übrigen Patientengruppen. Gleiches gilt auch für die Zeitdauer, über die sich die Behandlung erstreckt. Dabei vergeht bei Patienten mit neutralem Verlauf im Mittel signifikant mehr Zeit zwischen den einzelnen Sitzungen.

Tabelle 6. Behandlungsdauer, -umfang und -frequenz der Patientengruppen (HSCL).

Therapiedauer	Gain (G)	Loss (L)	GainLoss (GL)	Neutral (N)	F
in Tagen	499.13	551.53	586.64	392.26	9.276**
(SD)	(210.73)	(178.98)	(181.75)	(244.13)	N – G/L/GL
in Sitzungen	40.42	44.03	46.39	25.68	29.521**
(SD)	(15.84)	(13.94)	(13.03)	(16.61)	N – G/L/GL
Frequenz in Tagen	12.72	12.90	13.33	17.58	4.528*
(SD)	(4.82)	(4.08)	(5.75)	(13.47)	G/L/GL – N

Anm.: Angegeben sind die jeweiligen Mittelwerte der angegebenen Patientengruppen; ** signifikanter Unterschied auf .01-Niveau; * signifikanter Unterschied auf .05-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen

Tabelle 7. Behandlungsdauer, -umfang und -frequenz der Patientengruppen (STDB).

Therapiedauer	Gain	Loss	GainLoss	Neutral	F
in Tagen	449.82	614.83	394.89	412.58	1.130
(SD)	(218.67)	(127.28)	(223.45)	(249.36)	
in Sitzungen	35.93	45.50	45.17	27.55	10.927**
(SD)	(17.15)	(13.24)	(15.19)	(17.31)	N – G/GL
Sitzungsfrequenz	13.81	14.05	13.55	19.41	5.260**
(Tage/Sitzung)	(5.37)	(2.47)	(5.36)	(14.05)	N – G/GL

Anm.: Angegeben sind die jeweiligen Mittelwerte der angegebenen Patientengruppen; ** signifikanter Unterschied auf .01-Niveau; * signifikanter Unterschied auf .05-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen

Messinstrument 2 - Fortschrittsmaß

Wie

Tabelle 7 zeigt, unterscheiden sich die Therapien der verschiedenen Verlaufgruppen nicht signifikant in ihrer Zeitdauer. Allerdings erhalten Patienten mit neutralem Verlauf signifikant weniger Sitzungen Psychotherapie als die übrigen Gruppen, wobei aufgrund der geringen Stichprobengröße der Loss-Gruppe dieser Befund nicht im Tukey-Test darstellbar ist. Zudem zeigen sich anders als bei Messinstrument 1 (Symptommaß) bei den Gain-Patienten geringere Sitzungsumfänge als bei Patienten der Loss- sowie der Gain-und-Loss-Gruppe, wobei dieser Unterschied bei der problematischen Stichprobengröße nicht als signifikant darstellbar

ist. Hinsichtlich der Sitzungsfrequenz zeigt sich ebenfalls in der Gruppe mit neutralem Verlauf der größte durchschnittliche Abstand zwischen den Sitzungen.

Zwischenfazit

Patienten mit diskontinuierlichem Therapieverlauf nehmen signifikant mehr Therapiestunden in Anspruch. Dabei ist die Richtung der Diskontinuität offenbar eher nachrangig. Während die Patienten mit diskontinuierlichen Verläufe im Mittel kürzere Zeitabstände zwischen den Therapiesitzungen als die Gruppe der Patienten mit neutralem Verlauf, fällt in dieser Gruppe eine weitaus höhere Standardabweichung auf, die auf große Unterschiede innerhalb der Gruppe hindeutet.

4.6. Zusammenhang mit Therapiebeziehung, -motivation, sozialer Unterstützung und außertherapeutischen Ereignissen

Da Sudden Gains und Sudden Losses als eine Form von „signal cases“ betrachtet werden können, wurde das ASC zur Untersuchung von kritischen Entwicklungen bei den verschiedenen Sitzungstypen gewählt. Dieser Fragebogen wird in der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier nach der ersten Sitzung und im Therapieverlauf zu allen Zwischenmessungen (im Intervall von fünf Sitzungen) erhoben. Für die Auswertung wurden daher zunächst individualisierte Effektstärken der Veränderung von einer ASC-Messung zur nächsten erhoben. Dabei wurde die Prä-Post-Differenz ins Verhältnis zur aggregierten Standardabweichung eines jeden Patienten gesetzt. Der ASC erscheint hierfür insofern geeignet, als er in Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe von Michael Lambert erfolgreich eingesetzt wird, um auffällige Therapieverläufe anhand von empirisch relevanten Therapiemerkmalen wie Zufriedenheit mit der therapeutischen Allianz, soziale Unterstützung, Therapiemotivation und außertherapeutische Lebensereignisse zu identifizieren.

Um Vergleiche in der Entwicklung zwischen den einzelnen Sitzungstypen (Sudden Gain, Sudden Loss und neutrale Sitzung) trotz der höchst unterschiedlich großen Anzahl der Sitzungstypen zu ermöglichen, wurden zunächst einige neutrale Sitzungen zufällig ausgewählt, die mindestens drei Sitzungen vor oder nach einer Sudden-Gain- oder Sudden-Loss-Sitzung stattfanden. Auch in der Gruppe der Gain-und-Loss-Patienten wurden nach Möglichkeit Sitzungen ausgewählt, die mindestens drei Sitzungen Abstand zu einem anderen Veränderungssprung hatten. Anschließend wurden die Mittelwerte der Effektstärken für den ASC und seine

vier Subskalen mithilfe einer Varianzanalyse verglichen, bei der der Sitzungstyp als fester Faktor gewählt wurde. Positive Werte bedeuten daher einen Anstieg ungünstiger Ausprägungen des Konstrukts.

Durch die Einschränkungen der wenigen vorhandenen Sudden Losses im Fortschrittsmaß konnte die Stichprobe nicht beliebig gewählt werden. Es wurden daher alle verfügbaren Sudden-Loss-Sitzungen einbezogen. Dies war für fünfundzwanzig Sitzungen der Fall. Entsprechend wurden je 25 Gain- und neutrale Sitzungen zufällig ausgewählt.

Die beschriebenen Limitationen waren im Symptommaß nicht gegeben, jedoch wurde im Interesse der Vergleichbarkeit nicht zu sehr von den durch das Fortschrittsmaß vorgegebenen Substichproben abgewichen. Es wurden daher je 28 Sudden-Gain-, Sudden-Loss- und neutralen Sitzungen einbezogen, da der Stichprobenumfang von 28 Sitzungen je Sitzungstyp die optimale Verteilungsmöglichkeit auf die Patiententypen bot.

Messinstrument 1 - Symptommaß

Es zeigt sich zwar ein signifikanter Unterschied für die Gesamtskala, der um Sudden-Loss-Sitzungen herum einen höheren Zuwachs an Belastungen im Test gegenüber Sudden-Gain- oder neutralen Sitzungen anzeigt. Dieser resultiert jedoch fast vollständig aus einer Zunahme der Belastung durch Lebensereignisse um die Sudden-Loss-Sitzungen bei gleichzeitigem Rückgang der Belastung durch außertherapeutische Ereignisse um Sudden-Gain-Sitzungen sowie deren Konstanz um neutrale Sitzungen herum und eine marginal signifikante Abnahme der empfundenen sozialen Unterstützung ($p=.06$). Hinsichtlich der therapeutischen Allianz sowie der Therapiemotivation der Patienten finden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Sitzungstypen. Interessanterweise finden sich um neutrale Sitzungen herum tatsächlich kaum Veränderungen im ASC und seinen Subskalen.

Messinstrument 2 - Fortschrittsmaß

Ein vollkommen anderes Bild zeigt sich bei den mithilfe des STDB klassifizierten Sitzungen. Zwar differenziert hier das ASC insgesamt sehr gut zwischen Gain- und Loss-Sitzungen. Allerdings bestehen zwischen den mithilfe des STDB identifizierten Sitzungstypen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Entwicklung der Belastung durch außertherapeutische

Ereignisse. Fulminant ist hierbei jedoch die Verbesserung der therapeutischen Allianz um Sudden Gains bei gleichzeitigem Rückgang der Beziehungszufriedenheit der Patienten um Sudden-Loss-Sitzungen herum.

Tabelle 8: Mittlere Effektstärken (ASC) der Sitzungstypen (HSCL).

	Gain (G)	Loss (L)	Neutral (N)	F
ASC-Gesamt	-.54	.58	.08	5.813**
	(1.28)	(1.01)	(1.37)	(G – L)
Allianz	-.24	-.09	-.09	.191
	(1.06)	(.93)	(1.29)	
Unterstützung	-.40	.42	-.24	2.840
	(1.44)	(1.20)	(1.39)	
Motivation	-.21	.12	-.20	.456
	(1.41)	(1.32)	(1.54)	
Life Event	-.67	.85	-.04	8.574**
	(1.60)	(1.12)	(1.40)	(G/N – L)

*Anm.: Angegeben sind jeweils die mittleren Effektstärken der angegebenen Sitzungstypen; ** signifikanter Unterschied auf .01-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen*

Tabelle 9: Mittlere Effektstärken (ASC) der Sitzungstypen (STDB).

	Gain (G)	Loss (L)	Neutral (N)	F
ASC-Gesamt	-.61	.65	-.09	4.196*
	(1.29)	(1.14)	(1.29)	(G – L)
Allianz	-1.14	.44	.03	7.001**
	(1.44)	(1.24)	(.98)	(G – N/L)
Unterstützung	-.11	.30	.24	.596
	(1.10)	(1.35)	(.99)	
Motivation	-.22	.53	-.26	1.950
	(1.32)	(1.41)	(1.13)	
Life Event	.15	.69	.04	1.438
	(1.14)	(1.05)	(1,29)	

*Anm.: Angegeben sind jeweils die mittleren Effektstärken der angegebenen Sitzungstypen; ** signifikanter Unterschied auf .01-Niveau; zudem sind signifikante Gruppenunterschiede nach Tukey der Spalte F zu entnehmen*

Zwischenfazit

Es zeigt sich, dass plötzliche Anstiege des vom Patienten wahrgenommenen Therapiefortschritts mit einem starken Anstieg der therapeutischen Beziehungszufriedenheit zusammenhängt, während ein plötzlicher Abfall der Fortschrittszufriedenheit mit einem gewissen Belastung der therapeutischen Allianz verbunden ist. Hingegen spielt dieser Allianzaspekt bei plötzlichen Symptomverbesserungen und –verschlechterungen keine statistisch signifikante Rolle.

4.7. Zusammenhang von Sudden Gains und Losses der beiden Messinstrumente

Abschließend wurde der Zusammenhang von Sudden Gains und Sudden Losses der beiden Messinstrumente (Symptommaß und Fortschrittsmaß) betrachtet. Dies erfolgte zunächst auf Patientenebene und anschließend auf Sitzungsebene.

4.7.1. Patientenebene

Die einfachste Betrachtungsweise stellt hierbei die Patientenebene dar. In beiden Gruppen (STDB und HSCL) besteht die Möglichkeit der Zuordnung von Patienten zu einer von vier Verlaufgruppen. Diese acht Gruppen können in einer Kreuztabelle dargestellt und mit Hilfe einer KFA hinsichtlich statistisch über- und unterzufälliger Häufigkeiten in bestimmten Konfigurationen überprüft werden. Die detaillierten Ergebnisse können dem Anhang entnommen werden.

Zwar konnte in keiner der getesteten Konfigurationen nach der Bonferroni-Holm-Korrektur eine statistisch überzufällige Häufung gefunden werden. Jedoch verfehlt die Konfiguration von Gain-Patient (HSCL) und Gain-Patient (STDB) dieses strenge Kriterium nur sehr knapp ($z=2.652$; $p=.004$). Es besteht also tendenziell eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dazu, dass ein Patient, der mithilfe eines Messinstruments der Gain-Gruppe zugeordnet wurde, auch bei dem anderen Messinstrument in diese Kategorie fallen würde. Ähnliches gilt auch für die Kombination Loss (HSCL) und Gain-Loss (STDB) mit $z=2.337$; $p=.0095$. Eher unwahrscheinlicher ($z=-2.273$; $p=0.0115$) ist dagegen die Kombination Gain (HSCL) und Neutral (STDB).

4.7.2. Sitzungsebene

Während zwischen der Anzahl von Sudden Gains und Sudden Losses innerhalb eines Messinstruments jeweils ein hochsignifikanter, jedoch nur schwacher bis moderater Zusammenhang (HSCL: $r=.368$; $p<.001$; STDB: $r=.269$; $p<.001$) besteht, beträgt der Zusammenhang zwischen der Anzahl von Sudden Gains zwischen den Messinstrumenten $r=.208$ ($p<.001$) und für Sudden Losses von $r=.124$; $p<.05$). Bei einer Stichprobengröße von $N=314$ ergibt sich dabei ein signifikant höherer Zusammenhang von HSCL-Gains mit HSCL-Losses als mit STDB-Gains ($z=2.183$; $p<.05$).

Bei einer dichotomen Betrachtung des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins von Sudden Gains und Sudden Losses in Symptommaß und Fortschrittsmaß allerdings zeigt die KFA, dass das Vorliegen und das Fehlen von Sudden Gains im Stundenbogen signifikant mit dem Vorliegen bzw. Fehlen von Sudden Gains im Symptommaß korrespondiert. Beim Fehlen von Sudden Gains im Stundenbogen hingegen treten auch im Symptommaß signifikant weniger Sudden Gains auf als erwartet. Für das Auftreten oder Fehlen von Sudden Losses in den beiden Messinstrumenten finden sich hingegen keine signifikanten Häufungen oder Verknüpfungen. Die Ergebnisse der KFA können dem Anhang entnommen werden.

Von den 45 Patienten, die sowohl im Stundenbogen als auch im Symptommaß Sudden Gains erlebten, gingen die Gains im STDB in 26 Fällen (57.8 %) den Gains auf Symptomebene voraus, in 17 Fällen (37.8 %) fand zuerst ein Gain auf Symptomebene statt, bevor ein sprunghafter Anstieg des Therapiefortschritts erfolgte und nur in 2 Fällen (4.4 %) fielen beide Ereignisse auf dieselbe Sitzung. Im Mittel ging die erste Stundenbogen-Gain-Sitzung der ersten Symptommaß-Sitzung 16.5 (SD = 14.95) Sitzungen voraus, im umgekehrten Fall waren es im Mittel 11.18 (SD = 11.22) Sitzungen, wobei der Unterschied nicht signifikant ist ($t(41)=1.254$; $p=.217$). Es gingen damit bei 34,21 % der Patienten, die eine plötzliche Symptomlinderung erlebten, diesem HSCL-Gain plötzliche Anstiege des Therapiefortschrittes (STDB-Gains) voraus. Umgekehrt ließ sich in nur 14,05 % der Fälle, in denen sich im STDB ein Sudden Gain zeigte, im Vorfeld dessen ein Sudden Gain im HSCL feststellen.

Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es einen statistisch auffälligen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sudden Gains im Symptom- und im Fortschrittsmaß gibt. Dabei

geht der plötzliche Anstieg im Fortschrittsmaß häufiger der plötzlichen Symptomverbesserung voraus. Dabei liegen die Sudden Gains in beiden Instrumenten so weit auseinander, dass ein direkter Zusammenhang schwer feststellbar erscheint.

5. Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte das Auftreten von Sudden Gains und Sudden Losses anhand einer praxisnahen, störungsheterogenen Stichprobe. Sie umfasst zudem auch Patienten, bei denen keine Therapie beantragt wurde, oder die ihre Behandlung vorzeitig abbrachen. Zur Identifikation der Sudden Gains und Losses wurde sowohl ein Symptom- als auch ein Therapiefortschrittsmaß verwendet. Es zeigte sich, dass einen gewissen Zusammenhang im Auftreten von Sudden Gains in beiden Verlaufsinstrumenten gab. Insgesamt profitierten Patienten mit Sudden Gains, gleich welcher Definition, am stärksten von der Behandlung, nahmen jedoch auch viel Therapie in Anspruch. Sie waren bei Therapiebeginn insgesamt schwerer belastet als die anderen Patientengruppen. Entgegen der Betrachtung von Sudden Gains als depressionsspezifischem Phänomen (Tang & DeRubeis, 1999) zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung lediglich subsignifikante Tendenzen, dass Patienten mit Sudden Gains häufiger wegen affektiver Störungen in Behandlung kamen. Während im Fortschrittsmaß Sudden Gains weit häufiger und vor allem in früheren Phasen der Behandlung stattfanden als Sudden Losses, findet sich ein solcher Unterschied in der Prävalenz und dem zeitlichen Auftreten im Symptommaß nicht. Während im Symptommaß das Auftreten von Sudden Gains mit einem Anstieg und das von Sudden Losses mit einem Rückgang der Belastung durch extratherapeutische Ereignisse zeitlich zusammenhing, zeigte sich für das Fortschrittsmaß ein anderes Bild. Hier ließ sich um Sudden Gains herum ein deutlicher Anstieg der Zufriedenheit mit der therapeutischen Allianz feststellen, während um Sudden Losses herum sank.

Ziel der vorliegenden Studie war es zunächst, zwei verschiedene Messinstrumente zur Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses zu nutzen, um unter anderem zu überprüfen, inwieweit beide gleiche Ergebnisse liefern. Dabei zeigte sich, dass das Symptommaß HSCL mit 0,99 % und 0,72 % relativ ähnliche Raten von Sudden Gains und Sudden Losses lieferten. Im Fortschrittsmaß STDB hingegen konnten mit 1,60 % deutlich mehr Sudden-Gain- als Sudden-Loss-Sitzungen (0,26 %) gefunden werden. Dabei zeigen sich die Veränderungssprünge im Symptommaß auch zeitlich deutlich ausgeglichener als im Fortschrittsmaß STDB,

wo die wenigen Sudden Losses eher in späteren Therapiesitzungen erfolgen. Allerdings hängt das Auftreten von Sudden Gains in einem der beiden Maße überzufällig stark zusammen mit seinem Auftreten in dem anderen Messinstrument. Dabei gingen Sudden Gains des Fortschrittsmaßes häufiger den Sudden Gains im Symptommaß voraus. Eine solche Aussage zu Sudden Losses hingegen wird erschwert durch dem Umstand, dass in der vorliegenden Studie weit weniger Sudden Losses mithilfe des STDB gefunden werden konnten als in der Vorgängerstudie von Lutz et al. (2013), obwohl dabei die gleichen Items und Operationalisierungen verwendet wurden. Möglicherweise ist dies in dem von Anbeginn der Behandlung äußerst systematischen Verlaufsfeedback begründet, das die Therapeuten an der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier über den gesamten Behandlungsverlauf erhalten. Befunde von Lambert et al. (2003) jedenfalls legen nahe, dass Feedback dazu beitragen kann, dass negative Therapieverläufe sich nicht manifestieren.

Insgesamt erscheint die Betrachtung von Sudden Gains und Sudden Losses ein lohnendes Forschungsfeld zum Verständnis von Wirkfaktoren, die zur psychotherapeutischen Veränderung beitragen. Bei beiden Messinstrumenten zeigte ca. ein Drittel aller Patienten, die eine Behandlung begonnen hatten, einen diskontinuierlichen Therapieverlauf. Bei der Identifikation mithilfe des Fortschrittsmaßes wurden dabei vor allem Sudden Gains identifiziert. Diese Patientengruppe profitiert signifikant stärker von der Behandlung als andere Gruppen, auch wenn für die Ausgangsbelastung korrigiert wird. Interessanterweise sind es im Fortschrittsmaß die Patienten, die sowohl Gains als auch Losses erleben, die sehr wenig von der Behandlung profitieren, wenngleich aufgrund ihrer relativ geringen Anzahl der Tukey-Test dies nicht entsprechend anzeigt. Allerdings weisen diese Patienten in den Postmessungen Effektstärken von $d=.33$ bis $d=.65$ im Vergleich zu $d=1.04$ bis $d=1.46$ bei den Gain-Patienten in demselben Messinstrument auf. Bei der Identifikation von Sudden Gains und Losses mithilfe des Symptommaßes HSCL hingegen ist die Verteilung etwas gleichmäßiger. Interessanterweise profitieren hier neben den Gain-Patienten auch die Patienten mit Gains und Losses sehr gut von der Behandlung, während Patienten mit neutralem Verlauf zwar gute, jedoch weniger starke Effekte aufweisen und Patienten der Loss-Gruppe vergleichsweise wenig von der Behandlung profitieren. Dies deutet darauf hin, dass ein Auf und Ab im Therapiefortschritt im Sinne wechselhaft erlebter Klärung und Bewältigung schwerwiegender für die Patienten ist als eine starke Symptomfluktuation. Möglicherweise erleben Patienten bei letzterem stärker die Veränderbarkeit von Symptombelastung, während der unstetige Therapiefortschritt eventuell stärker demotivierend wirken könnte. Einschränkend ist dabei jedoch der Umstand, dass sich innerhalb der STDB-Verlaufgruppen die Nachteile von Patienten mit Losses sowie Gains

und Losses nur in den Postmessungen zeigen, während auf der Symptomebene gemessen mit dem HSCL vor der letzten Sitzung die Effekte aller Nicht-Gain-Gruppen gleich sind. Es ist unklar, ob dies das Resultat eines Selbstselektionseffektes von Gain-Loss-Patienten ist, die die Postmessung ausfüllen. Insgesamt jedoch lagen Postmessungen eher von erfolgreicheren Therapien vor. Denkbar ist auch, dass die positiven Effekte, die die Therapie auch bei Gain-Loss-Patienten am Therapieende feststellbar sind, nicht stabil genug sind, um sich in den Wochen, die bis zum Verschicken der Postmessung vergehen können, halten zu können.

Bezüglich der Therapiedauer zeigen in beiden Messinstrumenten Patienten mit diskontinuierlichem Verlauf größere Therapiestundenumfänge und kürzere Zeitintervalle zwischen den Sitzungen im Vergleich zu Patienten mit neutralem Verlauf. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen der Diskontinuität des Therapieverlaufs und der Länge der Behandlung. Eventuell erfordert es mehr Sitzungen, um therapeutisch mit solchen Diskontinuitäten im Behandlungsverlauf umzugehen, sie aufzufangen und zu stabilisieren. Andererseits ist hier zu beachten, wie stark sich die Standardabweichung der neutralen Gruppen von den übrigen Verlaufsgruppen abhob. Es ist daher denkbar, dass der Mittelwert von den Patienten, die noch während der probatorischen Phase abbrachen oder aber in der Behandlung abbrachen, verstärkt in dieser Gruppe vertreten sind und damit zu gewissen Verzerrungen führen. Zudem haben längere Therapien auch rechnerisch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Sudden-Gain- oder Sudden-Loss-Sitzungen.

Eine weitere Fragestellung war, ob sich bereits anhand des psychometrischen Status bei Behandlungsbeginn Unterschiede zwischen den Patientengruppen feststellen lassen. Bei den auf Grundlage des HSCL definierten Patientengruppen ist dies deutlich stärker der Fall als im Fortschrittsmaß. In den beiden Fragebögen OQ und FEP weisen die Gain-Patienten beider Maße stärkere Ausgangsbelastungen auf als Patienten mit neutralem Verlauf. Während aber HSCL-Gain-Patienten auch im BSI stärkere Ausgangsbelastungen zeigen, findet sich ein solcher Unterschied im STDB nicht. Dabei unterscheiden sich diese Patienten auch in der FEP-Subskala zu Beschwerden nicht voneinander. Es scheint also so, dass Gain-Patienten (HSCL) stärker unter psychischen und physischen Symptomen leiden als Gain-Patienten (STDB). Bei letzteren sind es offenbar eher das subjektive Wohlbefinden, die interpersonalen Beziehungen und das Erleben von Inkongruenz, die zu den stärkeren Belastungen zu Therapiebeginn beitragen. Während im IIP Gain-Loss-Patienten die stärkste Belastung durch interpersonale Probleme bei Therapiebeginn berichten, unterscheiden sich die STDB-Patientengruppen diesbezüglich nicht. Auf Persönlichkeitsebene zeigen sich im IIP die Gain-Patienten sowohl des

HSCL wie auch des STDB stark „paranoid“ und „depressiv“, während die Patienten mit neutralem Verlauf in beiden Messinstrumenten am „rhapsodischsten“ sind. Patienten, die auf Symptomebene ein Auf und Ab erleben, zeichnen sich bereits zu Beginn durch eine stärkere Ausprägung der Subskala „borderline“ aus. Dabei lassen sich besonders auf Achse II keinerlei Häufungen von Patienten mit Persönlichkeitsakzentuierungen allgemein oder des Clusters B finden, so dass das Auftreten von Sudden Gains und Losses keinesfalls mit einer impulsiven Persönlichkeitsstörung gleichzusetzen ist. Patienten mit affektiven Störungen gehörten tendenziell sowohl beim HSCL als auch beim STDB der Gain-Gruppe an. Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass gerade schwerer belastete Patienten, insbesondere wenn die Belastung im subjektiven Wohlempfinden, in den interpersonalen Beziehungen und in motivationalen Konflikten liegt, Potenziale für sprunghafte Verbesserungen haben, die sich auch in einem positiven Therapieergebnis widerspiegeln. Und zwar weitestgehend unabhängig vom Störungsbild und dem Vorhandensein einer Persönlichkeitsakzentuierung.

Die Frage, ob sich um Sudden Gains, Sudden Losses und neutrale Sitzungen herum mithilfe eines Instruments zur Erkennung auffälliger Therapieverläufe Veränderungen in den Bereichen Therapeutische Allianz, Soziale Unterstützung sowie Therapiemotivation und außertherapeutische Ereignisse finden lassen, lieferte interessante Ergebnisse. So stieg die Zufriedenheit mit der therapeutischen Allianz um mithilfe des STDB ermittelte Sudden Gains stark an, während sie um Sudden Losses herum eher abnahm. Bei den mithilfe des HSCL ermittelten Veränderungssprüngen hingegen zeigte sich um Sudden-Gain-Sitzungen herum ein Rückgang der Belastung durch extratherapeutische Lebensereignisse, während diese um Sudden-Loss-Sitzungen herum zunahm. Wenngleich aufgrund des naturalistischen Charakters der Studie kausale Schlussfolgerungen schwierig sind, legt dieser Befund doch nahe, dass bei der Entstehung von Sudden Gains und Losses in beiden Instrumenten unterschiedliche Prozessmerkmale eine Rolle spielen. Während die eher früh stattfindenden Sudden Gains (STDB) mit einer sprunghaften Zunahme der Zufriedenheit mit der therapeutischen Allianz assoziiert sind, besteht bei den Symptomfluktuationen im HSCL offenbar ein stärkerer Zusammenhang mit Geschehnissen außerhalb der Behandlung.

Dass Sudden Gains im Fortschrittsmaß mit einem sehr starken Anstieg der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung einhergingen und deutlich häufiger Sudden Gains im Sinne einer plötzlichen Symptomreduktion im HSCL vorausgingen, als dies umgekehrt der Fall war, spricht gegen die spezifisch kognitiv-behaviorale Mediationshypothese, wie sie Tang und DeRubeis (1999) formulierten. Obwohl zwischen dem ersten STDB-Gain und dem ersten

HSCL-Gain im Mittel 16,5 Sitzungen lagen und daher schwer von einem direkten Zusammenhang ausgegangen werden kann, sprechen die Befunde eher dagegen, dass spezifische Techniken früh angewendet werden und über kognitive Veränderung und Symptomreduktion zu verbesserter Allianz und damit zu weiterer Symptomreduktion führen. Vielmehr scheint es, dass bei Patienten mit herabgesetztem Wohlbefinden, eher schwierigen interpersonalen Beziehungen und hoher Inkongruenz ein früher Anstieg des Erlebens von Klärung und Bewältigung sowie der therapeutischen Allianz parallel auftreten und günstige Bedingungen für therapeutische Veränderungen schaffen. Gelingt es dann, außertherapeutische Belastungen zu verringern, ihre Folgen abzumildern, ihre Bewertung zu verändern oder Ressourcen zu stärken, mit denen das Coping verbessert werden kann, dürfte sich die Wahrscheinlichkeit einer plötzlichen Symptomlinderung erhöhen.

Es ergeben sich also Ideen für Implikationen der Befunde für die therapeutische Versorgung. So könnte Feedback an Therapeuten dahingehend optimiert werden, dass Sudden Gains und Sudden Losses, möglicherweise sogar schon nach Erfüllung der ersten beiden Definitionskriterien in einer Sitzung und damit vor Feststellung ihrer Stabilität, an Therapeuten zurückgemeldet werden, um die Manifestation einer negativen Entwicklung frühzeitig zu stoppen. Dies könnte ergänzt werden um Hinweise auf einen Anstieg oder Abfall von Belastungen durch außertherapeutische Ereignisse und der Qualität der therapeutischen Allianz. Hierbei wäre die Frage interessant, welche konkreten Vorgehensweisen den Therapeuten in solchen Fällen vorgeschlagen werden könnten, um eine fehlschlagende Therapie oder einen Behandlungsabbruch möglicherweise verhindern zu können. Eventuell wären Empfehlungen für die therapeutische Beziehungsgestaltung oder ressourcenorientierte Interventionen zur Förderung der Bewältigung von externen Stressoren hilfreich. Es scheint aber in jedem Falle sinnvoll, den Therapeuten die Warnung vor einem diskontinuierlichen Therapieverlauf zum Zweck der Fallkonzeption frühzeitig zu erteilen.

Extra academiam vivere est miserrime vivere

Benedikt Carpzov d. J.

Studie II: Alliance Ruptures und ihre Reparatur in Sudden Gains und Sudden Losses. Zwei Videoanalyse-Studien

Bereits im ersten Artikel zum Thema Sudden Gains (Tang & DeRubeis, 1999) wurde die Rolle, die die therapeutische Allianz bei ihrer Entstehung einnimmt, diskutiert. Während Tang und DeRubeis davon ausgingen, dass Sudden Gains das Resultat einer Aufwärtsspirale sind, die von der Anwendung spezifischer Behandlungstechniken zu kognitiver Veränderung und damit zu Symptomreduktion führt, die ihrerseits eine Verbesserung der Allianz bewirkt und damit weitere kognitive Veränderungen begünstigt, regte sich an dieser Vorstellung früh Kritik. So äußerten z.B. Ilardi und Craighead (1999) Bedenken, ob so frühe Veränderungen in der Therapie wirklich auf spezifische Techniken und kognitive Veränderungen zurückzuführen sein können, da diese in der Regel so früh in der Therapie kaum angewendet werden und kaum zu tiefgreifenden Veränderungen geführt haben können. Zudem konnten die Befunde von Tang und DeRubeis (1999) teils nicht repliziert werden. So fanden Kelly, Roberts und Bottonari (2007) keinen Anstieg kognitiver Veränderungen im Vorfeld von Sudden Gains. Zudem wurden diese auch in Pharmaka- und Placebo-Gruppen gefunden (Vittengl et al., 2005), in denen keine kognitiven Veränderungen herbeigeführt wurden, gegebenenfalls aber im Rahmen des Clinical Management Wirkfaktoren wie Gruppenkohärenz und Hoffnung auf Veränderung zum Tragen kamen. Außerdem zeigte Studie 1 dieser Dissertationsschrift, dass Anstiege der therapeutischen Allianz im Zusammenhang mit Sudden Gains in einem Fortschrittsmaß, jedoch nicht in einem Symptommaß feststellbar waren. Die Sudden Gains im Fortschrittsbogen gingen dabei häufiger Sudden Gains in der Symptombelastung voraus als andersherum. Dies lässt darauf schließen, dass ein deutlicher Anstieg der therapeutischen Allianz günstige Voraussetzungen für eine sprunghafte Symptomreduktion im weiteren Behandlungsverlauf bietet, wenngleich die Abstände zwischen beiden sprunghaften Veränderungen so groß sind, dass ein direkter Zusammenhang schwer auszumachen ist.

Da die Forschungsliteratur zu Sudden Gains und Losses bereits in Studie 1 ausführlich dargestellt wurde, beschränkt sich der Theorieteil dieser Studie auf Ausführungen zu Allgemeinen

Wirkfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Allianz. Dabei wird ein Überblick über die historische Entwicklung des Begriffs bis hin zum aktuellen Forschungsstand gegeben. Dabei wird besonders auf die Darstellung des Konzepts der *Alliance Ruptures* und *Rupture Repair* (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011b) fokussiert. Anschließend werden im Methodenteil das Ratingmanual, das Vorgehen zur Beobachterschulung, zur Durchführung des Ratings, zur Ermittlung der Interrater-Reliabilität gegeben, bevor die Ergebnisse dargestellt und diskutiert werden.

1. Theoretischer Hintergrund

Während lange Zeit in der Psychotherapieforschung die Beweisführung der Wirksamkeit von Psychotherapie im allgemeinen oder die Überlegenheit eines bestimmten Verfahrens bei einem umschriebenen Störungsbild dominierte, finden in den vergangenen Jahren Arbeiten zum Zusammenhang des Therapieprozesses und dem Behandlungsergebnis zunehmend Beachtung (Castonguay & Beutler, 2006; Howard et al., 1996; Lambert, 2013a; Lambert & Barley, 2001; Lutz, 2002; Norcross, 2011; Orlinsky et al., 2004; Safran, Muran & Shaker, 2014). In Studie 1 der vorliegenden Arbeit konnten Zusammenhänge zwischen dem Therapieverlauf und dem Behandlungsergebnis festgestellt werden. Dabei wurden Therapieverläufe einerseits anhand plötzlicher Gewinne und Verluste hinsichtlich der Symptombelastung oder aber der Prozesszufriedenheit (Umsetzung von Klärung und Bewältigung) seitens der Patienten operationalisiert. In derselben Studie wurden dabei auch Zusammenhänge mit der Zu- bzw. Abnahme der von den Patienten erlebten Belastung durch außertherapeutische Ereignisse einerseits und der Verbesserung oder Verschlechterung der therapeutischen Allianz festgestellt. Was aber auf der konkreteren Prozessebene innerhalb der kritischen Sitzungen dazu beiträgt, dass Sudden Gains und Losses auf Prozess- und Symptomebene zustande kommen, bleibt weitgehend unklar. Dabei legen vor allem das verfahrens- und störungsübergreifende Auftreten von Sudden Gains (Aderka et al., 2012) sowie deren sehr frühes Auftreten im Behandlungsverlauf (Davies et al., 2006; Lutz et al., 2013; Stiles et al., 2003) nahe, dass eher allgemeine Wirkfaktoren als spezifische Behandlungstechniken an der Entstehung von Sudden Gains und Losses beteiligt sind (Ilardi & Craighead, 1994).

Immerhin schätzen Asay und Lambert (1999) den Einfluss außertherapeutischer Ereignisse (40 %) sowie therapeutischer Allianz (30 %) auf das Behandlungsergebnis deutlich höher ein

als den von Techniken und Verfahren (15 %). Wampold (2001) schätzt den Einfluss allgemeiner Wirkfaktoren (70 %) gegenüber spezifischen Effekten (8 %) sogar noch dramatischer ein.

1.1. Allgemeine Wirkfaktoren

Mit Aufkommen der Meta-Analysen in der Psychotherapie-Forschung in den 1970er Jahren fanden sich zunehmend Befunde, die die Annahme des weiterhin umstrittenen Dodo-Bird-Verdicts (Luborsky et al., 2002; Rosenzweig, 1936) stützten. So fanden sich wiederholt sehr ähnliche Effekte für teils grundverschiedene therapeutische Ansätze (Luborsky et al., 1999; Luborsky & Singer, 1976; Smith & Glass, 1977; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Wampold et al., 1997). Dies stärkte die Annahme von allgemeinen Wirkfaktoren, die unabhängig von theoretischem Grundgerüst oder prozeduralem Vorgehen in allen Therapieformen mehr oder weniger stark vorhanden sind und die eigentlich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie darstellen (Frank, 1961; Grawe, 1997; Orlinsky & Howard, 1987). Insbesondere in Nordamerika vollzog sich dabei sehr schnell eine Veränderung vom „theoretischen Monismus zu einem eklektischen Pragmatismus“ (Horvath et al., 2011).

Trotz dieser Befunde gibt es jedoch auch weiterhin Bestrebungen, sich am medizinischen Modell (Wampold, 2001) orientierend nach empirisch überprüfte Leitlinien und Manuale (Chambless & Ollendick, 2001) zu entwickeln. Dies gilt vornehmlich vor dem Hintergrund sich verknappender Ressourcen und wachsendem Rechtfertigungsdruck im Gesundheitswesen (Lutz, Ehrlich & Zaunmüller, 2010).

Dabei wird seitens der Prozessforschung nicht das Bemühen um Evidenzbasierung kritisiert, sondern vielmehr die einseitige Betonung randomisiert-kontrollierter Studien, deren externe Validität äußerst gering ist (Caspar & Berger, 2008), so dass die Studien in Hinblick auf ihre Generalisierbarkeit und die Überwindung der Wissenschaftler-Praktiker-Kluft in der Psychotherapie wenig hilfreich erscheinen (Lambert, 2013b; Lutz, 2003).

Während in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) beispielsweise das Design in der Regel darauf abzielt, Therapeuten- und Patienteneffekte auszuschließen, finden sich empirisch immer wieder Belege für die Bedeutsamkeit des Therapeuten (Kim, Wampold & Bolt, 2006; Lambert, 1989; Lambert & Okiishi, 1997; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Wampold & Brown, George S Jeb, 2005). Auch

Huppert et al. (2001) fanden teils erhebliche Unterschiede im Behandlungserfolg von Verhaltenstherapeuten sogar innerhalb einer RCT-Studie zu Panikstörungen.

Evidenzbasierung erfolgt dabei auch auf Seiten der Verfechter des kontextuellen Modells (Wampold, 2001). So setzte die American Psychological Association (APA) eine Arbeitsgruppe zur Identifikation von empirisch gestützten Therapiebeziehungen ein. Diese fand zahlreiche empirische Belege für den prädiktiven Wert von therapeutischer Allianz, Gruppenkohäsion, Empathie sowie Zielkonsens und Zusammenarbeit für ein günstiges Behandlungsergebnis (Norcross, 2011) und formulierte Konsequenzen für die klinische Praxis (Norcross & Wampold, 2011).

1.2. Die therapeutische Allianz

Im Bereich der Psychotherapieforschung zeigt sich in den vergangenen Jahren eine starke Renaissance der Beschäftigung mit der therapeutischen Allianz (Martin, Garske & Davis, 2000; Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998; Tryon & Kane, 1995).

Hierbei ist generell zu unterscheiden zwischen Studien und Meta-Analysen, die auf der Grundlage großer Datensätze mehr oder weniger statisch auf der Grundlage von Allianz-Messungen Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis untersuchen (Flückiger et al., 2012), und Studien, in denen Schwankungen der therapeutischen Allianz zwischen oder innerhalb von Sitzungen untersucht werden (Eubanks-Carter, Gorman & Muran, 2012; Strauss et al., 2006). Ein dritter Bereich von Forschung befasst sich mit der konkreten Interaktion innerhalb von Therapiesitzungen, indem audiovisuelle Aufzeichnungen von Therapiesitzungen nach Methoden wie Task Analysis (Safran, Muran & Samstag, 1994) ausgewertet werden.

1.2.1. Historischer Abriss zum Konzept der therapeutischen Beziehung

Erstmals thematisiert wurde die therapeutische Allianz – wenngleich nicht unter diesem Namen – von Freud (1912; 1913), der sich mit der paradoxen Situation der psychotherapeutischen Behandlung beschäftigt. Dabei ging es ihm vor allem um die Widerstände des Patienten gegen den analytischen Prozess und um die Gestaltung möglichst förderlicher Rahmenbedin-

gungen, die einen therapeutischen Prozess ermöglichen sollten, und bei dem der sogenannte „psychoanalytischen Pakt“ von zentraler Bedeutung war (Freud, 1937). Bibring (1937) sah es als Aufgabe des Analytikers an, durch die Schaffung der „analytischen Atmosphäre“, in der der Patient sich anhaltend, wenn auch labil gewiss sich ist über die „wohlwollend-verständnisvolle, jenseits von Verurteilung und Strafe sich orientierende Beziehung des Analytikers zu ihm“. Schließlich war es Zetzel (1956), der den Begriff der Allianz prägte. Er sah in ihr die Quelle und Auflösungsressource für die therapeutische Übertragungsneurose. Diese Auffassung wurde von Greenson (1965; 1967) aufgegriffen und erweitert, als er den Begriff der *working alliance* einführte. Er sah darin ein Übertragungsphänomen, mit dem sich aggressive Impulse in der Therapie kontrollieren ließen. Die Loslösung von Übertragung und therapeutischer Allianz als ein wichtiger Schritt hin zu einer verfahrensübergreifenden Betrachtung erfolgte u.a. durch Horwitz (1974) und Bowlby (1988). Parallel dazu stammen auch von Rogers (1951; 1974) wichtige Beiträge zur Rolle der Therapiebeziehung für die erfolgreiche Behandlung aus der klientenzentrierten Schule.

In den 1970ern erweiterte Luborsky (1976) Zetzels Konzept, indem er die Etablierung der Therapeutischen Allianz in zwei Phasen unterteilte: In einer ersten Phase muss der Patient Vertrauen in den Therapeuten als hilfreiche Ressource entwickeln, was durch den Therapeuten mit warmem, stützendem und fürsorglichem Beziehungsverhalten gefördert werden soll, so dass sich der Patient sicher gehalten fühlen und die Therapie beginnen kann. In der zweiten Phase geht es vor allem um die Zuversicht und die Bereitschaft zur Mitarbeit des Patienten, um sich in die Therapie einzubringen. Bis hierher kamen die meisten Überlegungen zum Konzept der Therapiebeziehung aus den psychodynamischen Therapien und somit vergleichende Untersuchungen erschwerte.

Einen ersten Versuch einer verfahrensübergreifenden Definition der Therapiebeziehung (*working alliance*) machte Bordin (1979). Für ihn ist die *working alliance* das Ergebnis einer kollaborativen Haltung, die sich durch eine Übereinstimmung hinsichtlich der Therapieziele und des dafür notwendigen Vorgehens sowie durch eine emotionale Bindung zwischen Therapeut und Patient auszeichnet. Neben der Güte der Allianz erachtet Bordin (1994) auch Spannungen (*strains*) in der Arbeitsbeziehung und deren Auflösung als bedeutsam. Ursächlich für diese Spannungen sieht Bordin die Interaktion von Ausgangsproblematik des Patienten und Therapievorgehen. Außerdem unterscheidet Bordin Spannungen anhand des Zeitpunkts des Auftretens zwischen Schwierigkeiten beim Aufbau der Allianz und Spannungen im späteren Verlauf, nachdem die Allianz bereits etabliert worden ist.

Heute wird die Bedeutsamkeit der therapeutischen Allianz für das Therapie-Outcome in allen Verfahren anerkannt und hat mit der sogenannten „dritten Welle“ auch Einzug in die moderne Verhaltenstherapie gefunden (Linehan, 2006; McCullough, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

1.2.2. Meta-Analytische Befunde

Horvath et al. (2011) fanden bei einer 2009 durchgeführten Literaturrecherche mehr als 7000 Publikationen zu den Stichworten *alliance*, *helping alliance*, *working alliance* oder *therapeutic alliance*. In der von ihnen darauf aufbauend durchgeführten Meta-Analyse zeigte sich ein moderater, aber hoch reliabler Zusammenhang zwischen Allianz und Behandlungsergebnis von $r = .275$, wobei dieser Wert korrigiert für Stichprobengrößen und die Interkorrelation der verschiedenen Outcome-Maße ist. Weiter muss erwähnt werden, dass sich die Autoren entschieden hatten, bei Vorliegen mehrerer Messzeitpunkte die früheste verfügbare Messung zu verwenden. Damit wurde zwar einerseits die praktische Aussagekraft optimiert, andererseits korrelieren frühe Allianzmessungen weniger stark ($r = .25$) als späte ($r = .39$) mit dem Behandlungsergebnis, so dass der von den Autoren genannte Zusammenhang als konservativ ermittelt gelten kann.

Anders als in früheren Arbeiten (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000), in denen die Allianz-Ratings der Patienten einen höheren prädiktiven Wert zeigten als die Einschätzung der Therapeuten, unterschied sich der Allianz-Outcome-Zusammenhang in der neuen Meta-Analyse nicht zwischen den verschiedenen Daten-Quellen. Dabei gibt es Hinweise, dass Therapeuten Beziehungsschwierigkeiten entweder überschätzen oder unterschätzen. So zeigten Eames und Roth (2000), dass Therapeuten in fast jeder zweiten Sitzung Allianzbrüche berichteten, Patienten aber nur in jeder fünften. Auch zeigte Rennie (1994) in einer qualitativen Studie, dass patientenseitig negative Gefühle über die Therapie und den Therapeuten häufig unausgesprochen blieben und auch von den durchaus erfahrenen Therapeuten nicht erkannt wurden.

1.2.3. Moderne Forschung zu Brüchen in der Allianz und ihrer Reparatur

Dass Brüche in der therapeutischen Beziehung nicht per se mit einem schlechten oder gar negativen Behandlungsergebnis einhergehen, sofern sie erfolgreich gelöst werden, findet sich bei zahlreichen Autoren (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008; Safran & Muran, 2005; Stevens, Muran, Safran, Gorman & Winston, 2007; Stiles et al., 2004).

So kommen Hill und Knox (2009) nach intensiver Literatursichtung zu dem Ergebnis, dass Missverständnisse zwischen Therapeut und Patient sehr positive Auswirkungen auf den Behandlungsfortschritt haben können, sofern sie erfolgreich geklärt werden können. Die Gefahr besteht demnach eher darin, dass Therapeuten in schwierigen Phasen von geringer Übereinstimmung angesichts der Behandlungsziele und des Vorgehens, sogenannten „Therapeutischen Sackgassen“ (*therapeutic impasses*), dazu neigen, mit „mehr desselben“ zu reagieren. Dies aber führt eher zu einem Bruch als zur Reparatur der Beziehung durch einlenkendes Eingehen auf den Patienten oder einen Methodenwechsel. So zeigten Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue und Hayes (1996) beispielsweise, dass Spannungen in der therapeutischen Beziehung bei der Kognitiven Therapie von Depression von den Behandlern häufig mit einer Intensivierung der kognitiven Techniken beantwortet wurden. Die Therapeuten zeigten dann häufig eine erhöhte Adhärenz zum kognitiven Behandlungsrational, um die Beziehungsprobleme zu beheben. Dies führte jedoch eher dazu, dass sich bestehende Spannungen verstärkten und somit therapeutische Veränderung eher gehemmt wurde. Daher fanden die Autoren einen negativen Zusammenhang zwischen der Anwendung verfahrensspezifischer Techniken und dem Behandlungsergebnis, wohingegen ein positiver Zusammenhang zwischen der Qualität der Arbeitsbeziehung und dem emotionalen Erleben der Patienten mit dem Outcome bestand. Dies gilt jedoch nicht nur für die Kognitive Verhaltenstherapie, wie eine Studie von Piper, Azim, Joyce und McCallum (1991) zeigt. Die Autoren fanden auch bei psychodynamischer Behandlung eine Intensivierung von verfahrensspezifischen Techniken (Übertragungsdeutungen) bei Spannungen in der Therapiebeziehung, die ebenfalls mit einem verschlechterten Behandlungsergebnis einhergingen.

Einen Versuch der Operationalisierung von *alliance ruptures* und *rupture repairs* unternahm Strauss et al. (2006) anhand von Fragebogen-Daten. Sie fanden in ihrer Stichprobe 56 % Patienten mit *Rupture-Repair*-Episoden. Von den übrigen Patienten erlebten einen 27 % einen Beziehungsbruch, der im Laufe ihrer Behandlung nicht mehr aufgelöst wurde, 45 % berichteten einen linearen Abfall der Beziehung und 27 % einen linearen Anstieg. Alle Patienten mit

Rupture-Repair-Sequenzen zeigten eine Symptomreduktion von mindestens 50 % im Strukturierten Klinischen Interview nach DSM-IV für Achse 2 (Fydrich et al., 1997). Dreiundneunzig Prozent der Gruppe wiesen im Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Keller, Kühner & Beck, 2009) eine ebenso große Symptomreduktion auf. In der Gruppe ohne *Rupture-Repair*-Sequenz lag der Anteil von Patienten mit solchen Verbesserungen bei lediglich 45 Prozent. Dabei blieb der positive Effekt einer erfolgreichen Bruch-Auflösung auch erhalten, nachdem die Autoren für die Behandlungsdauer kontrolliert hatten. Strauss et al. Interpretierten den Befund so, dass eine erfolgreiche Bruchauflösung eine Lernerfahrung darstellt, die therapeutisch wirksam werden kann, wohingegen die nicht erfolgreiche Bewältigung des Allianzbruchs eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch nach sich zieht.

Safran, Muran und Eubanks-Carter (2011a) fanden in einer Meta-Analyse einen Zusammenhang von *Rupture-Repair*-Episoden mit dem Behandlungsergebnis in Höhe von $r=.24$. Dabei fanden sie auch einen deutlichen Effekt von $r=.65$ für eine spezielle Ausbildung der Therapeuten in der Auflösung von Beziehungsbrüchen.

1.2.4. Alliance Ruptures und Rupture Resolutions nach Safran und Muran

Auch für Safran und Muran (1996; 2003) stellt die Definition der therapeutischen Allianz nach Bordin (1979) die Grundlage ihrer Überlegungen dar. Die Allianz fußt dabei auf den drei Säulen emotionaler Bindung (*bond*), Übereinstimmung hinsichtlich der Therapieziele (*goals*) und des therapeutischen Vorgehens (*tasks*). Safran und Muran (1996) definieren Allianzbrüche als Verschlechterung in der Allianz zwischen Patient und Therapeut in den Bereichen *goals*, *tasks* und *bond*, die sich anhand interpersonaler Marker erkennen lassen. Analog zu Bordins Definition unterscheiden Safran und Muran dabei vor allem zwischen fehlender Kollaboration (Übereinstimmung hinsichtlich Zielen und Vorgehen) und interaktionellen Problemen. Auch die Bearbeitung der Beziehungsbrüche kann dabei direkt (z.B. Erläuterung des Behandlungsrationalen) oder indirekt (z.B. Anerkennen des Widerstands gegen bestimmte Ziele und Aufgaben als verständlich und vernünftig) erfolgen.

Dabei können die Allianzbrüche erheblich in Dauer und Intensität variieren von kleineren, kurzen Spannungen, derer sich gegebenenfalls einer der oder beide Interaktionspartner nicht oder nur vage bewusst sind, bis hin zu vollständigen Zusammenbrüchen der Zusammenarbeit, des Verständnisses und der Kommunikation (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001). Sie

können in Form von Rückzugs- oder Konfrontationsbrüchen (Safran & Muran, 1996; Safran et al., 1994) auftreten. Rückzugsbrüche kommen durch ein eher vermeidend-ausweichendes Verhalten des Patienten zum Ausdruck, wohingegen Konfrontationsbrüche klare und offene Kritik oder Feindseligkeit des Patienten gegenüber der Person des Therapeuten oder der Behandlung sind (Safran & Muran, 2000).

Die Brüche werden dabei aufgefasst als Ausdruck einer dialektischen Spannung zwischen intraindividuellem Autonomie- und Bindungsbedürfnis (Blatt, 2008; Greenberg, 1991; Winnicott & Khan, 1965). Für Safran und Muran (2000) sind Rückzugs- und Konfrontationsbrüche verschiedene Lösungen eines Individuums, diese Spannung zu reduzieren. Ist Autonomie das relevantere Bedürfnis, kommt es demnach eher zu einem Konfrontationsbruch. Bei einem stärkeren Bindungsbedürfnis sind hingegen Rückzugsbrüche wahrscheinlicher. Werden diese Brüche vom Therapeuten erkannt und erfolgreich aufgelöst, so bieten sie die Gelegenheit für den Patienten, diese Spannungen zukünftig konstruktiver reduzieren zu können und sind daher nicht per se eine Gefahr für das Behandlungsergebnis (Safran & Muran, 2000). Vielmehr kann diesem Konzept zufolge das Auftreten von Beziehungsbrüchen sogar zuträglich sein, sofern eine erfolgreiche Auflösung folgt (Safran et al., 2014). Damit stehen Safran und Muran zum Teil auch in der psychoanalytischen Tradition der sogenannten korrigierenden emotionalen Erfahrung (Alexander & French, 1946; Kohut, 1984).

Bordin (1994) allerdings kritisiert am Konzept von Safran und Muran, dass diese bei der Identifikation von Brüchen in der Therapiebeziehung sehr stark auf die potentiell selbstschädigenden Interaktionsmuster des Patienten eingehen, bei der Auflösung oder Reparatur von Beziehungsbrüchen jedoch zu stark auf das Verhalten des Therapeuten fokussieren. Bordin sieht hierin eine Überbetonung der Versuche des Therapeuten, eigenes Fehlverhalten, das den Beziehungsbruch begünstigt haben könnte, auf nicht defensive Art und Weise einzugestehen. Dadurch können aus seiner Sicht patientenseitige Aspekte wie maladaptive interpersonale Muster des Patienten zu stark außer Acht gelassen werden, so dass veränderungsbedürftige Verhaltensweisen des Patienten von der Selbstbetrachtung des Therapeuten überlagert werden können.

2. Fragestellung

Wie eingangs dargelegt, ist die Rolle der therapeutischen Allianz bei der Entstehung von Sudden Gains und Sudden Losses unklar. Während Tang und DeRubeis (1999) Allianzanstie-

ge nach plötzlichen Rückgängen in der Symptombelastung beobachteten, zeigte sich in Studie 1 dieser Dissertation eine sprunghafte Veränderung der Allianz lediglich parallel zu plötzlichen Anstiegen des Therapiefortschritts aus Patientensicht. Dabei blieb jedoch unklar, ob der Verlauf wirklich parallel ist, da das Instrument, mit dessen Hilfe die Veränderungen der therapeutischen Allianz festgestellt wurden, nur im Abstand von fünf Sitzungen erhoben wurde. Zudem bleibt bei einer reinen Betrachtung von Fragebogen-Ergebnissen die Frage nach dem konkreten therapeutischen Geschehen offen.

Da in Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier alle Therapiesitzungen videoaufgezeichnet werden, bietet sich die Auswertung von Aspekten der therapeutischen Beziehungsgestaltung in Sitzungen, die einem Sudden Gain oder einem Sudden Loss unmittelbar vorausgehen, im Vergleich zu neutralen, zufällig ausgewählten Sitzungen an.

Während es gute Belege dafür gibt, dass sprunghafte Symptomrückgänge mit einem insgesamt guten Behandlungsergebnis korrespondieren (Aderka et al., 2012), zeigen sich in anderen Studien Hinweise darauf, dass das Auftreten von Sudden Losses mit einem schwächeren Behandlungsergebnis korrespondiert (Lutz et al., 2013). Der positive Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Behandlungsergebnis ist vielfach belegt (Horvath et al., 2011). Es ist daher davon auszugehen, dass die therapeutische Allianz beim Vorliegen von Sudden Gains höher ist als bei Sudden Losses.

Eine erste Fragestellung kann deshalb lauten: Unterscheiden sich Sudden Gains, Sudden Losses und neutrale Sitzungen hinsichtlich des Auftretens von Brüchen in der therapeutischen Beziehung? Und unterscheiden sich dabei Sudden Gains und Losses, die mithilfe eines Symptommaßes identifiziert wurden, von solchen, die mit einem Fortschrittsmaß ermittelt wurden? Angesichts der berichteten Befunde aus Studie 1 ist davon auszugehen, dass insbesondere Sudden Gains im Fortschrittsmaß weniger Brüche der therapeutischen Allianz oder ein höheres Maß an Auflösung dieser Brüche aufweisen.

Andererseits legen Safran und Muran (1996) dar, dass Allianzbrüche in allen Therapien eher unabhängig von der Kompetenz des Therapeuten auftreten können und dass sich die Behandlungsergebnisse eher aufgrund der erfolgreichen Bewältigung dieser Brüche als durch deren bloßes Auftreten unterscheiden (Safran et al., 2011b). Insofern ist alternativ zu erwarten, dass sich die verschiedenen Sitzungstypen nicht hinsichtlich des Auftretens von Allianzbrüchen unterscheiden, dass jedoch Allianzbrüche, die vor Sudden Gains auftreten, erfolgreicher aufgelöst werden, als dies im Vorfeld von Sudden Losses der Fall ist.

Zusätzlich stellt sich die Frage, ob sich der in Studie 1 gefundene Anstieg von außertherapeutischen Belastungen um Sudden Losses bzw. der Rückgang dieser Belastungen um Sudden Gains herum in unterschiedlich vielen positiven bzw. negativen außertherapeutischen Ereignissen unmittelbar vor Sudden Gains und Losses zeigt. Ausgehend von Asay und Lambert (1999) ist zu erwarten, dass negative Ereignisse verstärkt Sudden Losses und positive Ereignisse besonders Sudden Gains vorausgehen. Dabei sollte dieser Befund sich deutlicher bei mithilfe des Symptommaßes identifizierten Sudden Gains und Losses zeigen als bei den mithilfe des Fortschrittsmaßes identifizierten.

3. Methoden

In diesem Kapitel soll zunächst noch einmal kurz die für die Auswahl der zu analysierenden Videos wesentliche Vorgehen zur Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses kurz vorgestellt werden. Da die Operationalisierung der Kriterien bereits im Methodenteil von Studie 1 ausführlich vorgestellt wurde, wird sie hier nur sehr knapp dargestellt.

3.1. Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses

Für die vorliegende Studie wurden Sudden Gains und Sudden Losses mithilfe einer Kurzform der HSCL (Lutz et al., 2006) und eines Stundenbogen-Maßes (Flückiger et al., 2010; Krampen, 2002) erfasst. Grundlegend werden für Sudden Gains drei wesentliche Bestimmungsstücke gefordert: 1) Es muss eine bedeutsame Veränderung von mindestens einem Viertel des Testscores in einer Sitzung bis zur nächsten Sitzung stattfinden, wobei 2) diese Veränderung reliabel sein muss, also mindestens dem Reliable Change Index entsprechen muss, und 3) relativ stabil sein, was bedeutet, dass die Mittelwerte der zwei bis drei Sitzungen vor dem Sudden Gain sich signifikant von den zwei bis drei Werten nach dem Sudden Gain unterscheiden müssen. Die Bei einem Sudden Gain erfolgt dabei die Veränderung in Richtung der therapeutisch intendierten und erwünschten Richtung, also Symptomreduktion bzw. Zunahme der Prozesszufriedenheit des Patienten. Im Falle eines Sudden Losses gelten die gleichen Kriterien, allerdings in die therapeutisch unerwünschte Richtung, also eine Zunahme der Symptombelastung und einen Rückgang der Prozesszufriedenheit.

Zudem unterscheiden sich die Zeitpunkte, zu denen beide Informationen in dem Untersuchungssetting erhoben werden. Vor Beginn einer jeden Therapiesitzung beschreiben die Patienten in der HSCL ihre aktuelle Symptombelastung. Das bedeutet, dass ein rapides Absinken im Vergleich zur vorherigen Messung auf eine erfolgreiche Therapiegestaltung in der letzten Sitzung oder aber positive außertherapeutische Ereignisse in der vergangenen Woche hindeutet, die zu Beginn der gegenwärtigen Sitzung berichtet werden können. Der Stundenbogen wird hingegen am Ende einer jeden Sitzung erhoben. Dabei beurteilt der Patient die Umsetzung verschiedener Wirkfaktoren, die entscheidend für den therapeutischen Prozess sein können. Das heißt, dass ein Sudden Gain unmittelbar in der Sitzung, in der die Daten erhoben worden sind, begründet sein kann oder aber einen Zusammenhang zu außertherapeutischen Ereignissen hat, die der Patient am Anfang der Sitzung bereits berichten kann.

3.2. Stichprobe

Die im Rahmen dieser Studie verwendeten Stichproben stellen einen Ausschnitt aus den im Methodenteil von Studie 1 beschriebenen Stichproben dar. Da zum Zeitpunkt der Planung und Durchführung der Studie nur sehr wenige abgeschlossene Therapien vorlagen, konnten bei der Studienplanung die Verlaufstypen der Patienten nur unzureichend gewürdigt werden, da trotz gewisser Häufungen von Sudden Gains in frühen Phasen der Behandlung (siehe Ergebnisteil Studie 1) Sudden Gains und Losses auch später im Therapieverlauf auftreten und die Gruppenzugehörigkeit des Patienten weiter verändern können.

Da zusätzlich zu der therapeutischen Interaktion in der Therapiesitzung, die einem Sudden Gain oder Sudden Loss vorausging, auch der Zusammenhang mit außertherapeutischen Ereignissen betrachtet werden sollte, wurden diese anhand der Berichte der Patienten zum Beginn der Therapiesitzungen erfasst. Die Stundenbögen werden am Ende einer jeden Sitzung erhoben, so dass eine erhebliche Veränderung des Wertes im Vergleich zur vorigen Sitzung nahelegt, dass entweder in der eben absolvierten Sitzung oder aber in der Zeit zwischen letzter und aktueller Sitzung relevante Ereignisse eingetreten sein könnten. Da das Symptommaß bereits zu Beginn einer jeden Sitzung erhoben wird, deutet eine erhebliche Veränderung am Anfang einer Sitzung darauf hin, dass die relevanten Ereignisse entweder in der Sitzung zuvor begründet lagen oder aber in der Zeit zwischen jener Sitzung und der aktuellen. Daher mussten in diesen Bedingungen jeweils zwei Videos vorliegen, um eine Auswertung vornehmen zu können, was die Freiheit bei der Stichprobenplanung weiter einschränkte, da teilweise auf-

grund technischer Probleme zum Erhebungszeitpunkt nicht alle relevanten Sitzungen mit beiden Videos verfügbar waren. In anderen Fällen wiederum stellten sich Verläufe nach Behandlungsende anders dar, als es zum Zeitpunkt der Zusammenstellung der Video-Stichprobe erkennbar war. Es wurden alle zum Erhebungszeitpunkt verfügbaren Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen einbezogen und ihnen eine möglichst gleich große Zahl zufällig ausgewählter neutraler Sitzungen gegenübergestellt.

Entsprechend zeigte ein t-Test für unabhängige Stichproben, dass sich die HSCL-Werte der Patienten im Gesamtdatensatz im Mittel nicht signifikant von denen der Videostichprobe unterscheiden. Die entsprechenden Tabellen sind im Anhang enthalten.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Die Videostichprobe 1 stellt einen Ausschnitt aus der Stichprobe aus Studie 1 dar, wobei die Patienten und Sitzungen aufgrund ihrer Klassifikation mithilfe des Symptommaßes HSCL ausgewählt wurden. Die genaue Verteilung der Patienten und Sitzungstypen können Tabelle 10 entnommen werden.

Tabelle 10. Verteilung von Patienten- und Sitzungstypen in Videostichprobe 1 (HSCL)

		Patiententyp				Gesamt
		Gain	Loss	GainLoss	Neutral	
Sitzungstyp	Gain	14	0	11	0	25
	Loss	0	11	9	0	20
	Neutral	10	4	5	18	37
	Gesamt	24	16	24	18	82

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Videostichprobe 2 ist eine Teilmenge der Stichprobe aus Studie 1, die aufgrund der Zuordnung von Patienten und Therapiesitzungen zu Gain- und Loss-Gruppen im Fortschrittsmaß STDB ausgewählt wurden. Die genaue Zusammensetzung der Stichprobe ist Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11. Verteilung von Patienten- und Sitzungstypen in Videostichprobe 2B

		Patiententyp				Gesamt
		Gain	Loss	GaiLoss	Neutral	
Sitzungstyp	Gain	28	0	12	0	40
	Loss	0	4	14	0	18
	Neutral	15	7	12	12	46
	Gesamt	43	11	38	12	104

3.3. Rater und Ratertraining

Das Rating der Therapievideos erfolgte durch sieben Studierende, die innerhalb dieses Projekts ihre Diplomarbeiten im Studiengang Psychologie abfassten. Dabei beurteilten vier Studierende das Videomaterial in der Stundenbogen-Gruppe und drei Studierende das in der HSCL-Gruppe. Selbstverständlich waren alle Rater blind gegenüber Patienten- und Sitzungstyp der jeweils zu ratenden Sitzung.

Es fand ein viertägiges Training statt, um die Rater mit Aufbau und Kodierungsregeln des Rating-Manuals vertraut zu machen und eine hohe Beurteilerübereinstimmung zu erzielen. Dabei wurden die Rater zunächst auf mögliche Konfundierungsprobleme bei der Verhaltensbeobachtung hingewiesen. Das Rating-Manual wurde detailliert besprochen und durch den Einsatz eines audiovisuellen Lernmediums der Autoren des Manuals (Safran & Muran, 2006) weiter veranschaulicht. Anschließend wurden Therapievideos aus einem anderen Projekt zunächst im Plenum gemeinschaftlich beurteilt, um etwaige Unklarheiten zur Kodierung diskutieren zu können. Anschließend wurden die Analysen immer selbständiger, bis am Ende der Beobachterschulung ganze Sitzungen separat beurteilt und anschließend die Ergebnisse diskutiert wurden und eine hohe Übereinstimmung erzielt war.

3.4. Das Rupture Resolution Rating Manual (3RS)

Das von Eubanks-Carter, Muran und Safran (2009) entwickelte 3RS basiert auf dem bereits eingeführten System der *Alliance Ruptures* von Safran und Muran (2003). Trotz Bordins (1994) Kritik, dass Brüche in der therapeutischen Allianz ein dynamisches Geschehen sind, zu dem Patient und Therapeut beitragen, werden Allianzbrüche in diesem Manual nur auf

Grundlage von bestimmten Verhaltensweisen (Markern) des Patienten identifiziert. Die Auflösung von Brüchen hingegen wird anhand von Therapeutenverhalten definiert.

Ein Mangel an Übereinstimmung zu goals oder tasks ist dem Manual zufolge dabei noch kein Bruch in der therapeutischen Beziehung, sofern diese Uneinigkeit in angemessener Weise zwischen Therapeut und Patient kommuniziert wird.

Dabei folgt das Manual in seinem Aufbau der Konzeptualisierung von Safran und Muran (1996). Während zunächst das Vorhandensein, die Klarheit und die Bedeutung von sieben Markern für Rückzugsbrüche und sieben Markern für Konfrontationsbrüche bewertet werden sollen, erfolgt anschließend die Beurteilung der Verwendung verschiedener Auflösungsstrategien durch den Therapeuten.

Im Anschluss an die Sitzung wird jeweils ein Globalurteil über die Bedeutung von Rückzugs-, Konfrontationsbrüchen und dem Ausmaß der Auflösung der Brüche in der Sitzung gefällt.

3.4.1. Bruchmarker

Zunächst wird die Therapiesitzung von den Ratern angeschaut und anhand des Scoring Sheet das Auftreten, die Klarheit und die Signifikanz für die Beziehung verschiedener Bruchmarker der Kategorien Rückzugs- und Konfrontationsbruch erfasst. Die einzelnen Marker werden nachfolgend dargestellt. Verhaltensweisen des Patienten, die auf eine Verschlechterung der therapeutischen Beziehung bzw. einen Zusammenbruch der Kooperation zwischen Patient und Therapeut hinweisen, jedoch keiner der genannten Kategorien zugeordnet werden können, werden dabei in der Kategorie „sonstige Brüche“ erfasst.

3.4.1.1. *Rückzugsbrüche*

Wie bereits erwähnt sind Rückzugsbrüche Probleme in der therapeutischen Allianz, die eher verdeckt ablaufen, indem der Patient sich der Zusammenarbeit entweder passiv durch mangelnde Kooperation oder aber durch Ablenkung entzieht.

- 1) Verleugnung: Der Patient verleugnet einen für ihn und den Therapeuten offensichtlichen Gefühlszustand.

- 2) Minimale Reaktion: Der Patient antwortet auf eine explorierende, offene Frage des Therapeuten extrem kurz oder gar nicht.
- 3) Abstrakte Kommunikation: Der Patient spricht zwar über negative oder unangenehme Dinge, ist dabei aber distanziert, intellektualisiert oder rationalisiert sein Erleben.
- 4) Vermeidendes Erzählen: Der Patient springt zu anderen Themen oder erzählt einfach von anderen Dingen, präsentiert Geschichten, „lenkt vom Thema ab“.
- 5) Ehrerbietung und Beschwichtigung: Der Patient verhält sich submissiv bis beschwichtigend, gegebenenfalls auch schmeichelnd, um Konflikte mit dem Therapeuten zu vermeiden.
- 6) Inhalts-Affekt-Lücke: Der Inhalt des Berichts des Patienten stimmt nicht mit seinem affektiven Bericht überein.
- 7) Selbstkritik und Hoffnungslosigkeit: Der Patient ergeht sich in Selbstkritik, ist bekundet seine Hoffnungslosigkeit und löst sich so aus der Interaktion mit dem Therapeuten.

3.4.1.2. Konfrontationsbrüche

Neben diesen verdeckten Beziehungsbrüchen stellen Konfrontationsbrüche eine relativ offene Form der Zuspitzung der therapeutischen Allianz dar, die durch dysfunktionale, nicht kollaborative Verhaltensweisen und Äußerungen des Patienten erkennbar sind. Die entsprechenden Marker im Einzelnen sind:

- 1) Beschwerden über den Therapeuten: Der Patient äußert seinen Unmut über die Kompetenz des Therapeuten oder übt Kritik an seiner Person.
- 2) Zurückweisung von Interventionen und Formulierungen: Der Patient verweigert Aufgaben / Formulierungen etc. auf eine nicht kooperative Weise.
- 3) Beschwerden über die Aktivitäten in der Therapie: Der Patient äußert auf unkooperative Weise seine Unzufriedenheit mit dem therapeutischen Vorgehen.
- 4) Beschwerden über die Rahmenbedingungen: Der Patient übt in unangemessener Weise Kritik an Rahmenbedingungen wie Sitzungsfrequenz, -dauer, Praxisgebühr, Fragebögen.
- 5) Beschwerden über den Therapiefortschritt: Der Patient stellt die Wirksamkeit der Therapie in unkooperativer Weise in Frage.
- 6) Verteidigung gegenüber dem Therapeuten: Der Patient glaubt, der Therapeut verurteilt, kritisiert ihn oder nimmt ihn nicht ernst und verteidigt sich.

- 7) Direktes Bemühen um Kontrolle über den Therapeuten: Der Patient macht dem Therapeuten Vorschriften, delegiert die Verantwortung für die Problembewältigung allein an den Therapeuten.

3.4.2. Auflösungsstrategien

Erfasst wird zudem, ob der Therapeut etwas unternimmt, um auf die sich darbietenden Marker für Rückzugs- oder Konfrontationsbrüche zu reagieren. Es werden zehn mögliche Auflösungsstrategien angeboten:

- 1) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten auf das Beziehungsproblem, indem er es auf der Meta-Ebene direkt anspricht und den Patienten einlädt, das Problem zu explorieren.
- 2) Der Therapeut spricht ein Missverständnis an oder klärt es.
- 3) Der Therapeut ändert das Vorgehen oder entwickelt mit dem Patienten eine neue Bedeutung der Aufgabe oder Ziels.
- 4) Der Therapeut erklärt das Behandlungsrational oder das Vorgehen.
- 5) Der Therapeut erkennt seine Verantwortung für das Beziehungsproblem an.
- 6) Der Therapeut legt sein Erleben der Beziehung im Kontext des Allianzbruchs dar.
- 7) Therapeut und Patient verbinden den aktuellen Bruch in ihrer Beziehung mit einem größeren interpersonalen Muster zwischen ihnen.
- 8) Therapeut und Patient verbinden den aktuellen Bruch in ihrer Beziehung mit einem größeren interpersonalen Muster in anderen Beziehungen des Patienten.
- 9) Der Therapeut rechtfertigt die defensive Haltung des Patienten.
- 10) Der Therapeut lädt den Patienten zum Ausdruck seiner negativen Gefühle oder Verletzlichkeit ein.

3.4.3. Weitere Erhebungen

Da das Rating-Manual von Eubanks-Carter et al. (2009) ausschließlich funktionale Bemühungen des Therapeuten beinhaltet, auftretende Allianzbrüche aufzulösen, wurde es erweitert um mögliche dysfunktionale Reaktionen des Therapeuten, die sich v.a. an den Bruchmarkern auf Patientenseite orientierten (z.B. dysfunktionale Kritik am Patienten, vermeidendes Erzählen,

abstrakte Kommunikation). Da aber im gesamten Datenmaterial nur in zwei Sitzungen überhaupt eine dysfunktionale Reaktion des Therapeuten durch die Rater festgestellt wurde, wurde auf eine weitere Auswertung dieser Kategorie verzichtet.

Zudem wurden die Rater instruiert, die von den Patienten genannten externen Lebensereignisse zu notieren und in Hinblick auf die subjektiv erlebte Valenz hin zu beurteilen. Da kritische und positive Lebensereignisse insgesamt äußerst selten auftreten, wurden die Rater instruiert, ebenso *Daily Hassles* und *Daily Uplifts* zu erfassen. Dabei wurde der Zeitraum, in dem die außertherapeutischen Ereignisse erfasst wurden auf die ersten 15 Minuten der entsprechenden Sitzung beschränkt. Aufgrund der Datenerhebungszeiträume unterscheidet sich jedoch in Abhängigkeit von der Bedingung (HSCL oder STDB) die für die Ereignisberichte relevante Sitzung (siehe Kapitel Identifikation von Sudden Gains und Sudden Losses 3.1 und 3.2 in dieser Studie).

3.5. Interrater-Reliabilität

Die Reliabilität oder Verlässlichkeit ist eines der wichtigsten Gütekriterien eines empirischen Messinstruments. Im Falle einer Beobachtungsstudie ist die Beurteilerübereinstimmung oder Interrater-Reliabilität insofern besonders wichtig, als sie angibt, inwiefern die von verschiedenen Beobachtern abgegebenen Urteile über dieselbe Beobachtungseinheit übereinstimmen und damit stärker auf das zu beobachtende Verhalten oder das latente Konstrukt dahinter zurückzuführen sind, als auf Zufall oder auf in der Person des Raters beruhenden Charakteristika. Eine hohe Konkordanz zwischen den Ratern spricht daher für eine hohe Objektivität der Daten.

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, diese Interrater-Reliabilität zu beurteilen. Eine besonders einfache, jedoch sehr konservative Möglichkeit ist die Berechnung der Prozentualen Übereinstimmung (PÜ). Sie beschreibt den prozentualen Anteil der Urteile, bei denen die Rater vollständig übereinstimmen. Damit geht die Information verloren, wie stark die Urteile voneinander differieren. Andererseits kann mittels eines Chi-Quadrat-Test ermittelt werden, ob die Prozentuale Übereinstimmung überzufällig ist (Wirtz & Caspar, 2002).

Dieser Einschränkung kann mithilfe von Cohens Kappa (κ) begegnet werden, welches das Verhältnis von beobachteter und erwarteter Übereinstimmung berücksichtigt. Allerdings ist bei diesem Vorgehen nachteilig, dass Kappa nicht berechnet werden kann, sobald einer der

beiden Rater nicht alle Kategorien ausgeschöpft hat. Daraus ergeben sich die in den Übersichten im Anhang fehlenden Kappa-Werte. Kappa kann Werte bis zu 1 annehmen, was einer vollständigen Übereinstimmung entspräche.

Goodman und Kruskal (1954) schlagen Gamma (G) als Gütemaß für ordinal skalierte Daten vor. Dabei wird zunächst die Anzahl der konkordanten und diskordanten Urteile ermittelt. Damit handelt es sich um ein Rangkorrelationsmaß ohne Korrektur der Kategorienanzahl oder Ties. Damit lässt es sich auch dann ermitteln, wenn die für κ genannten Einschränkungen eine Kalkulation nicht zulassen. Gamma kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei hohe positive Werte aussagen, dass die Anzahl von Urteilspaaren mit gleicher Rangfolge vor Urteilspaaren mit unterschiedlicher Rangfolge überwiegen.

Die in der älteren Literatur vorgeschlagene Pearson-Korrelation und Intra-Klassen-Korrelation (Ebel, 1951) werden verworfen, da beide Verfahren eine Normalverteilung erfordern, die bei den vorhandenen Daten nicht gegeben ist. Zudem muss bei den Daten von einem ordinalen Skalenniveau ausgegangen werden, so dass eine weitere Bedingung verletzt wäre.

Die PÜ-Werte können dem Anhang entnommen werden. In Kürze sei hier jedoch berichtet, dass die Übereinstimmungen allgemein günstig waren. Die PÜ lag über zwei Rater-Paare gemittelt bei 90 %, wobei die Werte in den einzelnen Bereichen zwischen 47,2 % (Inhalts-Affekt-Lücke) und 100 % lagen. Die Übereinstimmung hinsichtlich der Globalurteile (Signifikanz von Rückzugsbrüchen, Signifikanz von Konfrontationsbrüchen und Grad der erreichten Bruchauflösung) mit einer PÜ zwischen 42,4 und 63,9 % zwar deutlich geringer, kann jedoch noch immer als befriedigend angesehen werden. In der HSCL-Gruppe lagen diese zwischen 29 und 67 Prozent.

3.6. Datenaufbereitung und -auswertung

Vor Beginn der Datenauswertung wurden die Daten dahingehend umkodiert, dass Rohwerte nicht mehr von 1 bis 5 sondern von 0 bis 4 kodiert waren. Dabei wurden Auflösungsratings in Sitzungen ohne Bemühungen des Therapeuten zur Auflösung von Allianzbrüchen als fehlend gesetzt, da im ursprünglichen Manual keine Unterscheidung zwischen fehlendem Versuch und fehlendem Erfolg gemacht wurde.

Anschließend wurden die Werte eines jeden Raters z-standardisiert, also am eigenen Mittelwert und der eigenen Standardabweichung standardisiert. Dieses Vorgehen schlagen Wirtz & Caspar (2002) vor, um etwaige Antworttendenzen unterschiedlicher Rater zu minimieren, da die Rohwerte zugunsten der am individuellen Mittelwert und Standardabweichung eines jeden Raters normierte Ausprägung eines Merkmals in die Berechnungen einbezogen wird.

Zunächst wurden die Patientengruppen Gain, Loss, Gain und Loss sowie Neutral auf Unterschiede in den Ausprägungsgraden der erhobenen Rückzugs- und Konfrontationsbrüche sowie der Auflösungsbemühungen hin untersucht. Anschließend wurden gleiche Sitzungstypen verschiedener Patientengruppen untersucht und schließlich über alle Patiententypen hinweg ein Vergleich der Sitzungstypen vorgenommen.

Da ein Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt, dass die Daten nicht normalverteilt sind und von einem ordinalen Skalenniveau ausgegangen werden muss, werden für die statistischen Analysen parameterfreie Verfahren angewendet.

Der Kruskal-Wallis-H-Test erfordert hingegen lediglich unabhängige Stichproben, eine stetige Verteilung und ein ordinales oder höherwertiges Datenniveau. Obwohl die Unabhängigkeit der Stichproben in der Vorliegenden Studie nicht vollständig gegeben ist, da teils mehrere Sitzungen (Gain, Loss oder neutral) eines Patienten (Gain, Loss, Gain und Loss, neutral) eingegangen sind. Diese Einschränkung wurde jedoch für die vorliegende Studie in Kauf genommen.

Inhaltlich vergleicht der H-Test die Rangwerte der getesteten Daten. Dabei wird der Rang R_i für jede der n Beobachtungen bestimmt und daraus die Rangsummen S_h gebildet. Daraus ergibt sich die Prüfgröße H , die zur Signifikanzprüfung mit einem gesetzten Wert für den α -Fehler verglichen wird. Die angeführte Formel enthält zudem eine Beachtung gebundener Beobachtungen mit einer Zahl gebundener Beobachtungen ($t_{r(i)}$) mit Rang i .

$$H = \frac{\frac{12}{n^2 + n} \times \sum_h \frac{S_h^2}{n_h} - 3(n + 1)}{1 - \frac{1}{(n^3 - n)} \sum t_{r(i)}^3 - t_{r(i)}}$$

Für die Beurteilung des Zusammenhangs von Allianzbruchmarker, außertherapeutischen Lebensereignissen und Auflösungsbemühungen der Therapeuten wurden zunächst Spearman-Rangkorrelationen berechnet. Anschließend wurden die Korrelationskoeffizienten verschie-

dener Sitzungstypen einer Fisher-Z-Transformation (Fisher, 1921) unterzogen. Durchführt wurde dies mithilfe eines Online-Tools (Preacher, 2002).

4. Ergebnisse

Es werden die Ergebnisse schrittweise jeweils für die beiden Stichproben dargestellt. Dabei wird zunächst die Häufigkeit von Bruchmarkern in den verschiedenen Patienten- und Sitzungstypen verglichen. Anschließend wird die von den Ratern bewertete Bedeutsamkeit des Bruchtyps für die Beziehung ausgewertet, bevor die Anwendung von Auflösungsstrategien durch den Therapeuten näher betrachtet und schließlich in einen Zusammenhang mit den Bruchmarkern gesetzt wird.

4.1. Häufigkeit von Bruchmarkern

Eine sehr basale Form der Auswertung ist der Vergleich der Häufigkeit von Bruchmarkern über verschiedene Sitzungs- und Patiententypen. Der Konzeptualisierung von (Safran & Muran, 1996) folgend ist diese nicht so entscheidend für den Therapieverlauf wie die erfolgreiche Auflösung der Brüche. Dennoch stellt sich die Frage, ob Sudden Losses insbesondere im Vergleich zu Sudden Gains mit einer größeren Zahl von Brüchen in der therapeutischen Allianz zusammenhängen. Zu diesem Zweck wurden die Bruchmarker in den verschiedenen Beobachtungskategorien und mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen.

4.1.1. Vergleich auf Patientenebene

Die Analysen werden zunächst auf Ebene der Patientenzuordnung zu einer der Verlaufsgruppen vorgenommen.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Zwischen den Patientengruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Rückzugs-, Konfrontations- oder sonstigen Bruchmarkern. Auffällig ist jedoch, dass in keiner Sitzung eines Patienten der Gain-Loss-Gruppe Konfrontationsbrüche auftraten.

Bezieht man zusätzlich zur Patienten- auch die Sitzungsinformation ein, ergeben sich acht mögliche Gruppen. Vergleicht man diese im Rahmen einer Varianzanalyse, fallen die Ergebnisse ähnlich aus: Rückzugsbrüche ($F(7;74)=.410$; $p=.893$), Konfrontationsbrüche ($F(7;74)=1.198$; $p=.315$) und die Gesamtzahl der Brüche ($F(7;74)=.387$; $p=.907$) unterscheiden sich ebenfalls nicht. Angesichts der teils sehr kleinen Subgruppen (z.B. nur vier neutrale Sitzungen von Gain-Loss-Patienten) ergeben sich freilich auch keine signifikanten Unterschiede in den post-hoc-Tests nach Tukey.

Tabelle 12. Mittlere Anzahl von Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen der Patientengruppen (HSCL).

Bruchhäufigkeit	Gain	Loss	GainLoss	Neutral	F
Rückzug	3.39	3.08	3.76	2.68	.359
Konfrontation	.68	1.14	.00	.67	.918
Sonstige	.13	.00	.02	.12	1.045

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Auch in Videostichprobe 2 finden sich per Varianzanalyse auf der Patientenebene keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von Rückzugs- oder Konfrontationsbrüchen noch bezüglich deren Gesamtanzahl. Es zeigt sich jedoch, dass die wenigen Loss-Patienten tendenziell weniger Rückzugsbrüche zeigen im Vergleich zu Gain-Loss-Patienten. Die Ergebnisse sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Tabelle 13. Mittlere Anzahl von Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen der Sitzungstypen (STDB).

Bruchhäufigkeit	Gain	Loss	Neutral	F	p
Rückzug	1.92	4,00	3.37	2.293	.106
Konfrontation	1.13	1.68	1.25	.570	.599
Sonstige	.00	.00	0.01	.674	.561

4.1.2. Vergleiche auf Sitzungsebene

Naheliegender noch als ein Vergleich der Patientengruppen ist inhaltlich wohl der Vergleich verschiedener Sitzungstypen untereinander. Die Befunde aus dem vorigen Absatz legen nahe, dass die Unterscheidung unterschiedlicher Patientengruppen innerhalb eines Sitzungstyps

keinen Unterschied macht. Da die Gruppengrößen bei dieser Betrachtung äußerst kritisch sind, bietet es sich an, Unterschiede im Auftreten Bruchmarkern allein anhand der Vergleiche über den Sitzungstyp anzustellen, womit die Gruppengrößen wieder deutlich erhöht und die Detektionsschwelle eines möglichen Effekts deutlich herabgesetzt wird.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Auf der Sitzungsebene finden sich in der Varianzanalyse ebenfalls keine signifikanten Mittelwertunterschiede. Die Mittelwerte und F-Teststatistik ist Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14. Mittlere Anzahl von Bruchmarkern nach Sitzungstyp (HSCL).

Bruchhäufigkeit	Gain	Loss	Neutral	F
Rückzug	3.57	3.65	2.83	.609
Konfrontation	.36	.77	.97	1.364
Sonstige	.07	.00	.11	.976

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Wie bereits auf der Patientenebene finden sich mit der Varianzanalyse auch auf Sitzungsebene bezüglich der Häufigkeit von Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen oder die Gesamtzahl von Bruchmarkern signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15. Mittelwerte der z-standardisierten Häufigkeiten von Bruchmarkern in den STDB-Sitzungstypen.

Bruchhäufigkeit	Gain	Loss	Neutral	F
Rückzug	-.24	.12	.09	1.779
Konfrontation	-.15	.01	-.12	.242
Gesamt	-.25	.10	.01	1.278

4.2. Signifikanz der Brüche für die Allianz

Die Vergleiche der Häufigkeit von Bruchmarkern zeigte kaum substanzielle Unterschiede mit Ausnahme der Feststellung, dass Konfrontationsbrüche überzufällig häufig in Sitzungen von HSCL-Loss-Patienten vorkommen. Ungeachtet dessen ist fraglich, inwiefern die bloße Anzahl von Bruchmarkern relevant für den Stunden- oder gar Therapieverlauf ist. Daher wird im

nächsten Schritt die Einschätzung der Signifikanz der Brüche für die Sitzung über Patienten- und Sitzungsgruppen verglichen. Hierbei kommt in der Regel der Kruskal-Wallis-Test als parameterfreies Verfahren zum Einsatz, da nicht nur die Annahme der Normalverteilung der Daten verletzt ist sondern auch das Skalenniveau der zugrundeliegenden Daten hier ein ordinales ist.

4.2.1. Vergleiche auf Patientenebene

Um zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen den untersuchten Aspekten der therapeutischen Allianz und der Art der Sitzung gibt, oder ob die Allianz-Merkmale eher vom Patienten selbst geprägt sind, wurde zunächst ein Vergleich der untersuchten Beobachtungseinheiten auf Patientenebene durchgeführt. Dazu wurden Kruskal-Wallis-Tests mit anschließenden Paarvergleichen unter Alpha-Fehler-Korrektur durchgeführt, bei dem die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe die Gruppenvariable darstellte.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Für keinen der Globalwerte zu Konfrontationsbrüchen, Rückzugsbrüchen, sonstigen Brüchen oder dem Umfang der Bruchauflösung fanden sich Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Das gleiche gilt für alle sieben Rückzugsbruch-Marker, die sieben Konfrontationsbruch-Marker sowie alle zehn Auflösungsstrategien. Für den Rückzugsbruch-Typ Verleugnung findet sich immerhin noch eine gewisse Tendenz, dass dieser bei Patienten der Gain- sowie der Loss-Gruppe eher schwächer ausfällt. Hingegen fällt der Konfrontationsbruch tendenziell bei Patienten der Loss- sowie der Gain- und-Loss-Gruppe etwas stärker aus. Die Ergebnisse sind Tabelle 16 und Tabelle 17 zu entnehmen.

Tabelle 16. Mittlere Ränge der Bedeutsamkeit der Rückzugsbrüche für die Allianz über HSCL-Verlaufstypen.

	Verleug	MinRkt	AbKom	VerErz	Ehrerb	Lücke	Hofflos	RÜCK
Neutral	40.50	38.69	36.06	44.03	35.91	37.14	33.44	38.50
Gain	35.48	41.50	39.80	37.58	33.09	35.67	42.48	38.35
Loss	36.37	46.67	34.43	37.57	31.29	43.53	38.50	43.47
GL	51.08	40.42	32.71	45.80	42.29	49.92	48.16	45.50
X^2	6.670	1.023	1.401	2.157	3.661	4.707	4.373	1.519
p	.083	.796	.705	.540	.300	.195	.224	.678

Anm.: Verleug = Verleugnung; MinRkt = Minimale Reaktion; AbKom = Abstrakte Kommunikation; VerErz = Vermeidendes Erzählen; Ehrerb = Ehrerbietung; Lücke = Inhalts-Affekt-Lücke; Hofflos = Hoffnungslosigkeit; RÜCK = Rückzugsbrüche insgesamt.

Tabelle 17. Mittlere Ränge der Bedeutsamkeit der Konfrontationsbrüche für die Allianz über HSCL-Verlaufstypen.

	Therap	Interv	Aktiv	Vertei	Rahmen	Fort	Druck	KONFR
Neutral	26.04	41.47	41.36	37.03			24.00	38.5
Gain	26.03	41.85	39.46	40.02			24.00	42.06
Loss	33.09	43.13	39.47	42.53			26.40	47.67
GL	37.89	40.20	44.78	45.52			24.00	39.42
X^2	6.040	.155	.801	1.520			3.800	1.530
p	.110	.985	.849	.678			.284	.675

Anm.: Therap = Beschwerden über den Therapeuten; Interv = Zurückweisung von Interventionen; Aktiv = Beschwerden über Aktivitäten; Vertei = Verteidigung gegen Therapeuten; Rahmen = Rahmenbedingungen; Fort = Beschwerden über Fortschritt; Druck = direkte Kontrollversuche; KONFR = Konfrontationsbrüche insgesamt.

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Es fanden sich für die globalen Urteile von Rückzugs- ($X^2(3)=3.939$; $p>.05$) und Konfrontationsbrüchen ($X^2(3)=2.477$; $p>.05$) sowie für das Gelingen der Auflösung von Allianzbrüchen ($X^2(3)=.828$; $p>.05$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen.

Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede für den Rückzugsbruch Verleugnung ($X^2(3)=8.524$; $p<.05$) sowie die Konfrontationsbruchtypen Beschwerden über Rahmenbedingungen ($X^2(3)=9.046$; $p<.05$) sowie Druckausüben ($X^2(3)=10.389$; $p<.05$). Dabei zeigten Pati-

enten der Gain-Gruppe (47.78) signifikant höhere Ausprägungen von Verleugnung als Patienten der Loss-Gruppe (24.55; $U=23.231$; $p<.008$). Diese (76.73) zeigten auch signifikant höhere Ausprägungen von Beschwerden über die Rahmenbedingungen als Patienten mit Gains und Losses (46.47; $U=30.254$; $p<.008$). Hingegen zeigten Loss-Patienten (28.32) signifikant geringe Ausprägungen des Druckausübens auf den Therapeuten als Patienten der Gain- (58.43; $U=30.112$; $p<.008$) und der Gain-und-Loss-Gruppe (54.97; $U=26.656$; $p<.008$). Das gleiche Bild ergibt sich, wenn statt der Beurteilung der Bedeutsamkeit des Bruches für die Beziehung die Bruchhäufigkeit zugrunde gelegt wird. Allerdings findet sich dabei auch eine deutlich geringere Ausprägung der Häufigkeit von sonstigen Brüchen bei Patienten der Gain-Gruppe (27.76) als bei der Loss-Gruppe (46.67; $U=18.907$; $p<.008$).

4.3. Globalurteile

Um die Aussagekraft der Globalurteile über die Bedeutsamkeit von Rückzugs-, Konfrontations- und sonstigen Brüchen und den Umfang der Bruchauflösung für die Gesamtsitzung zu verbessern, die eine insgesamt eher niedrige Interrater-Reliabilität aufwiesen, wurden die Rohwerte aller Rater individuell z-standardisiert und dichotomisiert, indem der Median eines jeden Raters über alle Urteile als Cut-off-Wert gewählt wurde, um anschließend den Median dieser Urteile über alle Rater zu ermitteln. Dieses Vorgehen wird von Roth, Heidenreich und Holling (1999) vorgeschlagen. Es führt zu einer erheblichen Anhebung der Übereinstimmung der Werte, wobei jedoch die Aussagekraft dahingehend reduziert wird, dass nur relativ starke Ausprägungen eines Merkmals überhaupt berücksichtigt werden können.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Ein Chi-Quadrat-Test zeigte, dass keine signifikanten Unterschiede in den Globalurteilen über Rückzugsbrüche ($X^2(2)=3.731$; $p=.156$), Konfrontationsbrüche ($X^2(2)=1.453$; $p=.484$) noch sonstige Brüche ($X^2(2)=1.761$; $p=.415$) über die Sitzungstypen bestehen. Bezüglich der Bruchauflösung besteht immerhin ein marginal signifikanter Unterschied ($X^2(2)=5.084$; $p=.079$), wobei in 29 % der Sudden-Gain-Sitzungen, in keiner einzigen Sudden-Loss-Sitzung und in 17 % der neutralen Sitzungen eine deutliche Bruchauflösung erfolgte. Betrachtet man nur die Sitzungen, in denen ein dichotomer Hinweis auf irgendwelche Brüche vorliegt, so reduziert sich die Zahl der verfügbaren Sitzungen soweit, dass ein Chi-Quadrat-Test kaum

mehr sinnvoll erscheint. Jedoch sei deskriptiv berichtet, dass in sechs von 13 entsprechenden Gain-Sitzungen und in vier von vierzehn neutralen Sitzungen eine Bruchauflösung erfolgt, während dies in keiner der sechs Loss-Sitzungen der Fall ist.

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Hinsichtlich der dichotomisierten Globalurteile fanden sich in Videostichprobe 2 keinerlei signifikante Unterschiede. Weder für Rückzugsbrüche ($X^2(2)=.755$; $p=.994$), Konfrontationsbrüche ($X^2(2)=.099$; $p=.952$), sonstige Brüche ($X^2(2)=.203$; $p=.316$) noch die Auflösung der Brüche bis zum Stundenende ($X^2(3)=1.965$; $p=.375$).

4.4. Anzahl positiver und negativer Lebensereignisse

Auch die Anzahl der positiven und negativen Lebensereignisse wurde über jeden Rater z-standardisiert, um die Einflüsse einzelner Rater zu reduzieren. Danach wurde ein Kruskal-Wallis-Test mit anschließenden Paarvergleichen durchgeführt, um die Sitzungstypen miteinander zu vergleichen.

Videostichprobe 1 - Symptommaß

Auf Patientenebene unterscheiden sich die Verlaufstypen nicht signifikant hinsichtlich der Anzahl der unmittelbar vor einem Sudden Gain, Sudden Loss oder in neutralen Sitzungen berichteten positiven ($F(3;78)=2.041$; $p=.115$) und negativen Lebensereignisse ($F(3;78)=2.084$; $p=.109$). Zwar zeigen sich auch auf Sitzungsebene lediglich marginal signifikante Ergebnisse, jedoch erscheinen angesichts des geringen Stichprobenumfanges auch diese Befunde berichtenswert (Tabelle 18). So wurden vor Sudden Gains mehr positive und weniger negative Ereignisse berichtet als vor Sudden Losses.

Tabelle 18. Mittlere Anzahl außertherapeutischer Ereignisse nach Sitzungstyp und F-Test-Statistik (HSCl).

Ereignisse	Gain	Loss	Neutral	F	p
Positiv	.41	.12	.23	2.840	.064
Negativ	.31	.67	.46	2.530	.086

Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Auch die mit dem Fortschrittsmaß identifizierten Verlaufsgruppen unterscheiden sich auf der Patientenebene nicht signifikant hinsichtlich der Anzahl berichteter negativer ($F(3;100)=.795$; $p=.500$) und positiver ($F(3;100)=1.043$; $p=.377$) außertherapeutischer Ereignisse. Auch auf Sitzungsebene sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar (Tabelle 19).

Tabelle 19. Mittlere Anzahl außertherapeutischer Ereignisse nach Sitzungstyp und F-Test-Statistik (STDB).

Ereignisse	Gain	Loss	Neutral	F	p
Positiv	.24	.38	.23	1.169	.315
Negativ	.29	.54	.38	1.806	.170

4.5. Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Allianzbrüchen und Auflösungsstrategien

Da dem Konzept von Safran und Muran (1996) folgend das bloße Auftreten von Beziehungsbrüchen potenziell in allen Sitzungen bei allen Therapeuten und Patienten auftreten kann, ohne dass dies notwendigerweise einen schädlichen Einfluss auf die Therapie haben müsste, sofern Beziehungsbrüche erfolgreich gelöst werden, ist die Frage zentral, wie genau Therapeuten in Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen auf auftretende Beziehungsbrüche reagierte. Zu diesem Zweck wurden zunächst Korrelationsmaße erhoben zwischen den Bruchmarkern und Auflösungsbemühungen des Therapeuten jeweils für alle Sudden-Gain- und alle Sudden-Loss-Sitzungen gebildet. Anschließend wurden relevante Korrelationen einer Fisher-z-Transformation unterzogen, um die beiden Korrelationsmaße auf signifikante Unterschiede hin zu prüfen. Das gleiche Vorgehen erfolgte auch für den Zusammenhang von außertherapeutischen Ereignissen und dem Auftreten von Allianzbrüchen sowie therapeutischen Auflösungsstrategien.

Da dem Konzept der Alliance Ruptures die Annahme zugrunde liegt, dass das Auftreten von Bruchmarkern nicht an bestimmte Patienten oder Therapeuten gebunden ist, wird bei der Analyse der Daten auf eine Unterscheidung der Sitzungstypen Sudden Gain und Sudden Loss nach dem Patiententyp verzichtet.

4.5.1. Videostichprobe 1 - Symptommaß

Zunächst werden die Zusammenhänge von Rückzugsbrüchen und Konfrontationsbrüchen mit den von den Therapeuten in mithilfe des Symptommaßes identifizierten Gain- und Loss-Sitzungen ausgewertet.

Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien

Tabelle 20 sind die bedeutsamen Zusammenhänge zwischen einzelnen Rückzugsbrüchen und von den Therapeuten in den Gain- und Loss-Sitzungen angewandten Auflösungsstrategien zu entnehmen. Es zeigt sich dabei, dass Therapeuten in Gain-Sitzungen deutlich stärker dazu neigen, Missverständnisse zu klären, Verantwortung für Probleme in der therapeutischen Allianz zu übernehmen und ihr inneres Erleben des Beziehungsproblems zu teilen. Hingegen rechtfertigen sie weniger die defensive Haltung des Patienten und setzen den Bruch weniger häufig in einen Zusammenhang mit einem interpersonellen Problem in der therapeutischen Dyade.

Tabelle 20. Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL).

	SitzTyp	Verleu	MinRkt	AbKom	VerErz	Ehrerb	Lücke	Hofflos	Gesamt
BezKl	Gain								
	Loss								
Missver	Gain	.941**			.740**	.597*			.724**
	Loss	.218			.433	.523			.253
Aufg	Gain								
	Loss								
Behand	Gain	.674**		-.074		.261		.293	.452*
	Loss	.541*		-.602*		.777**		.487	.124
Verantw	Gain	.817**		.245		.621**		.108	
	Loss	.844**		-.644**		.833**		.711**	
Inn. Erl.	Gain	.439*	.341		.029	.483*			.491*
	Loss	-.156	.496*		.510*	.499			.451
Interp.	Gain								
	Loss								
Int. Zus.	Gain								-.074
	Loss								.476*
Rechtf	Gain	.319		-.066		.361		.194	
	Loss	.668*		-.653**		.943**		.574*	
Verletz	Gain								
	Loss								
Gesamt	Gain		.312						.519**
	Loss		.579**						.599**

Anm.: Angaben sind jeweils die Spearman-Korrelationskoeffizienten signifikanter Zusammenhänge. * sign. Zusammenhang auf .05-Niveau. ** sign. Zusammenhang auf .01-Niveau. Hellgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .05$. Dunkelgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .01$; BezKl = Beziehungsklären; Missver = Missverständnisseklären; Aufg = Aufgaben ändern; Behand = Behandlungsrational erläutern; Verantw = Verantwortungsübernahme; Inn. Erl. = Offenbaren des inneren Erlebens; Interp. = interpersonales Muster in Dyade; Int. Zus = größerer interpersonaler Zusammenhang; Rechtf = Rechtfertigung der defensiven Haltung; Verletz = Einladung zur Verletzlichkeit; Verleu = Verleugnung; MinRkt = Minimale Reaktion; AbKom = Abstrakte Kommunikation; VerErz = Vermeidendes Erzählen; Ehrerb = Ehrerbietung; Lücke = Inhalts-Affekt-Lücke; Hofflos = Hoffnungslosigkeit

Tabelle 21. Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (HSCL).

	SitzTyp	Therap	Interv	Aktiv	Rahmen	Fortschr	Verteid	Druck	Gesamt
BezKl	Gain								
	Loss								
Missv	Gain	.878**	.893**	.573*			.867**		.659**
	Loss	.763**	.164	-.059			.214		.392
Aufg	Gain		.467*	.524**			.437*		.703**
	Loss		.432	.428			.170		-.036
Behand	Gain	.748**	.598**	.646**			.615**		.629**
	Loss	.134	.238	.281			.559*		-.063
Veantw	Gain	.951**	.731**	.611**			.906**		.511*
	Loss	.428	.788**	.557*			.569*		.109
Inn.	Gain			.126					
Erl.	Loss			.677**					
Interp.	Gain								
	Loss								
Int.	Gain								
	Loss								
Zus.	Gain								
	Loss								
Rechtf	Gain						.315		
	Loss						.457*		
Verletz	Gain								
	Loss								
Gesamt	Gain	.384							
	Loss	.522*							

Anm.: Angaben sind jeweils die Spearman-Korrelationskoeffizienten signifikanter Zusammenhänge.
 * sign. Zusammenhang auf .05-Niveau. ** sign. Zusammenhang auf .01-Niveau. Hellgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .05$. Dunkelgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .01$; BezKl = Beziehungsklären; Missver = Missverständnisseklären; Aufg = Aufgaben ändern; Behand = Behandlungsrational erläutern; Verantw = Verantwortungsübernahme; Inn. Erl. = Offenbaren des inneren Erlebens; Interp. = interpersonales Muster in Dyade; Int. Zus = größerer interpersonaler Zusammenhang; Rechtf = Rechtfertigung der defensiven Haltung; Verletz = Einladung zur Verletzlichkeit; Therap = Beschwerden über Therapeuten; Interv = Zurückweisung von Interventionen; Aktiv = Beschwerden über Aktivitäten; Rahmen = Beschwerden über Rahmenbedingungen; Fortschr = Beschwerden über Fortschritt; Verteid = Verteidigung gegen Therapeuten; Druck = direkte Kontrollversuche

Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien

Wie Tabelle 21 zu entnehmen ist, reagieren die Therapeuten in Gain-Sitzungen stärker mit der Klärung von Missverständnissen, der Änderung von Aufgaben und Formulierungen, der Vermittlung eines Behandlungsrationalis sowie mit der Übernahme von Verantwortung für die Beziehungsprobleme als Therapeuten in Loss-Sitzungen. Diese hingegen teilen häufiger ihr inneres Erleben der Beziehungsprobleme in Reaktion auf Konfrontationsbrüche.

4.5.2. Videostichprobe 2 - Fortschrittsmaß

Es folgt die Auswertung der Zusammenhänge von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien für mithilfe des Stundenbogens identifizierte Sudden Gains und Sudden Losses.

Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien

Es zeigten sich in Loss-Sitzungen bei Abstrakter Kommunikation des Patienten signifikant stärkere Bemühungen des Therapeuten um Beziehungsklärung als in Gain-Sitzungen. Hingegen thematisierten die Therapeuten in Loss-Sitzungen das Innere Erleben des Patienten bei einer Inhalts-Affekt-Lücke signifikant weniger als es in Gain-Sitzungen der Fall war. Am allerdeutlichsten zeigen sich die Unterschiede jedoch in Hinblick auf den Bruchmarker Hoffnungslosigkeit. Darauf reagierten Therapeuten in Gain-Sitzungen signifikant stärker mit Klären von Missverständnissen ($p < .05$), Ändern von Aufgaben und Zielen ($p < .05$) und den Erläutern des Behandlungsrationalis ($p < .01$). Hingegen setzten sie dies hoch signifikant weniger in größere interpersonale Zusammenhänge ($p < .01$). Insgesamt reagierten die Therapeuten in Loss-Sitzungen auf Rückzugsbrüche hoch signifikant stärker mit interpersonalen Zusammenhängen als in Gain-Sitzungen. Die Ergebnisse sind im Einzelnen Tabelle 22 zu entnehmen.

Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien

Bei Beschwerden des Patienten über den Therapeuten reagierten diese in Sudden-Gain-Sitzungen hoch signifikant stärker mit der Erläuterung des Behandlungsrationalis ($p < .01$) als in Sudden-Loss-Sitzungen. Auf den gleichen Bruchmarker reagierten sie außerdem hoch signifikant weniger mit interpersonalen Zusammenhängen. Gleiches gilt auch für die Zurückwei-

sung von Formulierungen oder Deutungen durch den Patienten. Bei diesem Konfrontationsbruch hingegen reagierten Therapeuten in Gain-Sitzungen hingegen signifikant stärker mit der Klärung von Missverständnissen als dies in Sudden-Loss-Sitzungen der Fall war. Auch auf Beschwerden über die Aktivitäten in der Therapie reagierten Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen signifikant weniger mit interpersonalem Zusammenhängen, dafür aber hoch signifikant stärker mit der Erläuterung des Behandlungsrationalis. Beschweren sich Patienten über die Rahmenbedingungen der Therapie, reagierten Therapeuten in Gain-Sitzungen hoch signifikant stärker mit der Klärung von Missverständnissen. Auch auf Beschwerden der Patienten über den Fortschritt in der Therapie reagierten Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen signifikant stärker mit der Klärung von Missverständnissen und der Thematisierung der therapeutischen Allianz. Hingegen stellten sie die Probleme weniger stark in einen größeren interpersonalem Zusammenhang. Verteidigten sich die Patienten, so reagierten in Gain-Sitzungen die Therapeuten signifikant stärker mit Beziehungsklärung als bei Sudden Losses. Setzen Patienten den Therapeuten unter Druck oder versuchten ihn zu dominieren, reagierten Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen signifikant weniger mit der Erläuterung des Behandlungsrationalis. Die detaillierten Ergebnisse können Tabelle 23 entnommen werden.

Tabelle 22. Zusammenhang von Rückzugsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (STDB).

	SitzTyp	Verleu	MinRkt	AbKom	VerErz	Ehrerb	Lücke	Hofflos	Gesamt
BezKl	Gain	.389*		.472*			.392*		
	Loss	.181		.847**			-.044		
Missv	Gain							.578**	
	Loss							-.021	
Aufg	Gain							.477**	
	Loss							-.131	
Behand	Gain	-.451*	.428**	-.442*	.216		-.363*	.770**	
	Loss	-.357	.477	.022	.516*		.081	.125	
Verantw	Gain								
	Loss								
Inn. Erl.	Gain	.716*		.914**			.114		
	Loss	-.158		.708*			-.526*		
Interp.	Gain								
	Loss								
Int. Zus.	Gain		-.521*		-.485*			-.869**	-.150
	Loss		-.073		-.575*			-.240	.742**
Rechtf	Gain	.246							
	Loss	.691*							
Verletzt	Gain								
	Loss								
Gesamt	Gain			.279					
	Loss			.832*					

Anm.: Angaben sind jeweils die Spearman-Korrelationskoeffizienten signifikanter Zusammenhänge. * sign. Zusammenhang auf .05-Niveau. ** sign. Zusammenhang auf .01-Niveau. Hellgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .05$. Dunkelgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .01$; BezKl = Beziehungsklären; Missver = Missverständnisseklären; Aufg = Aufgaben ändern; Behand = Behandlungsrational erläutern; Verantw = Verantwortungsübernahme; Inn. Erl. = Offenbaren des inneren Erlebens; Interp. = interpersonales Muster in Dyade; Int. Zus = größerer interpersonaler Zusammenhang; Rechtf = Rechtfertigung der defensiven Haltung; Verletzt = Einladung zur Verletzlichkeit; Verleu = Verleugnung; MinRkt = Minimale Reaktion; AbKom = Abstrakte Kommunikation; VerErz = Vermeidendes Erzählen; Ehrerb = Ehrerbietung; Lücke = Inhalts-Affekt-Lücke; Hofflos = Hoffnungslosigkeit

Tabelle 23. Zusammenhang von Konfrontationsbrüchen und Auflösungsstrategien in Sudden Gains und Sudden Losses (STDB).

	SitzTyp	Therap	Interv	Aktiv	Rahmen	Fort	Verteid	Druck	Gesamt
BezKl	Gain		-.638**			.403*	.374*		
	Loss		-.350			-.298	-.241		
Missv	Gain	.753**	.589**	.447**	.305	.602*	.507**	-.512**	.304
	Loss	.407	.166	.250	-.711**	.099	.678**	-.234	.581*
Aufg	Gain		.462**				-.393*	.319*	.380*
	Loss		.453				-.307	-.078	.008
Behand	Gain	.673**		.658**	.476**	.708**	.424**	-.619**	
	Loss	.027		-.061	.220	.394	.269	-.165	
Verantw	Gain								
	Loss								
Inn. Erl.	Gain	-.392*				-.537**		.391*	
	Loss	.077				-.528*		.473	
Interp.	Gain								
	Loss								
Int. Zus.	Gain	-.872**	-.474*	-.522*	-.653**	-.874**	-.870**	.497*	
	Loss	-.230	.359	.075	-.550	-.565*	-.859**	.477	
Rechtf	Gain								
	Loss								
Verletz	Gain								
	Loss								
Gesamt	Gain							.160	
	Loss							.679**	

Anm.: Angaben sind jeweils die Spearman-Korrelationskoeffizienten signifikanter Zusammenhänge. * sign. Zusammenhang auf .05-Niveau. ** sign. Zusammenhang auf .01-Niveau. Hellgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .05$. Dunkelgraue Schattierung: Fisher z mit $p < .01$; BezKl = Beziehungsklären; Missv = Missverständnisseklären; Aufg = Aufgaben ändern; Behand = Behandlungsrational erläutern; Verantw = Verantwortungsübernahme; Inn. Erl. = Offenbaren des inneren Erlebens; Interp. = interpersonales Muster in Dyade; Int. Zus = größerer interpersonaler Zusammenhang; Rechtf = Rechtfertigung der defensiven Haltung; Verletz = Einladung zur Verletzlichkeit; Therap = Beschwerden über Therapeuten; Interv = Zurückweisung von Interventionen; Aktiv = Beschwerden über Aktivitäten; Rahmen = Beschwerden über Rahmenbedingungen; Fort = Beschwerden über Fortschritt; Verteid = Verteidigung gegen Therapeuten; Druck = direkte Kontrollversuche

5. Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte anhand von zwei Videoanalysen das Auftreten und die Auflösung von Alliance Ruptures sowie die Häufigkeit von positiven und negativen außertherapeutischen Ereignissen im Zusammenhang mit Sudden Gains und Sudden Losses auf Symptom- und Fortschrittsebene.

Wie aufgrund der Ergebnisse aus Studie 1 zu erwarten war, berichteten Patienten im Vorfeld plötzlicher Symptomlinderungen tendenziell mehr positive und weniger negative Ereignisse als vor plötzlichen Symptomverschlechterungen. Dies spricht dafür, dass das außertherapeutische Geschehen einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Symptombelastung hat, jedoch kaum auf die Wahrnehmung des Therapiefortschritts. Hierbei ist durchaus denkbar, dass es sogar hilfreich erlebt werden kann, wenn der Patient auftretende Probleme erfolgreich mit seinem Therapeuten besprechen und bewältigen oder Neubewerten kann.

Es fanden sich aber weder auf der Patienten- noch auf der Sitzungs-Ebene signifikante Unterschiede in der Häufigkeit und Intensität der Allianzbrüche. Dies gilt dabei sowohl für die Klassifikation mithilfe Symptom- als auch des Fortschrittsmaßes. Auch die Häufigkeit und Intensität der Bruchauflösungsbemühungen der Therapeuten unterschied sich nicht zwischen den Sitzungs- und Patiententypen. Insofern ist nicht primär von einer Verursachung von Sudden Gains durch eine bessere Therapiebeziehung auszugehen.

Allerdings finden sich teils hochsignifikante Zusammenhänge zwischen dem Auftreten bestimmter Allianzbruchmarker und unterschiedlichen Auflösungsstrategien. Dabei lassen sich einige Zusammenhänge feststellen, die sich erheblich zwischen Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen unterscheiden. Während also zunächst die Fragestellung darauf abzielte, dass sich Sudden Gains und Losses entweder durch das Auftreten von Brüchen oder von Auflösungsstrategien unterscheiden, deuten die Befunde darauf hin, dass Therapeuten unmittelbar vor einem Sudden Gain Allianzbrüche besser erkennen oder zumindest erfolgreicher bearbeiten, wenn sie auftreten. Zumindest im Falle von Sudden Gains im Fortschrittsbogen scheint dieser Interaktion von Beziehungsbrüchen und Auflösungsstrategien ein großer Anstieg der Beziehungszufriedenheit zu folgen.

Dabei wenden die Therapeuten in Gain-Sitzungen nur bei offeneren Konfrontationsbrüchen die Auflösungsstrategie der Beziehungsklärung an, während Therapeuten in Loss-Sitzungen dies häufig im Zusammenhang mit dem Rückzugsbruch der Abstrakten Kommunikation tun.

Insgesamt wird in Gain-Sitzungen verstärkt mit der Klärung von Missverständnissen gearbeitet, vor allem wenn Patienten Aufgaben oder Formulierungen des Therapeuten zurückweisen, sich über Rahmenbedingungen oder den Therapiefortschritt beschweren. Offenbar trägt dies dazu bei, dass der Therapiefortschritt anschließend besser bewertet wird, die Behandlung eventuell für den Patienten eventuell nachvollziehbarer ist. Dafür spricht auch, dass die Therapeuten bei Beziehungsbrüchen in Gain-Sitzungen stärker das Behandlungsrational erläutern, insbesondere wenn die Patienten übermäßige Selbstkritik oder Hoffnungslosigkeit zeigen, sich über den Therapeuten oder die Aktivitäten in der Therapie beschweren. Auf eine Inkongruenz zwischen Inhalten und affektivem Ausdruck reagieren die Therapeuten in Loss-Sitzungen weniger stark mit der Offenlegung ihres inneren Erlebens der Beziehung. Therapeuten in Gain-Sitzungen hingegen reagieren weniger mit stark auf Beziehungsprobleme, indem sie diese in größere interpersonelle Kontexte stellen.

Ein relativ ähnliches Bild zeigt sich auch bei den im Symptommaß festgestellten Sudden Gains und Losses: Therapeuten in Gain-Sitzungen sind deutlich stärker bemüht, Missverständnisse zu klären, wenn Beziehungsschwierigkeiten auftreten als Therapeuten in Loss-Sitzungen. Ähnliches gilt auch für die Vermittlung des Behandlungsrationalen und die Änderung von Aufgaben und Formulierungen. Zudem sind offenbar Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen eher bereit, die Verantwortung für die Beziehungsprobleme zu übernehmen, während Therapeuten in Sudden-Loss-Sitzungen dies stark bei vermeidender Selbstkritik und Hoffnungslosigkeit des Patienten tun. Auch offenbaren die Therapeuten in Loss-Sitzungen eher ihr inneres Erleben des Beziehungsproblem als Reaktion auf Beschwerden über Aktivitäten, während dies in Sudden-Gain-Sitzungen eher als Reaktion auf Verleugnungen folgt. Bei übermäßiger Ehrerbietung für die Therapeuten rechtfertigen diese eher die defensive Haltung der Patienten, was sie hingegen sehr wenig tun, wenn die Patienten abstrakt und affektarm kommunizieren.

Dies spricht insgesamt für einen differenzierten Umgang mit Beziehungsproblemen der Therapeuten in den verschiedenen Sitzungstypen. Möglicherweise sind die von den Therapeuten in den Gain-Sitzungen eingesetzten bzw. unterlassenen Strategien kurzfristig bis zum Stundenende nicht mehr oder weniger erfolgreich als die in Loss-Sitzungen dominanten oder fehlende Auflösungsstrategien. Zumindest aber im Falle von Sudden Gains im Fortschrittsmaß tragen sie jedoch offenbar zu einer mittelfristigen Verbesserung der Allianz bei, wie sie sich auf Fragebogen-Ebene in Studie 1 findet. Angesichts der Zusammenhänge zwischen verschiedenen Bruchmarkern auf der Patienten- und Auflösungsstrategien auf der Therapeuten-

seite allerdings sowohl in den Symptom- als auch Fortschrittsverläufen ist aber davon auszugehen, dass es nicht nur unschädlich sondern sogar förderlich ist, Beziehungsbrüche planvoll zu bearbeiten.

Die gefundenen Hinweise auf eine differenzielle Reaktion der Therapeuten zwischen Gain- und Loss-Sitzungen scheinen jedenfalls die Wichtigkeit des Umgangs mit Brüchen in der therapeutischen Allianz zu untermauern. Dabei waren die Therapeuten der vorliegenden Studie nicht speziell darin ausgebildet, solche Brüche zu erkennen und zu reparieren. Befunde von Safran et al. (2011b) jedenfalls legen nahe, dass speziell ausgebildete Therapeuten Allianzbrüche besser erkennen und reparieren können und dies einen positiven Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis aufweist. Womöglich liefern die vorliegenden Befunde also einen Beitrag zur Aufklärung von Therapeuteneffekten (Anderson, Ogles, Benjamin M, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009; Lutz et al., 2007), indem Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen intuitiv günstiger reagierten als die Therapeuten in den Loss-Sitzungen. Besonders vor dem Hintergrund von Bemühungen um differenziertere Clinical Support Tools könnten die Befunde vielversprechende Anregungen für ein differenzierteres Feedback zu möglichen Interventionen bei Beziehungsschwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung sowie in der Ausbildung von Psychotherapeuten und Supervisoren bieten.

Insofern kann die Studie zwar nicht vollständig klären, welchen Beitrag Brüche in der therapeutischen Allianz und deren Auflösung zu dem in Studie 1 gefundenen Anstieg der therapeutischen Allianz von mehr als einer Standardabweichung innerhalb von fünf Sitzungen leisten. Offenbar agieren Therapeuten in Gain- und Loss-Sitzungen beobachtbar anders in ihrem Umgang mit Allianzbrüchen, jedoch scheint sich dies nicht unbedingt bis zum Ende der jeweiligen Sitzung in einem Zuwachs der therapeutischen Allianz zu manifestieren, sondern eher einen möglicherweise ein paar Wochen andauernden Prozess anzustoßen.

Zu erwähnen ist allerdings, dass die Studie mit einigen methodischen Schwächen behaftet ist. Zunächst ist es äußerst problematisch, dass in der Poliklinischen Psychotherapieambulanz auf Prozessebene nur sehr wenige Sudden Losses zu identifizieren waren. Dies führte zusammen mit der Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Studienplanung nur sehr wenige Therapien bereits abgeschlossen und damit eindeutig einer Gruppe zugeordnet werden konnten, zu einer suboptimalen Stichprobensammensetzung, in der gerade die sehr interessanten Loss-Sitzungen von Loss-Patienten eher knapp sind. Mit diesen Problemen hatte auch die Zusammenstellung der anderen Videostichprobe zu kämpfen. Gravierender hierbei war jedoch, dass bei einem insgesamt geringeren Pool an Therapievideos hier eine Raterin relativ stark von den Urteilen

der anderen beiden Rater abwich. Es ist nicht klar, worin diese Abweichung begründet liegt, da alle sieben Rater, die Daten für diese Studie lieferten, dasselbe Ratertraining absolvierten.

Eine andere Frage ist, inwieweit klinisch und therapeutisch unerfahrene Studierende ein so komplexes Thema wie das der therapeutischen Beziehungsgestaltung adäquat beurteilen können. Allerdings spricht die insgesamt günstige Interrater-Übereinstimmung für eine gewisse Objektivität der Datenerhebung. Andererseits ist es fraglich, ob ein gutes Management von Beziehungsschwierigkeiten schon in besonders frühen Phasen der Behandlung einen Beitrag zum Behandlungserfolg liefern kann. In Anlehnung an das Konzept der Remoralisation (Frank, 1961) und das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993) dürften Spannungen in der therapeutischen Beziehung eher in späteren Phasen, während der Remediation, zu finden sein. Ob sich die Vermittlung von Zuversicht und Hoffnung während der ersten Therapiesitzungen durch die erfolgreiche Bewältigung von Beziehungsbrüchen ergeben kann, ist dabei eher zweifelhaft. Insofern wäre es denkbar, dass sich stärkere Unterschiede hinsichtlich späterer Sudden Gains und Losses finden lassen.

Labor omnia vicit improbus

Publius Vergilius Maro

Studie III: Sudden Gains und Losses und interpersonales Verhalten des Therapeuten. Eine Videoanalyse

Wie in Studie 1 dieser Dissertationsschrift dargelegt wurde, gibt es einen breiten Kanon von Forschungsliteratur, der belegt, dass die Verläufe psychotherapeutischer Behandlung durchaus nicht immer linear sind. Sudden Gains und Sudden Losses wurden als ein Veränderungsmuster eingeführt, bei dem von einer Sitzung zur nächsten ein bedeutsamer, reliabler und relativ stabiler Gewinn oder Verlust in Symptombelastung oder Prozessqualität zu verzeichnen ist. Es konnte ebenfalls in Studie 1 dargelegt werden, dass zwischen dem Auftreten solcher Sudden Gains und Losses einerseits, der Behandlungsdauer und dem Behandlungserfolg andererseits Zusammenhänge bestehen, die nahelegen, dass Sudden Gains mit einem günstigen Behandlungsergebnis, Sudden Losses hingegen mit einem eher schlechteren Behandlungsergebnis assoziiert sind.

1. Theoretischer Hintergrund

Auch in der Forschungsliteratur finden sich zahlreiche Belege für den positiven Zusammenhang zwischen Sudden Gains und dem Behandlungsergebnis (Aderka et al., 2012). Zudem fanden sich bereits in der ersten Studie zu Sudden Gains (Tang & DeRubeis, 1999) auch Hinweise auf einen parallel verlaufenden Anstieg der Beziehungszufriedenheit, wobei die Autoren diesen als Resultat eines Symptomrückgangs infolge spezifischer verhaltenstherapeutischer Techniken werteten. Insbesondere das äußerst frühe Auftreten von Sudden Gains aber legt einen stärkeren Einfluss allgemeiner Wirkfaktoren nahe (Ilardi & Craighead, 1994). Da insbesondere die Qualität der therapeutischen Beziehung ein reliabler Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis ist (Horvath et al., 2011), ist die Vermutung naheliegend, dass es Faktoren der therapeutischen Beziehungsgestaltung sein könnten, die zum Auftreten von Sudden Gains und Sudden Losses beitragen. Einen Hinweis darauf liefern Studie 1, die einen erheblichen Anstieg der Therapiebeziehungsratings von Patienten nach einem Sudden Gain zeigt, sowie die in Studie 2 aufgezeigten Unterschiede in der Verwendung von Bruchauflösungsstrategien von Therapeuten in Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen. Auch fanden

Tschitsaz-Stucki und Lutz (2009) Hinweise darauf, dass Distanziertheit, Ungeduld und kritische Bemerkungen des Therapeuten das Auftreten von Sudden Losses eher zu begünstigen scheinen.

In Studie 2 wurden daher Sudden Gains und Sudden Losses in zwei unterschiedlichen Definitionsbereichen in ihrem Zusammenhang mit Beziehungsbrüchen und Bruchauflösungen hin untersucht. Andererseits stellt sich die Frage, ob Beziehungsbrüche bereits so früh in der Behandlung auftreten, dass sie auch bei erfolgreicher Bearbeitung durch den Therapeuten einen Unterschied machen können. Auch stellt sich die Frage, ob das Abwenden von Beziehungsbrüchen bereits eine hinreichende Bedingung für eine positive Entwicklung in frühen Phasen der Behandlung darstellen kann oder ob nicht eher positiv getönte Beziehungserfahrungen für die Induktion einer positiven Erwartungshaltung oder Hoffnung analog zum Konzept der Remoralisierung (Frank, 1961) und dem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993) entscheidend ist.

Klassischerweise gelten die von Rogers (1951) aufgestellten Basisvariablen Empathie, Echtheit und Wertschätzung als zentrale Bestandteile günstigen Interaktionsverhaltens von Psychotherapeuten. Und tatsächlich fanden Elliott, Bohart, Watson und Greenberg (2011) in einer großen Meta-Analyse einen Zusammenhang zwischen Empathie und Behandlungsergebnis in Höhe von $r = .31$, wobei die Einschätzung durch die Patienten selbst oder aber Beobachter verlässlicher war als das Therapeutenurteil, insbesondere bei eher unerfahrenen Therapeuten. Farber und Lane (2001) fanden in einem Literaturreview eine große Zahl von Studien, die einen positiven Zusammenhang von Wertschätzung und Therapieergebnis zeigten, wenngleich die Effektstärken eher gering waren, so dass die Autoren davon ausgingen, dass der Beitrag eher Wertschätzung eher ein langfristig beziehungsfördernder ist. In 34 % der 77 ausgewerteten Studien konnten Klein, Michels, Kolden und Chisolm-Stockard (2001) einen positiven Zusammenhang von Kongruenz mit dem Outcome finden, in keiner Studie hingegen gab es einen negativen Zusammenhang. Dabei beklagten die Autoren, dass es aufgrund der sehr unterschiedlichen Auffassungen und Definitionen des Kongruenzkonzepts äußerst schwierig sei, konsistente Studien durchzuführen oder aufzufinden. Sowohl Horvath und Bedi (2002) als auch Ackerman und Hilsenroth (2003) fanden einen positiven Einfluss von Ehrlichkeit und offener, klarer Kommunikation zum Behandlungserfolg.

Ackerman und Hilsenroth (2001) betonen, dass es Therapeuten unmöglich immer gelingen kann, positive Therapiebeziehungen zu etablieren und permanent aufrecht zu erhalten. Sie weisen auf Befunde, die einen negativen Einfluss feindseliger Kommunikation des Thera-

peuten auf das Therapieergebnis nahelegen (Murphy & Baxter, 1997; Najavits & Strupp, 1994; Sexton, Hembre & Kvarme, 1996). Dabei verweisen Henry, Schacht und Strupp (1986) auf den schädlichen Einfluss feindseliger Kontrolle und mangelnder Autonomiegewährung durch den Therapeuten.

Insbesondere aufgrund der Kritik Bordins (1994) an der übermäßigen Fokussierung auf das Patientenverhalten bei der Betrachtung von Allianzbrüchen in der Psychotherapie, scheint es sinnvoll, auch das Therapeutenverhalten näher zu analysieren, wobei dies bereits in den Anfängen der Psychotherapieforschung ein Schwerpunkt der gesprächspsychotherapeutischen Psychotherapieforschung war (Elliott & Farber, 2010).

2. Fragestellung

Wie im Theorieteil ausgeführt, ist eine günstige therapeutische Allianz ein vielfach diskutierter und gut belegter Prädiktor für ein wünschenswertes Behandlungsergebnis, wie es auch mit dem Auftreten von Sudden Gains assoziiert ist, während das Auftreten von Sudden Losses im Therapieverlauf ein Risiko für eine weniger erfolgreiche Behandlung darstellen kann.

Daher stellt sich die Frage, ob sich Sudden Gains und Sudden Losses in verschiedenen Dimensionen unterscheiden. Zu erwarten wäre hierbei, dass

Sudden Gains höhere Ausprägungen aufweisen in den Kategorien, die klassischerweise mit einer guten therapeutischen Allianz in Verbindung gebracht werden: Empathie, Akzeptanz, Kongruenz, Transparenz, Interesse, Wärme, Freundlichkeit sowie Beziehungskomplementarität, Arbeitsbündnis und Selbstoffenbarung,

Sudden Losses höhere Ausprägungen aufweisen in den Kategorien, die für eine problematische Allianz sprechen: Dominanz, Konkurrenz, Feindseligkeit und „Überführen“,

Sudden Gains und Sudden Losses gleich hohe Ausprägungen der Skalen Kontrolle, Kompetenz, Konfrontation sowie therapeutisches Selbstvertrauen aufweisen.

3. Methode

Im Folgenden sollen zunächst die Konstruktion des für die Studie verwendeten Ratinginstruments zur Beurteilung des interpersonalen Verhaltens von Therapeuten in verschiedenen Sitzungstypen dargestellt werden. Dazu werden sowohl die Verfahren, aus denen verschiedene

Items entnommen worden sind, als auch die selbst erstellten Items kurz vorgestellt. Anschließend wird das Vorgehen zur Schulung der Rater, die Durchführung der Ratingstudie, die Beobachterübereinstimmung sowie das Vorgehen zur Aufbereitung und statistischen Auswertung der Daten dargestellt werden.

3.1. Konstruktion des Ratinginstruments

Das für die vorliegende Studie verwendete Instrument zur Erfassung des therapeutischen Interaktions- und Beziehungsverhaltens (TIBER) wurde aus 48 Items ins 20 Skalen zusammengetragen, die teils aus anderen Inventaren und Ratingmanualen entlehnt und teils selbst entwickelt wurden. Dabei werden alle Dimensionen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von -2 („Item trifft überhaupt nicht zu“) bis +2 („Item trifft vollständig zu“) eingestuft. Für verschiedene Ausprägungen der Ratingskala liegen für jedes Item erläuternde Beschreibungen vor.

Die Itemauswahl erfolgte dabei theoriegeleitet und größtenteils unter Rückgriff aus Items bereits etablierter Verfahren. So sollte sichergestellt werden, dass die Nützlichkeit und Validität der meisten Items schon im Vorfeld abgesichert war. Da aber ein möglichst breites Spektrum von für die Erfassung der therapeutischen Allianz relevanten Items abgedeckt werden sollte, wurden verschiedene Ratingverfahren herangezogen.

Sechsuunddreißig der 48 Items entstammen der Check List of Psychotherapy Transactions – Revised (CLOPT-R; Kiesler, Goldston und Schmidt, (1991). Drei weitere wurden aus dem Psychotherapy Process Q-Set (Jones, 1985) abgeleitet. Zwei Items sind inhaltlich der Schema Therapy Rating Scale (Young, 2005) entlehnt, wurden jedoch entsprechend des Schemas des Gesamtratingmanuals angepasst. Sieben weitere Items wurden aus eigenen inhaltlichen Überlegungen konstruiert. Die Herkunft der einzelnen Items kann Tabelle 24 entnommen werden.

Nachfolgend sollen die drei Messinstrumente kurz dargestellt werden, die in die Konstruktion des TIBER einfließen, um die unterschiedlichen Gesichtspunkte der therapeutischen Beziehung, die mit ihnen erfasst werden, darstellen zu können. Anschließend wird die Konstruktion der selbstentwickelten Items beschrieben.

3.1.1. Check List of Psychotherapy Transactions – Revised (CLOPT-R).

Aufbauend auf den konzeptuellen Arbeiten von Kiesler (1973) dient die CLOPT-R der Erfassung des interpersonellen Verhaltens auf den 16 Kategorien des Circumplex-Modells (Kiesler, 1983) mit jeweils sechs Items zur Beschreibung offen beobachtbaren Verhaltens. Dabei beschreiben je drei Items eine milde vs. Extreme Ausprägung der Kategorie. Dabei sind im Circumplex-Modell verschiedene Interaktionsstile kreisförmig angeordnet, wobei eine vertikale Dimension die Dominanz vs. Submission eines Individuums beschreibt, wohingegen die horizontale Dimension die Affiliation mit den Polen Feinseligkeit vs. Zugewandtheit beschreibt. Die Items der CLOPT-R sind diesem Kreismodell entlehnt worden, um interpersonelles Verhalten der Therapeut-Patient-Interaktion im psychotherapeutischen Kontext darstellen zu können.

3.1.2. Psychotherapy-Process Q-Set (PQS)

Dieses Instrument wurde für Forschungszwecke zur Beschreibung und Klassifikation von Therapieprozessen konstruiert (Jones, 1985). Methodische Grundlage ist hierbei das Q-Sort-Verfahren (Stephenson, 1987). Ausgehend vom Interaktionsstrukturmodell (Ablon & Jones, 2005) ist jede Therapeut-Patient-Dyade durch spezifische, repetitive Muster in der Beziehungsgestaltung geprägt, wobei eine gegenseitige Beeinflussung besteht. Diese Interaktionsstrukturen werden dabei als relativ stabil und typisch für einen bestimmten psychotherapeutischen Prozess angenommen (Albani et al., 2000). Diese sollen mittels Q-Sort systematisch eingeschätzt werden. Dabei bestand bei der Konstruktion der 100 Items seitens der Autoren ein Bemühen um möglichst hohe psychotherapeutische Verfahrensneutralität. Die Items befassen sich dabei sowohl mit dem Verhalten des Therapeuten, des Patienten als auch mit ihrem wechselseitigen Interaktionsverhalten. Diese Items werden in einer Globaleinschätzung für die Beurteilung einer Therapiesitzung in neun Kategorien von „extrem charakteristisch“ bis „extrem uncharakteristisch“ zugeordnet.

3.1.3. Schematherapie-Rating-Skala

Grundlage dieses von Young (2005) entwickelten Rating-Inventars ist das Konzept der Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Aufbauend auf die kognitiven Konzepte von Beck (1993) entwickelte Young einen Therapieansatz, in dem frühen maladaptiven Schemata

als „ein weitgestrecktes, umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und körperempfindungen besteht, die sich auf den Betreffenden Selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen, ein Muster, das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist, im Laufe des weiteren Lebens stärker ausgeprägt wurde und stark dysfunktional ist“. Aufgrund bilden sich maladaptiver Schema lassen sich bei Patienten verschiedene Schemamodi (z.B. verletzbares Kind, bereitwillig Sich-Ergebender oder strafender Elternteil) heraus, die es in der Therapie zu einem Schemamodus eines gesunden Erwachsenen umzuformen gilt. Dabei kommt der Therapiebeziehung – beispielsweise in Form des sogenannten Reparenting – eine besondere Bedeutung zu. Dabei nimmt der Therapeut eine Haltung ein, die dem Patienten in einem der therapeutischen Beziehung angemessenen Rahmen „begrenzte elterliche Fürsorge“ zuteilwerden lässt. Mit den 14 Items der Skala werden siebenstufig von 0 („sehr unvollkommen“ bis 6 („hervorragend“) allgemeine therapeutische Fertigkeiten, Konzeptualisierung und Wissensvermittlung sowie die Anwendung von Strategien zur Schema- und Verhaltensänderung eingeschätzt. Da es sich um eine Art Kompetenzskala handelt, wird lediglich das Verhalten des Therapeuten beurteilt.

3.1.4. Neu konstruierte Items

Wie bereits dargestellt, wurden zusätzlich weitere sieben Items formuliert, um die therapeutische Beziehung zu beurteilen. Zunächst wurde berücksichtigt, dass sehr frühere Arbeiten in diesem Bereich aus der klientenzentrierten Psychotherapie (Rogers & Wood, 1974) stammen. Dabei stellt Rogers‘ Konzept der Kongruenz oder Echtheit eine bis heute allgemein als zentral betrachtete therapeutische Basiskompetenz dar. Sie stellt als Grundlage der „realen Beziehung“ zwischen Therapeut und Patient eine grundlegende Einstellung dar, um den positiven Verlauf einer Therapie und die Selbstaktualisierungstendenzen des Klienten zu fördern (Weinberger, 2013). Daher wurde ein Item zur *Echtheit im Verhalten* in das Ratingmanual aufgenommen. Zusätzlich wurde auch ein Item zur Signal-Kongruenz des Therapeuten erhoben, um die Passung von verbalen, para- und nonverbalen Signalen des Therapeuten zu erfassen.

Da für viele Patienten im Rahmen einer Psychotherapie auch die Autonomieentwicklung und das Erleben von Kontrolle zentral bedeutsam ist, sich das Ausmaß, in dem der Therapeut dies zulässt oder gar fördert, in keinem anderen Verfahren erfasst wurde, wurden weiterhin zwei

Items zur Wahrung von Grenzen und Autonomiegewährung sowie zur Attribution der Therapieerfolge auf das Bemühen des Patienten generiert und in den Itempool aufgenommen.

Zusätzlich wurde ein Item zur Fähigkeit des Therapeuten zum Konfrontieren mit Widersprüchen oder unangenehmen Themen beim Patienten entwickelt. Ein weiteres Item zur Erfassung eines kontrollierten Sich-Einlassens des Therapeuten wurde ebenso aufgenommen wie ein Item zur Übereinstimmung hinsichtlich Therapiezielen, methodischem Vorgehen und Rahmenbedingungen zwischen Therapeut und Patient, das auf der Definition der therapeutischen Allianz von Bordin (1979) stammt. Die Herkunft der einzelnen Items ist Tabelle 24 zu entnehmen.

Tabelle 24. Items des TIBER mit Angabe der Quelle, der Original-Item-Nummer und dem Hinweis zum umkodieren.

Item	Bereich	Quelle	Item	Richtung
1	Empathie	CLOPT-R	32	Positiv
2	Empathie	CLOPT-R	80	Positiv
3	Empathie	STRS	2	Positiv
4	Akzeptanz	CLOPT-R	33	Negativ
5	Akzeptanz	CLOPT-R	66 und 82	Negativ
6	Akzeptanz	PQS	18	Positiv
7	Kongruenz	CLOPT-R	41	Positiv
8	Kongruenz	selbstentwickelt		Positiv
9	Signal-Kongruenz	CLOPT-R	11	Negativ
10	Signal-Kongruenz	selbstentwickelt		Positiv
11	Transparenz	CLOPT-R	35	Negativ
12	Transparenz	CLOPT-R	67	Negativ
13	Transparenz	PQS	57	Positiv
14	Kompetenz	CLOPT-R	4	Negativ
15	Kompetenz	PQS	86	Positiv
16	Kontrolle	selbstentwickelt		Positiv
17	Kontrolle	selbstentwickelt		Positiv
18	Konfrontation	CLOPT-R	21	Positiv
19	Konfrontation	CLOPT-R	53	Positiv
20	Konfrontation	CLOPT-R	89	Positiv
21	Konfrontation	selbstentwickelt		Positiv
22	Selbstoffenbarung	selbstentwickelt		Positiv
23	Arbeitsbündnis	selbstentwickelt		Positiv

Item	Bereich	Quelle	Item	Richtung
24	Beziehungskomplementarität	STRS	1	Positiv
25	Dominanz	CLOPT-R	1	Negativ
26	Dominanz	CLOPT-R	65	Positiv
27	Interesse	CLOPT-R	16 und 96	Positiv
28	Interesse	CLOPT-R	72	Negativ
29	Interesse	CLOPT-R	56	Negativ
30	Therapeutisches Selbstvertrauen	PQS	86	Positiv
31	Therapeutisches Selbstvertrauen	CLOPT-R	6	Negativ
32	Therapeutisches Selbstvertrauen	CLOPT-R	38	Negativ
33	Therapeutisches Selbstvertrauen	CLOPT-R	14	Positiv
34	"Überführen"	CLOPT-R	23	Negativ
35	"Überführen"	CLOPT-R	39	Negativ
36	"Überführen"	CLOPT-R	55	Negativ
37	Impulsivität	CLOPT-R	75	Positiv
38	Impulsivität	CLOPT-R	43	Negativ
39	Konkurrenz	CLOPT-R	12	Negativ
40	Konkurrenz	CLOPT-R	76	Negativ
41	Konkurrenz	CLOPT-R	92	Negativ
42	Feindseligkeit	CLOPT-R	61	Negativ
43	Feindseligkeit	CLOPT-R	77	Negativ
44	Wärme	CLOPT-R	34 und 88	Negativ
45	Wärme	CLOPT-R	42	Positiv
46	Wärme	CLOPT-R	90	Positiv
47	Freundlichkeit	CLOPT-R	15	Positiv
48	Freundlichkeit	CLOPT-R	5	Positiv

Anmerkung: Item = Item-Nummer im TIBER, Bereich = inhaltlicher Bereich des Items, Quelle = Manual, dem das Item entnommen ist. Original-Item = Item-Nummer im ursprünglichen Manual, Richtung = Im Sinne günstigen Interaktionsverhaltens positiv oder negativ gepolt.

3.2. Stichprobe

Die für diese Studie verwandte Stichprobe stellt eine Teilmenge der Gesamtstichprobe der Arbeit von Tschitsaz-Stucki (2008) mit Videos Therapiesitzungen der Universitätsambulanzen Bern und Bochum dar. In die Untersuchung konnten nur die 46 Videos der Gesamtstichprobe von Tschitsaz-Stucki eingehen, da die übrigen aufgrund von Verständnisschwierigkei-

ten des Berndeutschen Dialekts in Trier nicht verwertbar waren. Die 46 Sitzungen fanden bei 39 verschiedenen Patienten statt, die zwischen 1994 und 2004 therapiert worden waren. Zweiunddreißig von ihnen wurden am Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum mit Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt, sieben Patienten erhielten in der Praxisstelle Bern eine integrative Psychotherapie mit kognitiv-behavioralen und interpersonalen Anteilen. Die Bochumer Videos machen 39 der 46 eingegangenen Sitzungen aus.

Das Alter der Patienten lag zwischen 21 und 64 Jahren, wobei der Durchschnitt bei 39,54 Jahren lag. Die Stichprobe umfasste 25 weibliche Patienten (64,1 %). Die Therapiedauer der Patienten lag zwischen 7 und 150 Stunden, wobei das Range der untersuchten Sitzungen zwischen der vierten und der 94. Therapiesitzung liegt ($M = 22,74$). Die durchführenden Therapeuten waren in den meisten Fällen Psychotherapeuten in Ausbildung entsprechenden der jeweiligen deutschen bzw. schweizerischen Regularien.

Die Videostichprobe umfasst 38,5 % Patienten mit reiner Angststörung, 12,8 % mit reiner affektiver Störung und zu 48,7 % Patienten mit komorbiden Diagnosen. Die Verteilung der Sitzungs- und Patiententypen ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 25. Übersicht über Patienten- und Sitzungsmerkmale der Videostichprobe.

		Patiententyp				Gesamt
		Neutral	Gain	Loss	GainLoss	
Sitzungs- typ	Gain	0	7	0	3	10
	Loss	0	0	10	5	15
	Neutral	13	2	6	0	21
	Gesamt	13	9	16	8	46

Die Erfassung der Sudden Gains und Sudden Losses und die sich daraus ergebende Einteilung in die Verlaufstypen auf Patientenebene wird im Methodenteil von Studie 1 detailliert dargestellt, weshalb sie hier nicht weiter ausgeführt werden soll.

3.3. Training der Rater und Durchführung der Ratingstudie

Die beiden Rater, die Daten für diese Arbeit erhoben, erhielten vor Durchführung der Ratingstudie ein dreitägiges Ratertraining durchgeführt. Dabei wurden die Rater zunächst auf

mögliche Wahrnehmungs-, Interpretations-, Erinnerungs- und Wiedergabefehler (Greve & Wentura, 1997) hingewiesen. Anschließend wurde das Ratingmanual mit seinen einzelnen Konzepten und Ankerpunkten vorgestellt und das Rating-Verfahren erklärt. Anhand von Probevideos, die nicht in die eigentliche Studie gingen, wurden nachfolgend Intervalle gemeinsam geratet und die Beurteilungen verglichen. Dabei wurden unterschiedliche Ergebnisse so lange diskutiert bis schließlich eine zufriedenstellende Übereinstimmung erzielt war.

Anschließend wurden die Videos von den Ratern unabhängig voneinander beurteilt. Dabei wurden zwanzig der Sitzungen von beiden Ratern bewertet, um die Interrater-Reliabilität zwischen ihnen beurteilen zu können. Dabei wurde von beiden Ratern dieselbe Software verwendet, um die DVDs wiederzugeben, da jede einzelne Sitzung in Intervallen von 10 Minuten beurteilt wurde. Erfahrungen hatten zuvor gezeigt, dass bei unterschiedlicher Software Varianz hinsichtlich der Abspielzeit auftreten konnte, die die Ergebnisse der Intervall-Ratings hätten verzerren können.

3.4. Interrater-Reliabilität

Wie bereits Studie im Methodenteil ausgeführt wurde, beschreibt die Interrater-Reliabilität den Grad der Übereinstimmung verschiedener Rater in einer Studie als Aussage über die Verlässlichkeit des vorliegenden Datenmaterials. Die genauen Ergebnisse der Interrater-Reliabilitätsanalyse können im Anhang dieser Arbeit entnommen werden. Mit Ausnahme von Item 4 (*eigene Einstellungen*; Prozentuale Übereinstimmung 4.3 %), Item 5 (Prozentuale Übereinstimmung 17.4 %), Item 18 (*Aufopferung*; Prozentuale Übereinstimmung 2.6 %) und Item 39 (*Aufgabenorientierung*; Prozentuale Übereinstimmung 25.2 %) sowie Item 43 (Prozentuale Übereinstimmung 11.3 %) lag sie bei allen weiteren Items im befriedigenden bis günstigen Bereich von 43,5 bis 93,9 Prozent. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass angesichts der statistischen Auswertung durch z-Standardisierung und anschließende Dichotomisierung anhand des individuellen Medians die Übereinstimmung zusätzlich erhöht worden ist, wobei Unterschiede bezüglich der Items 18 und 39 dennoch vorsichtig zur Kenntnis genommen werden sollten.

3.5. Datenauswertung

Für die Auswertung der Daten wurden zunächst negativ formulierte Items umkodiert. Anschließend wurden die Intervalldaten entsprechend des Tschitsaz-Stucki (2008) vorgeschlagenen Vorgehens verarbeitet, indem zunächst die Daten jedes Raters z-standardisiert wurden, um etwaige Antworttendenzen eines Raters zu nivellieren. Anschließend wurde der Median über alle Intervallratings eines Raters gebildet und als Cut-off-Wert für die Dichotomisierung der einzelnen Intervalle definiert. Anschließend wurden für alle Sitzungen die dichotomisierten Intervall-Ratings gemittelt, so dass für jede Sitzung ein Indexwert entstand, der die mittlere Ausprägung eines jeden Items über die gesamte Sitzung hinweg beschreibt.

3.6. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 22. Mittels Kolmogorov-Smirnov-Test wurden die vorliegenden Daten auf Normalverteilung hin überprüft. In allen Skalen lagen dabei die p -Werte bei maximal .001, so dass eine Normalverteilungsannahme verworfen werden muss. Dadurch und aufgrund des Skalenniveaus der Daten ergibt sich die Notwendigkeit der Verwendung nonparametrischer Verfahren für die weiteren statistischen Auswertungen, die primär mittels Kruskal-Wallis-Test durchgeführt wurde. Bei signifikanten Unterschieden im Kruskal-Wallis-Test wurden anschließend Paarvergleiche durch Mann-Whitney-Tests unter Bonferroni-Korrektur durchgeführt, die das Problem der Alpha-Fehler-Kumulierung bei Mehrfachgruppenvergleichen ausgleichen soll.

4. Ergebnisse

Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse der Studie, wobei zunächst eine Auswertung unter Betrachtung der verschiedenen Patientengruppen und anschließend auf Grundlage der Sitzungstypen erfolgt.

4.1. Vergleiche auf Patientenebene

Im Kruskal-Wallis-Test unterschieden sich die Patienten der neutralen Gruppen, der Gain-, der Loss- sowie der Gain-und-Loss-Gruppe in keinem Item hinsichtlich ihrer Ausprägung signifikant. Lediglich Item 16 („Erfolgsattribution auf den Patienten“) zeigt eine gewisse Differenzierung zwischen den Gruppen ($H(3)=7.145$; $p=.067$), wobei dies bei Patienten der Gain-Gruppe deskriptiv höhere Ausprägungen als bei Patienten der Loss- und der Gain-und-Loss-Gruppe (siehe Abbildung 3). Dies spricht für eine stärkere Attribution erreichter Erfolge auf die Leistungen und die Person des Patienten durch den Therapeuten in Fällen, in denen mindestens ein Sudden Gain im Verlauf festzustellen ist.

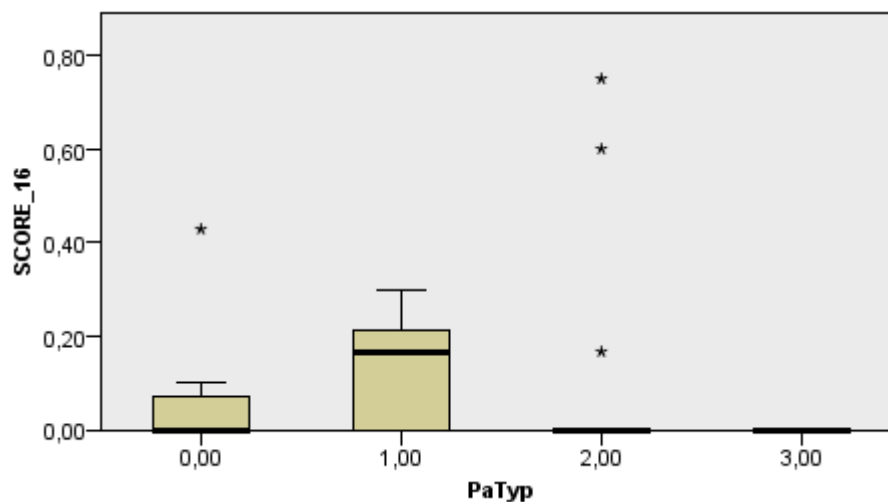


Abbildung 3. Kruskal-Wallis-Test der Ausprägung von Item 16 über die Verlaufstypen (Patientenebene).

4.2. Vergleiche auf Sitzungsebene

Zusätzlich wurden die Items anhand des Sitzungstyps ungeachtet der Gruppenzugehörigkeit des jeweiligen Patienten überprüft. Dabei zeigten sich in keinem der 48 Items signifikante Unterschiede.

Anschließend wurden die Analysen mithilfe einer Gruppenvariable wiederholt, die sowohl Sitzungs- als auch Patiententyp berücksichtigt. Dabei fanden sich in 3 der erhobenen Items signifikante Unterschiede, wobei anschließend paarweise Vergleiche durchgeführt wurden. Im Folgenden werden für die paarweisen Vergleiche die angepassten Signifikanzen darge-

stellt, die unter Verwendung der Bonferroni-Korrektur ermittelt wurden. Dies betrifft Item 22 zur Selbstoffenbarung ($H(6)=13.052$; $p<.05$), das umkodierte Item 33 zur Rechtfertigung ($H(6)=22.000$; $p=.001$) und Item 47 zur Freundlichkeit ($H(6)=15.725$; $p<.05$).

Für Item 22 weisen neutrale Sitzungen von Gain-Patienten die höchsten Ausprägungen (44.25) auf. Sie unterscheiden sich damit signifikant von den neutralen Sitzungen von Loss-Patienten (19.50; $U=24.750$; $p=.013$) und den Gain-Sitzungen der Gain-und-Loss-Patienten (19.50; $U=24.750$; $p=.047$). Es sind ebenfalls die neutralen Sitzungen der Gain-Patienten, die die höchsten Ausprägungen in Item 33 zeigen (34.50). Sie unterscheiden sich damit signifikant von den Gain-Sitzungen der Gain-Patienten (23.00; $U=-11.500$; $p<.01$) und den Loss-Sitzungen der Loss-Patienten (23.00; $U=11.500$; $p<.01$). Wenngleich die entsprechenden paarweisen Vergleiche äußerst knapp an den strengen Kriterien der p-Korrektur nach Bonferroni-Anpassung scheitern soll erwähnt werden, dass ebenfalls die neutralen Sitzungen der Gain-Patienten hier eine höhere Ausprägung (40.75) aufweisen als die Gain-Sitzungen der Gain-Patienten (19.50; $U=21.250$; $p=.059$) und die neutralen Sitzungen der Loss-Patienten (29.00; $U=21.250$; $p=.07$).

5. Diskussion

Die vorliegende Studie kann nur wenige Unterschiede im Beziehungs- und Interaktionsverhalten der Therapeuten zwischen den einzelnen Patienten- und Sitzungsgruppen finden. Diese legen nahe, dass Therapeuten bei Patienten, die mindestens ein Sudden Gain im Verlauf ihrer Therapie erleben, erreichte Erfolge stärker auf die Person oder die Anstrengungen des Patienten attribuieren als dies beispielsweise bei Patienten mit Sudden Losses oder sowohl Gains und Losses im Verlauf der Fall ist. Dies ist insofern bemerkenswert, als im Falle von Sudden Losses wahrscheinliche weniger Erfolge vorhanden sind, die auf den Patienten attribuiert werden könnten. In Verläufen, die sowohl Sudden Gains als auch Sudden Losses aufweisen, ist hingegen zumindest von passageren oder umschriebenen Erfolgen auszugehen. Unklar ist jedoch, ob dieses Therapeutenverhalten Ergebnis des Sudden Gains und damit der Gelegenheit zur Besprechung von Erfolgen ist, oder ob die Therapeuten damit die Selbstwirksamkeitserwartung ihrer Patienten so fördern, dass Erfolge wahrscheinlicher werden, therapeutische Aufgaben eher umgesetzt werden und positive Erfahrungen stärker gesucht und in das Selbstbild der Patienten integriert werden. Dies würde nach Grawes Konzept vom „Prinzip

der realen Erfahrung“ (Grawe, 1995) jedenfalls immens zur Problembewältigung beitragen und dürfte in jedem Falle mit einer positiveren therapeutischen Allianz einhergehen.

Interessanterweise sind es in allen Fällen, in denen signifikante Unterschiede zwischen Patientensitzungsgruppen zu finden sind, die neutralen Sitzungen von Sudden-Gain-Patienten, die die höchsten Ausprägungen der Items aufweisen. So sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Therapeuten gegenüber Gain-Patienten vor allem in den neutralen Sitzungen vergleichsweise viel Selbstoffenbarung zeigen. Auch hier kann keine Kausalität erschlossen werden. Denkbar ist, dass die Therapeuten mit verstärkten Selbstoffenbarungen die Behandlungsmotivation und die motivationale Klärung bei ihren Patienten anregen. Andererseits ist ebenso denkbar, dass sich infolge eines Sudden Gains die therapeutische Allianz zu weit verbessert hat, dass die Therapeuten eher bereit sind zu einer wohldosierten persönlichen Einlassung. Gerade bei Patienten mit Sudden Losses im Therapieverlauf (Gruppe Loss sowie Gain-und-Loss) hingegen könnten auch die Therapeuten soweit verunsichert sein, dass sie sich persönlich etwas stärker von dem Fall distanzieren.

Interessanterweise zeigt Item 33 eine geringere Rechtfertigung der Therapeuten in neutralen Sitzungen von Gain-Patienten als in deren Gain-Sitzungen. Dies legt eine sehr selbstbewusste Haltung der Therapeuten im Verlauf von Patienten mit Sudden Gains nahe, die jedoch offenkundig nicht in der entsprechenden Gain-Sitzung selbst wirksam wird. Andererseits ist denkbar, dass in die Gain-Patienten in den Gain-Sitzungen so überschwänglich sind, dass es keine Vorwürfe, Beschwerden, Unstimmigkeiten gibt, wegen derer sie sich rechtfertigen könnten.

Ebenso zeigen sich die Therapeuten im Verlauf von Patienten der Gain-Gruppe besonders freundlich in Sitzungen, die nicht unmittelbar dem Sudden Gain selbst vorausgehen. Jedenfalls zeigen sie sich offenbar besonders offen, empfänglich und vertrauensvoll.

Insgesamt sind die Daten der Studie methodischen Schwierigkeiten unterworfen. Einerseits ist der Beobachtungsgegenstand des Ratingmanuals äußerst schwer zu fassen. Er kann großen subjektiven Einflüssen bei der Beurteilung unterliegen. Dies gilt umso mehr als das Therapeutenverhalten, das hier nur ausschnittsweise beurteilt wurde, im Gesamtkontext der Behandlung und der Fallkonzeption eine andere Bedeutung haben kann, als es für den Beobachter gegebenenfalls ersichtlich ist. Hinzu kommen Schwierigkeiten der Stichprobenbeschaffenheit. Einerseits ist die Stichprobe sehr klein, was vor allem daraus resultiert, dass einige Sitzungen aus dem Videopool aufgrund von Sprachproblemen in Deutschland gar nicht verwertbar waren. Zum Teil hatten die Rater zwar unterstützende Verbatim-Protokolle einschließlich einer Über-

tragung ins Hochdeutsche erhalten. Aufgrund des besonders schwer erfassbaren Beobachtungsgegenstands konnte jedoch die Untersuchung nicht auf Videos zurückgreifen, in denen ein Verständnis der therapeutischen Interaktion ohne solche Protokolle überhaupt nicht möglich war.

Bei der großen Anzahl möglicher Subgruppen (Gain-Sitzungen von Gain-, Gain-und-Loss-Patienten, Loss-Sitzungen von Loss- sowie Gain-und-Loss-Patienten, neutrale Sitzungen von Gain-, Loss-, Gain-und-Loss- sowie neutralen Patienten) ergeben sich bei der Bonferroni-Korrektur besonders angesichts des Stichprobenumfangs kaum erreichbare kritische p-Werte, was wiederum bedeutet, dass die dennoch gefundenen Unterschiede umso bedeutsamer sind. Zudem erlaubt es die fehlende Betrachtung des Patientenverhaltens nicht, die gefundenen Unterschiede im Therapeutenverhalten auf konkrete interaktionelle Aspekte der jeweiligen Sitzung zurückzuführen.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass in einigen Dimensionen trotz der zuvor beschriebenen Einschränkungen gewisse Unterschiede im Beziehungs- und Interaktionsverhalten der Therapeuten festgestellt werden können.

Fazit und Ausblick

In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass sowohl mithilfe von Symptom- als auch mit Verlaufsmaßen bei kontinuierlicher Verlaufsmessung rund ein Drittel aller Psychotherapiepatienten diskontinuierliche Behandlungsverläufe aufweisen. Dabei besteht zumindest für das Auftreten von Sudden Gains in den beiden Maßen ein überzufälliger statistischer Zusammenhang, wobei vom Patienten erlebte plötzliche Anstiege der Fortschrittszufriedenheit häufiger den plötzlichen Symptomreduktionen vorausgingen. Sudden Gains im Therapiefortschritt gingen dabei mit erheblichen Anstiegen der Zufriedenheit mit der therapeutischen Allianz einher, während Sudden Losses auf Symptomebene offenbar stärker mit einer Zunahme außertherapeutischer Belastungen zusammenhängen. Die lange Zeit, die im Mittel zwischen beiden Ereignissen liegt, macht jedoch Annahmen zu den Wirkmechanismen schwierig. Weitere Forschung ist nötig, um vermittelnde Prozesscharakteristika zu untersuchen. Angesichts des prädiktiven Wertes von Sudden Gains und teilweise auch von Sudden Losses erscheint eine solche Forschung durchaus sinnvoll, um das Verständnis psychotherapeutischer Veränderungsprozesse zu vertiefen. Die bisherigen Befunde deuten darauf hin, dass ein Anstieg der therapeutischen Allianz und ein Zuwachs an Fortschrittszufriedenheit miteinander einhergehen und sich bereits sehr früh in der Behandlung vollziehen. Dies scheint eine günstige Grundlage für weitere therapeutische Veränderungen zu bieten, wobei im weiteren Verlauf offenbar auch das Auftreten von oder der Umgang mit außertherapeutischen Belastungen eine zentrale Rolle bei plötzlichen Veränderungen auf der Symptomebene spielen. Dabei erhielten Patienten mit diskontinuierlichen Verläufen gleich welchen Musters sowohl auf Symptom- wie auch auf Fortschrittsebene die meisten Therapiestunden. Dies mag überraschen, da bei Sudden Gains davon auszugehen wäre, dass die Patienten schneller klinisch signifikante Behandlungserfolge erleben und damit ein früheres Therapieende möglich wäre. Möglicherweise bedarf es aber auch verstärkter therapeutischer Intervention, um diese Gewinne zu festigen, zu stabilisieren und die Behandlungserfolge dauerhaft zu sichern. Insofern wäre es interessant, die Katamnese-Daten daraufhin auszuwerten, ob Sudden-Gain-Patienten auch längere Zeit nach der Behandlung stärker profitiert haben als die übrigen Patientengruppen. Andererseits ist denkbar, dass die lineare Verläufe mit zunehmender Behandlungsdauer unwahrscheinlicher werden, weil mehr Sitzungen vorhanden sind, die von der Linearität abweichen können.

Interessanterweise konnten in der vorliegenden Studie deutlich weniger Sudden Losses im Therapiefortschritt identifiziert werden, als dies mit demselben Instrument an einer anderen Stichprobe der Fall war. Möglicherweise ist dies auf das äußerst systematische Feedback, das die Therapeuten an der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Trier erhielten, zurückzuführen. Eine interessante Forschungsfrage für die Zukunft könnte daher sein, ob sich die Raten der Patienten mit Sudden Gains und Sudden Losses unterscheiden in Abhängigkeit davon, ob die Ergebnisse der kontinuierlichen Verlaufsmessungen als aufbereitetes Feedback an die Therapeuten zurückgemeldet werden oder nicht.

Studie 2 konnte zudem zeigen, dass sich die hohen außertherapeutischen Belastungen auch in den Berichten der Patienten bereits unmittelbar vor einer plötzlichen Symptomverschlechterung zeigen. Offenkundig treten die Belastungen also nicht erst infolge der Symptomverschlechterung auf, könnten sich möglicherweise aber dadurch verschärfen. Die Rolle der therapeutischen Allianz hingegen ist nicht vollständig klar. Sudden-Gain- und Sudden-Loss-Sitzungen unterschieden sich nicht in der Häufigkeit oder Stärke von Brüchen in der therapeutischen Allianz. Allerdings gingen die Therapeuten mit auftretenden Beziehungsbrüchen, die Sudden Gains vorausgingen, deutlich anders um als Therapeuten vor Sudden Losses.

So reagierten Therapeuten in Sudden-Loss-Sitzungen auf vermeidenden Rückzug ihrer Patienten viel stärker mit Verantwortungsübernahme und Rechtfertigungen der defensiven Haltung des Patienten. Sie setzten die Beziehungsprobleme stärker in einen größeren interpersonellen Kontext oder teilten ihr inneres Erleben der Therapiebeziehung, während Therapeuten in Sudden-Gain-Sitzungen verstärkt Missverständnisse klärten und nur bei Konfrontationsbrüchen explizit die Verantwortung für Beziehungsprobleme übernahmen. Zudem erläuterten sie häufiger das Behandlungsrational und änderten das therapeutische Vorgehen und Formulierungen.

Es scheint daher eine interessante Option zu sein, Therapeuten speziell im Erkennen und Bearbeiten von Beziehungsbrüchen zu schulen. Zusätzlich könnten ihnen mithilfe von Feedback-System und Clinical Support Tools im Falle drohender Sudden Losses frühzeitig Vorschläge gemacht werden, wie sie mit konkreten Beziehungsproblemen umgehen könnten. Die Rate diskontinuierlicher Verläufe bei diesen Therapeuten könnte dann mit den Raten anderer Therapeuten verglichen werden.

Fraglich ist, inwieweit die Betrachtung von Allianzbrüchen hilfreich für die Erklärung und Vorhersage von Sudden Gains ist. Zwar bieten erfolgreich bewältigte Allianzbrüche durchaus

die Gelegenheit für hilfreiche Lernerfahrungen. Jedoch ist zu bezweifeln, ob die Brüche in der therapeutischen Beziehung bereits so früh in der Behandlung auftreten. Es ist denkbar, dass Allianzbrüche und deren Reparatur eher für die Vermeidung negativer Verläufe hilfreich sind. ob sie zur Erklärung früher therapeutischer Veränderungen tauglich sind, ist hingegen fraglich. Wie Studie 3 zeigt, ist die isolierte Betrachtung des Beziehungsverhaltens des Therapeuten wenig hilfreich. Die Frage ist, ob es bestimmten Therapeuten oder Dyaden gelingt, besonders früh in der Therapie Hoffnung, Sinnerleben und Zuversicht induzieren und entwickeln zu können und wie ihnen dies gelingt. Interessant könnte hier die Untersuchung von Passungen im interpersonalen Stil oder im Interaktionsverhalten zwischen Therapeut und Patient sein. Dabei besteht allerdings das Problem, dass Selbstauskünfte zum interpersonalen Stil von Therapeuten nur kaum valide zu erheben sein dürften. Insofern wären hierfür möglicherweise Ratings des interpersonalen Stils von Therapeut und Patient durch externe Beobachter interessant. Auch die audiovisuelle Auswertung der sprachlichen Übereinstimmung und Ähnlichkeit von Körperhaltungen mithilfe von Computerprogrammen könnten hier möglicherweise interessante Perspektiven eröffnen.

Literaturverzeichnis

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (2), 171.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 (1), 1–33.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J. & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80 (1), 93–101.
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E., Geyer, M. & Kachele, H. (2000). Die Methode des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort". *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48 (2), 151–171.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy. Principles and Application*: New York: Ronald Press.
- Anderson, T., Ogles, Benjamin M, Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (7), 755–768.
- Ancombe, F. J. (1956). On Estimating Binomial Response Relations. *Biometrika*, 43 (3/4), 461.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: a preliminary task analysis. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18 (6), 699–710.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C. et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 184.
- Barkham, M., Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: longitudinal assessment of personal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61 (4), 667–677.
- Beck, A. T. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

- Behnsen, E. & Bernhardt, A. (1999). *Psychotherapeutengesetz. Erläuterte Textausgabe zur Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Beutel, M. E. & Brähler, E. (2004). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 319–320.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 197.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170–189.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. In A. Horvath & L. Greenberg (Hrsg.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (S. 13–37). Wiley. Verfügbar unter citeulike-article-id:3063640
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bronisch, T., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). IDCL-P: Internationale Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV, Manual. *Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle*.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J. & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: a broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior therapy*, 37 (1), 61–68.
- Caspar, F. & Berger, T. (2008). Die Validitäten und der Wert von Forschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58 (1), 1–2.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Hrsg.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497–504.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52 (1), 685–716.
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A. & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 46 (11), 1244–1250.

- Comminos, A. & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17 (2), 230–239. Verfügbar unter <http://www.informaworld.com/10.1080/10503300600849140>
- Davies, L., Leach, C., Lucock, M., Stiles, W. B., Iveson, S. & Barkham, M. (2006). Therapists' recall of early sudden gains in routine clinical practice. *Psychology and psychotherapy*, 79 (Pt 1), 107–114.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Doane, L. S., Feeny, N. C. & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour research and therapy*, 48 (6), 555–560.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83 (4), 691–729.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance—a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 10 (4), 421–434.
- Ebel, R. L. (1951). Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*, 16 (4), 407–424.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48 (1), 43.
- Elliott, R. & Farber, B. A. (2010). Carl Rogers. Idealistic Pragmatist and Psychotherapy Research Pioneer. In L. G. Castonguay, J. Muran, L. E. Angus, J. A. Hayes, N. E. Ladany & T. E. Anderson (Hrsg.), *Bringing psychotherapy research to life. Understanding change through the work of leading clinical researchers*. American Psychological Association.
- Ellsworth, J. R., Lambert, M. J. & Johnson, J. (2006). A comparison of the Outcome Questionnaire-45 and Outcome Questionnaire-30 in classification and prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (6), 380–391.
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S. & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: an illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22 (6), 621–637.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C. & Safran, J. D. (2009). Rupture resolution rating system (3RS): Manual. *Unpublished manuscript, Beth Israel Medical Center, New York*.
- Eye, A. von. (1990). *Introduction to configural frequency analysis. The search for types and antitypes in cross-classifications*. Cambridge: University Press.
- Eye, A. von. (2002). *Configural frequency analysis. Methods, models, and applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Faber, F. R., Dahm, A., Rüger, U. & Kallinke, D. (2009). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*: Elsevier, Urban & Fischer.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 390.

- Finch, A. E., Lambert, M. J. & Schaalje, B. G. (2001). Psychotherapy quality control: the statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8 (4), 231–242.
- Fisher, R. A. (1921). On the 'probable error' of a coefficient of correlation deduced from a small sample. *Metron*, 1, 3–32. Verfügbar unter <http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/15169/1/14.pdf>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 10.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S. & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (2), 71–79. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443/a000015>
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Franke, G. H. (1995). SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis–Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz.
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2 (4), 167–173.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, 1 (1), 1–10.
- Freud, S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 23 (2), 209–240.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.-U., First, M. B. & Benjamin, L. (1997). *SKID-II: strukturiertes klinisches Interview für DMS-IV; Achse II: Persönlichkeitsstörungen; Interviewheft; eine deutschsprachige, erw. Bearb. der amer. Originalversion des SKID-II von: Michael B. First [et al.]*: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J. & Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: a comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (2), 386–393.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & Witzleben, I. von. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28–36.
- Goodman, L. A. & Kruskal, W. H. (1954). Measures of association for cross classifications*. *Journal of the American Statistical Association*, 49 (268), 732–764.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapie-Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 23, 242–267.

- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1997). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7 (1), 1–19. Verfügbar unter <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/studium/archiv/ws0607/grawe-researchinformed-1998.pdf>
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie. Verfügbar unter http://digitool.hbz-nrw.de:1801/webclient/DeliveryManager?application=DIGITOOL-3&owner=resourcediscovery&custom_att_2=simple_viewer&user=GUEST&pid=1263525
- Greenberg, J. R. (1991). *Oedipus and beyond: A clinical theory*: Harvard University Press.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*.
- Greve, W. & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtung. Eine Einführung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union. Verfügbar unter http://digitool.hbz-nrw.de:1801/webclient/DeliveryManager?pid=2280638&custom_att_2=simple_viewer
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 315–323.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of clinical psychology*, 58 (9), 1157–1172.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N. & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: a replication and extension. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (1), 59–67.
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slade, K. & Whipple, J. S. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 175–185.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K. et al. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist–client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 379–392. Verfügbar unter <http://www.informaworld.com/10.1080/10503300600702331>
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. & Beck, A. T. (2009). *Beck Depressions-Inventar. BDI II ; Manual* (2. Aufl.). Frankfurt am M: Pearson.
- Hautzinger, M., Luka, U. & Trautmann, R. D. (1985). Skala dysfunktionaler Einstellungen—Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 27.

- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19* (1), 13–29.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A. & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of consulting and clinical psychology, 74* (4), 687–697.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian journal of statistics, 65–70*.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Kordy, H. & Strauß, B. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: deutsche Version; IIP-D: Beltz-Test*.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 9–16.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 561–573.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38* (2), 139–149.
- Horwitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American psychologist, 41* (2), 159–164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology, 61* (4), 678–685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American psychologist, 51* (10), 1059–1064.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (5), 747–755.
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1* (2), 138–155. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6* (3), 295–299.

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (1), 12–19.
- Jones, E. E. (1985). Manual for the psychotherapy process Q-set. *Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.*
- Kelly, M. A. R., Cyranowski, J. M. & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour research and therapy*, 45 (11), 2563–2572.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E. & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment-related sudden gains in depression: the role of self-evaluation. *Behaviour research and therapy*, 45 (4), 737–747.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy. Empirical foundations and systems of analysis* (Modern applications of psychology). Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90 (3), 185.
- Kiesler, D. J., Goldston, C. S. & Schmidt, J. A. (1991). the check list of psychotherapy transactions-revised (CLOPT-R). *Richmond: Virginia Commonwealth University.*
- Kim, D.-M., Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16 (02), 161–172.
- Klein, M. H., Michels, J. L., Kolden, G. G. & Chisolm-Stockard, S. (2001). Congruence or genuineness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 396.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?:* University of Chicago Press.
- Krampen, G. (2002). *Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie: STEP:* Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar: PSSI; Manual:* Hogrefe.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9 (4), 469–485.
- Lambert, M. J., Bailey, R., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C. & Slade, K. (2007). *Clinical Support Tool Manual-Brief Version-40. Salt Lake City, UT: OQ Measures.*
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357–361.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1–14.

- Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Harmon, S. C. (2010). Outcome Questionnaire System (The OQ System): Development and practical applications in healthcare settings. *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*, 141–154.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L. & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 165–174.
- Lambert, M. J. & Okiishi, J. C. (1997). The Effects of the Individual Psychotherapist and Implications for Future Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 66–75.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Smart, D. W. (2003). Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (3), 288–301. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A. & Nielsen, S. L. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11 (1), 49–68.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2013a). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed,). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Lehmacher, W. (1981). A more powerful simultaneous test procedure in configural frequency analysis. *Biometrical Journal*, 23 (5), 429–436.
- Lienert, G. A. & Krauth, J. (1975). Configural frequency analysis as a statistical tool for defining types. *Educational and Psychological Measurement*, 35 (2), 231–238.
- Linehan, M. (2006). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*: CIP-Medien München.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181–1209.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Hrsg.), *Successful psychotherapy* (S. 92–116). New York: Brunner & Mazel.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S. et al. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A “Wild Card” in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (1), 95–106.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T. et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2–12.

- Luborsky, L. & Singer, B. (1976). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association* (64), 3–22.
- Lueger, R. J., Lutz, W. & Howard, K. I. (2000). The predicted and observed course of psychotherapy for anxiety and mood disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 188 (3), 127–134.
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: an application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (4), 571–577.
- Lutz, W. (2002). Patient-Focused Psychotherapy Research and Individual Treatment Progress as Scientific Groundwork for an Empirically Based Clinical Practice. *Psychotherapy Research*, 12 (3), 251–272. Verfügbar unter <http://www.informaworld.com/10.1080/713664389>
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 59 (7), 745–750.
- Lutz, W. & Böhnke, J. R. (2008). *Der "Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen" (FEP-2). Validierungen und Manual*. Trier: Univ. Trier, Fachbereich I, Psychologie.
- Lutz, W. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Psychotherapie* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Lutz, W., Böhnke, J. R. & Köck, K. (2011). Lending an Ear to Feedback Systems. Evaluation and feedback of recovery and nonresponse in psychotherapy. *Community Mental Health Journal*, 47 (3), 311–317.
- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J., Hallwachs, N., Röttger, M.-A., Jorasz, C. et al. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy Research*, 23 (1), 14–24.
- Lutz, W., Ehrlich, T. & Zaunmüller, L. (2010). Richtungen und Verfahren der Psychotherapie im Überblick 2. Neuere Positionen und Entwicklungen im Verständnis von Psychotherapie in Forschung und Praxis. In W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (1. Aufl., S. 151–171). Bern: Huber.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 32.
- Lutz, W., Schürch, E., Stulz, N., Böhnke, J. R., Schöttke, H., Rogner, J. et al. (2009). Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica*, 55 (2), 106–116.
- Lutz, W., Stulz, N., Martinovich, Z., Leon, S. & Saunders, S. M. (2009). Methodological background of decision rules and feedback tools for outcomes management in psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 502–510.

- Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E. & Berking, M. (2006). Reliabilität von Kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur Evaluation des therapeutischen Fortschritts in Psychotherapie und Psychiatrie. *Diagnostica*, 52 (1), 11–25. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1026/0012-1924.52.1.11>
- Lutz, W. & Tschitsaz, A. (2007). Plötzliche Gewinne und Verluste im Behandlungsverlauf von Angststörungen, depressiven und komorbiden Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (4), 298–308. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443.36.4.298>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68 (3), 438–450.
- McCullough, J. P. (2003). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)* (3-4): Educational Publishing Foundation.
- McNeilly, C. L. & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1 (1), 74–78.
- Murphy, C. M. & Baxter, V. A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (4), 607–619.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31 (1), 114.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98–102.
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. Aufl.). New York: Oxford University Press.
- Norton, P. J., Klenck, S. C. & Barrera, T. L. (2010). Sudden gains during cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 24 (8), 887–892.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10 (6), 361–373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (S. 270–376). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6–27.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research. Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 307–389). New York, NY: Wiley.

- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S. & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 48 (10), 946–953.
- Preacher, K. J. (2002) Calculation for the test of the difference between two independent correlation coefficients [Computer software]. Verfügbar unter <http://www.quantpsy.org/corrtest/corrtest.htm>
- Present, J., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, Mary Beth, Hearon, B., Ring-Kurtz, S., Worley, M. et al. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (1), 119–126.
- Rasch, B. (2004). *Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik* (Springer-Lehrbuch). Berlin: Springer.
- Regli, D. & Grawe, K. (2000). Der Berner Stundenbogen. *Unveröffentlichtes Manuskript. Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.*
- Rennie, D. L. (1994). Client's deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41 (4), 427–437.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory.* London: Constable.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1974). Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Hrsg.), *Operational theories of personality* (S. 421). Oxford: Brunner/Mazel.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. At last the Dodo said, "Everybody has won and all must have prizes". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3), 412–415.
- Roth, E., Heidenreich, K. & Holling, H. (1999). *Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis* (5., durchgesehene Aufl). München: R. Oldenbourg Verlag; Oldenbourg.
- Safran, J. D. & Muran, C. (2005). *Resolving therapeutic impasses.* New York, NY: Insight Media. Verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/70841859>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 447–458.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (2), 233–243.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide.* New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011a). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48 (1), 80–87.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011b). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80–87.

- Safran, J. D., Muran, J. C. & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 225–255.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 406.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1-2), 211–232.
- Safran, J. D. & Muran, J. Christopher (Autor). (2006). *Resolving therapeutic impasses* [DVD]. New York, NY: Insight Media.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*.
- Saß, H. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision - DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der 4. Auflage des "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.
- Sexton, H. C., Hembre, K. & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 471.
- Siegrist, J. & Dittmann, K.-H. (1984). Inventory of Stressful Life-Events (ILE). In J. H. Cullen (Hrsg.), *Breakdown in Human Adaptation to 'Stress'. Towards a multidisciplinary approach* (S. 251–256). Boston: Springer.
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W. & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15 (5), 287–303.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32 (9), 752–760. Verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WY2-4NP4VH3-C/2/d4b9db0b1829dd54b7745f03584f7eb9>
- Spielmanns, G. I., Masters, K. S. & Lambert, M. J. (2006). A comparison of rational versus empirical methods in the prediction of psychotherapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (3), 202–214.
- Stephenson, W. (1987). Q methodology: Interbehavioral and quantum theoretical connections in clinical psychology. In D. H. Ruben & D. J. Delprato (Hrsg.), *New ideas in therapy: Introduction to an interdisciplinary approach* (Bd. 10). Greenwood Pub Group.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S. & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 61 (2), 109.

- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J. & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (2), 298.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R. et al. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51* (1), 81.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A. et al. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of consulting and clinical psychology, 71* (1), 14–21.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *The American psychologist, 41* (2), 165–180.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P. et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 74* (2), 337–345.
- Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 67* (6), 894–904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R. & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (1), 168.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. & Shelton, R. (2007a). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (3), 404.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. & Shelton, R. (2007b). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (3), 404.
- Tang, T. Z., Luborsky, L. & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (2), 444.
- Thompson, M., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. & Alto, P. (1995). Linear and Non-linear Changes in Mood Between Psychotherapy Sessions: Implications for Treatment Outcome and Relapse Risk. *Psychotherapy Research, 5* (4), 327–336. Verfügbar unter <http://www.informaworld.com/10.1080/10503309512331331436>
- Tryon, G. S. & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research, 5* (3), 189–198.
- Tschitsaz-Stucki, A. (2008, 14. März). *Diskontinuitäten im individuellen Psychotherapieverlauf. Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen*. Dissertation, Universität. Bern.

- Tschitsaz-Stucki, A. & Lutz, W. (2009). Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen im individuellen Psychotherapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 13–23. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443.38.1.13>
- Ullrich de Muynck, R & Ullrich, R. (1977). Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß. *Testmanual EMI-B. München: Verlag J. Pfeiffer.*
- Victor, A., Elsäßer, A., Hommel, G. & Blettner, M. (2010). Wie bewertet man die p-Wert-Flut. *Dtsch Arztebl Int*, 107 (4), 50–56.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (1), 173–182.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes. *Psychological bulletin*, 122 (3), 203.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. & Brown, George S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 914.
- Weinberger, S. (2013). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (Edition sozial, 14., überarb. Aufl). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.
- Winnicott, D. W. & Khan, M. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development.* London: Hogarth Press.
- Wirtz, M. A. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen.* Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide:* Guilford Press.
- Young, J. E. (2005). *Schema Therapy Rating Scale.* Zugriff am 01.08.2014. Verfügbar unter www.schematherapy.com
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch.* Paderborn: Junfermann.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–375.

Anhang

Tabelle 26: BSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
BSI – Gesamt	1.55	1.18	1.45	1.22	3.504* N < G
BSI – Somatisierung	1.28	.83	1.10	.93	2.590
BSI – Zwanghaftigkeit	1.96	1.54	2.05	1.60	3.628* N < GL
BSI – Unsicherheit	2.03	1.68	1.90	1.59	2.674* N < G
BSI – Depressivität	2.06	1.45	1.66	1.42	5.358** N/L < G
BSI – Ängstlichkeit	1.52	1.19	1.31	1.31	1.041
BSI – Aggressivität	1.39	1.10	1.39	1.04	3.062* N < G/GL
BSI – Phob. Angst	.85	.82	1.01	.88	.271
BSI – Paran. Denken	1.58	1.19	1.44	1.24	2.104
BSI – Fremdheit	1.24	.94	1.35	1.00	2.443
BSI – Zusatz	1.55	.97	1.35	1.22	2.781* L < G

Tabelle 27: IIP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
IIP – Gesamt	1.76	1.66	1.88	1.62	2.658* N < GL
IIP – autokratisch	.96	.78	1.11	.99	.808
IIP – streitsüchtig	1.20	1.33	1.35	1.24	.301
IIP – abweisend	1.48	1.45	1.83	1.43	1.517
IIP – introvertiert	2.05	2.04	2.21	1.90	1.037
IIP – selbstunsicher	2.26	2.23	2.24	1.97	2.108
IIP – ausnutzbar	2.63	2.44	2.53	2.15	4.400* N < G
IIP – fürsorglich	2.01	1.71	2.05	1.90	.994
IIP – expressiv	1.56	1.28	1.69	1.41	1.568

Tabelle 28: OQ-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
OQ – Gesamt	3.08	2.87	3.02	2.78	4.558* N < G
OQ – Wohlbe- finden	3.28	3.01	3.15	2.91	5.164* N < G
OQ – Soz. Funktion	2.86	2.75	2.90	2.79	.671
OQ – inter- pers. Bezie- hungen	2.61	2.52	2.70	2.38	3.873* N < GL

Tabelle 29: FEP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) zu Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
FEP – Gesamt	3.22	2.88	3.02	2.85	4.048* N < G
FEP – subj. Wohlbefinden	3.74	3.31	3.45	3.30	4.504* N < G
FEP – Be- schwerden	3.30	2.89	3.05	2.88	3.361* N < G
FEP – inter- pers. Bezie- hungen	2.69	2.43	2.65	2.47	1.887
FEP – Kon- gruenz	3.39	3.05	3.13	2.96	4.214* N < G

Tabelle 30: ILE-, INK-, EMI- und DAS-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
ILE – Ereignisse	25.04	21.66	28.57	21.29	3.698* N < GL
ILE – Belastung	24.31	22.41	26.18	21.08	1.858
INK – Gesamt	3.64	3.30	3.43	3.14	6.936** N < G
INK – Annä- herung	3.82	3.47	3.64	3.32	5.702** N < G
INK – Ver- meidung	3.35	3.05	3.10	2.86	3.831* N < G
EMI – Gesamt	4.32	4.01	4.04	3.73	6.076** N < G
EMI – De- pressivität	4.33	3.97	4.02	3.71	5.702** N < G

EMI – Ängstlichkeit	4.29	4.11	4.11	3.79	4.916** N < G
DAS – Gesamt	3.59	3.19	3.49	3.20	2.410
DAS – Anerkennung	4.18	4.01	4.12	3.82	1.885
DAS – Leistung	3.29	2.79	3.12	2.86	2.155

Tabelle 31: PSSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (HSCL) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
PSSI – antisozial	.80	.67	.90	.86	.747
PSSI – paranoid	1.87	1.54	1.85	1.47	7.334** N < G/GL
PSSI – schizoid	1.51	1.43	1.60	1.31	2.158
PSSI – selbstunsicher	1.76	1.63	1.80	1.53	2.149
PSSI – zwanghaft	1.63	1.69	1.49	1.64	.419
PSSI – schizotypisch	.57	.52	.75	.56	.733
PSSI – rhapsodisch	.67	.93	.72	1.01	4.352* G < N
PSSI – narzisstisch	.82	.81	.98	.70	1.969
PSSI – negativistisch	1.48	1.28	1.51	1.26	1.881
PSSI - abhängig	1.89	1.80	1.90	1.79	.391
PSSI – borderline	1.55	1.32	1.95	1.35	5.032* L/N < GL
PSSI – histrionisch	.95	1.05	1.26	1.13	1.377
PSSI – depressiv	1.85	1.46	1.85	1.45	4.939* N < G
PSSI – selbstlos	1.51	1.17	1.41	1.22	2.400

Tabelle 32: BSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
BSI – Gesamt	1.42	1.16	1.13	1.23	1.934
BSI – Somatisierung	1.08	.52	.62	.99	2.079
BSI – Zwanghaftigkeit	1.86	1.61	1.81	1.59	1.963
BSI – Unsicherheit	1.94	1.67	1.34	1.59	3.054* N < G
BSI – Depressivität	1.73	1.47	1.51	1.45	1.682
BSI – Ängstlichkeit	1.45	1.28	1.37	1.26	1.034
BSI – Aggressivität	1.33	.97	.91	1.05	2.707* N < G
BSI – Phob. Angst	.92	.37	.76	.89	.829
BSI – Paran. Denken	1.46	1.20	.91	1.26	2.131
BSI – Fremdheit	1.17	1.30	.97	1.00	1.109
BSI – Zusatz	1.30	1.46	1.03	1.25	.503

Tabelle 33: IIP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
IIP – Gesamt	1.77	1.84	1.60	1.62	2.103
IIP – autokratisch	1.04	1.13	.73	.96	.740
IIP – streitsüchtig	1.39	1.54	1.09	1.19	1.733
IIP – abweisend	1.53	1.96	1.48	1.43	.851
IIP – introvertiert	2.04	2.33	2.08	1.90	.790
IIP – selbstunsicher	2.17	2.25	1.96	2.00	.884
IIP – ausnutzbar	2.45	2.42	2.43	2.18	1.909
IIP – fürsorglich	1.97	2.00	1.70	1.89	.517
IIP – expressiv	1.55	1.13	1.22	1.42	1.269

Tabelle 34: OQ-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
OQ – Gesamt	2.99	3.02	2.88	2.78	3.474* N < G
OQ – Wohlbefinden	3.16	3.13	3.02	2.91	3.662* N < G
OQ – Soz. Funktion	2.94	2.93	2.81	2.73	2.187
OQ – inters. pers. Beziehungen	2.54	2.72	2.45	2.40	1.432

Tabelle 35: FEP-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
FEP – Gesamt	3.10	2.91	3.01	2.82	3.963* N < G
FEP – subj. Wohlbefinden	3.60	3.17	3.54	3.25	5.296**
FEP – Beschwerden	3.12	2.88	3.07	2.87	2.099
FEP – inters. pers. Beziehungen	2.67	2.76	2.44	2.42	3.344* N < G
FEP – Kongruenz	3.25	2.95	3.14	2.94	3.964* N < G

Tabelle 36: ILE-, INK-, EMI- und DAS-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
ILE – Ereignisse	24.07	26.00	21.50	21.71	.994
ILE – Belastung	23.64	21.50	19.89	21.59	.764
INK – Gesamt	3.45	3.37	3.39	3.13	4.485* N < G
INK – Annäherung	3.63	3.47	3.63	3.31	4.403* N < G
INK – Vermeidung	3.18	3.21	3.06	2.85	2.834* N < G
EMI – Gesamt	4.13	3.75	4.17	3.72	5.321** N < G
EMI – Depressivität	4.14	3.76	4.18	3.68	5.404** N < G

EMI – Ängstlichkeit	4.16	3.72	4.15	3.79	3.873* N < G
DAS – Gesamt	3.34	3.76	2.92	3.28	1.334
DAS – Anerkennung	3.95	4.02	3.90	3.94	.048
DAS – Leistung	3.01	3.57	2.48	2.94	1.626

Tabelle 37: PSSI-Status (Mittelwerte) der Patientengruppen (STDB) bei Behandlungsbeginn.

Skala	Gain (G)	Loss (L)	Gain-Loss (GL)	Neutral (N)	F
PSSI – antisozial	.85	.79	.98	.82	.199
PSSI – paranoid	1.72	1.50	1.60	1.49	2.754* N < G
PSSI – schizoid	1.38	1.83	1.63	1.35	1.481
PSSI – selbstunsicher	1.73	1.92	1.38	1.62	2.486
PSSI – zwanghaft	1.66	1.88	1.38	1.62	.777
PSSI – schizotypisch	.57	.17	.50	.60	.925
PSSI – rhapsodisch	.84	.67	.48	1.00	3.485* GL < N
PSSI – narzisstisch	.82	.79	.63	.73	.666
PSSI – negativistisch	1.43	1.17	.80	1.30	2.908* GL < G
PSSI - abhängig	1.90	1.58	1.47	1.80	1.432
PSSI – borderline	1.60	1.50	1.38	1.35	1.957
PSSI – histriionisch	1.12	.83	.98	1.12	.509
PSSI – depressiv	1.73	1.63	1.23	1.47	2.985* N < G
PSSI – selbstlos	1.31	1.46	1.35	1.25	.290

Tabelle 38: KFA Patientengruppe (HSCL) x Geschlecht.

	Patiententyp HSCL	Geschlecht	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ardresiduen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	männlich	6	9.987	-1.262	.1035	-1.443	.0745	.0100	-
2	Gain-Loss	weiblich	22	18.013	.939	.1737	.968	.1666	.0167	-
3	Gain	männlich	10	17.121	-1.721	.0426	-1.770	.0384	.0071	-
4	Gain	weiblich	38	30.879	1.281	.1000	1.350	.0886	.0125	-
5	Loss	männlich	9	11.414	-.715	.2374	-.728	.2333	.0250	-
6	Loss	weiblich	23	20.586	.532	.2973	.550	.2910	.0500	-
7	Neutral	männlich	87	73.478	1.578	.0573	1.802	.0357	.0063	-
8	Neutral	weiblich	119	132.522	-1.175	.1201	-1.545	.0612	.0083	-

Tabelle 39: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung.

	Patiententyp HSCL	Persönlichkeits- akzentuierung	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ardresiduen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	ja	18	18.112	-.026	.4895	-.027	.4891	.0500	-
2	Gain-Loss	ja	4	3.888	.057	.4773	.057	.4771	.0167	-
3	Gain	nein	34	35.402	-.236	.4069	-.254	.3996	.0083	-
4	Gain	ja	9	7.598	.508	.3056	.332	.3699	.0071	-
5	Loss	nein	22	22.229	-.049	.4806	-.051	.4797	.0250	-
6	Loss	ja	5	4.771	.105	.4583	.106	.4579	.0125	-
7	Neutral	nein	131	129.257	.153	.4391	.221	.4125	.0100	-
8	Neutral	ja	26	27.743	-.331	.3704	-.351	.3628	.0063	-

Tabelle 40: KFA Patientengruppe (HSCL) x Diagnose-Gruppe

	Patiententyp HSCL	Diagnose- Gruppe	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	Affektive Störung	13	9.987	.953	.1702	.808	.2095	.0071	-
2	Gain-Loss	Angststörung	1	5.261	-1.858	.0316	-2.093	.0182	.0031	-
3	Gain-Loss	Depression & Angst	9	7.045	.737	.2306	.555	.2896	.0100	-
4	Gain-Loss	sonstige Störungen	5	5.707	-.296	.3836	-.510	.3051	.0125	-
5	Gain	Affektive Störung	24	17.121	1.662	.0482	1.710	.0437	.0033	-
6	Gain	Angststörung	5	9.019	-1.338	.0904	-1.527	.0634	.0038	-
7	Gain	Depression & Angst	13	12.076	.266	.3952	.271	.3932	.0250	-
8	Gain	sonstige Störungen	6	9.783	-1.210	.1132	-1.391	.0821	.0045	-
9	Loss	Affektive Störung	13	11.414	.469	.3194	.478	.3162	.0167	-
10	Loss	Angststörung	10	6.013	1.626	.0520	1.436	.0755	.0042	-
11	Loss	Depression & Angst	5	8.051	-1.075	.1411	-1.268	.1024	.0050	-
12	Loss	sonstige Störungen	4	6.522	-.988	.1617	-1.196	.1159	.0056	-
13	Neutral	Affektive Störung	62	73.478	-1.339	.0903	-1.530	.0630	.0036	-
14	Neutral	Angststörung	43	38.707	.690	.2451	.737	.2306	.0083	-
15	Neutral	Depression & Angst	52	51.828	.024	.4905	.026	.4896	.0500	-
16	Neutral	sonstige Störungen	49	41.987	1.082	.1396	1.163	.1225	.0063	-

Tabelle 41: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.

	Patiententyp HSCL	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster A	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	21	21.382	-.083	.4671	-.086	.4656	.0250	-
2	Gain-Loss	ja	1	.618	.485	.3138	.486	.3136	.0083	-
3	Gain	nein	43	41.791	.187	.4258	.205	.4188	.0125	-
4	Gain	ja	0	1.209	-1.099	.1358	-1.102	.1352	.0071	-
5	Loss	nein	25	26.241	-.242	.4043	-.256	.3989	.0100	-
6	Loss	ja	2	.759	1.424	.0772	1.427	.0769	.0063	-
7	Neutral	nein	153	152.586	.033	.4866	.054	.4785	.0500	-
8	Neutral	ja	4	4.414	-.197	.4220	-.199	.4213	.0167	-

Tabelle 42: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster B.

	Patiententyp HSCL	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster B	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	19	19.968	-.217	.4143	-.226	.4107	.0125	-
2	Gain-Loss	ja	3	2.032	.679	.2486	.682	.2477	.0063	-
3	Gain	nein	38	39.028	-.165	.4346	-.179	.4289	.0250	-
4	Gain	ja	5	3.972	.516	.3030	.520	.3015	.0071	-
5	Loss	nein	25	24.506	.100	.4603	.105	.4582	.0500	-
6	Loss	ja	2	2.494	-.313	.3772	-.314	.3766	.0100	-
7	Neutral	nein	144	142.498	.126	.4499	.192	.4237	.0167	-
8	Neutral	ja	13	14.502	-.394	.3466	-.406	.3422	.0083	-

Tabelle 43: KFA Patientengruppe (HSCL) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.

	Patiententyp HSCL	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster C	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	22	20.145	.413	.3397	.431	.3332	.0083	-
2	Gain-Loss	ja	0	1.855	-1.362	.0866	-1.367	.0858	.0063	-
3	Gain	nein	39	39.373	-.060	.4763	-.065	.4741	.0250	-
4	Gain	ja	4	3.627	.196	.4223	.198	.4217	.0125	-
5	Loss	nein	25	24.723	.056	.4778	.059	.4766	.0500	-
6	Loss	ja	2	2.277	-.184	.4271	-.184	.4268	.0167	-
7	Neutral	nein	142	143.759	-.147	.4417	-.226	.4107	.0100	-
8	Neutral	ja	15	13.241	.483	.3144	.497	.3097	.0071	-

Tabelle 44: KFA Patientengruppe (STDB) x Geschlecht.

	Patiententyp STDB	Geschlecht	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Both	männlich	4	6.420	-.955	.1697	-1.165	.1221	.0125	-
2	Both	weiblich	14	11.580	.711	.2385	.725	.2343	.0167	-
3	Gain	männlich	26	36.739	-1.772	.0382	-1.885	.0297	.0063	-
4	Gain	weiblich	77	66.261	1.319	.0935	1.485	.0687	.0083	-
5	Loss	männlich	3	2.140	.588	.2783	.590	.2777	.0250	-
6	Loss	weiblich	3	3.860	-.438	.3308	-.440	.3298	.0500	-
7	None	männlich	79	66.701	1.506	.0660	1.697	.0449	.0071	-
8	None	weiblich	108	120.299	-1.121	.1311	-1.428	.0767	.0100	-

Tabelle 45: Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung.

	Patiententyp STDB	Persönlichkeits- akzentuierung	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	14	13.996	.001	.4996	.001	.4996	.0500	-
2	Gain-Loss	ja	3	3.004	-.002	.4991	-.002	.4991	.0250	-
3	Gain	nein	72	75.743	-.430	.3336	-.516	.3031	.0083	-
4	Gain	ja	20	16.257	.928	.1766	.960	.1685	.0063	-
5	Loss	nein	5	4.940	.027	.4892	.027	.4891	.0167	-
6	Loss	ja	1	1.060	-.059	.4767	-.059	.4766	.0125	-
7	Neutral	nein	114	110.321	.350	.3631	.469	.3194	.0100	-
8	Neutral	ja	20	23.679	-.756	.2248	-.795	.2134	.0071	-

Tabelle 46: Patientengruppe (STDB) x Diagnose-Gruppe.

	Patiententyp STDB	Diagnose- Gruppe	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	Affektive Störung	10	6.420	1.413	.0789	1.228	.1097	.0038	-
2	Gain-Loss	Angststörung	3	3.382	-.208	.4177	-.209	.4173	.0125	-
3	Gain-Loss	Depression & Angst	2	4.529	-1.188	.1174	-1.197	.1157	.0045	-
4	Gain-Loss	sonstige Störungen	3	3.669	-.349	.3635	-.351	.3627	.0083	-
5	Gain	Affektive Störung	46	36.739	1.528	.0633	1.626	.0520	.0033	-
6	Gain	Angststörung	17	19.354	-.535	.2963	-.552	.2904	.0071	-
7	Gain	Depression & Angst	25	25.914	-.180	.4288	-.187	.4257	.0250	-
8	Gain	sonstige Störungen	15	20.994	-1.308	.0954	-1.354	.0878	.0036	-
9	Loss	Affektive Störung	2	2.140	-.096	.4618	-.096	.4617	.0500	-
10	Loss	Angststörung	0	1.127	-1.062	.1442	-1.064	.1437	.0056	-
11	Loss	Depression & Angst	3	1.510	1.213	.1125	1.216	.1120	.0042	-
12	Loss	sonstige Störungen	1	1.223	-.202	.4201	-.202	.4200	.0167	-
13	Neutral	Affektive Störung	54	66.701	-1.555	.0600	-1.752	.0399	.0031	-
14	Neutral	Angststörung	39	35.137	.652	.2573	.692	.2446	.0063	-
15	Neutral	Depression & Angst	49	47.048	.285	.3880	.309	.3788	.0100	-
16	Neutral	sonstige Störungen	45	38.115	1.115	.1324	1.190	.1171	.0050	-

Tabelle 47: KFA Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster A.

	Patiententyp STDB	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster A	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	17	16.522	.118	.4532	.122	.4516	.0250	-
2	Gain-Loss	ja	0	.478	-.691	.2447	-.692	.2445	.0071	-
3	Gain	nein	88	89.414	-.150	.4406	-.187	.4259	.0125	-
4	Gain	ja	4	2.586	.879	.1897	.884	.1884	.0063	-
5	Loss	nein	6	5.831	.070	.4722	-.139	.4448	.0167	-
6	Loss	ja	0	.169	-.411	.3406	-.411	.3406	.0083	-
7	Neutral	nein	131	130.233	.067	.4732	.097	.4612	.0500	-
8	Neutral	ja	3	3.767	-.395	.3463	-.398	.3452	.0100	-

Tabelle 48: KFA Patientengruppe (STDB) x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster B.

	Patiententyp STDB	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster B	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	14	15.430	-.364	.3579	-.376	.3535	.0167	-
2	Gain-Loss	ja	3	1.570	1.141	.1269	1.145	.1262	.0063	-
3	Gain	nein	81	83.502	-.274	.3921	-.336	.3685	.0250	-
4	Gain	ja	11	8.498	.858	.1954	.699	.2423	.0100	-
5	Loss	nein	6	5.446	.237	.4061	.023	.4906	.0500	-
6	Loss	ja	0	.554	-.744	.2283	-.745	.2280	.0083	-
7	Neutral	nein	125	121.622	.306	.3797	.428	.3343	.0125	-
8	Neutral	ja	9	12.378	-.960	.1685	-.985	.1624	.0071	-

Tabelle 49: KFA Patientengruppe STDB x Persönlichkeitsakzentuierung Cluster C.

	Patiententyp STDB	Persönlichkeits- akzentuierung Cluster C	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	nein	17	15.566	.363	.3582	.375	.3537	.0167	-
2	Gain-Loss	ja	0	1.434	-1.197	.1156	-1.201	.1149	.0063	-
3	Gain	nein	82	84.241	-.244	.4036	-.300	.3820	.0250	-
4	Gain	ja	10	7.759	.805	.2106	.635	.2627	.0083	-
5	Loss	nein	5	5.494	-.211	.4165	-.429	.3340	.0100	-
6	Loss	ja	1	.506	.694	.2437	.695	.2435	.0071	-
7	Neutral	nein	124	122.699	.117	.4532	.165	.4345	.0500	-
8	Neutral	ja	10	11.301	-.387	.3494	-.396	.3460	.0125	-

Tabelle 50: KFA Patientengruppe (HSCL) x Patientengruppe (STDB).

	Patiententyp HSCL	Patiententyp STDB	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Stand- ard-residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	Gain-Loss	Gain-Loss	2	1.605	.312	.3776	.313	.3773	.0250	-
2	Gain-Loss	Gain	12	9.185	.929	.1765	.775	.2191	.0100	-
3	Gain-Loss	Loss	1	.535	.636	.2625	.636	.2623	.0125	-
4	Gain-Loss	Neutral	13	16.675	-.900	.1841	-.925	.1775	.0083	-
5	Gain	Gain-Loss	5	2.752	1.355	.0876	1.361	.0867	.0056	-
6	Gain	Gain	26	15.745	2.584	.0049	2.652	.0040	.0031	-
7	Gain	Loss	0	.917	-.958	.1691	-.959	.1688	.0071	-
8	Gain	Neutral	17	28.586	-2.167	.0151	-2.273	.0115	.0038	-
9	Loss	Gain-Loss	5	1.834	2.337	.0097	2.344	.0095	.0036	-
10	Loss	Gain	11	10.497	.155	.4383	.158	.4372	.0500	-
11	Loss	Loss	2	.611	1.776	.0379	1.777	.0377	.0045	-
12	Loss	Neutral	14	19.057	-1.158	.1233	-1.195	.1160	.0063	-
13	Neutral	Gain-Loss	6	11.809	-1.690	.0455	-1.723	.0424	.0050	-
14	Neutral	Gain	54	67.573	-1.651	.0494	-1.864	.0312	.0042	-
15	Neutral	Loss	3	3.936	-.472	.3185	-.475	.3174	.0167	-
16	Neutral	Neutral	143	122.682	1.834	.0333	2.350	.0094	.0033	-

Tabelle 51: KFA Sudden Gains (HSCL) x Sudden Gains (STDB).

	Sudden Gains HSCL	Sudden Gains STDB	Beobachtete Häufigkeit	Erwartete Häufigkeit	Standard- residuen	p der Standard- residuen	Teststatistik nach von Eye	p nach von Eye	Alpha- Niveau nach Holm- Korrektur	Typen nach Krauth
1	nein	nein	162	146.287	1.299	.0969	1.778	.0377	.0500	Typ
2	nein	ja	76	91.713	-1.641	.0504	-1.950	.0256	.0250	-
3	ja	nein	31	46.713	-2.299	.0108	-2.492	.0064	.0167	Antityp
4	ja	ja	45	29.287	2.904	.0018	3.049	.0011	.0125	Typ

Ratertraining 3RS

Rupture Resolution Rating



Programm I

- Organisatorisches zum Rating
- Hinweise zum Rating: Beurteilungsfehler
- Erhebung von Life Events
- Einführung in das Konzept der Alliance Rupture (Resolution)
- Safran J.D. & Muran J.C. (2006). Resolving Therapeutic Impasses. Educational DVD 1: Metacommunication. Santa Cruz: Customfix.
- Nachbesprechung des Videos und Klärung offener Fragen zum Konzept

Programm II

- Vorgehen beim Rating (Schema)
- Durchsprechen der Items:
 - Bruchmarker
 - Auflösungsstrategien
 - Patientenreaktionen
- Kurze Wiederholung, offene Fragen
- Safran & Muran: Resolving Therapeutic Impasses, DVD 2: Rupture Resolution Processes
- Bearbeiten offener Fragen
- Dysfunktionale Reaktionen von Therapeuten

Programm III

- Sequentielles Üben (10-Minuten-Intervalle) anhand einer VT-Aufzeichnung im Plenum mit anschließendem Vergleich und Diskussion
- Sequentielles Üben in Kleingruppen mit Diskussionen in der Gruppe und abschließender Abstimmung
- Globales Üben in Kleingruppen mit Diskussion und abschließender Abstimmung
- Besprechen von Schwierigkeiten und Lösungen

Das Rating

- Grundsätzlich:
 - Kein Video verlässt die Abteilung!
 - Kein Video wird in einem unverschlossenen Raum zurückgelassen!
 - Kein Video wird in irgendeiner Art und Weise kopiert oder konvertiert!
- Videos werden persönlich abgeholt (mit Listeneintrag) und wieder abgegeben (mit Gegenzeichnung)

Ethik

- Sobald Sie bemerken, dass Sie eine auf dem Video sichtbare Person (Pat. oder Bezugsperson) erkennen, brechen Sie sofort ab und melden dies unverzüglich der Projektleitung!
- Sofern Sie von Freunden oder Bekannten wissen, die hier in Behandlung sind, melden Sie dies unverzüglich (sofern möglich) unter Angabe von Behandler und Diagnose.

Schweigepflicht

- Es wird außer mit den am Projekt beteiligten Mitarbeitern der Abteilung mit niemandem über die Inhalte der Videos gesprochen.
- Es finden Gruppentreffen im Abstand von maximal einer Woche statt, in denen ein Austausch über die Inhalte der Videos stattfinden kann. Diese finden unter der Leitung von T. Ehrlich und einem Kollegen statt.

Beobachtungsfehler I

- Fehlerquellen bei der „Menschenbeurteilung“:
 - Halo-Effekt (zentrale Eigenschaft überstrahlt andere)
 - Tendenz zur Mitte (Extremwertscheu)
 - Milde-Effekt (negative Extreme werden vermieden)
 - Sequenz-Effekt (Reihenfolge beeinflusst Anker, Beispiel: Vet-Prüfung)
 - Kontrast-Effekt (ähnlich wie Seq.-Eff., aber negativ)

Beobachtungsfehler II

- Projektionseffekt (eigene schlechte Eigenschaften aufs Gegenüber projiziert)
- Übertragungseffekt (analog zur Psychoanalyse)
- Vorurteils-Effekt
- Bezugssystem- bzw. Anker-Effekt (kontextuelle Ankerpunkte, die Beurteiler über die Lebensspanne erworben hat)
- Unangemessene Kausalattribution (internal vs. external)
- Rosenthal-Effekt

Externe Life Events

- Können positiv oder negativ sein
- Werden i.d.R. am Anfang der Sitzung erfragt („Gab es in der vergangenen Woche irgend etwas, was besonders gut oder schlecht gelaufen ist?“)
- Sollen zunächst qualitativ erfasst werden (stichwortartig):
 - **Was ist passiert?**
 - **Welche Valenz?** (Scheidung pos. od. neg. möglich)
 - **Welchen Einfluss?** (0 gar keinen, 1 mittelmäßigen, 2 sehr starken)

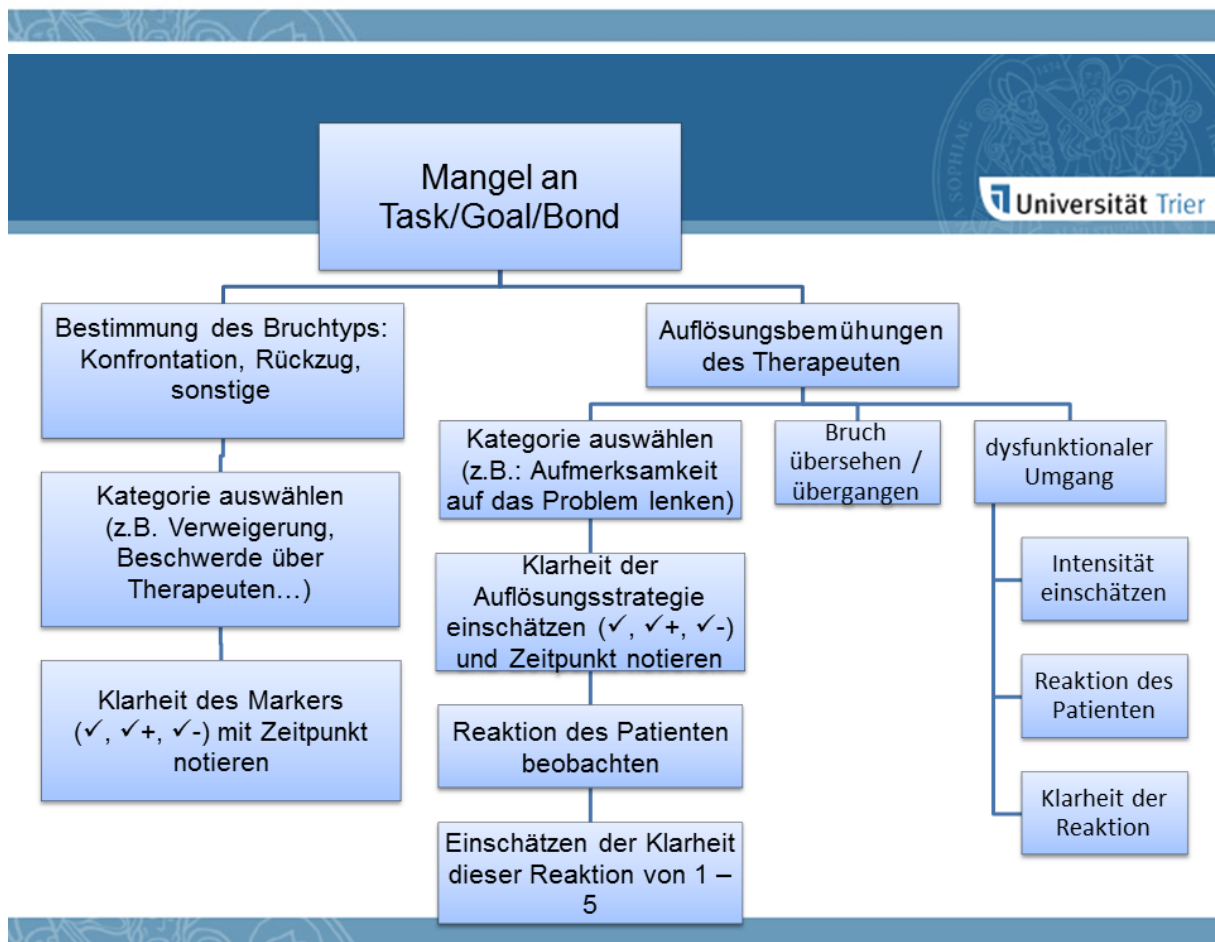
Life Events

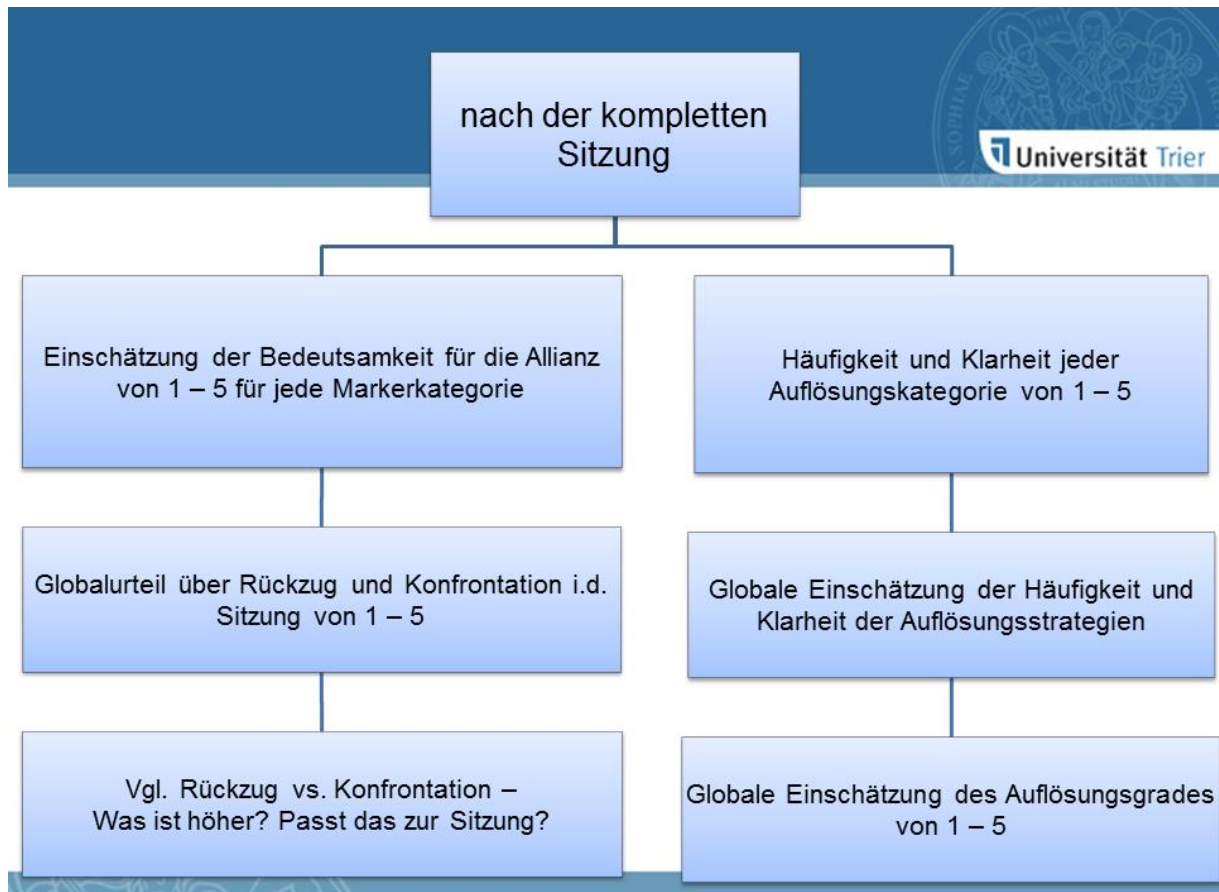
- Bitte nur die während der ersten 15 Minuten der LE-Sitzung erfassen!
- Qualitative Aussagen werden in der Gruppe kategorisiert werden

Rupture Resolution Rating

- Grundlage ist Bordins Konzept (1979):
 - task, goal, bond
- Fokus des Manuals liegt eher auf Mangel an Zusammenarbeit und bei Patientenverhalten
- Brüche sind nicht unbedingt vermeidbar und können jedem Therapeuten in jeder Therapie passieren (auch guten und erfahrenen Th.!)
- Brüche müssen weder Patient noch Therapeut bewusst sein.

- Grundsätzliche Unterscheidung zwischen Rückzugs- und Konfrontationsbrüchen (Harper, 1989) plus Kategorie „sonstige“
- Fokus des Manuals liegt eher auf Patientenverhalten (zumindest was die Bruch-Marker anbelangt)





Vorgehen: Sitzung anschauen

- Videoaufnahme der ganzen Sitzung anschauen
- nonverbale Kommunikation beachten
- Das Video anhalten oder zurückspulen, wenn etwas vervollständig werden muss.
- Das Video kann bei Bedarf auch ein zweites Mal angeschaut werden
 - Kann sehr hilfreich sein, wenn man das Gefühl hat, etwas verpasst zu haben (z.B. einen subtilen Rückzug)

Vorgehen: Brüche beobachten

- Brüche sind Verschlechterungen der Allianz in Form eines Mangels an Zusammenarbeit bzgl. Goals und Tasks oder an emotional bond
- Patient wendet sich entweder *ab* (Rückzug) vom Therapeuten oder *gegen* ihn (Konfrontation)
- Bruch klingt schwerwiegend, kann aber auch eine kleinere Spannung sein

Indikatoren für Brüche

- Patient und Therapeut arbeiten *nicht* gemeinschaftlich und produktiv zusammen. Sie sind nicht "auf der gleichen Wellenlänge".
- Zwischen Patient und Therapeut gibt es Belastungen, Spannungen oder Verlegenheit.
- Patient und Therapeut sind nicht richtig aufeinander eingestimmt oder nicht richtig eingespielt.
- Patient und Therapeut scheinen distanziert zu sein.
- Patient und Therapeut arbeiten an entgegen gesetzten Zielen.
- Patient und Therapeut verhalten sich freundlich, aber man spürt Spannung und Nichtübereinstimmung, sodass die Freundlichkeit eine Pseudoallianz zu sein scheint.
- Patient und Therapeut scheinen in einem Teufelskreis oder einer Inszenierung verfangen.
- **Kodierungshinweis: Langweilt einen die Sitzung erheblich, deutet das auf einen Rückzugsbruch hin!**

Vorgehen: Bruchtyp auswählen

- Rückzug: Der Patient wendet sich vom Therapeuten ab oder ihm zu, wobei er seine eigene Erfahrung oder Wahrnehmung leugnet.
- Konfrontation: Der Patient wendet sich gegen den Therapeuten.
- Mischung aus Rückzug und Konfrontation: Der Patient wendet sich gleichzeitig vom Therapeuten ab als auch ihm zu.
 - *Zum Beispiel gibt der Patient eine kurze, einsilbige Antwort auf die Bemühungen des Therapeuten, die Erfahrungen des Patienten zu explorieren und zu verstehen (Rückzug, minimale Antwort). Zusätzlich ist diese minimale Antwort in einem ablehnenden, den Therapeuten nachahmenden Ton gesprochen (Konfrontation, Patient weist die Intervention des Therapeuten zurück).*
- Sonstiges: ein Bruch, der nicht in die obengenannten Kategorien passt. Tritt nie bis selten auf.

Vorgehen: Bruchmarker auswählen

- Das Kodieren ist nicht durch sprachliche Wendungen begrenzt: eine einzige Wendung kann vielfältige "Bruch-Marker" enthalten.
 - Beispiel: Patient: „*Ich mag diese lächerliche Hausaufgabe nicht und ich mag es nicht, wie Sie mich andauernd vollnörgeln, sie zu machen.*“

Diese eine Wendung beinhaltet zwei "Bruch-Marker" und sollte zwei Konfrontationskodes bekommen (Beschwerde über Aktivitäten und Beschwerde über den Therapeuten).

Vorgehen: Bruchmarker auswählen

- Allerdings sollte man es vermeiden, einem einzigen Verhalten mehrere Kodierungen zu geben. Zum Beispiel:
 - Beispiel: Patient: „*Ich mag das nicht.*“
- Diese Äußerung ist ein einzelnes Patientenverhalten und sollte eine Kodierung erhalten. Die angemessene Kodierung hängt davon ab, auf was sich diese bezieht - zum Beispiel könnte es einen Bezug zu den Aktivitäten in der Therapie oder auch zu den Rahmenbedingungen der Therapie geben. Die Rater müssen entscheiden, welche dieser zwei Optionen besser passt - sie sollten keinesfalls beide kodieren.

Vorgehen: Bruchmarker auswählen

- Die einzige Ausnahme von dieser Regel besteht dann, wenn ein einziges Verhalten sowohl Rückzugs- als auch Konfrontationselemente enthält.
 - Beispiel: Therapeut: „*Können Sie mir mehr darüber erzählen?*“ Patient (spöttisch): „*Nein!*“ (Patient wird ruhig).
- Das Patientenverhalten ("Nein!") enthält Elemente des Rückzugs (minimale Antwort) und der Konfrontation (Patient weist die Therapeutenintervention zurück).
- Dieses Verhalten bekommt beide Kodierungen.

Klarheit des Bruchmarkers einschätzen

- ✓+ Ein sehr klares Bilderbuch-Beispiel eines Markers
- ✓ Ein solides Beispiel eines Markers.
- ✓- Ein schwaches oder irgendwie unklares Beispiel eines Markers

Bedeutsamkeit des Markers für Allianz Globalurteil

- In welchem Umfang beschädigten diese Marker die Allianz oder offenbarten sie Verschlechterungen in der Allianz?

Rating	Signifikanz für die Allianz
1	Brüche <i>traten nicht auf</i> , keine Signifikanz für die Allianz.
2	Brüche <i>können aufgetreten sein</i> (z. B. schwache Beispiele), mögliche, aber unklare Signifikanz für die Allianz.
3	Brüche sind <i>aufgetreten</i> , klare Signifikanz für die Allianz.
4	Brüche sind <i>aufgetreten</i> , <i>sehr klare Signifikanz</i> für die Allianz.
5	Brüche sind <i>aufgetreten</i> , <i>bedeutende Signifikanz</i> für die Allianz.

AUFLÖSUNG

Vorgehen: Auflösung beobachten

- Wenn ein Bruch repariert oder aufgelöst wird, gibt es eine Wendung in eine positive Richtung.
- Vorher: Patient und Therapeut festgefahren oder in einem Teufelskreis gefangen, treiben auseinander oder arbeiten gegeneinander
- Jetzt: Fangen nun an sich anzunähern, einander zu verstehen und miteinander zu arbeiten.
- **Kodierungshinweis: Nicht jedem Bruch folgt eine Auflösung! Nicht jeder Auflösung geht unmittelbar ein Bruch voraus!**

Vorgehen: Auflösung beobachten

- Um für eine Sitzung einen Auflösungsmarker festzustellen, *muss er im Kontext eines Bruches stehen.*
- Der Therapeut kann sich auf einen Bruch beziehen, der in einer der vorangegangenen Sitzungen oder früher in derselben Sitzung lag, und erst später den Auflösungsversuch unternehmen.
- Ohne Bruch, keine Auflösung!
- Therapeuten können Interventionen, die in der Liste von Auflösungsstrategien aufgezählt sind, auch außerhalb des Kontext eines Bruches verwenden (z. B. ein Therapeut entscheidet sich, Aufgaben zu ändern, aber nicht als Reaktion auf ein Bedenken oder eine Beschwerde des Patienten).
 - **Diese sollten aber nicht als Auflösungsmarker kodiert werden.**

Auflösungsstrategie auswählen

- Analog zu den „Bruchmarkern“ ist die Kodierung nicht begrenzt auf Wortwechsel oder Redeanteile
- Ein einziges Verhalten sollte nur einmal kodiert werden:
 - Beispiel: Therapeut: „*Es macht durchaus Sinn, dass Sie jetzt frustriert von mir sind. Ich glaube, ich bin nicht sensibel genug für Ihre Bedenken bezüglich der Hausaufgaben gewesen.*“
- Die Antwort des Therapeuten enthält zwei Auflösungsmarker (Rechtfertigung der defensiven Haltung des Patienten und Anerkennen der Verantwortung für das Beziehungsproblem).

Vorgehen: Klarheit der Auflösung

- 3stufig analog zur Einschätzung bei Bruchmarkern

Vorgehen: Reaktion des Patienten

- **Bei Rückzugsbrüchen** ziehen die Patienten sich eher zurück anstatt ihre Wünsche oder Bedürfnisse dem Therapeuten gegenüber klar auszudrücken.
- Die Auflösung eines Rückzugsbruches beinhaltet es, dem Patienten zu helfen, seine Wünsche und Bedürfnisse in direkter Art durchzusetzen.
- Dieser Prozess fällt unter den Auflösungsmarker „Der Patient kommuniziert auf direkte, nicht angreifende und nicht herabsetzende Weise, was er vom Therapeuten möchte oder nicht möchte.“

Vorgehen: Reaktion des Patienten

- **Bei Konfrontationsbrüchen** benehmen sich die Patienten sehr bestimmend, wenn sie Beschwerden zum Ausdruck bringen, um Gefühle der Verletzlichkeit zu vermeiden.
- Die Auflösung eines Konfrontationsbruches beinhaltet es, dem Patienten dabei zu helfen, einen Zugang zu verletzlichen Gefühlen zu finden und einen Wunsch oder ein Bedürfnis nach Intimität und Unterstützung zuzulassen.
- Dieser Prozess fällt unter den Auflösungsmarker „Der Patient tritt in Kontakt mit verletzlichen Gefühlen, die mit der Beziehung zum Therapeuten im Zusammenhang stehen, oder drückt einen Wunsch oder ein Bedürfnis aus, vom Therapeuten umsorgt zu werden.“

Häufigkeit von Auflösungsmarkern Globalurteil

- *Diese Einschätzungen unterscheiden sich vom Rating für die "Brüche"-Kategorien. Anstatt eine Signifikanz für die Allianz zu raten, kodieren Sie die Häufigkeit anhand folgender Skalierung:*

Rating	Häufigkeit
1	Marker ist nicht aufgetreten.
2	Marker könnte aufgetreten sein (z. B. einige schwache oder unklare Beispiele).
3	Marker ist aufgetreten (mindestens ein klares Beispiel oder viele schwache Beispiele).
4	Marker ist mehrfach aufgetreten (einige klare Beispiele oder ein sehr klares Beispiel).
5	Marker trat äußerst umfassend auf (viele klare und/oder sehr klare Beispiele).

Vorgehen: Auflösung beurteilen

- Hat nicht unbedingt etwas mit der Anzahl von Auflösungsversuchen zu tun.

Rating	Grad, zu dem Brüche aufgelöst wurden
1	Brüche wurden nicht aufgelöst.
2	Brüche wurden vermutlich teilweise aufgelöst sein.
3	Brüche wurden teilweise aufgelöst.
4	Brüche wurden zu großen Teilen aufgelöst.
5	Brüche wurden sehr stark aufgelöst.

Marker für Rückzugsbrüche

- **Verleugnung:** Patient verleugnet einen Gefühlsstatus, der *offensichtlich* erkennbar ist oder die Wichtigkeit von interpersonellen Beziehungen oder Ereignissen (z. B. Rationalisierung). Beachten Sie, dass dies nicht dasselbe ist wie „die Augen vor der Wahrheit zu verschließen“ oder wie Verleugnung als analytischer Abwehrmechanismus.
 - Beispiel: Therapeut: „*Sie wirken aufgewühlt.*“ Patient: „*Es wird schon. Machen sie sich keine Gedanken um mich.*“

Marker für Rückzugsbrüche

- **Minimale Reaktion:** Der Patient reagiert minimalistisch auf die Bemühungen des Therapeuten, seine Erfahrungen zu explorieren und zu verstehen (z. B. der Patient antwortet mit kurzgefassten Antworten auf offene, explorative Fragen). Keine Antwort zu geben, ruhig werden, wäre die äußerste Form der minimalen Reaktion. Jedoch sollte man bedenken, dass die minimale Reaktion im Kontext eines Rückzugs auftreten soll. **Eine kurze Antwort, die in der Situation angepasst ist, wird hier nicht kodiert.**
 - Beispiel: Therapeut: „*Das klingt sehr schwierig. Welche Gefühle löste das bei ihnen aus?*“ Patient: (*zuckt mit den Achseln*)

Marker für Rückzugsbrüche

- **Abstrakte Kommunikation:** Der Patient vermeidet den Kontakt mit schmerzvollen oder negativen Gefühlen, indem er abstrakte Sprache benutzt, wenn er über schwierige interpersonelle Situationen oder Themen spricht.
- Intellektualisieren, Rationalisieren, komplexe Sprache.
- Vage, globale Kommentare abgeben, die auf ein Thema anspielen, das für die therapeutische Beziehung relevant ist, statt direkt über Gefühle zu sprechen.
 - Beispiel: Therapeut: „*Hat es sie gestört, dass ich das gesagt habe?*“ Patient: „*Ich war verwirrt, aber ich denke, dass das ok ist, da Dinge halt mal verwirrend sein können, hin und wieder. Man denkt dann mehr drüber nach und lernt daraus.*“
- **Wenn der Patient eine Beschwerde oder eine Sorge indirekt anspricht, sollte das Item doppelt als Rückzug und Konfrontation kodiert werden!**

Marker für Rückzugsbrüche

- **Story-telling / Themenwechsel:** Der Patient erzählt Geschichten und/oder wechselt das Thema, um unangenehme Themen, Belange oder Situationen zu vermeiden. Auch Vermeidung von Konflikten mit dem Therapeuten durch unterhaltsame Geschichten. Rückzug aus direkter, klarer Kommunikation mit Therapeuten.
- **Denken Sie daran, dass die Geschichte oder der Themenwechsel ein Teil des Rückzugs sein soll. Wenn der Patient zum Beispiel das Thema wechselt, aber nicht um zu vermeiden, sondern eher um die Therapiearbeit zu fördern, dann würde dies nicht hier kodiert werden.**
 - Beispiel: „Ich weiß, dass wir über meinen Job gesprochen haben, aber ich erinnere mich gerade an etwas, das mit meinem Freund passiert ist, was ich wirklich mit Ihnen besprechen möchte.“

Marker für Rückzugsbrüche

- Eine relevante und produktive Geschichte, die aber immer noch eine vermeidende Qualität zu haben scheint (z. B. irgendetwas umständliches, das den Therapeuten „aus dem Rennen zu nehmen“ scheint), könnte ein negatives Häkchen bekommen.
- **Das Sprechen über die Reaktionen anderer oder die Reaktionen der „meisten Menschen“ („man“) um nicht über sich selbst sprechen zu müssen, sollte auch hier kodiert werden.**
 - Beispiel: Therapeut: „Wie laufen die Dinge in unserer Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach?“ Patient: „Das klingt nach einer Frage bei einer Leistungsüberprüfung. Wir hatten letzte Woche im Betrieb eine Leistungsüberprüfung, das war so anstrengend...“

Marker für Rückzugsbrüche

- **Ehrerbietung und Beschwichtigung:** Der Patient wirkt übermäßig folgsam und unterwirft sich dem Therapeuten in einer exzessiv ehrerbietigen Art und Weise.
 - Beispiel: Therapeut: „*Wie war die Hausaufgabe?*“
Patient: „*Oh, sie war sehr hilfreich! Sie geben mir immer so wunderbare Ratschläge!*“
- Vgl. Circumplex-Modell (Kiesler)

Marker für Rückzugsbrüche

- **Inhalts-Affekt-Lücke:** Der Inhalt der Erzählung des Patienten passt nicht mit seinem affektiven Ausdruck zusammen.
 - Beispiel: Therapeut: „*Es ist schwer für Sie, über diese traurigen Gefühle zu sprechen.*“ Patient (lächelnd): „*Ja, sehr schwer.*“

Marker für Rückzugsbrüche

- **Selbstkritik und / oder Hoffnungslosigkeit:** Der Patient zieht sich aus der Interaktion mit dem Therapeuten zurück, indem er in einem depressiven Prozess von Selbstkritik und / oder Hoffnungslosigkeit absorbiert wird, der den Therapeuten auszuschließen scheint und jede Chance ausschließt, dass der Therapeut oder die Behandlung dem Patienten helfen kann. Der Patient könnte sich in diesen Prozess begeben als ein Mittel der Konfliktvermeidung gegenüber dem Therapeuten.

Marker für Rückzugsbrüche

- **Beachten Sie, dass Patienten selbstkritisch oder hoffnungslos sein können und sich dabei dennoch auf die Interaktion mit dem Therapeuten einlassen und diese Gefühle mit dem Therapeuten zusammen arbeitend explorieren. Um diese Kodierung zu erhalten, muss das Verhalten des Patienten zu einem Rückzug beitragen.**
 - Beispiel: Therapeut: „Das klingt, als wäre es wichtig. Können Sie mir mehr darüber berichten?“ Patient (seufzt): „Was hat das für einen Sinn? Das wird mich nicht dazu bringen, mich besser zu fühlen. Ich bin schon viel zu weit unten.“

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Beschwerden / Bedenken über den Therapeuten:** Dies beinhaltet Beschwerden / Bedenken über die **Person des Therapeuten:** Der Patient hat ein negatives Gefühl gegenüber dem Therapeuten oder empfindet den Therapeuten als gescheitert. Der Patient könnte auch den interpersonalen Stil des Therapeuten kritisieren.
 - Beispiel: Patient: „*Ich habe über ein paar Dinge nachgedacht, die Sie letzte Woche gesagt haben. Ich war darüber nicht besonders glücklich. Nicht mal so sehr über das, was sie sagten – eher darüber, wie Sie es gesagt haben. Sie haben mich damit in die Ecke getrieben.*“

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Auch Beschwerden / Bedenken über die Kompetenz des Therapeuten:** Unzufriedenheit mit oder Zweifel an der therapeutischen Kompetenz, Hinterfragen der therapeutischen Fertigkeiten. Kritik an der Leistung des Therapeuten, nicht an der Intervention. Wichtig: Abgrenzung von Beschwerden über Aktivitäten!
 - Beispiel 1: Patient: „*Ich war überrascht, als Sie mich damit in der ersten Sitzung konfrontiert haben. Ich hätte nicht gedacht, dass das der Weg ist, um Menschen zu helfen.*“
 - Beispiel 2: Patient: „*Ich verstehe nicht, warum das so kompliziert ist. Ich bin prima mit Dr. Philips ausgekommen. Wir haben uns ganz nett unterhalten. Er hat mich nicht am Anfang einer Sitzung in der Stille sitzen lassen oder mich minutenlang weinen lassen ohne etwas zu sagen.*“

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Zurückweisung von Formulierungen, Interpretationen oder Interventionen des Therapeuten.** Auch Zurückweisung oder Ablehnung der Interventionsversuche des Therapeuten (z.B. Therapeut versucht Unterstützung zu geben und der Patient erteilt ihm eine feindselige Absage). Die Zurückweisung muss eine nicht-kooperativ sein – sie hemmt oder verhindert eine gut funktionierende Beziehung zwischen Patient und Therapeut (z.B. der Patient ist sehr feindselig oder herablassend).
- **Falls der Patient die Interpretationen oder Formulierungen des Therapeuten nicht teilt, aber in der Lage ist, dies in kooperativer Weise zum Ausdruck zu bringen** (z.B. „Nein, ich glaube nicht, dass das ist, was meine Angst verursacht. Es ist eher so, dass...“), dann ist dies kein Bruch und sollte hier nicht kodiert werden.

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Falls der Patient eine Aufgabe ablehnt oder zurückweist – eine Aktivität, von der der Therapeut möchte, dass der Patient sie unternimmt, z.B. ein Gedankenprotokoll oder eine Zwei-Stühle-Übung – dann raten Sie Beschwerde oder Bedenken über Aktivitäten**
 - Beispiel 1: Therapeut: „*Es klingt als wären Sie sehr besorgt um ihn.*“ Patient: (feindseliger Ton) „*Nein, das stimmt mal so gar nicht!*“
 - Beispiel 2: Therapeut: „*Nun, was glauben Sie, warum Sie das tun müssen?*“ Patient: (feindseliger Ton) „*Was für eine Frage ist das denn?*“

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Beschwerden / Bedenken über die therapeutischen Aktivitäten.**
- Der Patient versteht nicht, was der Therapeut von ihm erwartet, was er tun soll, wie und warum er es tun soll.
- Der Patient drückt Unzufriedenheit über die Therapieaufgaben oder die Ziele auf nicht-kooperative Weise aus.
- Der Patient bringt Schwierigkeiten mit der Vorstellung in Therapie zu sein zum Ausdruck oder gibt an, keine Therapie zu benötigen.

Marker für Konfrontationsbrüche

- Beispiel 1: Patient: „*Ich verstehe wirklich nicht, was Sie mich da fragen. Ich verstehe dieses „innere Gefühl“-Geschäft einfach nicht.*“
- Beispiel 2: Patient: „*Es tut mir leid, ich weiß, das hatten wir schon mal, aber ich verstehe einfach nicht, was das bringen soll, über all diese unschönen Dinge zu sprechen, die so weit in der Vergangenheit passiert sind.*“
- Beispiel 3: Patient: „*Ich glaube nicht, dass ich hier sitzen und unser aller Zeit vergeuden sollte.*“
- Beispiel 4: Patient: „*Während ich im Urlaub war, fühlte ich mich so viel besser, dass ich dachte, es würde nicht mehr viel bringen, weiterhin hierher zu kommen. Die Dinge scheinen sich auf Arbeit alle so beruhigt zu haben und ich möchte sie jetzt auch nicht wieder aufwühlen.*“

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Beschwerden / Bedenken über die Rahmenbedingungen:** Dies beinhaltet Beschwerden und Bedenken über den Therapieplan (z.B. Termine, Sitzungsdauer, Anzahl und Häufigkeit der Sitzungen) und die Forschungsbedingungen (z.B. Ausfüllen der Fragebögen, Videoaufzeichnungen).
 - Beispiel 1: Patient: *„Ich fühle mich, als würde ich einfach weggeschickt, sobald die Dinge sich ordnen. Es scheint, dass wir schon aufhören müssen, kaum dass wir begonnen haben.“*
 - Beispiel 2: Patient: *„Ich verstehe einfach nicht, worauf diese Fragen auf diesem Zettel hinaus wollen. Keine von ihnen passt zu dem, wie es mir geht.“*

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Beschwerden / Bedenken über den Therapiefortschritt:** Der Patient zweifelt an dem Fortschritt, den er in Therapie gemacht hat oder machen wird.
 - Beispiel: Patient: *„Ich komme nun schon seit vier Wochen hierher und ich wüsste wirklich nichts, was sich seither verändert hätte. Vielleicht ist das alles reine Zeitverschwendung.“*

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Der Patient verteidigt sich vor dem Therapeuten:**
- Der Patient verteidigt seine Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen gegenüber dem, was er als Kritik oder Urteil des Therapeuten wahrnimmt.
 - Beispiel 1: Therapeut: *„Ist es das, was sie wirklich wollen oder ist es das, wovon Sie glauben, dass er möchte, dass Sie es tun?“* Patient: *„Das ist, was ich will! Ich kann schon selbständig denken. Nur weil ich mich um seine Gefühle sorge, heißt das nicht, dass ich mich herum schubsen lasse.“*

Marker für Konfrontationsbrüche

- Nicht codieren , wenn der Patient sich gegen Kritik von anderen Personen wehrt. Beachten Sie, dass der Therapeut nicht wirklich den Patienten kritisieren muss, damit der Patient defensiv wird, so wie in dem zweiten Beispiel:
 - Beispiel 2: Therapeut: *„Was befürchten Sie, könnte er tun?“* Patient: *„Er wird einen Weg finden, alles herumzudrehen und zu verzerren, so dass er weiter in dem Licht stehen kann, in dem er gern steht. Ich denke mir das nicht aus! Andere haben das auch schon gesagt.“*

Marker für Konfrontationsbrüche

- **Direkte Bemühungen, den Therapeuten zu kontrollieren oder unter Druck zu setzen:** Der Patient versucht, den Therapeuten direkt zu kontrollieren, z.B. sagt er dem Therapeuten, was er tun soll, oder der Patient setzt ihn unter Druck, der Therapeut möge seine Probleme schnell lösen.
 - Patient: *“Diese Woche gehört mir! Diese Woche verschwenden wir nicht! Ich will wissen, wie diese Therapie funktioniert und wie Sie mir bei meinen Problemen helfen wird. Ich will eine klare und konkrete Antwort. Sagen Sie mal was Gehaltvolles!”*

Sonstige Bruchmarker

- **Verschiedenes (z.B. verführerisches Verhalten oder übermäßig freundliches und zwangloses Verhalten):** Ein Bruch, der in keine der oben genannten Kategorien passt. Brüche, bei denen der Patient scheint, als tue er irgendwas im Kontext der Therapiebeziehung Unpassendes, gehören hierhin. Z.B. wenn der Patient flirtet oder sich verführerisch verhält, der Patient den Therapeuten „Süßer“ nennt oder „Yo, Alter, was geht’n?“ und unpassend leger anmutende Dinge tut.

- **Therapeut lenkt Aufmerksamkeit des Patienten auf ein Beziehungsproblem:**
 - Beispiel 1: Therapeut: „*Mir ist bewusst, dass wir wirklich abgeschweift sind...*“ Patient: „*Ja.*“ Therapeut: „*Weg von dem, was wir gerade getan haben. Und ich frage mich, ob Sie sich bewusst sind, was passiert ist oder wie es passiert ist?*“ Patient: „*Ich schätze, der Versuch schön Wetter zu machen.*“
- (Erkennt der Therapeut teilweise eine Verantwortung an, dann “Minus” kreuzen)

- Beispiel 2: Therapeut: „*Es scheint mir, dass wir hier ein Dilemma haben. Ich habe das Gefühl, dass wird beide uns so sehr bemühen wie wir können, aber irgendwie stecken wir fest.*“ Patient: „*Nun, finden Sie nicht, dass letzte Woche reine Verschwendung war?*“ Therapeut: „*Es ist mir schon klar, dass sie mit der letzten Woche nicht zufrieden sind – und das ist es, was zählt. Wollen Sie mir mehr darüber erzählen, wie sie verschwendet wurde?*“

Auflösungsstrategien

- Beispiel 3: Therapeut: „*Es fällt mir heute schwer, Ihnen zu folgen. Ich bin nicht sicher, ob es an meiner Konzentration liegt oder ob sie mir so eine komplizierte Geschichte erzählen.*“ Patient: „*Vielleicht ist es seine komplizierte Geschichte.*“ Therapeut: „*Ich bin mir nicht sicher, was gerade passiert. Denn ich habe das Gefühl, ich verstehe nicht, was sie sagen. Ich meine, was ist die Bedeutung?*“

Auflösungsstrategien

- Beispiel 4: Therapeut: „*Nun, warum glauben Sie, müssen Sie das tun?*“ Patient: (feindseliger Ton) „*Warum?*“ Therapeut: „*Was ist gerade passiert? Hat Ihnen die Frage nicht gefallen?*“ Patient: „*Nein, hat sie nicht...nun, ich schätze...*“ Therapeut: „*Fühlten Sie sich wie: ‚Warten Sie mal einen Moment?‘*“ Patient: „*Ja, es war wie – warten Sie mal einen Moment, ist das das Thema hier? Macht es etwas aus, warum ich das tun muss oder nicht?*“

Auflösungsstrategien

- **Therapeut und Patient klären Missverständnisse:** meist am Ende von Auflösungsbemühungen. Der Therapeut exploriert die zugrunde liegende Bedeutung nicht weiter oder verbindet das Missverständnis mit den Kern-Themen des Patienten, sondern klärt das Missverständnis im Hier und Jetzt.
 - Beispiel 1: Patient: „*Ich habe gesehen, dass sie auf Ihre Uhr geguckt haben. Bin ich so langweilig?*“ Therapeut: „*Oh, nein, ganz im Gegenteil. Letztes Mal war ich so interessiert daran, worüber wir uns unterhielten, dass ich die Zeit aus den Augen verlor und wir überzogen haben. Ich wollte nur sicher gehen, dass wir noch etwas Zeit übrig haben und ich bin froh, dass es so ist. Aber ich bin neugierig, wie Sie es erlebt haben, als ich auf meine Uhr schaute. Können wir das ein wenig explorieren?*“

Auflösungsstrategien

- Beispiel 2: Therapeut: „*Mir scheint, als hätten sie sich ein wenig von mir abgewendet.*“ Patient: „*Nun, ich nehme an, dass ich mich ein bisschen beleidigt gefühlt habe davon, was sie gesagt haben darüber, dass ich mich bei meiner Schwester entschuldigen sollte.*“ Therapeut: „*Nein, nein, Ich sagte, dass ich denke, dass Ihre Schwester sich bei Ihnen entschuldigen sollte.*“ Patient: „*Oh!*“ (lächelnd). „*Ich muss sie missverstanden haben. Ich wünschte, sie würde sich entschuldigen...*“

- **Therapeut ändert Aufgaben oder Ziele / Anpassung der Bedeutung einer Aufgabe oder eines Ziels als Reaktion auf Beschwerden oder Bedenken des Patienten.**
 - Beispiel 1: Patient: „*Wir kommen schon wieder vom Thema ab. Ich glaube nicht, dass uns das irgendwohin führt.*“ Therapeut: *Ich will Ihrer Führung folgen. In welche Richtung würden Sie denn gern gehen?*“

- Wenn der Therapeut die Bedeutung von Aufgaben oder Zielen in einen neuen Rahmen setzt, beschreibt er die Ziele oder Aufgaben in einer für den Patienten ansprechenderen Art.
 - Beispiel 2: *Ein Patient ist abgeneigt, eine Hausaufgabe zu erledigen, die zunehmende soziale Kontakte beinhaltet, weil er Zurückweisung fürchtet. Der Therapeut reframet diese Aufgabe als „sich hineinbegeben in eine Angst auslösende Situation mit dem Ziel, die eigenen kognitiven Prozesse zu beobachten.“*

Auflösungsstrategien

- **Therapeut illustriert Aufgaben oder bietet ein Behandlungsrational an.** Beinhaltet das Anbieten einer Rechtfertigung der Behandlung. Bitte nicht codieren, wenn der Therapeut zum Beispiel einfach nur vorführt wie eine Hausaufgabe zu erledigen ist. Der Therapeut muss einen Schritt weiter gehen und eine Erklärung oder ein Rational anbieten, wie die Aufgabe oder die Behandlung wirkt.
 - Beispiel: Therapeut: „*Ich würde gern etwas Zeit damit verbringen zu verstehen, was gerade zwischen uns passiert. Meine Hoffnung ist es, dass diese Art von Exploration uns ein paar Hinweise darauf liefern könnte, was Sie auch in ihrer Beziehung zu anderen Menschen erleben.*“

Auflösungsstrategien

- **Therapeut lädt den Patienten ein, seine negative Gefühle oder Verletzlichkeit bezüglich des Therapeuten und / oder der Therapie direkt zum Ausdruck zu bringen.** Verletzlichkeiten, die der Patient zuvor nur indirekt und mehrdeutig ausgedrückt hat, sollen offen geäußert werden. Der Therapeut ermuntert den Patienten, hinter einer Beschwerde zu stehen oder mit den verletzten Gefühlen in Kontakt zu treten.
 - Beispiel: Patient: „*Ich fühle mich ein wenig ärgerlich, aber das ist keine große Sache.*“ Therapeut: „*Ich verstehe, dass Sie sich unsicher sind, wie wichtig Ihre Bedenken sind. Aber wenn Sie das ein wenig vertiefen möchten, würde ich sehr gern mehr darüber hören.*“

- **Therapeut erkennt seine Verantwortung für die Schwierigkeiten in der Therapie an.**
 - Beispiel: Therapeut: *„Ich konnte sehen, wie frustrierend das für Sie war. Sie haben mich um eine direkte Antwort gebeten und ich hab Ihnen den Ball direkt wieder zugespielt.“*

- **Im Kontext eines Bruches enthüllt der Therapeut seine innere Wahrnehmung der Beziehung.**
 - Beispiel 1: Therapeut: *„Ich bin mir bewusst, dass meine Aufmerksamkeit gerade abdriftet... Ich bin nicht sicher, was los ist, aber ich glaube, es könnte etwas mit der Distanz in Ihrer Stimme zu tun haben.“*
 - Beispiel 2: Therapeut: *„Ich versuche Ihre Frage zu beantworten, aber ich habe das Gefühl, dass nichts, was ich Ihnen sage, sie jetzt zufriedenstellen könnte. Ich bin besorgt, Sie weiter aufzubringen, wenn ich es weiterhin versuche.“*

- **Therapeut und Patient verbinden den Bruch mit größeren interpersonalen Mustern zwischen Patient und Therapeut**
 - Beispiel: Die Patientin hat Schwierigkeiten zu artikulieren, worauf sie in der Sitzung fokussieren möchte und kritisiert sich selbst dafür, verwirrt und unorganisiert zu sein. Der Therapeut beobachtet, wie die Patientin dazu neigt, sich selbst die Schuld an allen Missverständnissen zu geben, die zwischen ihnen entstehen.

- **Therapeut und Patient verbinden den Bruch mit größeren interpersonalen Mustern in anderen Beziehungen des Patienten.**
 - Beispiel: Die Patientin hat Schwierigkeiten, den Therapeuten um einen anderen Termin zu bitten. Der Therapeut setzt dies in Verbindung mit dem Mangel an Durchsetzungsvermögen der Patientin in ihrer Beziehung zu Familie und Kollegen.

Auflösungsstrategien

- **Der Therapeut rechtfertigt die defensive Haltung des Patienten.** Der Therapeut verbündet sich mit dem Widerstand. Anstatt die defensiven Verhaltensweisen des Patienten herauszufordern, validiert der Therapeut die Teile, in denen der Widerstand verständlich und funktional ist. Das heißt mehr als bloßes Widerspiegeln der Erklärungen des Patienten – es beinhaltet, explizit zu benennen, dass die Position des Patienten legitim und zulässig ist.
 - Beispiel: Ein Patient weint in der Sitzung und wird sich dessen klar und beginnt, in distanzierter und intellektualisierender Weise zu sprechen. Der Therapeut beobachtet, dass die Patientin nun distanziert von ihrem Schmerz scheint und sagt: *„Vielleicht ist es angemessen, dass Sie im Moment eine gewisse Distanz dazu haben.“*

Patientenreaktionen

- **Der Patient kommuniziert geradlinig, nicht angreifend oder herabwürdigend, was er vom Therapeuten will und was nicht.** Dies unterscheidet sich von einer Konfrontation, da es sich nicht um einen Angriff gegen den Therapeuten handelt, sondern eher um eine Durchsetzung der wahren Gefühle und zugrundeliegenden Wünsche des Patienten.
 - Beispiel: Ein Patient, der vermieden hat, eine Aufgabe in einer Sitzung durchzuführen, setzt sich schließlich durch. Patient: *„Es gibt einen Teil in mir, der das nicht tun will. Es ist keine einfache Erklärung im Sinne von: so ist es nun mal. Es erscheint mir einfach nicht besonders hilfreich. Es scheint mir keine nützliche Richtung zu sein, in die wir da gehen.“* Therapeut: *„Wie fühlt es sich an, mir das zu sagen?“*

Patientenreaktionen

- **Der Patient tritt in Kontakt mit verletzlichen Gefühlen im Zusammenhang mit der Beziehung zum Therapeuten oder drückt einen Wunsch oder ein Bedürfnis aus, vom Therapeuten umsorgt zu werden.** Der Patient wendet sich nach innen und tritt in Kontakt mit authentischen, frühen Emotionen der Verletzlichkeit und Traurigkeit. Diese Momente fühlen sich ungewohnt an, als sei der Patient das erste Mal in Kontakt mit neuen Gefühlen – sie fühlen sich nicht manipulativ oder weinerlich an und sie fühlen sich nicht an, als wiederhole der Patient etwas, was er schon viele Male zuvor gedacht hat.
 - Beispiel 1: Patient: *„Ich fühle mich als wäre das das Ende der Linie. (Stimme bricht.) Und ich weiß nicht, was mit mir passieren wird, wenn das nicht funktioniert.“* Therapeut: *„Also vermute ich, dass sie sicher gehen wollen, dass ich mich ebenso darum bemühe wie Sie?“* Patient: *„Ja.“* (Tränen.)

Patientenreaktionen

- Beispiel 2: Patient: *„Ich schäme mich.“* Therapeut: *„Wofür schämen Sie sich?“* Patient: *„Es ist, als bitte ich Sie um Hilfe.“* Therapeut: *„Können Sie das als ein Experiment versuchen? Versuchen Sie, mich um Hilfe zu bitten, und schauen Sie, wie es sich anfühlt.“* Patient: *„Ich möchte, dass Sie mir helfen Ich brauche Ihre Hilfe.“* (Traurigkeit in der Stimme). Therapeut: *„Womit sind Sie gerade im Kontakt?“* Patient: *„Es stimmt. Ich schäme mich dessen, aber es stimmt. Ich will ihre Hilfe.“* (Beginnt zu weinen). Therapeut: *„Das löst wirklich eine gewisse Traurigkeit in Ihnen aus.“* Patient: *„Ja.“*

Tabelle 52: Prozentuale Übereinstimmung der beiden Rater-Paare.

Kategorie	PÜ Rater-Paar A	PÜ Rater-Paar B
Verleugnung	87.5	95.8
Minimale Reaktion	79.2	70.9
Abstrakte Kommunikation	70.8	100.0
Vermeidendes Erzählen	79.2	83.3
Ehrerbietung	95.8	100.0
Inhalts-Affekt-Lücke	70.83	33.4
Hoffnungslosigkeit	87.5	95.9
Beschw. Therapeuten	87.5	79.1
Ablehnung Aktivitäten	66.7	83.3
Beschw. Aktivitäten	95.8	66.7
Beschw. Rahmenbeding.	91.7	95.9
Beschwerden Fortschritt	91.7	95.9
Verteidigung gg. Th.	83.3	70.9
Direkte Kontrolle	79.2	100.0
Sonstige Brüche	98.4	100.0
Aufmerksamkeit auf Problem	100.0	100.0
Missverständnis klären	93.5	91.7
Aufgabenänderung	93.8	87.5
Behandlungsrational	96.3	91.7
Verantwortung übernehmen	99.3	95.8
Inneres Erleben teilen	97.4	100.0
Interpers. Muster Dyade	100.0	100.0
Interpers. Muster allgemein	100.0	100.0
Defensive Haltung	98.4	100.0
Ausdruck der Verletzlichkeit	98.6	100.0
Positive Ereignisse	91.7	87.2
Negative Ereignisse	79.2	80.2

Tabelle 53: Cohens Kappa und gewichtetes Kappa.

	Cohens Kappa	Gewichtetes Kappa
Gesamtrating Konfrontation	.44	.74
Gesamtrating Rückzug	.19	.33
Häufigkeit Konfrontation	.35	.52
Häufigkeit Rückzug	.21	.45
Häufigkeit von Auflösung	.35	.43
Umfang der Auflösung	.42	.45

Tabelle 54: Spearmans Rho für die sechs Rater-Paare

Kategorie	Rater 1&2	Rater 1&3	Rater 1&4	Rater 2&3	Rater 2&4	Rater 3&4
Verleugnung	0.44*	-	-0.04	-	0.54**	1.00**
Minimale Reaktion	0.89**	0.67**	0.54**	0.76**	0.77**	0.87**
Abstr. Kommunikation	0.20	-	-	-	-	1.00**
Vermeid. Erzählung	0.24	0.32	0.43*	0.38	0.99**	0.34
Ehrerbietung	-	-	-	1.00**	1.00**	1.00**
Inhalts-Affekt-Kluft	0.25	0.32	0.40	0.27	0.31	0.88**
Hoffnungslosigkeit	0.63**	0.65**	0.65**	0.67**	0.67**	1.00**
Beschwerde Therapeut	0.40	0.51*	0.71**	0.36	0.55**	0.75**
Ablehnung Interventionen	0.53**	0.51*	0.41*	0.55**	0.46*	0.73**
Beschwerde Aktivitäten	0.76**	0.09	0.25	0.57**	0.45*	0.78**
Beschwerde Rahmenbed.	-	0.48*	0.46*	-	-	0.99**
Beschwerde Fortschritt	-0.04	-0.06	-0.04	0.63**	-0.04	0.69**
Verteid. gg. Therapeut	-	-	-	0.64**	0.64**	0.71**
Direkte Kontrolle	0.20	0.66**	0.66*	0.41*	0.41*	1.00**
Sonstige Bruchmarker	-0.04	-	-	-	-	1.00**
Gesamtrating Rückzug	0.49*	0.35	0.32	0.49*	0.60**	0.76**
Gesamtrating Konfrontation	0.72**	0.64**	0.66**	0.67**	0.83**	0.81**

Anm.: * Signifikanzniveau $\alpha < .05$; ** Signifikanzniveau $\alpha < .01$

RATER-ID: _____ PAT-CODE: _____ Sitzungs-Nr.: _____ Minuten: _____

Therapeutisches Interaktions- und Beziehungs-Rating (TIBER) – Therapeut

Schauen Sie sich bitte den Therapiemittschnitt in 10-Minuten-Sequenzen an. Beurteilen Sie anschließend für alle Aussagen anhand des fünfstufigen Antwortformats, wie die Aussage auf diese Sitzung zutrifft.

1	2	3	4	5
Überhaupt nicht	eher nicht	mehr oder weniger	eher	voll und ganz

Beurteilen Sie anschließend alle Items noch einmal in Hinblick auf die Gesamtsitzung.

Empathie

Der Therapeut stellt, setzt, bewegt oder lehnt sich so, dass er dem Patienten physisch nahe ist.

-2	-1	0	1	2
----	----	---	---	---

Der Therapeut achtet darauf, achtungsvoll und empfänglich für die Bemerkungen und Handlungen des Patienten zu sein.

-2	-1	0	1	2
----	----	---	---	---

Der Therapeut scheint den Patienten und sein inneres Bezugssystem zu verstehen.

-2	-1	0	1	2
----	----	---	---	---

-2 Der Therapeut sagt dem Patienten mehr oder weniger indirekt, dass er ihn nicht verstehen kann.

-1 Das Verhalten (insbes. nonverbal oder paraverbal) zeigt gewisse Verständnisschwierigkeiten des Therapeuten.

0 Es gibt keinerlei Hinweis auf besonders schlechtes oder gutes Verstehen.

1 Der Therapeut greift Gefühle oder Konflikte des Patienten auf, thematisiert sie, klärt evtl. Dinge, über die er verwirrt ist oder von denen er nicht sicher ist, sie richtig verstanden zu haben.

2 Der Therapeut zeigt in allen Modalitäten tiefes Verständnis für den Patienten, seine Gefühle und Konflikte. Er kann sie ansprechen, evtl. Deutungen anbieten, die vom Patienten angenommen werden.

Akzeptanz:

Der Therapeut zeigt deutlich eigene Einstellungen, Meinungen, Positionen.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut drückt rigorose Erwartungen an das Patientenverhalten aus.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut akzeptiert den Patienten ohne Vorbedingungen und ungeachtet eigener Bewertungen.

-2 -1 0 1 2

-2 Der Therapeut rügt den Patienten für Verhaltensweisen, Einstellungen oder Gefühle und beruft sich auf eigene Einstellungen.

1 Der Therapeut maßregelt den Patienten nicht, stellt aber eigene, konträre Bewertungen in den Raum.

0 Der Therapeut lässt erkennen, dass er andere Einstellungen hat, zeigt aber dennoch große Akzeptanz für den Patienten.

1 Evtl. stutzt der Therapeut, es ist jedoch keine offenbare Einstellung oder Bewertung zu erkennen.

2 Jeder Hinweis auf eine Bewertung des Patienten durch den Therapeuten fehlt.

Kongruenz:

Der Therapeut behauptet, keine eigene Meinung, Einstellung oder Position zu haben – oder dass sie „vollkommen belanglos“ sei. Er zeigt eine „was immer sie wollen“- oder „ich weiß auch nicht“-Attitüde.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut scheint eigene Gefühle mit dem Patienten auszuagieren.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut ist schnell im Widerstand oder unkooperativ oder weigert sich, den Anliegen, Appellen oder Wünschen des Patienten zu folgen.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut wirkt in seinem Verhalten echt, nicht maskenhaft oder schematisch.

-2 -1 0 1 2

-2 Der Therapeut ist eindeutig defensiv in der Interaktion und es gibt eindeutige Hinweise auf eine äußerst beachtenswerte Diskrepanz zwischen dem, was er sagt, und dem, was er erfährt. Es kann auch auffällige Widersprüche in den Ausführungen des Therapeuten, der Inhalt seiner Verbaläußerungen kann widersprüchlich zur stimmlichen Qualität oder den nonverbalen Hinweisen sein (z.B. Der wütende Therapeut sagt mit angespannter Stimme, dass ihn die Wut des Patienten „überhaupt nicht anficht“).

-1 Der Therapeut reagiert angemessen, jedoch eher professionell als persönlich, so dass er den Eindruck vermittelt, dass seine Antworten so sind, weil sie aus der Ferne gut klingen, aber nicht das ausdrücken, was er wirklich empfindet oder meint. Es hat eine etwas gekünstelte oder einstudierte Qualität oder einen Hauch von Professionalismus.

0 Der Therapeut ist implizit entweder defensiv oder professionell, aber es gibt keinen eindeutigen Beweis.

1 Es gibt weder implizite noch explizite Beweise für Defensivität oder Fassade. Der Therapeut zeigt keinerlei Selbst-Inkongruenz.

2 Der Therapeut ist frei und zutiefst er selbst in der Beziehung. Er ist offen für Erfahrungen und Gefühle jeder Art – sowohl angenehm als auch schmerzlich – ohne Spuren von Defensivität oder Rückzug in Professionalität. Obwohl es widersprüchliche Gefühle geben mag, werden diese akzeptiert oder zumindest erkannt. Der Therapeut ist ganz klar er selbst in all seinen Reaktionen, ob sie professionell bedeutsam sind oder trivial. In Stufe 5 muss der Therapeut keine persönlichen Gefühle ausdrücken, aber entweder rät, reflektiert, deutet er oder teilt Erfahrungen, und es ist klar, dass er sehr stark er selbst ist, so dass seine Verbalisationen zu seiner inneren Erfahrung passen.

Signal-Kongruenz:

Der Therapeut spricht oder handelt stark emotional bis melodramatisch oder mit starker Variation in Stimme und Sprache.

2 1 0 -1 -2

Die Äußerungen des Therapeuten sind in sich stringent und es gibt eine Passung von verbaler, paraverbaler und nonverbaler Modalität.

-2 -1 0 1 2

Transparenz:

Es fällt dem Therapeuten schwer, eigene Gedanken einfach oder ohne Relativierungen auszudrücken oder er muss sich anstrengen, präzise Worte zu finden.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut schiebt klare Antworten oder Entscheidungen hinaus.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut erklärt, warum ein bestimmtes Vorgehen gewählt wird und was weiter passieren wird.

-2 -1 0 1 2

Kompetenz:

Es fällt dem Therapeuten schwer, die Führung zu übernehmen. Stattdessen sucht er sie beim Patienten.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut wirkt vorbereitet, sicher und fachlich kompetent.

-2 -1 0 1 2

Kontrolle:

Der Therapeut attribuiert alle Erfolge lediglich auf den Patienten.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut wahrt die Grenzen des Patienten, gewährt ihm Autonomie und Kontrolle.

2 -1 0 1 2

Der Therapeut macht deutlich klar, dass er die Dinge selbst regeln kann, oder vermeidet Hinweise, dass der Patient hilfreich sein könnte.

2 1 0 -1 -2

Konfrontation:

Der Therapeut opfert sich auf, um dem Patienten etwas zu geben, ihm zu helfen, ihn zu unterstützen und kooperativ zusammenzuarbeiten.

2 1 0 1 2

Der Therapeut scheint immer mit dem Patienten übereinzustimmen oder sich ihm anzupassen oder wirkt unfähig zu provozieren.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut scheint außer Stande seine Ziele durchzusetzen oder sich gegen den Patienten aufzulehnen oder eine entgegengesetzte Haltung einzunehmen. (-)

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut kann „nachhaken“ und Widersprüche beim Patienten thematisieren.

-2 -1 0 1 2

Selbstoffenbarung:

Der Therapeut teilt wohl dosiert etwas von sich mit, um dem Patienten das Verständnis eines Sachverhaltes / Problems zu erleichtern, zu entpathologisieren oder ähnliche Ziele zu erreichen. *zusätzlich Unterscheidung: F (Fakten), G (Gefühle), E (Erfahrungen), S (Strategien):* ___

-2 -1 0 1 2

Arbeitsbündnis:

Der Therapeut zeigt Übereinstimmung mit den Vorstellungen des Patienten zu Zielen, Rahmenbedingungen und Vorgehen.

-2 -1 0 1 2

Beziehungskomplementarität:

Der Therapeut zielt in seinem Verhalten dem Patienten gegenüber darauf ab, unbefriedigte Bedürfnisse des Patienten (z.B. nach Kontrolle, Autonomie, Selbstwerterhöhung etc.) zu befriedigen.

-2 -1 0 1 2

Dominanz

Der Therapeut nimmt das Gespräch in die Hand und bietet Vorschläge an, was getan werden soll.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut gibt Instruktionen, Erklärungen und Ratschläge.

-2 -1 0 1 2

Kälte

Der Therapeut vermeidet es, Anerkennung oder Akzeptanz für den Patienten zu zeigen.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut wirkt steif, formal und gefühllos. Er ist streng mit den Fehlern des Patienten und ungerührt von seinen Erzählungen.

-2 -1 0 1 2

Interesse

Der Therapeut erkundigt sich nach dem Patienten und zeigt Interesse für sein Leben, seine Angelegenheiten, Gefühle und Meinungen. Er scheint vollkommen vertieft in ihn. (+)

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut spricht / antwortet nur zögerlich und scheint mit seinen Gedanken woanders zu sein.

2 1 0 -1 -2

Der Therapeut scheint sich mit seinem Patienten unwohl zu fühlen und ihn bald los sein zu wollen. Er „würgt ihn ab“, reagiert gereizt oder genervt, ist hastig oder kurz angebunden.

2 1 0 -1 -2

Therapeutisches (Selbst)vertrauen und Gelassenheit:

Auf Kritik oder provokantes Verhalten des Patienten reagiert der Therapeut gelassen und greift das vom Patienten gesagte nicht-defensiv auf.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut zeigt sich selbstzufrieden oder hebt auf eigene oder institutionelle Erfolge / Anerkennungen hin.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut zieht es vor, sich auf eigene Ressourcen zu verlassen, um Entscheidungen zu treffen oder Probleme zu lösen.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut rechtfertigt sich häufig, entschuldigt sich für eigenes Verhalten, seine Kompetenz oder für die Rahmenbedingungen. (-)

2 1 0 -1 -2

„Überführung“

Der Therapeut sucht nach Reaktionen, Bewertungen oder Motiven beim Patienten, hinter denen schädliche Absichten liegen könnten. Er drückt Zweifel und Misstrauen gegenüber den Absichten des Patienten aus.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut behauptet, dass der Patient missversteht, fehlinterpretiert oder falsch beurteilt, was er mit einer Handlung beabsichtigt.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut urteilt hart über die Fehler des Patienten, seine Schwächen und problematischen Verhaltensweisen und wirkt dabei nachtragend oder unbarmherzig.

-2 -1 0 1 2

Impulsivität

Der Therapeut trifft spontan eilige Entscheidungen oder scheint impulsiv in neue Themen und Handlungen zu springen.

-2 -1 0 1 2

Die Kommentare oder Antworten des Therapeuten platzen schnell und energisch heraus.

-2 -1 0 1 2

Konkurrenz

Der Therapeut zeigt eine immense Aufgabenorientierung oder ein starkes Bedürfnis „zur Sache zu kommen“ oder schlägt Richtungen und Ziele vor.

-2 -1 0 1 2

Beim Disputieren von Ideen und Bemerkungen des Patienten wirkt der Therapeut besserwisserisch oder er versucht, den Patienten niederzureden.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut macht kritische, erniedrigende, sarkastische oder verächtliche Bemerkungen über den Patienten, seine Situation oder das gemeinsame Ziel.

-2 -1 0 1 2

Feindseligkeit

Der Therapeut ist herausfordernd in seiner Argumentation, versucht den Patienten zu überführen oder widerlegt Bemerkungen und Vorschläge des Patienten oder „gibt ihm Saures“, wenn er nicht übereinstimmt.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut ignoriert, übersieht oder schätzt die Gefühle des Patienten gering oder missachtet Druck und Stress im Leben des Patienten.

-2 -1 0 1 2

Wärme

Der Therapeut zeigt Anerkennung oder Akzeptanz für den Patienten, er ist ruhig, informell, warm und nicht wertend.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut drückt nachsichtige, sanftmütige oder mitfühlende Standards oder Erwartungen an den Patienten aus.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut ist anhaltend tolerant, geduldig oder nachsichtig in Bezug auf seine Erwartungen bezüglich des Patientenverhaltens.

Freundlichkeit

Der Therapeut schaut den Patienten offen, empfänglich, vertrauensvoll und nicht „absuchend“ an.

-2 -1 0 1 2

Der Therapeut ist kooperativ und empfänglich für Anliegen des Patienten, Apelle oder Wünsche. Er ist bereit, den Patienten zu unterstützen oder mit ihm zusammenzuarbeiten.

-2 -1 0 1 2

Tabelle 55: Beobachterübereinstimmung des TIBER.

Item	PÜ	Kappa	Rho
1	43,5	0,110	0,305**
2	60,0	-0,010	-0,019
3	72,0	0,240	0,365**
4	4,3	0,001	0
5	17,4	0,001	-
6	87,0	-0,016	-0,035
7	78,3	0,090	0,200*
8	80,9	0,010	0,165
9	64,3	0,167	0,209*
10	91,3	0,167	-
11	72,2	0,230	0,229*
12	47,0	0,060	0,250**
13	56,5	0,220	0,320**
14	52,2	0,134	0,226*
15	61,7	0,212	0,225*
16	74,8	0,100	0,027
17	73,0	0,060	-0,053
18	2,6	-0,110	0,502**
19	59,1	0,080	0,189*
20	70,4	0,300	0,355**
21	43,5	0,090	0,152
22	86,1	0,095	0,140
23	53,0	0,110	0,199*
24	70,4	0,244	0,076
25	56,5	0,293	0,589**
26	61,7	0,311	0,405**
27	71,3	-0,041	-0,113
28	80,0	-0,048	0,34**
29	76,5	-0,048	-0,214*
30	87,8	0,218	0,085
31	96,5	0,218	-
32	62,6	0,191	0,045
33	93,9	0,192	-
34	85,2	0	-
35	85,2	0	-
36	81,7	0	-
37	89,6	0,386	0,490**
38	85,2	0,459	0,559**
39	25,2	-0,04	0,391**
40	84,3	0,35	0,352**
41	51,3	0,02	0,094
42	64,3	0,018	-
43	11,3	0,018	-0,202*
44	82,6	-0,06	0,023
45	62,6	0,06	0,166
46	69,6	-0,05	0,006
47	59,1	0,08	0,236*
48	76,5	0,09	0,024

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Dissertationsschrift von mir selbständig angefertigt wurde und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Zudem wurde die Arbeit an keiner anderen Universität zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht.

Trier, 27.10.2014

Torsten Ehrlich