

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Betrachtung der Therapeutischen Beziehung im Rahmen der ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
Der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Joana-Maria Wichert
aus Osnabrück

Hamburg 2012

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 19.03.2013**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. G. Romer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. S. Wiegand-Grefe

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung

1.1	Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrundes	1
1.1.1	Kurzbeschreibung der psychoanalytischen Psychotherapie	3
1.1.2	Theoretische Konzepte zur Therapeutischen Beziehung	4
1.1.3	Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie	7
1.1.3.1	Erwachsene	7
1.1.3.2	Kinder und Jugendliche	11
1.2	Ziele und Fragestellungen	20
1.3	Hypothesen	22

2 Methoden

2.1	Studiendesign	23
2.2	Messinstrumente	24
2.2.1	FTB-KJ / -T	24
2.2.1.1	Entwicklung des FTB-KJ / -T	24
2.2.1.2	Skalen des FTB-KJ / -T	25
2.2.2	CBCL und YSR	27
2.2.3	SCARED	28
2.2.4	DI-KJ	28
2.2.5	BSS-K	29
2.3	Diagnostisches Interview	29
2.4	Stichprobe	29
2.4.1	Stichproben-Rekrutierung	29
2.4.1.1	Ein- und Ausschlusskriterien	30
2.4.1.2	Rekrutierungsverfahren	30
2.4.2	Stichprobenbeschreibung	31
2.4.3	Störungsgruppenbildung	32
2.4.3.1	Untergruppenbildung: Angst- / Nicht-Angstgruppe	33

2.4.3.2	Untergruppenbildung: Depressions- / Nicht-Depressionsgruppe	34
2.4.3.3	Untergruppenbildung: Externalisierende / Nicht-Externalisierende Störungsgruppe	35
2.5	Statistische Auswertung	36

3 Ergebnisse

3.1	Die Therapeutische Beziehung und ihre Subskalen aus Sicht der Patienten und Therapeuten	38
3.1.1	Gesamtgruppe	39
3.1.1.1	Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive	40
3.1.2	Störungsgruppe Angst: Untergruppen Angst / Nicht-Angst	41
3.1.2.1	Vergleich der beiden Untergruppen	44
3.1.2.2	Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive	46
3.1.3	Störungsgruppe Depression: Untergruppen Depression / Nicht-Depression	47
3.1.3.1	Vergleich der beiden Untergruppen	50
3.1.3.2	Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive	51
3.1.4	Störungsgruppe Externalisierende Störungen: Untergruppen Externalisierende Störungen / Nicht-Externalisierende Störungen	53
3.1.4.1	Vergleich der beiden Untergruppen	55
3.1.4.2	Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive	57
3.2	Entwicklung der Bewertung der Therapeutischen Beziehung im Behandlungsverlauf – Vergleichende Betrachtung nach 25 Therapiestunden	59
3.2.1	Gesamtgruppe	59
3.2.1.1	Perspektive der Patienten	60
3.2.1.2	Perspektive der Therapeuten	62
3.2.2	Störungsgruppe Angst – Untergruppe Angst	64
3.2.2.1	Perspektive der Patienten	64
3.2.2.2	Perspektive der Therapeuten	66
3.2.3	Störungsgruppe Depression – Untergruppe Depression	68
3.2.3.1	Perspektive der Patienten	68

3.2.3.2	Perspektive der Therapeuten	70
3.2.4	Störungsgruppe Externalisierende Störungen – Untergruppe Externalisierende Störungen	72
3.2.4.1	Perspektive der Patienten	72
3.2.4.2	Perspektive der Therapeuten	74
3.3	Einschätzung der Compliance der Patienten aus Sicht der Therapeuten	76
3.3.1	Gesamtgruppe	76
3.3.2	Störungsgruppe Angst	77
3.3.3	Störungsgruppe Depression	77
3.3.4	Störungsgruppe Externalisierende Störungen	78
3.3.5	Vergleich der Einschätzung zu T1 und T2	79
3.4	Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis	80
3.4.1	Patienten	80
3.4.2	Therapeuten	81

4 Diskussion

4.1	Diskussion der Ergebnisse	82
4.1.1	Hauptskala Therapeutische Beziehung	82
4.1.2	Subskalen	85
4.1.3	Entwicklung der Therapeutischen Beziehung	88
4.1.4	Compliance der Patienten	90
4.1.5	Auswirkungen der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis	92
4.2	Kritische Betrachtung der Methoden	95
4.2.1	Stichprobe	95
4.2.2	Störungsgruppen	96
4.2.3	Schweregrad der Erkrankung	97
4.2.4	Alter und Geschlecht der Patienten	98
4.2.5	FTB-KJ / -T als Messinstrument	98
4.3	Fazit	99

5	Zusammenfassung	100
6	Literaturverzeichnis	102
7	Anhang	
8	Danksagung	
9	Lebenslauf	
10	Eidesstattliche Erklärung	

1 Einleitung

1.1 Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrundes

Bis zum heutigen Zeitpunkt wurde der Evaluation der psychoanalytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen im Gegensatz zur Erwachsenenpsychotherapie nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Insbesondere die verschiedenen Aspekte der Beziehung zwischen Patient und Therapeut – im deutschen Sprachgebrauch häufig als Therapeutische Beziehung bezeichnet – und ihre Bedeutung als wichtige Wirkfaktoren im therapeutischen Kontext erscheinen in bisherigen Studien noch nicht ausreichend gewürdigt.

Für den Bereich der Erwachsenenpsychologie ermittelten im Jahr 2000 Martin, Garske und Davis im Rahmen ihrer metaanalytischen Übersicht für den anglo-amerikanischen Sprachraum 1405 veröffentlichte Arbeiten zu den Begriffen *therapeutic bond* bzw. *alliance* (Martin et al., 2000). In einer auch auf den deutschen, französischen und italienischen Sprachraum ausgeweiteten Metaanalyse identifizierten Horvath, Del Re, Flückiger und Symonds 2011 aus inzwischen über 7000 Beiträgen zu dieser Thematik insgesamt 201 Forschungsstudien zum Zusammenhang zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsergebnis (Horvath et al., 2011).

Demgegenüber beschrieben Russell und Shirk noch 1998 für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Behandlungsprozessforschung als „ignored stepchild of child psychotherapy investigators“ (Russell & Shirk, 1998, S. 93) und Bickman, Vides de Andrade, Lambert, Doucette, Sapyta, Boyd, Rumberger, Moore-Kurnot, McDonough und Rautkis verwiesen in ihrer Arbeit dabei auf den geringen, von ihnen auf unter 3% der Studien geschätzten Anteil von Untersuchungen des Behandlungsprozesses in Hinblick auf die Therapeutische Beziehung (Bickman et al., 2004).

Etwa zeitgleich dazu veröffentlichten Shirk und Karver eine Metaanalyse von 23 Studien über den Zusammenhang zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem

Behandlungsergebnis. Dabei stellten sie fest, dass die Korrelation zwischen Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis moderat und weitgehend ähnlich den Resultaten in der Erwachsenentherapie sei und dieses über verschiedene Therapiemodalitäten hinweg gelte (Shirk & Karver, 2003). Knapp drei Jahre später konnten Karver, Handelsman, Fields und Bickman für eine neue Metaanalyse bereits 49 vorliegende Behandlungsstudien zu dieser Thematik berücksichtigen, räumten aber weiterhin – ebenso wie schon Kronmüller und Hartmann (1997) für den deutschsprachigen Raum – Mängel bezüglich der Datenlage, aber auch der generellen Qualität und des methodischen Vorgehens einiger Arbeiten ein (Karver et al., 2006).

Erst 2011 veröffentlichten Shirk, Karver und Brown eine diese Einschränkungen in ihren Augen weitgehend überwindende Metaanalyse von 16 Studien mit 658 jungen Patienten in psychoanalytischer Einzeltherapie, die bei prospektivem Design neben eng umschriebenen Einschlusskriterien ähnlich denen in Erwachsenenstudien auch streng definierte Messinstrumente speziell für die Therapeutische Beziehung voraussetzte. Darin formulierten sie einen Trend zur stärkeren Korrelation zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis für Kinder gegenüber Jugendlichen und für Verhaltenstherapie gegenüber nicht-verhaltenstherapeutischen Behandlungen, während sie lediglich für die Abhängigkeit vom Krankheitsbild einen signifikanten Einfluss feststellten (Shirk et al., 2011).

Doch auch diese aktuellen Forschungsanstrengungen zu spezielleren Aspekten der Therapeutischen Beziehung und ihrem Beitrag zum Behandlungserfolg haben die vorbeschriebenen Erkenntnisdefizite nur partiell kompensieren können und neue Fragen insbesondere zum Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteinschätzung der Therapeutischen Beziehung, zu ihrer Entwicklung über den zeitlichen Behandlungsverlauf hinweg sowie zu einem möglichen Einfluss ihrer Einzelfaktoren auf das Behandlungsergebnis aufgeworfen.

Im Fokus dieser Dissertation steht die Therapeutische Beziehung in der ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie. Aus diesem Grunde wird zuerst ein kurzer Einblick

in die Thematik der psychoanalytischen Psychotherapie gegeben, und im Anschluss daran werden wissenschaftliche Erkenntnisse über die Therapeutische Beziehung und ihre Rolle in der Psychotherapie angeführt.

1.1.1 Kurzbeschreibung der psychoanalytischen Psychotherapie

Die psychoanalytische Psychotherapie stellt in Deutschland neben der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie eines der drei etablierten und von den Krankenkassen anerkannten Psychotherapieverfahren dar. Sie gilt als eine Anwendungsform der Psychoanalyse und zählt somit zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren. Die Psychoanalyse wurde ab 1896 von Sigmund Freud entwickelt und von ihm folgendermaßen definiert:

Psychoanalyse ist der Name 1. eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind; 2. einer Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet; 3. einer Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen. (1923/1976, S. 211)

Nach den im Jahr 2009 überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinien wird bei einer psychotherapeutischen Behandlung zwischen einer Kurzzeitbehandlung mit maximal 25 Einzeltherapiestunden und einer Langzeitpsychotherapie unterschieden. Letztere wird in der psychoanalytischen Psychotherapie für Kinder auf 120 und für Jugendliche auf 140 Therapiestunden begrenzt. Wurde bis dahin das Behandlungsziel noch nicht erreicht, bestehen jedoch begründete Aussichten auf den Therapieerfolg bei Fortführung der Therapie, so wird die Grenze auf 150 bzw. 180 Stunden für Kinder bzw. Jugendliche angehoben (Psychotherapie-Richtlinie, 2009).

Nach allgemeinem Verständnis können „psychische Störungen ... auftreten, wenn zwischen verschiedenen seelischen, oft unbewussten, Anteilen eines Menschen Konflikte bestehen und diese unerträgliche Spannungen hervorrufen“ (Frankfurter Arbeitskreis Psychoanalytische Psychotherapie FAPP). Diese unbewussten Konflikt-

spannungen rühren oft aus lebensgeschichtlich frühen emotionalen Erfahrungen wie Ängstigungen, Kränkungen und Enttäuschungen durch wichtige Bezugspersonen her. Die Internalisierung dieser negativen Erfahrungen mündet in eine nachhaltige Verdrängung der Bedürfnisse, die „unter dem Druck der Abwehr eine unbewusste innere Dauerspannung hervorrufen“ (Rudolf & Rüger, 2006, S. 40). Daraus resultieren nach dem ätiologischen Modell von Krause (1997) unbewusste dysfunktionale Verhaltensbereitschaften, die jede neue Situation im Sinne der internalisierten Erfahrung konflikthaft ausgestalten können. Hier sei vor allem die neurotische Beziehungsbereitschaft, also die Bereitschaft zur Übertragung, genannt (Rudolf & Rüger, 2006).

Das Ziel einer psychoanalytischen Psychotherapie kann demnach nicht primär in der Beseitigung eines Symptoms gesehen werden, sondern vielmehr in der Anregung „zu einem kontinuierlichen Prozess der Selbstreflexion“ (Rudolf & Rüger, 2006, S. 40) und in einer „Stärkung des Ichs“ (Diez Grieser, 2004, S. 207). Dem Patienten wird somit ermöglicht, eine neue Einstellung zu seiner zentralen Konfliktthematik zu finden und dadurch als häufige Konsequenz eine Symptomreduktion zu erfahren.

1.1.2 Theoretische Konzepte zur Therapeutischen Beziehung

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der psychoanalytischen Psychotherapie wurde schon in den Anfängen von Psychotherapie und Psychoanalyse als äußerst wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung erkannt. Bereits 1913 erläuterte Sigmund Freud in seinen Ausführungen *Zur Einleitung der Behandlung*, dass

das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn [den Patienten] an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden, oder wenn man sich als Vertreter oder Mandatar einer Partei gebärdet. (1913/1964, S. 473 f.)

Erst 1956 wurde der Begriff der *Therapeutic Alliance*, also der Therapeutischen Beziehung, von Zetzel im Rahmen ihrer Arbeit zu aktuellen Übertragungskonzepten in die Psychotherapieforschung eingeführt. Demnach spiele die Fähigkeit des Patienten, eine Bindung im Sinne einer frühen Mutter-Kind-Beziehung zu seinem Therapeuten aufbauen zu können, eine wichtige Rolle in der Therapie (Zetzel, 1956).

Greenson betrachtete „the alliance as consisting both of the patient's affectionate feelings toward the therapist and the patient's capacity to work in therapy“ (Greenson, 1965, zitiert nach Gaston, 1990, S. 144) und stellte 1967 die *Working Alliance* als eine der wesentlichen Komponenten des therapeutischen Prozesses heraus (Greenson, 1967, zitiert nach Horvath & Greenberg, 1989).

Luborsky prägte 1976 in seiner Arbeit über das für eine Therapeutische Allianz und ein gutes Therapieergebnis notwendige ‘Zusammenspiel‘ den Begriff der *Helping Alliance* als „Ausdruck einer positiven Bindung zwischen Patient und Therapeut, in der der letztere als hilfreiche und unterstützende Person wahrgenommen wird“ (Luborsky, 1976, übersetzt 1996, S. 22). Dabei unterschied er zwei Qualitäten der Therapeutischen Beziehung: Typ 1 als helfende Beziehung, in der der Patient den Therapeuten als hilfreich und unterstützend erlebt, und Typ 2 als helfende Beziehung, in der der Patient und der Therapeut gemeinsam gegen die Probleme des Patienten kämpfen.

1979 entwickelte Bordin ein dreiteiliges Modell zur Erklärung der Therapeutischen Allianz, in dem der von ihm neu eingeführte Begriff *Therapeutic Bond* auftauchte. Zu den Wirkfaktoren der Therapeutischen Beziehung wurden demnach eine Einigung über die Therapieziele (*goals*) sowie über die erforderlichen Techniken bzw. Rahmenbedingungen (*tasks*) und die Entwicklung einer Bindung zwischen Therapeut und Patienten (*bond*) gezählt (Bordin, 1979).

1990 erweiterte Gaston dieses Modell auf ein Konstrukt aus vier relativ unabhängigen Dimensionen, die komplementär und kompatibel zueinander seien:

- a) die Therapeutische Allianz oder affektive Beziehung des Patienten zum Therapeuten;
- b) die Arbeitsbeziehung als Potential des Patienten zweckgerichtet in der Therapie mitzuarbeiten;

- c) das empathische Verständnis des Therapeuten und sein Engagement; und als vierte Dimension
- d) die Übereinkunft zwischen Patient und Therapeut über die Ziele und Aufgaben der Behandlung (Gaston, 1990).

Eine der vielleicht umfassendsten und aktuellsten Definitionen stammt wiederum von Horvath. Er beschrieb zusammen mit Bedi die Therapeutische Beziehung im Jahr 2002 wie folgt:

The alliance refers to the quality and strength of the collaborative relationship between client and therapist in therapy. This concept is inclusive of: the positive affective bonds between client and therapist, such as mutual trust, liking, respect, and caring. Alliance also encompasses the more cognitive aspects of the therapy relationship; consensus about, and active commitment to, the goals of therapy and to the means by which these goals can be reached. The alliance is a conscious and purposeful aspect of the relation between therapist and client. (2002, S. 41)

Aus den hier vorgestellten unterschiedlichen Ansätzen zur begrifflichen Beschreibung der Therapeutischen Beziehung wird deutlich, dass eine genaue Definition des Begriffs ‘Therapeutische Beziehung‘ und der in sie einfließenden Komponenten äußerst schwierig und bis heute nicht einheitlich geklärt ist. So findet man neben dem Begriff der *Therapeutischen Beziehung* im Deutschen auch viele weitere, synonym verwendete Bezeichnungen wie z.B. Therapeutische Allianz, Patient-Therapeut-Beziehung oder Therapeutische Arbeitsbeziehung. Diese Bezeichnungen, die genau wie die englischen Pendanten Therapeutic Relationship, Therapeutic Alliance, Therapeutic Bond, Helping Alliance oder Working Alliance nicht scharf gegeneinander abzugrenzen sind, versuchen in ihrer Gesamtheit das Beziehungskonstrukt zwischen Patient und Therapeut zu erfassen. Im Rahmen dieser Dissertation wird aus Gründen der Einheitlichkeit durchgängig der Begriff Therapeutische Beziehung verwendet.

1.1.3 Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie

Die Therapeutische Beziehung ist schon seit Jahrzehnten bedeutender und faszinierender Gegenstand zahlreicher Studien, nachdem ihre zentrale Rolle innerhalb der Psychotherapie von Freud erstmals im Jahr 1913 erkannt und beschrieben wurde. Nach bis über die Mitte des vorigen Jahrhunderts hinaus eher grundsätzlichen theoretischen Betrachtungen konzentrierten sich die Autoren ab den siebziger Jahren zunehmend auf den Einfluss dieser Beziehung auf den Behandlungserfolg und dies insbesondere für den Bereich der Erwachsenentherapie. Die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychotherapie wurde hingegen bisher nicht ausreichend untersucht.

Demnach ist es von großer Relevanz, die in der Erwachsenentherapie gewonnenen Ergebnisse auch für Kinder und Jugendliche zu überprüfen. Im Folgenden werden deshalb zuerst die in diesem Zusammenhang wichtigsten Ergebnisse aus den Studien zur Erwachsenentherapie aufgeführt und dabei auch kurz auf die bewährtesten dort zur Anwendung kommenden Messinstrumente zur Beurteilung der Therapeutischen Beziehung eingegangen. Im Anschluss werden die wesentlichen Erkenntnisse zur Therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichentherapie dargestellt.

1.1.3.1 Erwachsene

Die Therapeutische Beziehung gilt allgemein als besonders bedeutsames Element für den Erfolg in der Psychotherapie. Eine im Jahr 2009 von Horvath und Kollegen angestrengte Durchsuchung von elektronischen Datenbasen erbrachte mehr als 7000 Eintragungen zu dieser Thematik (Horvath et al., 2011). Ein solches Interesse rührte zu einem sicher bedeutenden Teil aus der Beobachtung her, dass unterschiedlichste Therapieformen vergleichbar positive Effekte für die Psychotherapiepatienten zeigten, was wiederum die Suche nach einem allgemeinen zu Grunde liegenden Wirkprinzip inspirierte. Dieser Prozess hatte schon 1983 zur Gründung der *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) geführt. Martin und Kollegen

definierten dann erstmals die Therapeutische Beziehung als gemeinsamen Wirkfaktor über alle therapeutischen Disziplinen bzw. Schulen hinweg (Martin et al., 2000).

Doch ebenso wie die bereits beschriebene Problematik betreffs einer Einigung auf eine generelle Definition der Therapeutischen Beziehung als solches weitere Forschungsfortschritte behinderte, stellte auch die schwierige Entwicklung eines geeigneten Messinstruments zur adäquaten Erfassung der Qualität der Therapeutischen Beziehung ein Hemmnis dar. Entsprechend der verschiedenen Theorien entstanden zuerst für den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie unterschiedliche Messinstrumente, wie die *Penn Helping Alliance Rating Scale* von 1976, die *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS) von 1978 und die *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) von 1986. Neben diesen und – wie von Horvath und Kollegen 2011 herausgestellt – noch fast 30 weiteren Skalen hat insbesondere das auf dem Modell von Bordin (1979) basierende von Horvath und Greenberg 1989 entwickelte *Working Alliance Inventory* (WAI) breite Anwendung gefunden und teilweise in einer entsprechend modifizierten Variante auch Einzug in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gehalten.

Anhand dieser Instrumente verglichen Martin und Kollegen im Jahr 2000 insgesamt 79 Studien zum Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis, konnten dabei jedoch lediglich eine moderate aber konsistente Korrelation von ,22 feststellen (Martin et al., 2000). Horvath fasste 2001 die Erkenntnisse seiner früheren Studie von 1991 (Horvath & Symonds, 1991), der von Martin und Kollegen aus dem Jahre 2000 sowie weiterer zehn neuerer Studien zusammen und berechnete eine gewichtete durchschnittliche Effektstärke von ,21 mit einem Median von ,25.

Betreffs einer möglicherweise höheren Aussagekraft für das Therapieergebnis bei frühzeitiger Einschätzung der Therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf sprachen Horvath und Symonds noch in einer 1991 veröffentlichten Metaanalyse von widersprüchlichen Ergebnissen (Horvath & Symonds, 1991). In der Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2001 ermittelte Horvath dann differenziert eine Effektstärke von ,22 für das erste Therapiedrittel bzw. Sitzung 1 bis 5, von ,19 für die mittlere Therapiephase und von ,25 für die späte Therapeutische Beziehung. Gleichzeitig setzte er dieses in

Relation zu einer von Smith und Glass 1977 beschriebenen Gesamteffektstärke von ,39 für den Behandlungseffekt von Psychotherapie insgesamt und schrieb so etwas mehr als die Hälfte der positiven Effekte einer Psychotherapie der Qualität der Therapeutischen Beziehung zu (Horvath, 2001).

Martin und Kollegen beschrieben dabei aus Sicht der Patienten eine höhere Stabilität der Therapeutischen Beziehung über den Verlauf der Therapie und leiteten daraus die große Bedeutung einer schon früh etablierten positiven Patienten-Therapeuten-Beziehung ab (Martin et al., 2000). Besonders eine gute Therapeutische Beziehung zu Beginn der Behandlung trage zu einer erfolgreichen Therapie bei (Principe et al., 2006; Strauss et al., 2006). Puschner, Bauer, Horowitz und Kordy hingegen konstatierten in ihrer Arbeit zum Zusammenhang zwischen zwischenmenschlichen Problemen und der Therapeutischen Beziehung, dass diese sich während der Therapie entwickeln könne und so z.B. eine zu Beginn negative Beziehung in eine positive umschlagen könne (Puschner et al., 2005).

In diesem Zusammenhang hatten Horvath und Luborsky von für erfolgreiche Therapien notwendigen Fluktuationen in der Qualität der Therapeutischen Beziehung bis hin zu Rissen und folgenden Reparaturen gesprochen, und schon 1976 hatte Luborsky die Betrachtung der Therapeutischen Beziehung als eher dynamische denn als statische Größe vorgeschlagen, die auf sich ändernde Ansprüche verschiedener Therapiephasen reagiere. Dabei erwachse beim notwendigen Übergang der frühen helfenden Typ-1-Beziehung zur späteren aktiver gemeinsam auf das Therapieziel hin arbeitenden Typ-2-Beziehung eine Art 'Wir-sein' (Luborsky, 1976; Horvath & Luborsky, 1993). In diesem Zusammenhang wiesen später Zuroff und Blatt in ihrer Studie zur Kurzzeitbehandlung von Depressionen darauf hin, dass die Patienten eine wesentlich aktivere Beteiligung an der Therapie demonstrierten, wenn sie die Beziehung zu ihrem Therapeuten als gut empfanden (Zuroff & Blatt, 2006).

Webb, DeRubeis, Amsterdam, Shelton, Hollon und Dimidjian differenzierten dabei zusätzlich zwischen dem Einfluss einer Übereinstimmung im Bereich der Therapierahmenbedingungen und Therapieziele zwischen Patient und Therapeut und dem der emotionalen Beziehung über den Verlauf der Therapie. Dabei schrieben sie

dieser als *agreement*-Faktor bezeichneten Übereinstimmung betreffs Aufgaben (tasks) und Zielen (goals) – gemessen bei der dritten Therapiesitzung – eine merklich höhere Prädiktionskraft zu, als der hier als *relationship*-Faktor bezeichneten emotionalen Beziehung (bond). Umgekehrt beobachteten sie zu einem späteren Messzeitpunkt einen deutlich positiven Zusammenhang zwischen der Beurteilung beider Faktoren und einem zwischenzeitlich erfolgten Symptomwandel und schlossen daraus, dass „the bond between therapist and patient may be more of a consequence than a cause of symptom change“ (Webb et al., 2011, S. 279). Darüber hinaus betonte insbesondere Horvath die unterschiedliche Aussagekraft der Beurteilung aus Patientensicht einerseits und der aus Therapeutensicht andererseits und wies letzterer dabei eine geringere Vorhersagekraft zu (Horvath & Symonds, 1991; Horvath, 2000).

Die schon zuvor zitierte Metaanalyse von Martin und Kollegen zeigte keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Patienten und der Korrelation von Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis (Martin et al., 2000). Darüber hinaus fanden Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds und Horvath in einer aktuellen longitudinalen Multilevel Metaanalyse zur zentralen Bedeutung der Therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie auch keinerlei Hinweise auf singuläre oder kombinierte potentielle Einflussfaktoren bei der Untersuchung von einerseits unterschiedlichen Studientypen – z.B. Random Controlled Trial (RCT) oder anderen –, dem Gebrauch von störungsspezifischen Behandlungsmanualen oder dem Vorliegen spezieller Untersucheraffinitäten bezüglich des eingesetzten Therapieverfahrens (Flückiger et al., 2012). Insbesondere für die Anwendung unterschiedlichster Behandlungstechniken wie Verhaltenstherapie, Kognitiver Therapie oder Psychodynamischer Therapie konnte kein signifikanter Einfluss auf die Bindungs-/Erfolgskorrelation nachgewiesen werden (Horvath & Luborsky, 1993).

In seiner Arbeit *The Alliance* von 2001 beschrieb Horvath abschließend die Bedeutung einer guten Therapeutischen Beziehung wie folgt:

A positive alliance provides the essential common context within which different therapeutic traditions build unique bridges to help clients negotiate the journey between emotional pain and mental health. (2001, S. 370)

1.1.3.2 Kinder und Jugendliche

Im Gegensatz zu der größtenteils konsolidierten Datenlage in der Erwachsenentherapie liegen zur Rolle der Therapeutischen Beziehung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nur relativ wenige Untersuchungen vor.

Anna Freud beschrieb 1946 eine „affectionate attachment“, also eine gefühlsmäßige Bindung, als eine „prerequisite for all later work“ (Freud, A., 1946, zitiert nach Shirk et al., 2011, S. 17) und legte damit die Grundlage für die spätere Differenzierung zwischen dem emotionalen ‚bond‘ einerseits und der Arbeitsbeziehung andererseits. Die emotionale Beziehung wurde hier nicht als per se kurativ gesehen, sondern quasi als Katalysator für das Voranbringen der therapeutischen Arbeit: Die Therapeutische Beziehung diene im Sinne einer spezifischen technischen Prozedur einer Förderung der Einbeziehung der Kinder und jugendlichen Patienten in die therapeutische Aufgabenstellung (Kendall et al., 2009; Shirk et al., 2011).

Neben diesen qualitativen verdienen insbesondere die quantitativen Fragestellungen besonderes Interesse. Schon 1992 hatten Shirk und Saiz in ihren einleitenden Ausführungen zur Entwicklung der *Therapeutic Alliance Scales for Children* (TASC) grundsätzlich eine positive emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut als essenziell für eine erfolgreiche Therapie benannt. In ihre Untersuchung hatten sie N = 62 Kinder zwischen 7 und 12 Jahren in einer stationären Kurzzeittherapie einbezogen, die in der dritten Behandlungswoche parallel zum Therapeuten den neu entwickelten Fragebogen TASC ausfüllten. Als wichtigstes Fazit beschrieben die beiden Autoren, dass die durch ihr neues Messinstrument verlässlich erfasste affektive Qualität der Therapeutischen Beziehung die Mitarbeit des Kindes in der Therapie positiv beeinflusse und darüber hinaus ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dieser Mitarbeit am gemeinsamen Behandlungsziel und dem Therapieerfolg bestehe (Shirk & Saiz, 1992).

Kronmüller, Hartmann, Reck, Victor, Horn und Winkelmann spezifizierten in ihrer Evaluation der deutschen Version des TASC einen signifikanten Zusammenhang zwischen Beziehungsqualität und Symptomatik nur für die Patientenperspektive

(Kronmüller et al., 2003). Grundsätzlich stellten Elvins und Green jedoch noch 2008 beim Vergleich verschiedener Messinstrumente zur Therapeutischen Beziehung fest, dass trotz ihrer Vielfalt keine dieser Allianz-Skalen die Therapeutische Beziehung mit all ihren Aspekten erfasse. Hieran zeige sich die Notwendigkeit der Schaffung eines noch spezifischeren Messinstruments für die Therapeutische Beziehung im Rahmen einer evidenzbasierenden Medizin (Elvins & Green, 2008).

In ihrer Metaanalyse von 23 Studien zum Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis berichteten Shirk und Karver im Jahr 2003 von einem weitgehend konsistenten geringen bis moderaten Beitrag der Therapeutischen Beziehung zum Therapieresultat. Sie ermittelten einen gewichteten Korrelationskoeffizienten von ,20, der somit dem im Erwachsenenbereich bei ,22 liegenden Koeffizienten ähnelte (Shirk & Karver, 2003). Im Jahr 2006 erweiterten und erneuerten Karver und Kollegen die Datenbasis auf dann 49 Studien. Die dabei beobachteten gewichteten Effektstärken lagen hier über alle untersuchten Aspekte der Therapeutischen Beziehung – wie z.B. Eigenschaften und Fähigkeiten des Therapeuten, die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit sowie die Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess – hinweg bei ,17 bzw. ungewichtet bei ,28. In 14 Studien wurde explizit der Zusammenhang zwischen der Therapeutischen Allianz der Kinder bzw. Jugendlichen und dem Therapieergebnis untersucht und ein Wert von durchschnittlich ,21 mit einer Streubreite von ,05 bis ,49 ermittelt (Karver et al., 2006).

In der jüngsten und bis dato aufwändigsten Metaanalyse präsentierten Shirk, Karver und Brown im Jahr 2011 die Ergebnisse aus 16 nach strengen Kriterien selektierten prospektiven Studien zur Einzeltherapie von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung. Der gewichtete Korrelationskoeffizient errechnete sich dabei mit ,22 und damit vergleichbar zu früheren Untersuchungen und auch zum Erwachsenenbereich, die Effektstärken lagen zwischen ,08 und ,53. Weiterhin zeigten Kinder in dieser Studie gegenüber Jugendlichen tendenziell stärkere Korrelationen zwischen der beurteilten Qualität der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis. Die Autoren vermuteten für dieses erstmalig von ihnen nachgewiesene Phänomen einen Zusammenhang mit den unterschiedlichen

Erkrankungsschwerpunkten in den verschiedenen Altersklassen wie z.B. dem vermehrten Auftreten von die Korrelation negativ beeinflussenden Abhängigkeits-erkrankungen in jugendlicherem Alter (Shirk et al., 2011).

DiGiuseppe, Linscott und Jilton sprachen in ihrer Arbeit zur Entwicklung der Therapeutischen Beziehung im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für jüngere Patienten von einer dominierenden Rolle des Bond-Aspekts. Auf Grund von entwicklungsbedingten Faktoren rühre bei Kindern bis ins Primärschulalter nur ein kleinerer Teil der Varianz des Therapieergebnisses aus der Übereinstimmung bei der Aufgabenstellung und den Therapiezielen her. Einfluss hätte in diesem Zusammenhang die bis zum Vorschul- bzw. Grundschulalter häufig mangelnde Selbsteinschätzung der Kinder, die eine Übereinkunft über die zu erreichenden Therapieziele erschwere (DiGiuseppe et al., 1996).

Kazdin, Marciano und Whitley berichteten in ihrer Untersuchung zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern mit externalisierenden Störungen von gleichwertigen Resultaten betreffs der Therapeutischen Beziehung, unabhängig von Alter, Geschlecht oder auch Zugehörigkeit der Kinder zu ethnischen Minderheiten (Kazdin et al., 2005). Kronmüller und Kollegen differenzierten zwischen einer sich mit zunehmendem Lebensalter ungünstiger entwickelnden Qualität der emotionalen Beziehung und einem positiven Zusammenhang zwischen Patientenalter und der berichteten Qualität der Therapeutischen Arbeitsbeziehung (Kronmüller et al., 2003). Zusätzlich wiesen sie auf eine mögliche Abhängigkeit der Beziehungsqualität aus Patientensicht von der Schwere der Symptomatik hin. So konnten sie die postulierte ungünstigere Therapeutische Beziehung bei männlichen Jugendlichen wohl auf Grund der stärker external dominierten Störungen signifikant bestätigen.

Chiu, McLeod, Har und Wood konnten in ihrer Analyse zur kognitiven Verhaltenstherapie für Kinder mit Angststörungen die Feststellung von DiGiuseppe und Kollegen (1996), dass eine möglicherweise schwierigere Bindungsformung bei Jugendlichen auf Grund der altersbedingt ausgeprägteren Entwicklung zur Autonomie gegeben sei, nicht bestätigen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass keine signifikante Korrelation zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem Patientenalter bestehe

und auch andere Patienten-Charakteristika wie Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit keinen Einfluss ausübten (Chiu et al., 2009).

Weisz und Hawley beklagten ihrerseits explizit den geringen Anteil von nur 6,1% an Studien, die den Zusammenhang zwischen Alter und Therapieergebnis mit erfassten (Weisz & Hawley, 2002). Shirk und Karver wiederum stellten in ihrer Metaanalyse zur Vorhersage des Behandlungsergebnisses in Abhängigkeit von Beziehungs-Variablen unter anderem einen mit 65% – abweichend von entsprechenden Erwachsenenstudien – höheren Anteil von männlichen Patienten fest (Shirk & Karver, 2003).

Darüber hinaus beschrieben Weisz und Hawley bedeutsame Lücken sowohl in der wissenschaftlichen Abdeckung von typischen Fragestellungen und Problemen Jugendlicher, als auch bei der Beachtung besonderer biologischer, psychologischer und sozialer Dimensionen der Entwicklung Heranwachsender. Sie stellten heraus, dass sich nur zwischen 25% und 38% von in früheren Metaanalysen betrachteten Studien und 36,5% der von ihnen selbst untersuchten 312 Arbeiten vorwiegend mit jugendlichen Patienten in Abgrenzung zu jüngeren Kindern beschäftigten. Insbesondere betonten sie, dass von den 25 Therapiemethoden, die von Spezialisten als empirisch gesichert für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen identifiziert wurden, nur die Multisystemische Therapie als einzige ursprünglich speziell für Heranwachsende entwickelt worden war. Unabhängig davon wiesen jedoch auch 13 der anderen – nicht spezifisch auf Jugendliche zugeschnittenen – Behandlungsformen vorteilhafte Effekte auf. Zudem kritisierten die Autoren die mit einem Anteil von 60% inadäquate Fokussierung der vorliegenden Studien auf nur zwei Krankheitsbilder, nämlich Angst- und Verhaltensstörungen, unter Vernachlässigung von so wichtigen Erkrankungen wie der Depression mit nur 11% Studienanteil oder Abhängigkeits- und Essstörungen (Weisz & Hawley, 2002).

Betreffs der ansonsten wenig betrachteten Unterschiede zwischen einzelnen Störungsbildern stellten DiGiuseppe und Kollegen heraus, dass vor allem Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen Schwierigkeiten beim Aufbau von Beziehungen hätten und dementsprechend die Bewertungen der Therapeutischen Beziehung geringer ausfielen als bei Patienten mit internalisierenden Störungen.

Letztere könnten wegen ihrer größeren Motivation innere Spannungen zu vermindern eine erhöhte Bereitschaft zum Aufbau einer Therapeutischen Beziehung aufweisen (DiGiuseppe et al., 1996). Für die entsprechenden Korrelationen zwischen Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis ermittelten Shirk und Kollegen metaanalytisch bei den jeweiligen Störungsbildern Werte von ,25 für internalisierende und ,26 für externalisierende Störungen mit Extremausschlägen von ,10 – also einen sehr begrenzten Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis – bei Patienten mit Drogenmissbrauch und ,53 in der einzigen Studie über Patienten mit Essstörungen (Shirk et al., 2011).

In dieser neuesten Metaanalyse über die Therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berichteten die Autoren zudem von einem tendenziell stärkeren Zusammenhang zwischen Therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis in der Verhaltenstherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen (Shirk et al., 2011). Speziell für die individuelle kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Jugendlichen berechneten Shirk, Gudmundsen, Crisp, Kaplinski und McMakin schon 2008 eine moderate Korrelation von ,26 zwischen diesen beiden Variablen (Shirk et al., 2008).

Zudem berichteten Karver und Kollegen im selben Jahr für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von einer moderaten Korrelation zwischen der Patientenmitarbeit und dem Therapieergebnis sowohl im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie als auch bezüglich anderer unterstützender Therapieformen wie psychodynamischen Interventionen und systemischen Familientherapien (Karver et al., 2006, Karver et al., 2008). In der späteren Studie zur Erfassung der Therapeutischen Beziehung, von Verhaltensweisen bei ihrem Aufbau und der Patientenmitarbeit von Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmundsen und McMakin zeigte insbesondere die Mitarbeit von Patienten mit Depression während der frühen Behandlungsphase eine starke Korrelation zur Therapeutischen Beziehung über verschiedene Methoden und Therapieansätze hinweg. Zusätzlich konstatierten die Autoren bis dahin einzigartig, dass ein Fehlverhalten der Therapeuten – wie das Unterlassen von Beachtung und Kenntnisnahme emotionaler Äußerungen der

jugendlichen Klienten – einen schädlichen Effekt auf die Beziehungsbildung bei allen Behandlungsformen habe (Karver et al., 2008).

Beim Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung aus verschiedenen Perspektiven betonten Bickman und Kollegen, dass sich die durchschnittlichen Bewertungen der Patienten und der Therapeuten signifikant unterschieden und nur geringe Korrelationen beständen (Bickman et al., 2004). Hierzu stellten Tryon, Blackwell und Hammel in ihrer Studie zum Bewertungsverhalten von Therapeuten und Patienten fest, dass erstere zumeist nur die höchsten 30% der Bewertungsstufen benutzten, Patienten im Durchschnitt sogar nur die besten 20% auf der Ratingskala vergaben (Tryon et al., 2008), wodurch die Trennschärfe beeinträchtigt werde. Shelef und Diamond identifizierten neben Jugendlichen insbesondere auch Abhängige allgemein als die Therapeutische Beziehung überdurchschnittlich gut bewertende Gruppen und schlossen daraus auf eine besondere Neigung dieser Klientel zur Erfüllung von Fremdansprüchen. Diese insgesamt hohen Bewertungen könnten zu einem Deckelungseffekt mit geringerer Varianz führen, was in der Konsequenz in einer geringeren Korrelation zwischen Therapeutischer Beziehung und Behandlungsergebnis resultiere (Shelef & Diamond, 2008).

Insgesamt gilt die Frage, ob die Bewertungen der Kinder oder der Therapeuten eine bessere Vorhersage des Therapieerfolgs erlauben, als nicht abschließend geklärt. Der Beurteilung seitens der Patienten wurde in verschiedenen Studien eine tendenziell größere Aussagekraft für den Erfolg der Therapie zugesprochen (Bickman et al., 2004; Kazdin et al., 2006). Auch Shirk und Kollegen stellten heraus, dass eine bereits zu einem frühen Zeitpunkt von Jugendlichen als positiv bewertete Therapeutische Beziehung mit einer größeren Veränderung der depressiven Symptomatik einhergehe, während die Therapeuten-Bewertung nicht signifikant mit einer Symptomverbesserung korrelierte. Andererseits zeigte sich in dieser Studie, dass eine frühzeitig positive Einschätzung der Therapeutischen Beziehung seitens der Therapeuten eine längere Therapiedauer mit einer folglich höheren ‘Behandlungs-Dosis’ mit sich bringe, wobei die erhöhte Anzahl an Therapiesitzungen jedoch nicht zwangsläufig zu einem besseren Behandlungsergebnis führen müsse (Shirk et al., 2008).

Campbell und Simmonds untersuchten in einer 2011 veröffentlichten Arbeit speziell die persönliche Einschätzung der Therapeuten zur Therapeutischen Beziehung mit ihren jungen Patienten. Dabei wurde die emotionale Bindung (bond) mit 68% am häufigsten als sehr wichtiger Beitrag zur Therapeutischen Beziehung vor der Ziele-Kategorie (goal) mit 25% und den Arbeitsmethoden (tasks) mit 19% benannt (Campbell & Simmonds, 2011).

Shelef und Diamond wiesen auf die Bedeutung der Fremdeinschätzung durch einen externen Beobachter hin, dessen Urteil in der Aussagekraft für die Erwachsenentherapie zwischen dem des Patienten und des Therapeuten liege und in der Jugendlichenpsychotherapie sogar an erster Stelle stehe (Shelef & Diamond, 2008). Auch McLeod und Weisz stellten in ihrer Untersuchung über internalisierende Störungen und insbesondere kindliche Angstpatienten heraus, dass eine von dritter Seite als stark bewertete Therapeutische Beziehung zwischen Kind und Therapeut mit einer Verbesserung der Angstsymptomatik einherginge (McLeod & Weisz, 2005).

Darüber hinaus wurde auch die Rolle der Eltern als weiterer Faktor im Behandlungskontext in neueren Arbeiten zunehmend berücksichtigt, da daraus ein Einfluss auf den Behandlungsverlauf resultieren könnte. So resümierten Campbell und Simmonds: „... the quality of the parent/therapist alliance contributes significantly to the quality of the alliance with the child“ (Campbell & Simmonds, 2011, S. 207). McLeod und Weisz hatten dies betrifft für die Beziehung zwischen Eltern und Therapeut eine mit ,29 höhere Effektstärke für den Zusammenhang mit dem Therapieergebnis der sich in Therapie befindlichen Kinder festgestellt als für die direkte Kind-Therapeut-Beziehung mit ,21 (McLeod & Weisz, 2005). Shirk und Kollegen betonten andererseits, dass die Therapeutische Beziehung mit den Eltern zwar wichtig für die Therapiefortsetzung, die mit den jugendlichen Patienten aber bedeutender für das Therapieergebnis sei (Shirk et al., 2011).

Garcia und Weisz beschäftigten sich in ihrer Studie von 2002 mit möglichen Gründen für ein vorzeitiges Behandlungsende in der Jugendlichentherapie. Dabei schrieben sie nur finanziellen Problemen – außer solchen mit der empfundenen Qualität der Therapeutischen Beziehung – einen signifikanten Einfluss auf die Therapietreue bzw.

auf frühzeitige Therapieabbrüche zu. Darüber hinaus räumten sie aber auch rein praktischen bzw. organisatorischen Hindernissen – wie Zeitproblemen der beteiligten Erziehungsberechtigten oder Einschränkungen der örtlichen Erreichbarkeit der Therapieeinrichtung – eine Bedeutung für das Eintreten einer vorzeitigen Therapiebeendigung ein (Garcia & Weisz, 2002). Nicht nur im früheren Kindesalter hatte neben dieser Bereitstellung der Rahmenbedingungen wie Finanzierung und Transport insbesondere auch die laut Shirk, Karver und Brown bestehende Schwierigkeit, dass gerade ältere Kinder und Jugendliche typischerweise von dritter Seite zur Therapie über- oder eingewiesen werden, einen Einfluss auf das Zustandekommen einer Therapieübereinkunft (Shirk et al., 2011). Auch DiGiuseppe und Kollegen betonten in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Fremdzuweisung, die den Aufbau einer Therapeutischen Beziehung sowohl zu Kindern als auch zu Jugendlichen erschweren könne (DiGiuseppe et al., 1996).

Nicht nur diese Autoren wiesen auf die wichtige Rolle dieser exogenen Einflussfaktoren, die Kazdin, Marciano und Whitley frühzeitig als ‘Barrieren‘ bezeichnet hatten, hin (Kazdin et al., 2005). Kazdin, Whitley und Marciano beschrieben in ihrer Untersuchung zur kognitiven Verhaltenstherapie von Kindern mit externalisierenden Störungen dieses ohnehin schon komplizierte Beziehungsgeflecht der drei beteiligten Parteien mit dem Satz: „Thus, in addition to ‘whose alliance?’ one must add ‘according to whom?’“ (Kazdin et al., 2006, S. 436) und erklärten unter anderem damit die hohen Abbrecherquoten von bis zu 29% in ihrer Studie.

Betreffs des aussagekräftigsten Zeitpunktes für die Ermittlung einer größtmöglichen Korrelation zwischen der Beurteilung der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis gibt es differierende Standpunkte. Während Horvath und Symonds in der Erwachsenenpsychotherapie tendenziell von einem Trend zur besseren Prädiktionskraft der frühen Therapeutischen Beziehung für das Behandlungsergebnis gesprochen hatten (Horvath & Symonds, 1991), gingen Shirk und Karver für die Kinder- und Jugendlichentherapie von einer höheren Vorhersagesicherheit bei späterer Beurteilung aus (Shirk & Karver, 2003). In einer aktuellen Studie verwiesen Shirk, Karver und Brown auf einen möglicherweise verfälschenden Effekt früher

Behandlungseinflüsse auf erstmals kurz nach Behandlungsbeginn erfolgende Bewertungen der Therapeutischen Beziehung (Shirk et al., 2011).

Kazdin, Whitley und Marciano spezifizierten in ihrer Arbeit zum Zusammenhang zwischen einerseits der Kinder- und andererseits der Eltern-Therapeuten-Beziehung und dem therapeutischen Ergebnis, dass die Bewertungen der Therapeutischen Beziehung aller drei beteiligten Parteien moderat bis stark von einer zur nächsten Sitzung korrelierten. Es zeigte sich eine Tendenz zur Verbesserung, die aber nur seitens der kindlichen Beurteilung Signifikanz erreichte (Kazdin et al., 2006). Kendall, Comer, Marker, Creed, Puliafico, Hughes, Martin, Suveg und Hudson wiederum berichteten von einer anfänglich steilen und sich später abflachenden Wachstumsentwicklung der Therapeutischen Beziehung von Behandlung zu Behandlung (Kendall et al., 2009). Kronmüller und Kollegen hatten demgegenüber von einer in der Kindertherapie schon frühzeitig relativ stabilen Therapeutischen Beziehung gesprochen (Kronmüller et al., 2003) und auch Green betonte, dass die Beurteilung der Therapeutischen Beziehung seitens der Kinder und Jugendlichen im Verlauf der Therapie keiner radikalen Veränderung unterliege (Green, 2006).

Allgemein ermittelten Shirk und Kollegen in ihrer Untersuchung für die Therapeutische Beziehung mit einem moderaten Anteil von 3,6% bis 10,9% der Therapieergebnis-Varianz ein mit früheren Studien bei Jugendlichen (Shirk & Karver, 2003) und Erwachsenen (Martin et al., 2000) vergleichbares Ergebnis (Shirk et al., 2008). So postulierten nicht nur Kazdin und Kollegen, dass eine stärkere Therapeutische Beziehung zu einer größeren therapeutischen Veränderung führe (Kazdin et al., 2005), sondern auch Elvins und Green resümierten, dass „the evidence on the overall impact of alliance on treatment outcome is impressive“ (Elvins & Green, 2008, S.1167).

Während einerseits die Therapeutische Beziehung in ihrer Bedeutung für die Therapie insgesamt über verschiedene Therapieschulen und unterschiedliche Krankheitsbilder hinweg einen anderen Prozessvariablen – wie Krankheitsschwere und Komorbidität – vergleichbaren Stellenwert erreichte (Green, 2006), konstatierten McLeod und Weisz noch 2005, dass bisher im Gegensatz zur Erwachsenentherapie „research on child

therapy has not established a conclusive link between alliance and outcome“ (McLeod & Weisz, 2005, S. 323).

Diese vielschichtigen und teils widersprüchlichen Ergebnisse über die Rolle der Therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichentherapie unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Auch nach der allmählich steigenden Anzahl von im Wesentlichen aus Nordamerika stammenden und dort publizierten Studien über die Therapeutische Beziehung im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird für den deutschen Sprachraum weiterhin ein Mangel an aussagekräftigen Untersuchungen konstatiert (Kronmüller et al., 2003).

Um insofern evidenzbasierte Erkenntnisse aus dem Bereich der aktuell bestehenden ambulanten psychoanalytischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu generieren, wurde 2007 die Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen* konzipiert. Weitergehende Intentionen waren dabei die allgemeine Evaluation ambulanter psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie die praktische Umsetzung der gewonnenen Erfahrungen.

Im Fokus dieser Dissertation steht die Betrachtung der Therapeutischen Beziehung in der ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Es wird der Frage nachgegangen, ob und in welcher Weise sich die Therapeutische Beziehung in den einzelnen Störungsgruppen (Angst, Depression, Externalisierende Störungen) unterscheidet und in welchem Ausmaß sich die Einschätzung der Therapeuten und der Patienten bezüglich ihres Verhältnisses deckt. Gleichzeitig wird die Entwicklung der Therapeutischen Beziehung im Behandlungsverlauf und die Einschätzung der Mitarbeit der Patienten seitens der Therapeuten betrachtet. Zudem soll

ein Ausblick gegeben werden, inwieweit eine positive bzw. negative persönliche Einschätzung der Beteiligten eine Auswirkung auf den späteren Therapieerfolg hat.

1.2.1 Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung seitens der Patienten und der Therapeuten

Es sollen sowohl in der Gesamtgruppe als auch in den einzelnen Störungsgruppen die Unterschiede zwischen der Einschätzung der Patienten und der Therapeuten aufgezeigt werden.

1.2.2 Unterschiede der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen innerhalb der einzelnen Störungsgruppen

Es wird gegenübergestellt, inwiefern es Unterschiede bei der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen innerhalb einer bestimmten Störungsgruppe gibt. Dafür werden die Bewertungen der hinsichtlich eines bestimmten Störungsmerkmals klinisch auffälligen Patienten und ihrer Therapeuten mit denen der diesbezüglich klinisch unauffälligen Patienten verglichen (Beispiel: Gruppe Angst und Gruppe Nicht-Angst).

1.2.3 Veränderung der Therapeutischen Beziehung nach 25 Therapiestunden

Es wird untersucht, inwiefern im Vergleich zum Therapiebeginn Veränderungen der Bewertung der Therapeutischen Beziehung nach 25 Therapiestunden zu verzeichnen sind. Dieses erfolgt sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die einzelnen Störungsgruppen, wobei jeweils die Patienten- und die Therapeutensicht separat betrachtet werden.

1.2.4 Beurteilung der Compliance der Patienten durch den Therapeuten

Unter Hinzuziehung der zusätzlichen Frage des Therapeutenfragebogens FTB-T betreffs der Compliance der Patienten erfolgt eine Zuordnung zu unterschiedlich gut mitarbeitenden Gruppen. Dabei werden neben der Gesamtgruppe auch die einzelnen Störungsgruppen mit ihren Untergruppen berücksichtigt. Zudem wird ein zeitlicher Vergleich der Bewertung der Compliance nach 25 Therapiestunden durchgeführt.

1.2.5 Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis

Es wird betrachtet, welcher Zusammenhang zwischen der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und dem Ergebnis der Therapie besteht. Dabei wird differenziert zwischen der Beurteilung der Patienten und der Therapeuten.

1.3 Hypothesen

1.3.1 Es wird postuliert, dass sich entsprechend der vorherrschenden Studienlage bestätigt, dass zwischen der Bewertung der Patienten und der Therapeuten ein signifikanter Unterschied und zudem ein allenfalls moderater Zusammenhang besteht.

1.3.2 Es wird angenommen, dass die Bewertung der Therapeutischen Beziehung in den hinsichtlich eines bestimmten Störungsbildes klinisch auffälligen Gruppen niedriger ausfällt als in den klinisch unauffälligen (Beispiel: Gruppe Angst und Gruppe Nicht-Angst).

1.3.3 Es wird eine Verbesserung der Therapeutischen Beziehung im Verlauf der Therapie erwartet.

1.3.4 Es wird vermutet, dass die Patienten aus Sicht der Therapeuten eine hohe Compliance in der Therapie aufweisen.

1.3.5 Die in vielen Studien beschriebene zumindest moderate Abhängigkeit des Therapieergebnisses von der Qualität der Therapeutischen Beziehung wird sich auch in dieser Studie feststellen lassen.

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der dieser Dissertation zu Grunde liegenden Hamburger Studie zur *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen* unter der Projektleitung von Herrn Prof. Dr. med. Georg Romer und Frau Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe handelt es sich um eine multimodal und multiperspektivisch angelegte naturalistische Studie. Sie wurde in Anlehnung an die Heidelberger Studie zum Therapieerfolg psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Fahrig, Kronmüller, Hartmann und Rudolf aus dem Jahre 1996 durchgeführt mit dem Ziel, die in dieser Studie gewonnenen Ergebnisse zu replizieren und somit die Datenlage zu konsolidieren.

Diese methodisch breit angelegte Evaluationsstudie wird in Kooperation mit der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VaKJP) und einer Gruppe niedergelassener psychoanalytisch ausgebildeter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Hamburg und dem norddeutschen Raum durchgeführt. Primärziel ist, die Wirkung und die spezifischen Wirkfaktoren der ambulanten analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Störungsbildern und Behandlungsvoraussetzungen zu untersuchen.

Es wird sowohl eine direkte Veränderungsmessung als auch eine indirekte prä-post-Messung durchgeführt. Die Veränderungsmaße werden in Zwischenmessungen erhoben, die in bestimmten Intervallen (nach 25, 50, 70/90, 90/120 und 150/180 Therapiesitzungen für Kinder/Jugendliche) erfolgen. Des Weiteren werden die Patienten und Eltern in zwei Katamnesen nach Therapieende nochmals befragt, um die Langfristigkeit von Behandlungseffekten zu untersuchen.

Mit Hilfe einer zusätzlichen Wartelistenkontrollgruppe wird der erste Teil der Studie (bis zur 25. Therapiestunde) als kontrollierte Studie durchgeführt, wodurch eine Erhöhung der methodischen Qualität erreicht wird.

Im Sinne einer multiperspektivischen Studie füllen die Patienten und deren Eltern sowie der jeweilige Therapeut nach informierter Zustimmung (sog. informed consent) ein Fragebogenheft aus. Kinder unter 11 Jahren werden ausschließlich über das Urteil der Eltern und des Therapeuten evaluiert, während ab dem Alter von 11 Jahren zusätzlich auch das Eigenurteil durch den Patienten eingeholt wird. Durch ein einmaliges semistrukturiertes diagnostisches Interview durch speziell geschulte Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie wird die Diagnose (nach ICD-10) erfasst.

Für die Hamburger Studie *Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen* liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg für den Ethik-Antrag vom 15.10.2007 vor, dem die im Methodenteil aufgeführten Informationen zu dieser Studie entnommen sind.

2.2 Messinstrumente

Im Folgenden werden die für diese Dissertation wichtigen Fragebögen aus dem Fragebogenheft kurz vorgestellt und zudem wird auf das diagnostische Interview eingegangen.

2.2.1 FTB-KJ / -T

2.2.1.1 Entwicklung des FTB-KJ / -T

Die in Deutschland unter dem Namen *Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche / Therapeuten* (FTB-KJ bzw. FTB-T) bekannte *Therapeutic Alliance Scales for Children* (TASC) wurde 1992 von Shirk und Saiz entwickelt und von Kronmüller und Kollegen (2003) ins Deutsche übersetzt. Als Grundlage dieses Fragebogens gilt das bereits in der Einleitung dargestellte Konzept der Therapeutischen Beziehung von Bordin aus dem Jahre 1979.

Während Bordin jedoch als wesentliche Elemente der Therapeutischen Beziehung die Übereinstimmung bezüglich der Behandlungsziele, die Mitarbeit bei therapeutischen Aufgaben und die affektive Bindung zwischen Patient und Therapeut betrachtete

(Bordin, 1979), unterschieden Shirk und Saiz lediglich zwischen den affektiven Erfahrungen des Kindes in der Therapie und der Mitarbeit bei therapeutischen Aufgaben (Shirk & Saiz, 1992). Um diese beiden Pfeiler der Therapeutischen Beziehung in einem Fragebogen zu verarbeiten, entwickelten sie die *Therapeutic Alliance Scales for Children* (TASC).

Im Jahr 2003 erfolgte durch Kronmüller und Kollegen die Übersetzung der TASC in die deutsche Sprache, um im Rahmen einer Evaluationsstudie mit N = 80 ambulant psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen und ihren Therapeuten „die faktorielle Struktur der Items ... zu replizieren, die Items auf ihre Güte zu überprüfen, sowie Kennwerte für die Reliabilität und Retestreliaibilität der Skalen zu ermitteln“ (Kronmüller et al., 2003, S. 15). Der *Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche* stellt damit das erste deutschsprachige Messinstrument zur Erfassung der Therapeutischen Beziehung speziell für die Kinder- und Jugendpsychotherapie dar.

2.2.1.2 Skalen des FTB-KJ / -T

Die folgenden Informationen zum *Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche* bzw. *Therapeuten* entstammen der Veröffentlichung der *Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children* von Kronmüller und Kollegen (2003).

Die Hauptskala Therapeutische Beziehung gliedert sich in drei Subskalen, von denen zwei für die affektive Orientierung des Kindes in der Therapie stehen und mit *Positive emotionale Beziehung* und *Negative emotionale Beziehung* bezeichnet werden. Die dritte Subskala berücksichtigt die Mitarbeit des Kindes bei den therapeutischen Aufgaben unter dem Begriff der *Arbeitsbeziehung*.

Die Items wurden von erfahrenen klinischen Kinderpsychologen und Kinderpsychiatern entwickelt und möglichst einfach und kurz formuliert. Es liegt eine Patienten- und eine Therapeutenversion mit 12 parallelen Items vor. Das 13. Item in der Therapeutenversion wurde auf Grund einer zu geringen Item-Gesamt-Korrelation durch ein Item zur allgemeinen Einschätzung der Patientenmitarbeit ersetzt. In der Patientenversion

hingegen wurde das 13. Item „Es fällt mir schwer, die Regeln der Therapie (Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit) einzuhalten.“ zwar erfasst, jedoch fand es in der Auswertung keine Berücksichtigung, da es keiner Subskala zugeordnet werden konnte.

Die Subskala Positive emotionale Beziehung wird durch vier Items, wie z.B. „Ich freue mich auf die Stunden mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten.“ (Item 1) abgedeckt, während die Negative emotionale Beziehung durch drei Items erfragt wird, wie beispielsweise „Wenn ich bei meiner Therapeutin / meinem Therapeuten bin, wünsche ich mir, dass die Stunde schnell zu Ende ist.“ (Item 3). In die Arbeitsbeziehung fließen insgesamt fünf Items ein, z.B. „Wenn meine Therapeutin / mein Therapeut mich nach Problemen fragt, erzähle ich ihr / ihm davon.“ (Item 8). Zur Beantwortung der Items in der Patientenversion stehen vierfach gestufte Antwortkategorien zur Verfügung: „stimmt überhaupt nicht“ (1), „stimmt etwas“ (2), „stimmt sehr“ (3) und „stimmt ganz genau“ (4). In der Therapeutenversion wird die Antwort in sechs Abstufungen zwischen -3 bis +3 erfasst. Um einen Vergleich der Fragebogenversionen zu ermöglichen, erfolgt eine Umskalierung der Therapeuten-Antworten nach Kronmüller und Kollegen (2003).

Bei der Bewertung der Subskala Negative emotionale Beziehung muss berücksichtigt werden, dass die Werte für die Auswertung umgepolt werden und somit eine hohe Punktzahl in dieser Subskala einer positiven Einschätzung gleich kommt. Folgendes Beispiel dient der Verdeutlichung: Das 3. Item des FTB-KJ „Wenn ich bei meiner Therapeutin / meinem Therapeuten bin, wünsche ich mir, dass die Stunde schnell zu Ende ist.“ kann mit einer Punktzahl von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 4 = „stimmt ganz genau“ bewertet werden. Wählt der Patient die Antwort 1 = „stimmt überhaupt nicht“, so spricht dies für eine gute Beziehung zum Therapeuten. Um dieses auch als eine hohe Bewertung der Therapeutischen Beziehung in die Gesamtbewertung einfließen zu lassen, wird durch die Umpolung des Items statt einer Punktzahl von 1 ein Wert von 4 Punkten vergeben. Hierdurch wird ermöglicht, die Skalenwerte zur Gesamtbewertung in einem Wertebereich von 12 bis 48 Punkten aufzuaddieren und die einzelnen Subskalen untereinander direkt zu vergleichen. Durch die Positive emotionale Beziehung können 16 der 48 Punkte für die Gesamtbewertung erreicht werden, die Negative emotionale Beziehung lässt maximal 12 Punkte einfließen. Somit stehen der

Arbeitsbeziehung mit 20 Punkten insgesamt 28 Punkte aus der Bewertung der emotionalen Beziehung gegenüber.

Kronmüller und Kollegen konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass der FTB-KJ / -T „ein reliables und valides Instrument“ mit einem Cronbachs Alpha von ,83 für die Therapeuten- und ,82 für die Patientenversion sei und sich „eine weitere Anwendung dieser Skalen im Rahmen der Therapieprozessforschung bei Kindern und Jugendlichen“ anbiete (Kronmüller et al., 2003, S. 22).

2.2.2 CBCL und YSR

Die *Child Behavior Checklist* (CBCL) ist ein international anerkannter Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen, der 1991 von Thomas M. Achenbach entwickelt und 1998 von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist in eine deutsche Version übersetzt wurde. Er ermöglicht die Einschätzung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren mittels einer Fremdbeurteilung durch die Eltern. Er untergliedert sich in einen Kompetenz- und einen Problembogen mit 118 Items. Diese Items werden den drei Hauptskalen *Internale Auffälligkeiten*, *Externale Auffälligkeiten* und *Gemischte Auffälligkeiten* zugeordnet, die sich nochmals in insgesamt acht Subskalen unterteilen. Zu den internalen Auffälligkeiten zählen die Subskalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressive Symptomatik, während die externalen Auffälligkeiten die Skalen dissoziales und aggressives Verhalten umfassen. Den gemischten Auffälligkeiten werden die Syndromskalen soziale Probleme, schizoid / zwanghaft und Aufmerksamkeitsprobleme zugeordnet. Den Eltern stehen drei Antwortmöglichkeiten von 0 = „trifft nicht zu“ bis 2 = „trifft genau zu“ zur Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes zur Auswahl. Als Cut-off-Wert zur Abschätzung der klinischen Auffälligkeit gilt ein Wert von 63.

Der *Youth Self Report* (YSR) wurde auf Grundlage des CBCL entwickelt und ähnelt diesem in seinem Aufbau. Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren schätzen mit diesem Selbstbeurteilungsfragebogen ihre Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und körperlichen Beschwerden selbst ein.

Die Reliabilität und die Validität beider Fragebögen ist nachweislich gegeben (Döpfner et al. 1994, zitiert nach Petermann & Schmidt, 2004), wobei für den CBCL in einer Studie von Bettge und Kollegen ein Cronbachs Alpha von ,93 ermittelt wurde (Bettge et al., 2002).

2.2.3 SCARED

Der *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) wurde 1997 von Birmaher und Kollegen erstellt und 2004 durch Plass und Kollegen ins Deutsche übersetzt. Dieser in einer Kinder- und einer Elternversion vorliegende Fragebogen ermöglicht, das Vorliegen einer angstbezogenen Störung wie generalisierte Angst (GAS), soziale Phobie (SP), Trennungsangst, Panikstörung und Schulangst festzustellen. Die Items sind in beiden Versionen parallel formuliert und können mit Hilfe einer dreistufigen Ratingskala von 0 = „nicht wahr oder fast nie wahr“ bis 2 = „wahr oder oftmals wahr“ beantwortet werden.

Es ergab sich eine gute diskriminante Validität, und auch die Reliabilität des SCARED ist mit einem Cronbachs Alpha von ,91 gegeben (Essau et al., 2002, zitiert nach Hoyer & Margraf, 2003).

2.2.4 DI-KJ

Das *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche* (DI-KJ) von Stiensmeier-Pelster und Kollegen ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen und ermittelt die Schwere einer depressiven Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen von 8 – 16 Jahren sowie ihre typischen Begleiterscheinungen und Folgen. Auf der englischen Grundlage des CDI (= *Children's Depression-Inventory*) von Kovacs aus dem Jahre 1995 wurde die deutsche Version im Jahr 2000 mit 26 Items erstellt. Es bestehen drei verschiedene Antwortmöglichkeiten, die die Ausprägungen eines Symptomzustandes erfassen.

Die Reliabilität ist mit einem Cronbachs Alpha zwischen ,82 – ,91 gegeben, und zudem zeigte sich eine gute konvergente und diskriminante Validität (Stiensmeier-Pelster et al., 2000).

2.2.5 BSS-K

Der *Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche* (BSS-K) von Fahrig und Kollegen aus dem Jahre 1996 dient der Einteilung des Schweregrades einer psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen. Er wurde auf Grundlage des Beeinträchtigungsschwere-Score für Erwachsene (BSS) entwickelt und liegt nur in einer Therapeutenversion vor. Die sechs Items umfassen die psychische Beeinträchtigung, die körperliche Beeinträchtigung, die sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit a) den Eltern, b) den Geschwistern und c) den Freunden sowie die Beeinträchtigung im Leistungsbereich. Es stehen fünf Antwortmöglichkeiten von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „extrem“ zur Auswahl.

Auch beim BSS-K sind die Reliabilität und die Validität nachweislich gegeben, wobei in einer Studie von Kronmüller und Kollegen eine Retestreliabilität von ,84 ermittelt wurde (Kronmüller et al., 2005).

2.3 Diagnostisches Interview

Um eine vom Psychotherapeutischen Wissenschaftlichen Beirat nach ICD-10-Kriterien standardisierte Diagnosestellung zu gewährleisten wird zusätzlich zur schriftlichen Befragung ein semistrukturiertes diagnostisches Interview durchgeführt. Dabei werden bei Kindern zwischen 11 und 14 Jahren sowohl sie selbst als auch ihre Eltern interviewt, oberhalb dieser Altersgrenze werden nur die Patienten befragt, während für Kinder unter 11 Jahren allein die Eltern an diesem Interview teilnehmen.

2.4 Stichprobe

2.4.1 Stichproben-Rekrutierung

Im Rahmen dieser Studie wurden seit Erhebungsbeginn im Herbst 2007 die Daten von allen Kindern und Jugendlichen aufgenommen, die im ersten Studienjahr eine ambulante analytische Psychotherapie bei einem der 26 teilnehmenden

psychoanalytisch ausgebildeten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Hamburg und dem norddeutschen Raum begonnen haben.

2.4.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterien gelten:

- Kinder und Jugendliche bis einschließlich 21 Jahre, die im ersten Studienjahr eine Psychotherapie beginnen
- Vorliegender *informed consent*

Zu den Ausschlusskriterien zählen:

- Schwere Persönlichkeitsstörungen mit paranoider Verarbeitung
- Schwere Zwangserkrankungen, bei denen neue Situationen eine Verstärkung der Symptomatik bedingen würden
- Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, die das Verständnis der Patientenaufklärung, der Fragebogenerhebung und des diagnostischen Interviews nicht gewährleisten
- Mit dem Forschungszentrum des UKE durch persönliche Beziehungen oder Verwicklungen eng assoziierte Familien

Sämtliche Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in die Studie aufgenommen. Alle weiteren, aus unterschiedlichen Gründen wie fehlender Zustimmung oder bestehender Ausschlusskriterien nicht an dieser Studie teilnehmenden Patienten, wurden demgegenüber ausschließlich über einen anonymen Kurzfragebogen seitens der Therapeuten erfasst, wobei personenbezogene Daten außer Acht gelassen wurden.

2.4.1.2 Rekrutierungsverfahren

Alle geeigneten Probanden und ihre Eltern sowie der jeweilige Therapeut füllten dann im Sinne einer multiperspektivischen Studie nach informierter Zustimmung

(sog. informed consent) ein mehrseitiges Heft mit Fragebögen zu verschiedenen Schwerpunkten wie z.B. Symptomatik, Familienfunktionalität und Therapeutischer Beziehung aus. Kinder unter 11 Jahren wurden ausschließlich über das Urteil der Eltern und des Therapeuten evaluiert, während ab dem Alter von 11 Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst einen Fragebogen erhielten. Die spezifische Diagnosestellung erfolgte über ein einmaliges semistrukturiertes Interview durch speziell geschulte Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie.

Mit diesem Verfahren konnten, bezogen auf den Datensatz vom 26.08.2010, insgesamt 204 Kinder und Jugendliche für die VaKJP-Studie rekrutiert werden. Davon beantworteten 82 den in dieser Dissertation auszuwertenden Fragebogen FTB-KJ, wohingegen für 158 Patienten eine Bewertung der Therapeuten mittels des FTB-T vorlag. Um eine einheitliche Gruppe zu erhalten, wurden bei den folgenden Auswertungen lediglich die Patienten-Therapeuten-Paare berücksichtigt, für die eine Bewertung sowohl des Patienten, als auch des jeweiligen Therapeuten vorlag. Dieses führte dazu, dass die Stichprobengröße auf $N = 72$ reduziert wurde und diese den Auswertungen als Gesamtstichprobe $N = 72$ zu Grunde lag. Durch Auswahl dieser $N = 72$ Patienten-Therapeuten-Paare konnte gewährleistet werden, dass die Bewertungen der Therapeutischen Beziehung durch den Fragebogen aus der Perspektive der Patienten und der Therapeuten unmittelbar miteinander vergleichbar waren.

2.4.2 Stichprobenbeschreibung

Das Alter der $N = 72$ Patienten lag zu Therapiebeginn zwischen 11 und 21 Jahren mit einem Durchschnittswert von 16,01 Jahren ($SD = 2,5$). Hinsichtlich des Geschlechts war mit $n = 57$ ein deutlich höherer Anteil an weiblichen Patienten (79,2%) zu verzeichnen, wohingegen nur $n = 15$ männliche Patienten (20,8%) an der Studie teilnahmen. Bezüglich des Bildungsstandes der Eltern (vgl. Abb. 1) wurden seitens der Mütter lediglich 43 Aussagen gemacht, von den Vätern lagen 41 Auskünfte vor. Es konnte festgestellt werden, dass die Mütter der Patienten überwiegend eine Haupt- (16,3%) bzw. Realschule (46,5%) besucht hatten. Als höchsten Abschluss hatten 16,3% das Abitur und 7,0% die Fachhochschulreife erreicht. 11,6% der Mütter absolvierten ein

Studium an einer Fachhochschule bzw. Universität. Die Väter der Patienten hatten ebenfalls überwiegend eine Haupt- (19,5%) bzw. Realschule (29,3%) besucht; hier war der Anteil der Akademiker mit 29,3% jedoch deutlich höher als bei den Müttern.

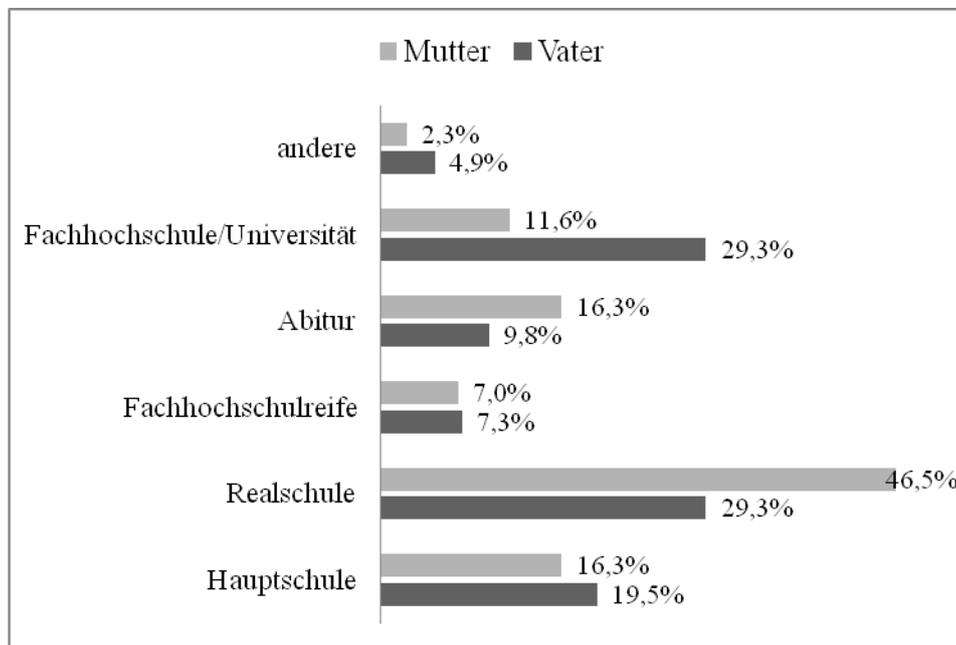


Abbildung 1: Bildungsstand der Eltern

2.4.3 Störungsgruppenbildung

Die Stichprobe setzte sich aus Kindern und Jugendlichen mit einer bestimmten Hauptsymptomatik zusammen, wobei unterschieden wurde zwischen der Störungsgruppe Angst, der Störungsgruppe Depression und der Störungsgruppe Externalisierende Störungen.

Die Einteilung in diese Störungsgruppen erfolgte mit Hilfe von störungsspezifischen Messinstrumenten entsprechend der jeweiligen Symptomatik. Hierfür kamen der SCARED für Ängste, der DIKJ für Depressivität und der CBCL/YSR für externalisierende Störungen zum Einsatz.

Die Patienten konnten unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens bzw. Nicht-Vorliegens des Störungsbildes Angst, Depression oder Externalisierende Störungen auch mehr als einer einzelnen Störungsgruppe zugeordnet werden. Somit ergaben sich für jede

Störungsgruppe verschiedene Kombinationen, die im Weiteren jedoch nur in jeweils zwei große Untergruppen differenziert wurden: Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer dezidierten Symptomatik. Dafür wurde bei der jeweiligen Betrachtung außer Acht gelassen, ob ein Patient nur eine bestimmte Symptomatik entsprechend einer der Störungsgruppen aufwies oder aber auf Grund seines Störungsbildes zusätzlich auch in eine andere Gruppe eingeordnet werden konnte. Die Gesamtstichprobe von $N = 72$ wurde entsprechend des jeweiligen Störungsbildes aufgeteilt in nachfolgend definierte Untersuchungskollektive:

- Störungsgruppe Angst mit den Untergruppen Angst (inklusive weiterer Störungen) und Nicht-Angst
- Störungsgruppe Depression mit den Untergruppen Depression (inklusive weiterer Störungen) und Nicht-Depression
- Störungsgruppe Externalisierende Störungen mit den Untergruppen Externalisierende Störungen (inklusive weiterer Störungen) und Nicht-Externalisierende Störungen

2.4.3.1 Untergruppenbildung: Angst- / Nicht-Angstgruppe

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe $N = 72$ betreffs der Symptomatik Angst

Symptomatik	N	%
Angst	15	20,8
Angst + Depression	22	30,6
Angst + externalisierende Störungen	6	8,3
Angst + Depression + externalisierende Störungen	11	15,3
Nicht-Angst	18	25

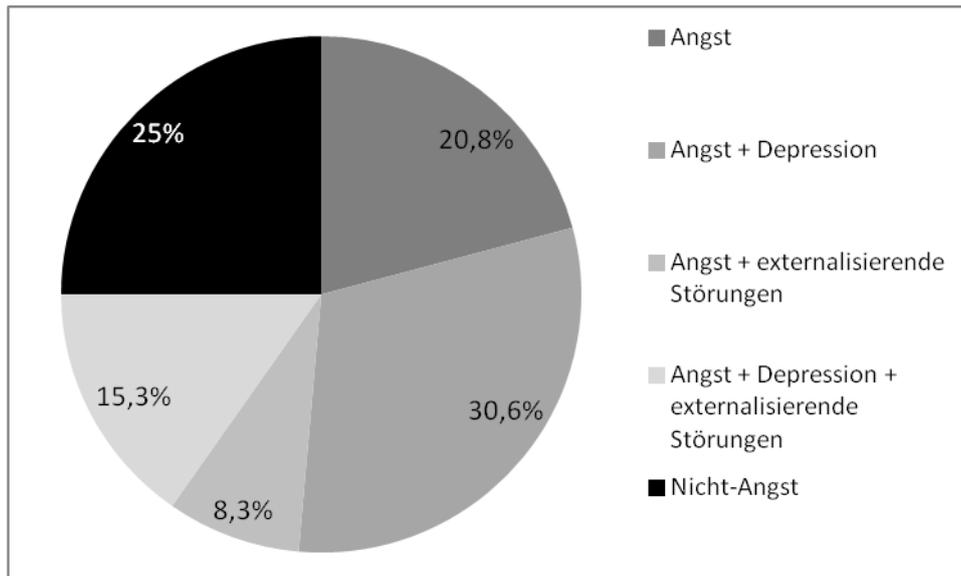


Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe N = 72 in Hinblick auf das Störungsbild Angst

Die Störungsgruppe Angst gliederte sich entsprechend des Vorliegens bzw. Nicht-Vorliegens des Störungsbildes Angst in die Untergruppe Angst, bei der jegliche Kombinationen mit anderen Störungsbildern mit einbezogen wurden (= 75%), und in die Untergruppe Nicht-Angst, in die mit 18 von N = 72 Patienten 25% der Teilnehmer fielen (vgl. Tab. 1 und Abb. 2).

2.4.3.2 Untergruppenbildung: Depressions- / Nicht-Depressionsgruppe

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe N = 72 betreffs der Symptomatik Depression

Symptomatik	N	%
Depression	3	4,1
Depression + Angst	22	30,6
Depression + externalisierende Störungen	2	2,8
Depression + Angst + externalisierende Störungen	11	15,3
Nicht-Depression	34	47,2

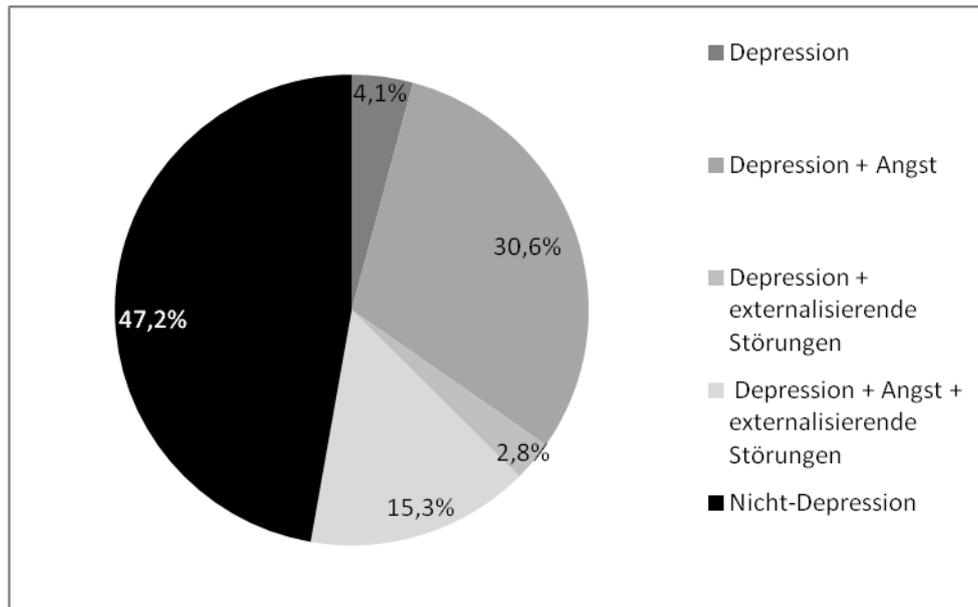


Abbildung 3: Zusammensetzung der Stichprobe N = 72 in Hinblick auf das Störungsbild Depression

Innerhalb der Stichprobe zeigten 38 Patienten (=52,8%) eine Form der Depression, gegebenenfalls in Kombination mit anderen Störungen wie Angst oder / und externalen Störungen, während 47,2% der Teilnehmer entsprechend der Untersuchungskriterien nicht als depressiv eingeschätzt wurden (vgl. Tab. 2 und Abb. 3).

2.4.3.3 Untergruppenbildung: Externalisierende / Nicht-Externalisierende Störungsgruppe

Tabelle 3: Zusammensetzung der Stichprobe N = 72 betreffs der Symptomatik Externalisierende Störungen

Symptomatik	N	%
externalisierende Störungen	2	2,8
externalisierende Störungen + Angst	6	8,3
externalisierende Störungen + Depression	2	2,8
externalisierende Störungen + Angst + Depression	11	15,3
keine externalisierenden Störungen	51	70,8

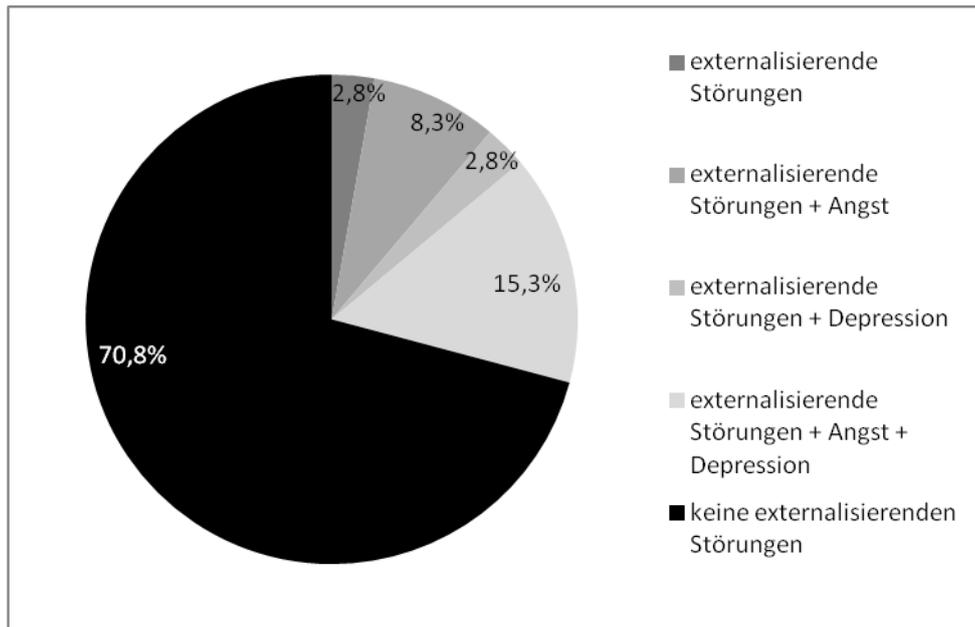


Abbildung 4: Zusammensetzung der Stichprobe N = 72 in Hinblick auf das Störungsbild Externalisierende Störungen

In Bezug auf das Vorliegen von externalisierenden Störungen gliederte sich das Patienten-Kollektiv in einen vergleichsweise kleinen Anteil von $n = 21$ Patienten (29,2%), die dieses Kriterium entsprechend des CBCL/YSR allein oder in Kombination mit einer der anderen Störungen erfüllten und einen Anteil von $n = 51$ Patienten (= 70,8%), die hinsichtlich dieses Störungsbildes als klinisch unauffällig eingeordnet wurden (siehe Tab. 3 bzw. Abb. 4).

2.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der vorliegenden Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Version 17.0.

Zum Vergleich zweier Stichprobenmittelwerte aus abhängigen Stichproben, wie z.B. bei der Bewertung der Patienten und der Therapeuten, wurden t-Tests für verbundene Stichproben durchgeführt. Des Weiteren wurden die Zusammenhänge zwischen der Beurteilung seitens der Patienten und der Therapeuten bezüglich der einzelnen Skalen anhand der Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson

berechnet. Das gleiche Vorgehen gilt auch für den Vergleich der Bewertungen zum Zeitpunkt T1 und T2. Dabei wurden die Korrelationen entsprechend der nachfolgenden Tabelle interpretiert:

Tabelle 4: Interpretation der Korrelationen

	$\geq ,3$	$\geq ,5$	$\geq ,8$
Korrelation	klein	mittel	groß

Die Wechselwirkungseffekte zwischen den beiden Untergruppen einer jeden Störungsgruppe wurden durch einfaktorielle Varianzanalysen mit Hilfe des Allgemeinen Linearen Modells (ALM) mit Messwiederholung überprüft. Die Effektgrößen wurden folgendermaßen interpretiert (Cohen 1988, zitiert nach Leonhart 2009):

Tabelle 5: Interpretation der Effektgrößen

	$\geq ,01$	$\geq ,06$	$\geq ,14$
Effekt	klein	mittel	groß

Zur Beurteilung des Zusammenhangs zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet. Das Signifikanzniveau wurde einheitlich auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha \leq ,05$ gesetzt.

3 Ergebnisse

Im diesem Teil der Dissertation werden die Ergebnisse zum *Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche (FTB-KJ) / Therapeuten (FTB-T)* präsentiert. Sie beziehen sich auf die in Zusammensetzung und Aufteilung bereits im Abschnitt Methoden beschriebene Stichprobe.

3.1 Die Therapeutische Beziehung und ihre Subskalen aus Sicht der Patienten und Therapeuten

Im Folgenden wird dargestellt, welche Punktwertungen in der Hauptskala Therapeutische Beziehung und ihren Subskalen Positive emotionale Beziehung, Negative emotionale Beziehung und Arbeitsbeziehung in den gebildeten Gruppen und Untergruppen erzielt wurden. Dabei konnte die Qualität der Therapeutischen Beziehung innerhalb eines Wertebereiches von 12 bis 48 Punkten beurteilt werden (Positive emotionale Beziehung: max. 16 Punkte; Negative emotionale Beziehung: max. 12 Punkte; Arbeitsbeziehung: max. 20 Punkte).

Zudem werden neben einer vergleichenden Betrachtung der Beurteilungen der Patienten und Therapeuten auch die jeder Störungsgruppe zugehörigen Untergruppen einander gegenübergestellt.

3.1.1 Gesamtgruppe

In die in diesem Abschnitt abgehandelte Gesamtgruppenbetrachtung fließen die Beurteilungen aller Studienteilnehmer ohne Berücksichtigung ihrer Störungsgruppenzugehörigkeit ein.

Tabelle 6: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Gesamtgruppe N = 72

N = 72		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,65 (5,70)	31,07 (8,68)	9,03	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,49 (2,37)	10,07 (3,11)	6,91	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,93 (1,42)	7,75 (2,92)	9,67	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,24 (3,29)	13,25 (3,71)	7,15	< ,001

Tabelle 6 und Abbildung 5 zeigen, dass die Patienten im Vergleich zu den Therapeuten sowohl die in der Hauptskala betrachtete Therapeutische Beziehung als auch jede einzelne der Subskalen hochsignifikant höher einschätzten. Von möglichen 48 Punkten in der Gesamtbewertung der Therapeutischen Beziehung wurden in der Patienten-Gruppe durchschnittlich 39,65 Punkte vergeben, was für eine verhältnismäßig positive Wahrnehmung seitens der Patienten spricht, während sie aus Therapeutensicht ein Bewertungsniveau von insgesamt 31,07 Punkten erreichte.

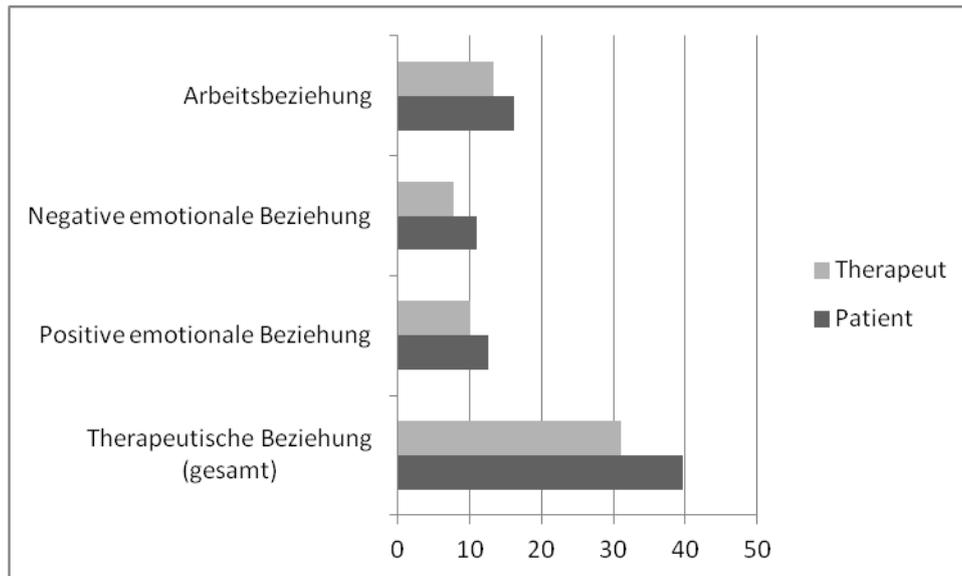


Abbildung 5: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Gesamtgruppe N = 72

3.1.1.1 Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive

Um die Übereinstimmung der Bewertungen der Patienten und der Therapeuten in der Gesamtgruppe zu überprüfen, wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet und tabellarisch aufgeführt.

Tabelle 7: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patienten und Therapeuten in der Gesamtgruppe N = 72

N = 72			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,43	-----	-----	-----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,44	-----	-----
		p		< ,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,33	-----
		p			,004	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,49
		p				< ,001

Aus Tabelle 7 geht hervor, dass beim Vergleich der Einschätzung der Patienten und der Therapeuten in allen Subskalen eine signifikante geringe Korrelation bestand, sodass es – bis auf die mit $r = ,49$ knapp unter der Grenze zur mittleren Korrelation liegende Beurteilung der Arbeitsbeziehung – nur eine geringe korrelative Beziehung zwischen den Bewertungen gab.

3.1.2 Störungsgruppe Angst:

Untergruppen Angst / Nicht-Angst

Nach differenzierender Zuordnung aller Patienten zu entsprechenden Untergruppen unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens einer Angststörung ergaben sich folgende Bewertungen der Therapeutischen Beziehung seitens der Patienten bzw. der Therapeuten:

Tabelle 8: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Angst n = 54

n = 54		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,59 (5,52)	31,78 (8,21)	6,88	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,39 (2,4)	10,22 (3,08)	5,13	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,91 (1,38)	7,93 (2,89)	7,56	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,3 (3,23)	13,63 (3,48)	5,51	< ,001

Die für die Skalen der Therapeutischen Beziehung durchgeführten t-Tests ergaben hochsignifikante Unterschiede zwischen den Therapeuten und Patienten. Die Patienten schätzten die Beziehung hochsignifikant positiver ein als die Therapeuten (vgl. Tab. 8 und Abb. 6).

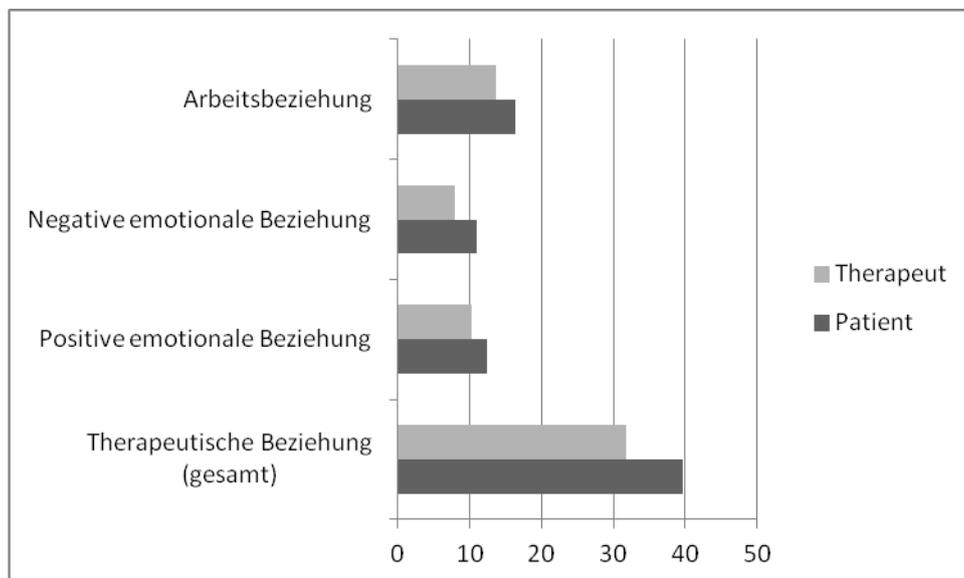


Abbildung 6: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Angst n = 54

Tabelle 9: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Nicht-Angst n = 18

n = 18		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,83 (6,40)	28,94 (9,92)	6,76	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,78 (2,34)	9,61 (3,22)	5,53	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	11,00 (1,57)	7,22 (3,02)	6,64	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,06 (3,57)	12,11 (4,21)	4,89	< ,001

Auch in der in Tabelle 9 betrachteten und zusätzlich in Abbildung 7 dargestellten Untergruppe der Patienten, die nicht dem Störungsbild Angst zugeordnet werden konnten, zeigten die Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu ihren Therapeuten eine hochsignifikant höhere Einschätzung in allen Skalen.

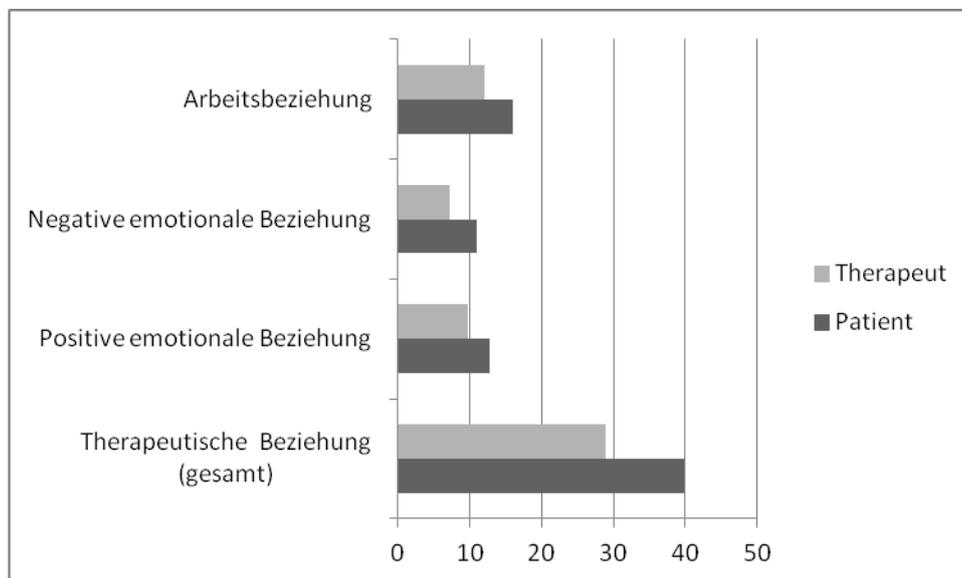


Abbildung 7: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Nicht-Angst n = 18

3.1.2.1 Vergleich der beiden Untergruppen

Bei einem deskriptiven Vergleich der beiden Untergruppen (vgl. Abb. 8) zeigte sich insgesamt eine nur unwesentlich differierende Beurteilung der Therapeutischen Beziehung aus der Perspektive der Patienten, wobei hinsichtlich des Störungsbildes Angst klinisch unauffällige Kinder und Jugendliche jedoch tendenziell positiver als die Vergleichsgruppe mit Angst-Symptomatik urteilten. Die Therapeuten ihrerseits bewerteten – bei insgesamt deutlich kritischerer Einschätzung – die Beziehung mit den Angst-Patienten positiver als mit Nicht-Angst-Patienten. Es wird deutlich, dass sich beide Einschätzungen nicht deckten und innerhalb der Nicht-Angst-Gruppe sogar stärker divergierten als innerhalb der Angst-Gruppe. Unter Berücksichtigung der Subskalen (vgl. Tab. 8 und 9) zeigte sich, dass einzig die Arbeitsbeziehung in der Angst-Gruppe sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten eine höhere Beurteilung erhielt als in der Nicht-Angst-Gruppe.

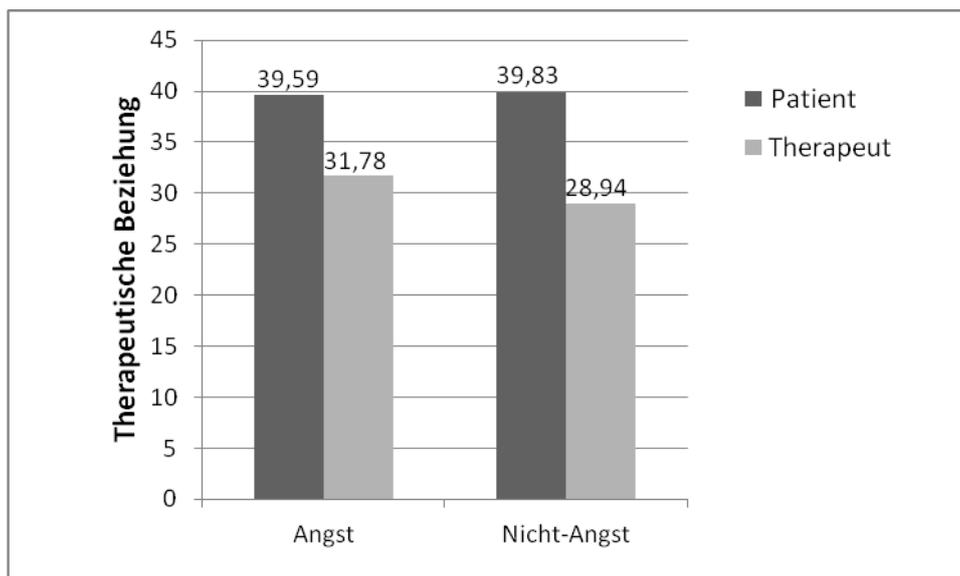


Abbildung 8: Bewertung der Therapeutischen Beziehung innerhalb der Störungsgruppe Angst seitens Patient und Therapeut

In der statistischen Betrachtung im Rahmen der Varianzanalyse stellten sich die oben beschriebenen Unterschiede wie folgt dar (vgl. Tab. 10):

Tabelle 10: Varianzanalyse für die Störungsgruppe Angst

	F	p	Partielles Eta- Quadrat
Perspektive	73,596	< ,001	,513
Interaktionseffekt	1,988	,163	,028
Zwischensubjekteffekt (Angst-/Nicht-Angst- Gruppe)	,6	,442	,008

Auf den bereits mit Hilfe von t-Tests ermittelten signifikanten Unterschied zwischen der Perspektive der Patienten und der Therapeuten (vgl. Tab. 8 und 9) wird trotz der Aufführung in Tabelle 10 weder an dieser Stelle noch in den folgenden Varianzanalysen erneut eingegangen. Da das Ergebnis jedoch Teil der Varianzanalyse ist, wird auf die tabellarische Darstellung aus Gründen der Vollständigkeit nicht verzichtet.

Bei Betrachtung von Tabelle 10 wird deutlich, dass unter Berücksichtigung der Einteilung in Angst- und Nicht-Angst-Patienten bei einer kleinen Effektgröße von $\eta^2 = ,028$ kein signifikanter Interaktionseffekt zu verzeichnen war ($p = ,163$). Dieses bedeutet, dass zwischen der Bewertung der Patienten und der Therapeuten innerhalb der jeweiligen Untergruppe ein tendenziell ähnlicher Unterschied bestand.

Der Test der Zwischensubjekteffekte (vgl. Tab. 10) zeigte, dass sich die von den Kindern und Jugendlichen abgegebenen Bewertungen in der Angst- und in der Nicht-Angst-Gruppe nicht signifikant voneinander unterschieden. Die Therapeuten zeigten beim Vergleich in den beiden Untergruppen eine größere Diskrepanz ihrer Beurteilungen gegenüber den Patienten, jedoch bestand hier letztlich mit 31,78 zu 28,94 Punkten ein ebenfalls nicht signifikanter Unterschied der Einschätzungen (vgl. Abb. 8).

3.1.2.2 Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive

In den folgenden Tabellen 11 und 12 werden die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Patienten und der Therapeuten dargestellt. Dabei erfolgte die Betrachtung der Korrelationen für jede der beiden Untergruppen separat.

Tabelle 11: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Angst n = 54

n = 54			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,31	----	----	----
		p	,023			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,38	----	----
		p		,005		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,24	----
		p			,087	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,44
		p				,001

Beim Vergleich der Bewertung der Patienten und der Therapeuten in der Untergruppe Angst zeigte sich, dass in allen Skalen – mit Ausnahme der annähernd korrelationsunabhängigen Negativen emotionalen Beziehung – eine signifikante kleine Korrelation bestand (vgl. Tab. 11).

Tabelle 12: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Nicht-Angst n = 18

n = 18			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,73	-----	-----	-----
		p	,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,66	-----	-----
		p		,003		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,61	-----
		p			,008	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,63
		p				,006

In der Untergruppe Nicht-Angst fanden sich in allen Skalen signifikante mittlere korrelative Zusammenhänge beim Vergleich der Einschätzung der Patienten und der Therapeuten (vgl. Tab. 12).

3.1.3 Störungsgruppe Depression:

Untergruppen Depression / Nicht-Depression

Mit differenzierender Einteilung aller Patienten in entsprechende Untergruppen im Hinblick auf das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer depressiven Symptomatik ergaben sich folgende Einschätzungen der Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patienten bzw. der Therapeuten:

Tabelle 13: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Depression n = 38

n = 38		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	38,92 (5,1)	29,92 (8,83)	6,24	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,11 (2,25)	9,71 (3,05)	4,39	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,97 (1,33)	7,5 (2,91)	7,43	< ,001
	Arbeits- beziehung	15,84 (3,05)	12,71 (3,79)	5,2	< ,001

Aus Tabelle 13 und unten stehender Abbildung 9 geht hervor, dass die Skalen von den Patienten mit depressiver Symptomatik hochsignifikant positiver bewertet wurden als von den Therapeuten.

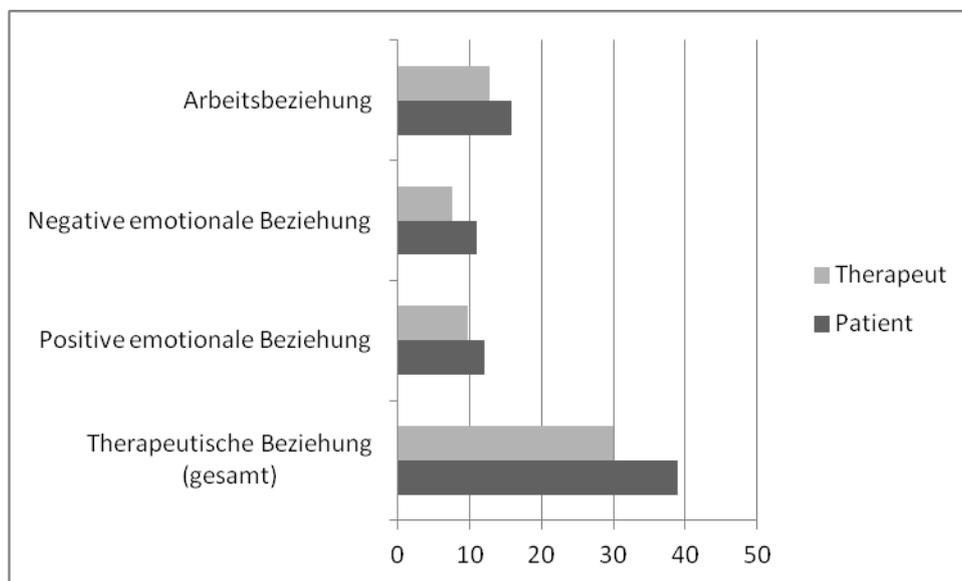


Abbildung 9: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Depression n = 38

Tabelle 14: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Nicht-Depression n = 34

n = 34		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	40,47 (6,29)	32,35 (8,46)	6,63	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,91 (2,47)	10,47 (3,16)	5,69	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,88 (1,53)	8,03 (2,95)	6,19	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,68 (3,53)	13,85 (3,57)	4,85	< ,001

Auch in der Nicht-Depressions-Gruppe fielen die Bewertungen der Patienten hochsignifikant höher aus als die der Therapeuten (vgl. Tab. 14 und Abb. 10).

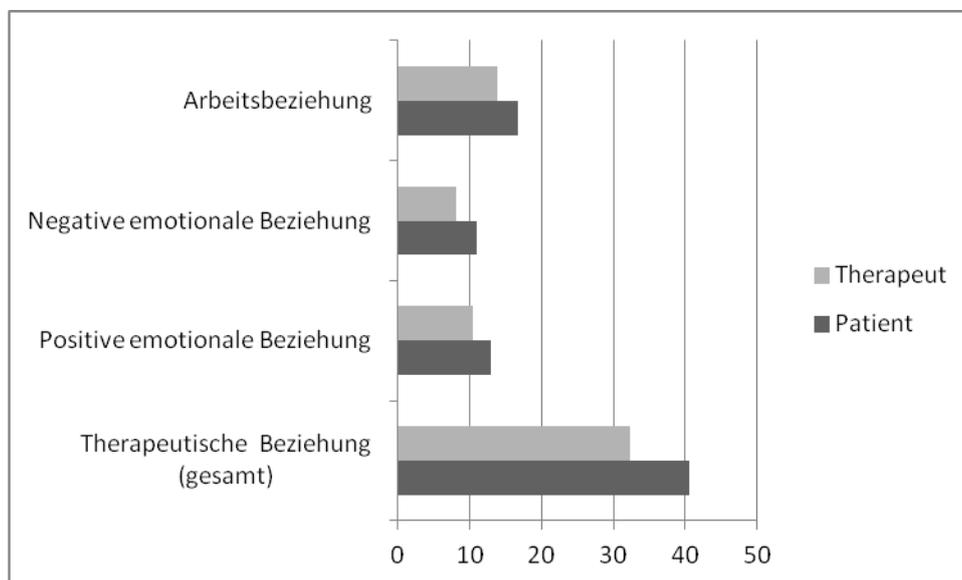


Abbildung 10: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Nicht-Depression n = 34

3.1.3.1 Vergleich der beiden Untergruppen

Bei vergleichender Betrachtung der Depressions- und der Nicht-Depressions-Gruppe fällt auf, dass sowohl die Patienten als auch die Therapeuten in der hinsichtlich dieses Störungsbildes klinisch unauffälligen Gruppe tendenziell höhere Bewertungen abgaben. Einzige Ausnahme bildete die Negative emotionale Beziehung, die aus Sicht der nicht-depressiven Patienten mit 10,88 Punkten eine geringfügig niedrigere Punktzahl erzielte als in der gegenüberstehenden Gruppe der depressiven Patienten mit 10,97 Punkten (vgl. Tab. 13 und 14). Bei der Bewertung der Patienten erreichte die Hauptskala Therapeutische Beziehung in der Nicht-Depressions-Gruppe einen Gesamtwert von 40,47 Punkten im Vergleich zu 38,92 Punkten in der Depressions-Gruppe. Die Therapeuten beurteilten die Therapeutische Beziehung mit 32,35 Punkten in der Nicht-Depressions-Gruppe zwar deutlich niedriger als die Patienten, jedoch zeigte der Vergleich zur Depressions-Gruppe, in der der Hauptskala 29,92 Punkte zukamen, einen den Patientenurteilen ähnelnden Unterschied zwischen den beiden Untergruppen (vgl. Abb. 11).

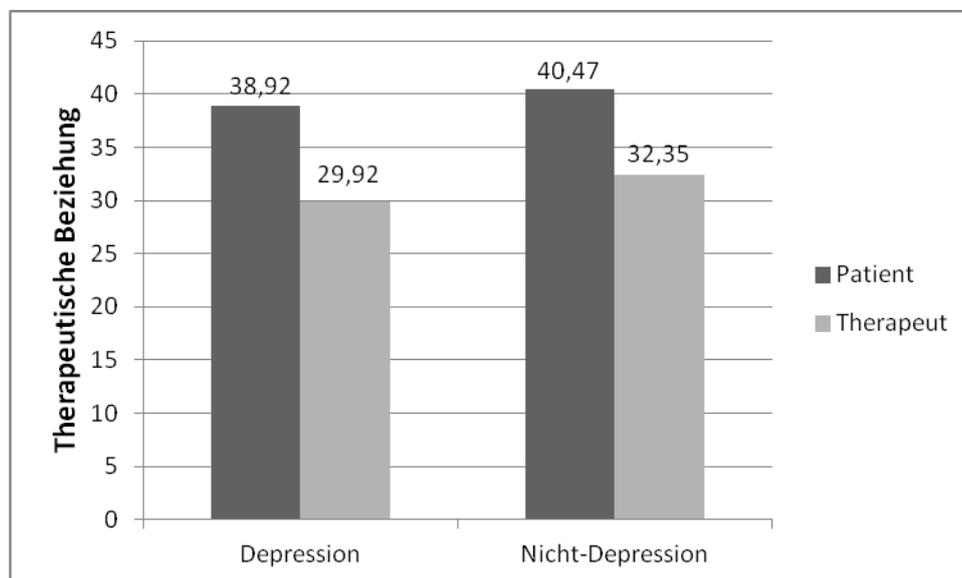


Abbildung 11: Bewertung der Therapeutischen Beziehung innerhalb der Störungsgruppe Depression seitens Patient und Therapeut

Tabelle 15: Varianzanalyse für die Störungsgruppe Depression

	F	p	Partielles Eta- Quadrat
Perspektive	79,917	<,001	,533
Interaktionseffekt	,212	,646	,003
Zwischensubjekteffekt (Depressions-/Nicht- Depressions-Gruppe)	1,911	,171	,027

Die Varianzanalyse (vgl. Tab. 15) zeigte, dass innerhalb der beiden Untergruppen Depression und Nicht-Depression bei einer Effektgröße von $\eta^2 = ,003$ kein signifikanter Interaktionseffekt vorlag ($p = ,646$). Folglich differierten die Bewertungen der Patienten und Therapeuten in beiden Untergruppen ähnlich stark voneinander.

Das ebenfalls in Tabelle 15 dargestellte Ergebnis des Tests der Zwischensubjekteffekte zeigte, dass sich sowohl die von den Patienten getroffenen Einschätzungen als auch die der Therapeuten beim Vergleich in der Depressions- und Nicht-Depressions-Gruppe nicht signifikant voneinander unterschieden ($p = ,171$). Beide wiesen in der Gruppe der klinisch auffälligen Patienten eine niedrigere Bewertung auf als in der klinisch unauffälligen Gruppe.

3.1.3.2 Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive

Die folgenden Tabellen 16 und 17 stellen die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Patienten und der Therapeuten dar. Dabei erfolgte die Betrachtung der Korrelationen für jede der beiden Untergruppen getrennt.

Tabelle 16: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Depression n = 38

n = 38			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,28	-----	-----	-----
		p	,092			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,22	-----	-----
		p		,182		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,25	-----
		p			,132	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,44
		p				,007

Aus Tabelle 16 wird ersichtlich, dass in den einzelnen Skalen sehr geringe korrelative Zusammenhänge beim Vergleich der Einschätzung der Patienten und der Therapeuten bestanden. Ausnahme hiervon stellte die Arbeitsbeziehung dar, die eine signifikante kleine Korrelation aufwies.

Tabelle 17: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Nicht-Depression n = 34

n = 34			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,57	-----	-----	-----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,63	-----	-----
		p		< ,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,42	-----
		p			,013	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,54
		p				,001

Bei Betrachtung der korrelativen Zusammenhänge zwischen der Bewertung der nicht an Depressionen leidenden Patienten und ihrer Therapeuten (vgl. Tab. 17) wurde deutlich, dass in allen Skalen – mit Ausnahme der Negativen emotionalen Beziehung – eine hochsignifikante mittlere Korrelation vorlag, während letztere mit $r = ,42$ eine signifikante kleine Korrelation aufwies.

3.1.4 Störungsgruppe Externalisierende Störungen:

Untergruppen Externalisierende Störungen / Nicht-Externalisierende Störungen

Bei differenzierender Einteilung der Patienten in entsprechende Untergruppen abhängig vom Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen externalisierender Störungen ergaben sich folgende Einschätzungen der Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patienten bzw. der Therapeuten:

Tabelle 18: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Externalisierende Störungen $n = 21$

n = 21		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	40,19 (6,95)	29,48 (11,15)	4,66	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	13,0 (2,68)	9,57 (3,84)	4,42	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,95 (1,47)	7,48 (3,47)	4,71	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,24 (3,83)	12,43 (4,5)	3,8	,001

Tabelle 18 und die dazugehörige Abbildung 12 zeigen, dass die Patienten, die anhand ihrer Symptomatik in die Untergruppe mit externalisierenden Störungen eingeordnet

werden konnten, die Therapeutische Beziehung und ihre Subskalen hochsignifikant höher beurteilten als die Therapeuten.

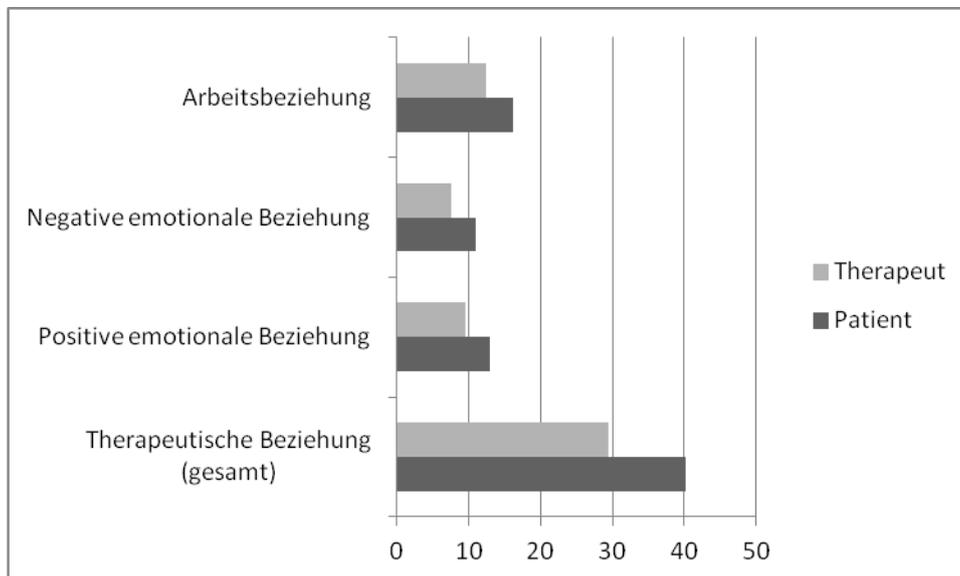


Abbildung 12: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Externalisierende Störungen n = 21

Tabelle 19: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen in der Untergruppe Nicht-Externalisierende Störungen n = 51

n = 51		Patient	Therapeut		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,41 (5,17)	31,73 (7,47)	8,17	< ,001
	Positive emotionale Beziehung	12,27 (2,23)	10,27 (2,76)	5,46	< ,001
	Negative emotionale Beziehung	10,92 (1,41)	7,86 (2,69)	8,62	< ,001
	Arbeitsbeziehung	16,24 (3,08)	13,59 (3,32)	6,32	< ,001

Auch die nicht an externalisierenden Störungen leidenden Patienten bewerteten die Skalen hochsignifikant positiver als die Therapeuten, wobei jedoch beim Vergleich der Punktwerte weniger starke Unterschiede zu verzeichnen waren als in der Untergruppe der externalisierenden Patienten (vgl. Tab. 19 und Abb. 13).

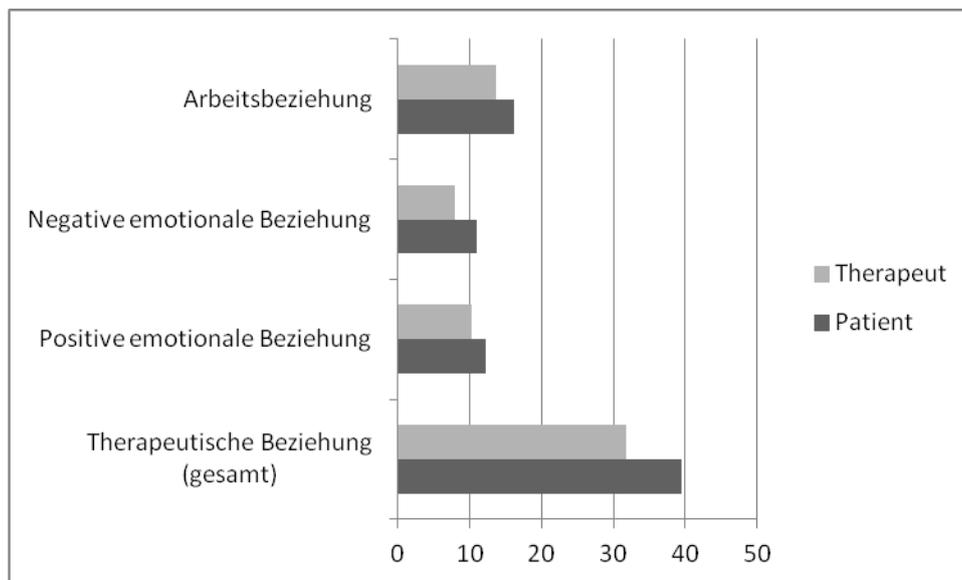


Abbildung 13: Punktwerte der Beurteilung der Hauptskala Therapeutische Beziehung sowie der Subskalen aus Patienten- und Therapeutensicht in der Untergruppe Nicht-Externalisierende Störungen n = 51

3.1.4.1 Vergleich der beiden Untergruppen

Bei Betrachtung der folgenden Abbildung 14 fällt auf, dass sich die Einschätzungen der Patienten und Therapeuten nicht nur untereinander stark unterschieden, sondern dass auch beim Vergleich der beiden Untergruppen eine deutliche Diskrepanz zu verzeichnen war. In der Untergruppe der Externalisierenden Störungen divergierten die Beurteilungen deutlich stärker, wobei die Patienten mit 40,19 Punkten im Gegensatz zur Vergleichsgruppe der nicht-externalisierenden Patienten mit 39,41 Punkten eine positivere Einschätzung abgaben, während die Therapeuten die Therapeutische Beziehung mit externalisierenden Patienten wesentlich niedriger bewerteten (29,48 Punkte) als mit Patienten, die nicht der Gruppe mit externalisierenden Störungen

angehörten (31,73 Punkte). Werden die Subskalen einzeln berücksichtigt (vgl. Tab. 18 und 19), so zeigte sich, dass die Kinder und Jugendlichen in der klinisch auffälligen Gruppe alle Skalen tendenziell positiver bewerteten als in der Vergleichsgruppe. Lediglich die Arbeitsbeziehung erzielte in beiden Untergruppen den gleichen Punktwert von 16,24. Die Therapeuten hingegen vergaben in der klinisch unauffälligen Gruppe generell höhere Punktebewertungen als in der zu vergleichenden Gruppe.

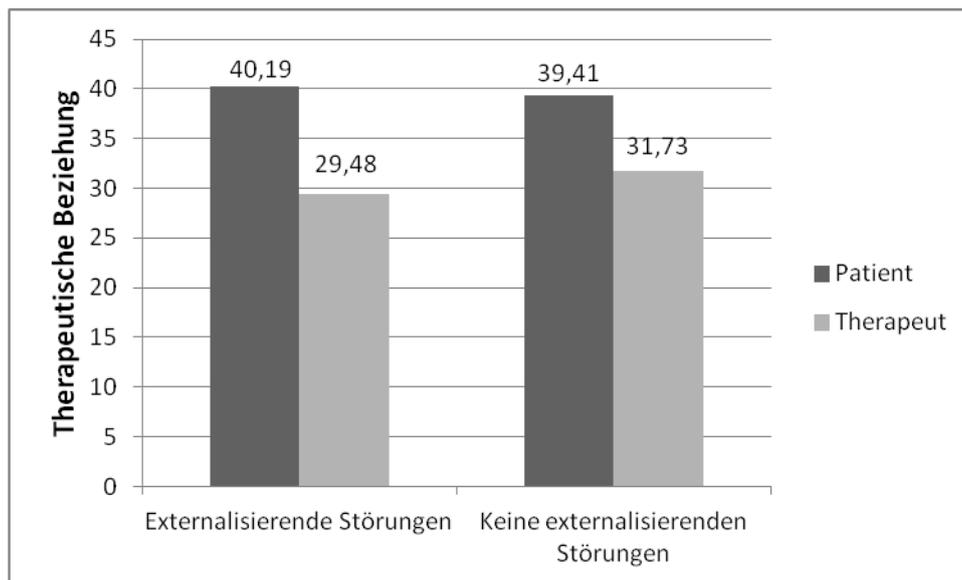


Abbildung 14 Bewertung der Therapeutischen Beziehung innerhalb der Störungsgruppe Externalisierende Störungen seitens Patient und Therapeut

Tabelle 20: Varianzanalyse für die Störungsgruppe Externalisierende Störungen

	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Perspektive	78,776	< ,001	,529
Interaktionseffekt	2,101	,152	,029
Zwischensubjekteffekt (Externalisierende/Nicht-Externalisierende Störungen)	,217	,643	,003

Tabelle 20 zeigt, dass innerhalb der beiden Untergruppen Externalisierende Störungen und Nicht-Externalisierende Störungen bei einer kleinen Effektgröße von $\eta^2 = ,029$ kein signifikanter Interaktionseffekt auftrat ($p = ,152$). Dieses bedeutet, dass sich die Beurteilungen der Patienten und der Therapeuten sowohl innerhalb der Untergruppe Externalisierende Störungen als auch innerhalb der Untergruppe Nicht-Externalisierende Störungen in ähnlichem Ausmaß unterschieden.

Aus der Varianzanalyse wird zudem deutlich, dass beim Vergleich der beiden Untergruppen weder die Bewertungen der Kinder und Jugendlichen noch die der Therapeuten einen signifikanten Unterschied aufwiesen ($p = ,643$).

3.1.4.2 Vergleich der Patienten- und der Therapeutenperspektive

In den folgenden Tabellen 21 und 22 werden die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der Patienten und der Therapeuten für die beiden Untergruppen nacheinander dargestellt.

Tabelle 21: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Externalisierende Störungen $n = 21$

n = 21			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,4	----	----	----
		p	,074			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,45	----	----
		p		,040		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,27	----
		p			,237	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,4
		p				,073

Tabelle 21 demonstriert, dass betreffs der Negativen emotionalen Beziehung eine sehr geringe Korrelation bestand, wohingegen die übrigen Skalen einen kleinen korrelativen Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Patienten mit externalisierenden Störungen und ihrer Therapeuten aufwiesen, von denen jedoch nur die Positive emotionale Beziehung signifikant war.

Tabelle 22: Korrelationen in der Hauptskala und den Subskalen beim Vergleich von Patient und Therapeut in der Untergruppe Nicht-Externalisierende Störungen n = 51

n = 51			Patient			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
Therapeut	Therapeutische Beziehung	r	,48	-----	-----	-----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,47	-----	-----
		p		,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,37	-----
		p			,007	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,57
		p				< ,001

Auch innerhalb der Untergruppe ohne externalisierende Störungen lagen mehrheitlich signifikante kleine Korrelationen vor, wobei die Arbeitsbeziehung mit $r = ,57$ einen hochsignifikanten mittleren korrelativen Zusammenhang zeigte (vgl. Tab. 22).

3.2 Entwicklung der Bewertung der Therapeutischen Beziehung im Behandlungsverlauf – Vergleichende Betrachtung nach 25 Therapiestunden

Im nun folgenden Abschnitt wurde aus Gründen der Einheitlichkeit mit einem Datensatz von $N = 30$ gerechnet, da dieses der Anzahl derjenigen Patienten und Therapeuten entsprach, zu denen es von beiden Seiten auch zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nach 25 Therapiestunden (T2) eine Aussage gab. Zum Zeitpunkt der Datensatzerhebung war für einen Teil der Patienten noch nicht die notwendige Anzahl von Therapiestunden erreicht bzw. lagen die Beurteilungsbögen noch nicht vor.

Auch bei den Fragestellungen zu den einzelnen Störungsgruppen wurde für die Größe der jeweiligen Gruppen nun von der Gesamtstichprobenzahl von $N = 30$ ausgegangen. Es wurden dabei für jede Störungsgruppe nur die klinisch auffälligen Patienten berücksichtigt und kein Vergleich mit den betreuenden des jeweiligen Aspekts unauffälligen Patienten durchgeführt. Zudem erfolgte die Betrachtung für die Patienten und Therapeuten getrennt voneinander.

Die entsprechenden Skalen wurden dazu anhand von t-Tests und Korrelationen auf Veränderungen über die Zeit des Therapieverlaufs – vor bzw. nach 25 Therapiestunden – untersucht.

3.2.1 Gesamtgruppe

Hinsichtlich der vergleichenden Gegenüberstellung der Bewertungen in der Gesamtgruppe $N = 30$ zum Therapiebeginn T1 und zum Zeitpunkt T2 nach 25 Therapiestunden zeigten sich für die Patienten und Therapeuten folgende Ergebnisse:

3.2.1.1 Perspektive der Patienten**Tabelle 23:** Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Patienten N = 30

N = 30	Patient				
	T1	T2			
	MW (SD)	MW (SD)	T	p	
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,9 (5,37)	39,7 (5,21)	,29	,772
	Positive emotionale Beziehung	12,9 (2,52)	12,43 (2,37)	1,73	,095
	Negative emotionale Beziehung	10,83 (1,44)	10,43 (1,52)	1,65	,110
	Arbeitsbeziehung	16,17 (2,64)	16,83 (2,67)	-1,72	,096

Der in Tabelle 23 und unten stehender Abbildung 15 dargestellte Vergleich der Beurteilungen seitens aller Patienten ohne Berücksichtigung ihrer Zugehörigkeit zu einer der speziellen Störungsgruppen ergab, dass in keiner der Skalen signifikante Veränderungen vom Zeitpunkt T1 zum Zeitpunkt T2 auftraten und somit die Therapeutische Beziehung insgesamt relativ stabil eingeschätzt wurde. Tendenziell konnte jedoch eine Verringerung der Punktwerte und so eine geringfügige Verschlechterung der Therapeutischen Beziehung festgestellt werden. Ausnahme hiervon stellte die Arbeitsbeziehung dar, die im Vergleich zum Zeitpunkt T1 mit 16,17 Punkten als einzige Skala zum Zeitpunkt T2 mit 16,83 Punkten eine höhere Bewertung erzielte, die jedoch ebenfalls nicht signifikant war.

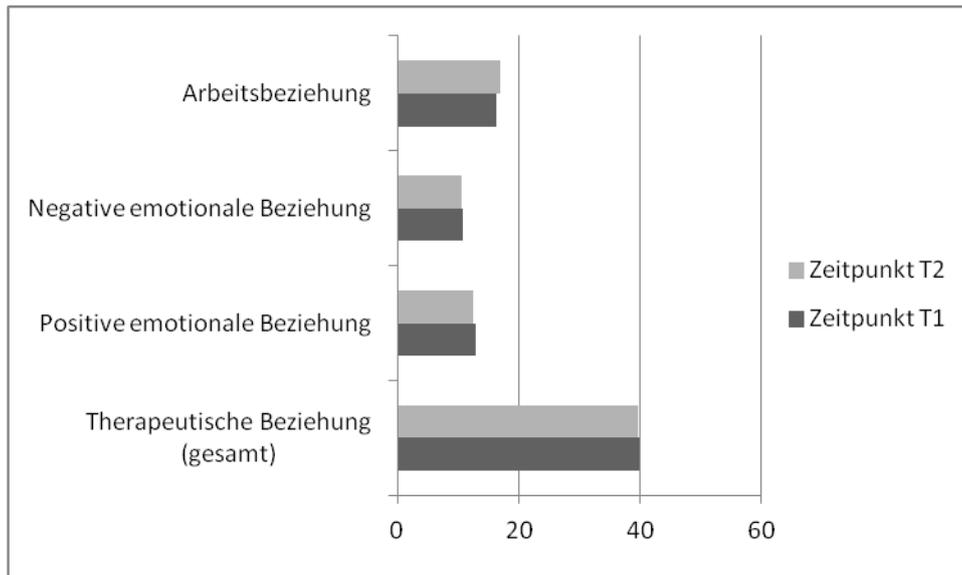


Abbildung 15: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Patienten N = 30

Tabelle 24: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Patientensicht

N = 30			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,75	-----	-----	-----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,82	-----	-----
		p		< ,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,6	-----
		p			< ,001	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,68
		p				< ,001

Aus Tabelle 24 wird ersichtlich, dass zwischen den Einschätzungen zum Zeitpunkt T1 und T2 überwiegend hochsignifikante mittlere korrelative Zusammenhänge vorlagen. Hinsichtlich der Positiven emotionalen Beziehung bestand mit $r = ,82$ eine hochsignifikante hohe Korrelation.

3.2.1.2 Perspektive der Therapeuten**Tabelle 25:** Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten N = 30

N = 30	Therapeut				
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	31,83 (8,04)	34,0 (8,98)	-2,13	,042
	Positive emotionale Beziehung	10,17 (2,64)	10,93 (3,34)	-0,15	,138
	Negative emotionale Beziehung	8,17 (2,72)	8,67 (3,02)	-1,32	,198
	Arbeitsbeziehung	13,5 (3,5)	14,4 (3,57)	-2,19	,037

Tabelle 25 und Abbildung 16 demonstrieren, dass die Hauptskala Therapeutische Beziehung von den Therapeuten zum Zeitpunkt T2 signifikant höher bewertet wurde als zum Zeitpunkt T1. Dabei stieg die Bewertung von 31,83 auf 34,0 Punkte. Auch die Arbeitsbeziehung erzielte zum Zeitpunkt T2, also nach 25 Therapiestunden, eine signifikant bessere Beurteilung von 13,5 auf 14,4 Punkte. Insgesamt wird deutlich, dass alle Skalen zu T2 positiver eingeschätzt wurden.

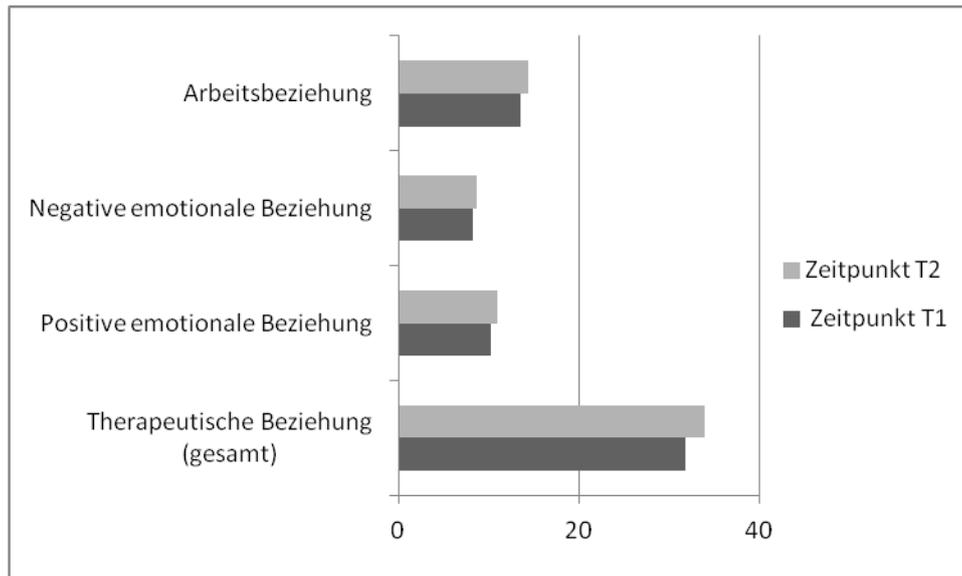


Abbildung 16: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten N = 30

Tabelle 26: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Therapeutensicht

N = 30			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,79	----	----	----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,6	----	----
		p		< ,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,74	----
		p			< ,001	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,8
		p				< ,001

Bei Betrachtung der korrelativen Zusammenhänge in Tabelle 26 zeigte sich, dass mit Ausnahme der Arbeitsbeziehung alle Skalen eine hochsignifikante mittlere Korrelation aufwiesen. Betreffs der Arbeitsbeziehung korrelierten die Einschätzungen zu T1 und T2 stark miteinander.

3.2.2 Störungsgruppe Angst – Untergruppe Angst

Im Folgenden wurden nur die Patienten betrachtet, die das die Störungsgruppe definierende Kriterium Angst aufwiesen.

3.2.2.1 Perspektive der Patienten

Tabelle 27: Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Angst-Patienten n = 26

n = 26		Patient			
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	39,62 (5,36)	39,88 (4,98)	-0,36	,723
	Positive emotionale Beziehung	12,69 (2,59)	12,38 (2,5)	1,03	,311
	Negative emotionale Beziehung	10,89 (1,48)	10,5 (1,45)	1,41	,170
	Arbeitsbeziehung	16,04 (2,6)	17,0 (2,47)	-2,33	,028

Laut Tabelle 27 und Abbildung 17 ließen sich beim Vergleich der beiden Zeitpunkte keine eindeutigen Diskrepanzen zwischen den Einschätzungen feststellen. Die Therapeutische Beziehung erzielte zum Zeitpunkt T2 eine geringfügige Verbesserung, die jedoch mit $p = ,723$ nicht signifikant war. Lediglich die Arbeitsbeziehung wies mit einer Verbesserung der Bewertung von 16,04 Punkten zu T1 auf 17,0 Punkte zum Zeitpunkt T2 einen signifikanten Unterschied auf.

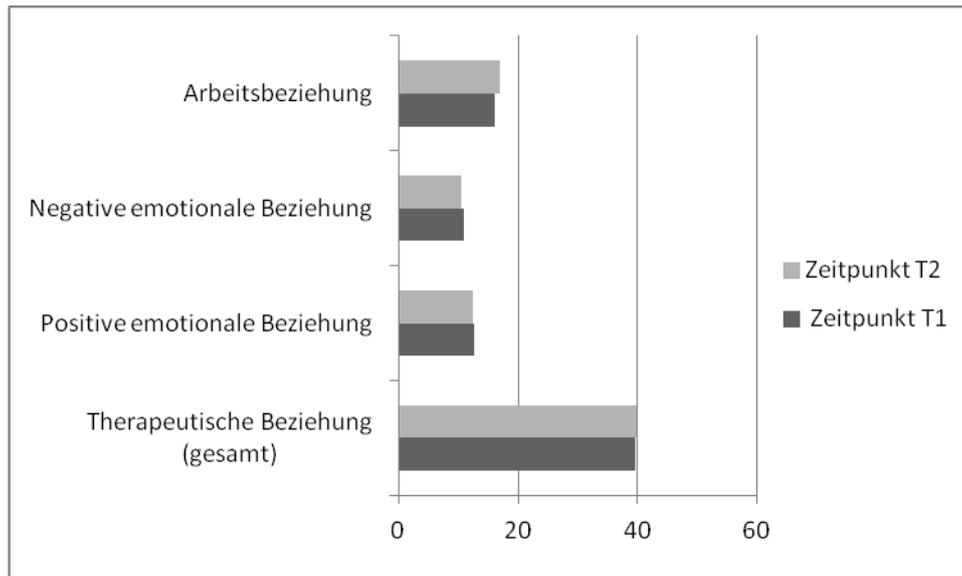


Abbildung 17: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Angst-Patienten n = 26

Tabelle 28: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Patientensicht

n = 26			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,73	-----	-----	-----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,82	-----	-----
		p		< ,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,75	-----
		p			< ,001	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,66
		p				< ,001

Bei Betrachtung der Tabelle 28 geht hervor, dass die Bewertungen der Patienten zum Zeitpunkt T1 und T2 überwiegend hochsignifikante mittlere Korrelationen aufwiesen, während bei der Positiven emotionalen Beziehung mit $r = ,82$ eine hochsignifikant große Korrelation vorlag.

3.2.2.2 Perspektive der Therapeuten**Tabelle 29:** Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 26

n = 26	Therapeut				
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	
Therapeutische Beziehung	Gesamt	32,73 (8,08)	34,35 (9,52)	-1,43	,166
	Positive emotionale Beziehung	10,35 (2,71)	11,04 (3,55)	-1,23	,230
	Negative emotionale Beziehung	8,42 (2,72)	8,62 (3,2)	-0,48	,638
	Arbeitsbeziehung	13,96 (3,38)	14,69 (3,6)	-1,57	,129

Der in Tabelle 29 und in unten stehender Abbildung 18 dargestellte Vergleich der Einschätzung der Therapeuten zum Zeitpunkt T1 und T2 zeigte, dass in keiner der Skalen signifikante Veränderungen zu verzeichnen waren. Tendenziell war jedoch eine positive Entwicklung zu bemerken.

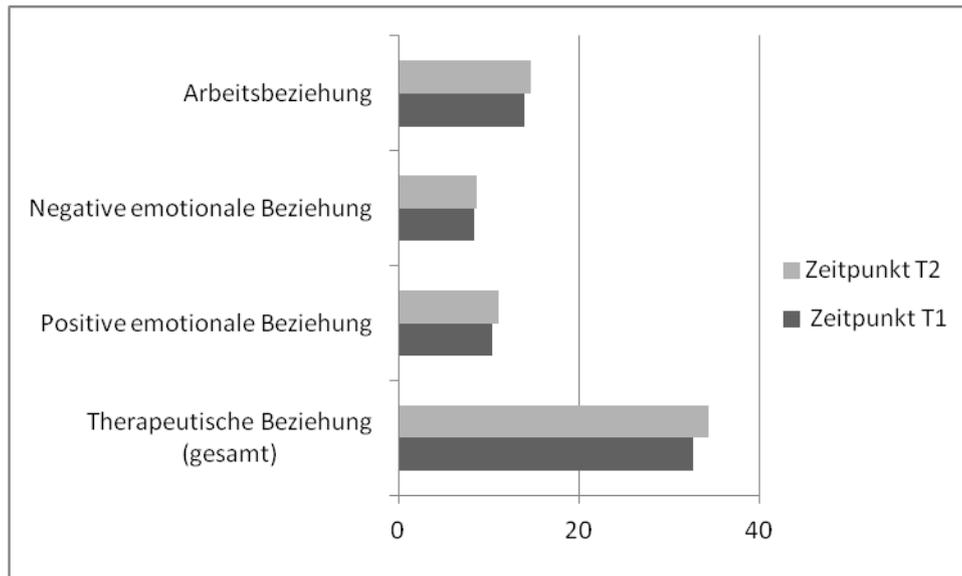


Abbildung 18: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 26

Tabelle 30: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Therapeutensicht

n = 26			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,8	----	----	----
		p	< ,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,61	----	----
		p		,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,77	----
		p			< ,001	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,77
		p				< ,001

Bei allen Subskalen bestand ein hochsignifikanter mittlerer korrelativer Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Therapeuten zum Zeitpunkt T1 und T2 (vgl. Tab. 30). Die Hauptskala Therapeutische Beziehung hingegen wies sogar eine hochsignifikante hohe Korrelation auf.

3.2.3 Störungsgruppe Depression - Untergruppe Depression

Im Folgenden wurden nur die Patienten betrachtet, die das die Störungsgruppe definierende Kriterium Depression aufwiesen.

3.2.3.1 Perspektive der Patienten

Tabelle 31: Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der depressiven Patienten n = 15

n = 15		Patient			
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	38,93 (4,22)	38,47 (5,57)	,49	,631
	Positive emotionale Beziehung	12,2 (2,24)	12,0 (2,54)	,61	,550
	Negative emotionale Beziehung	11,07 (1,28)	10,4 (1,59)	2,0	,065
	Arbeitsbeziehung	15,67 (2,47)	16,07 (2,96)	-0,66	,521

Tabelle 31 und die folgende Abbildung 19 demonstrieren, dass sich die Bewertungen der Patienten in keiner der Skalen signifikant unterschieden. Mit Ausnahme der Arbeitsbeziehung, die zum Zeitpunkt T2 mit 16,07 zu 15,67 Punkten einen höheren Wert aufwies, war eine Verringerung der Punktwerte in den übrigen Skalen zu verzeichnen.

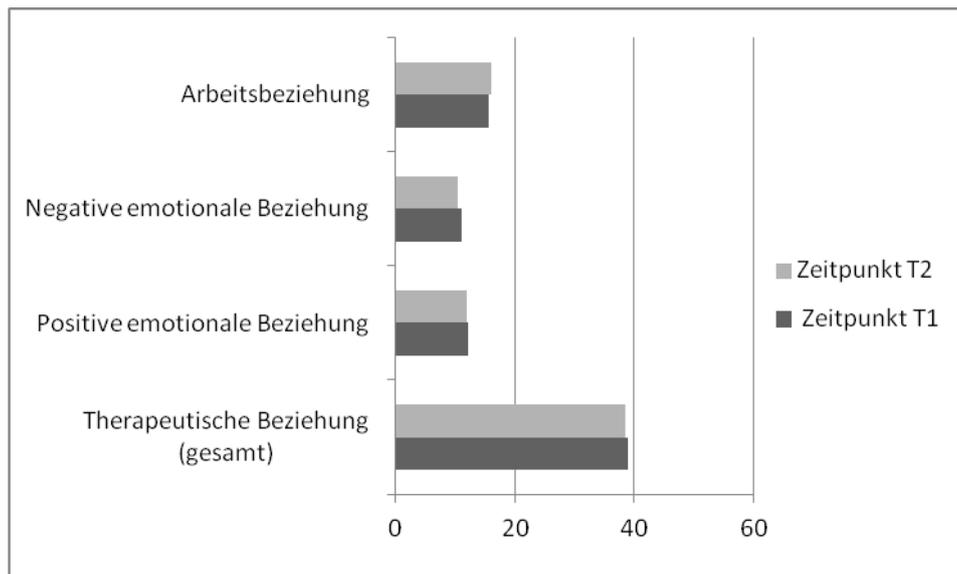


Abbildung 19: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der depressiven Patienten n = 15

Tabelle 32: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Patientensicht

n = 15			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,75	-----	-----	-----
		p	,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,87	-----	-----
		p		<,001		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,62	-----
		p			,014	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,64
		p				,011

Beim Vergleich der Einschätzungen aus Sicht der Patienten zum Zeitpunkt T1 und T2 zeigten sich mehrheitlich signifikante Zusammenhänge im mittleren Korrelationsbereich. Lediglich die Positive emotionale Beziehung wies mit $r = ,87$ eine hochsignifikante hohe Korrelation auf (vgl. Tab. 32).

3.2.3.2 Perspektive der Therapeuten**Tabelle 33:** Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 15

n = 15			Therapeut			
			T1	T2		
			MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt		29,93 (7,61)	32,33 (9,57)	-1,5	,162
	Positive emotionale Beziehung		9,6 (2,03)	10,4 (3,48)	-0,99	,338
	Negative emotionale Beziehung		7,8 (2,76)	8,13 (3,16)	-0,59	,565
	Arbeitsbeziehung		12,53 (3,62)	13,8 (4,13)	-2,04	,061

In der Depressions-Gruppe zeigten sich bei Gegenüberstellung der Bewertungen durch die Therapeuten zu den Zeitpunkten T1 und T2 keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tab. 33 und Abb. 20). Allerdings wird deutlich, dass die Einschätzungen zu T2 in allen Skalen grundsätzlich positiver ausfielen. Die Arbeitsbeziehung verfehlte bei einer Verbesserung der Bewertung von 12,53 zu T1 auf 13,8 Punkte zu T2 mit $p = ,061$ nur knapp das Signifikanzniveau.

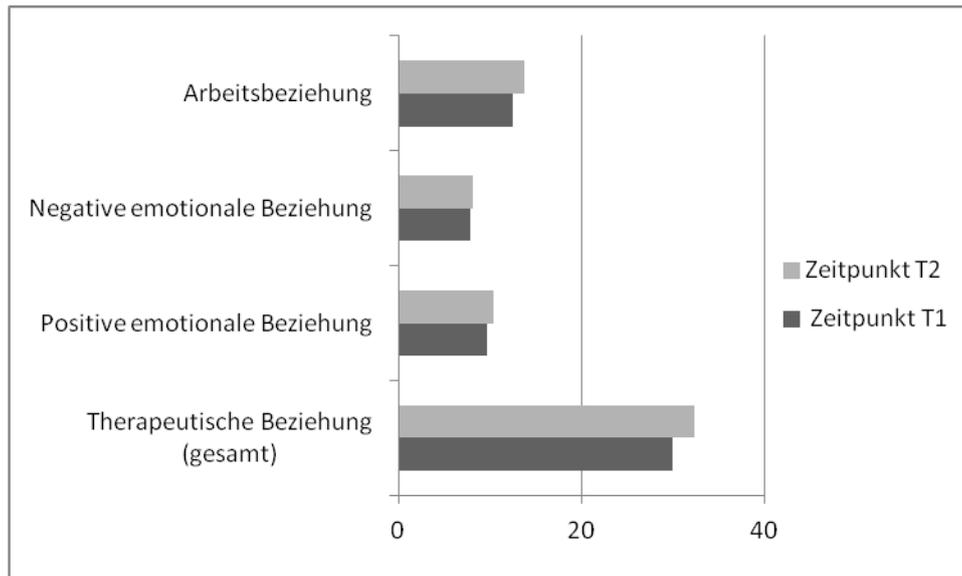


Abbildung 20: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 15

Tabelle 34: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Therapeutensicht

n = 15			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,76	----	----	----
		p	,001			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,46	----	----
		p		,085		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,73	----
		p			,002	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,82
		p				< ,001

Für die Positive emotionale Beziehung ließ sich hinsichtlich der Beurteilung durch den Therapeuten zum Zeitpunkt T1 und T2 lediglich eine kleine Korrelation erkennen, die jedoch nicht signifikant war. Die übrigen Skalen lagen bei einem $p < ,05$ im mittleren

Korrelationsbereich. Ausnahme hiervon bildete die Arbeitsbeziehung, die eine hochsignifikante große Korrelation aufwies (vgl. Tab. 34).

3.2.4 Störungsgruppe Externalisierende Störungen – Untergruppe Externalisierende Störungen

Im Folgenden wurden nur die Patienten betrachtet, die das die Störungsgruppe definierende Kriterium Externalisierende Störungen aufwiesen.

3.2.4.1 Perspektive der Patienten

Tabelle 35: Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der externalisierenden Patienten n = 8

n = 8		Patient			
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	38,93 (4,22)	38,47 (5,57)	,49	,63
	Positive emotionale Beziehung	13,0 (3,02)	12,5 (2,56)	,61	,563
	Negative emotionale Beziehung	10,88 (1,13)	10,88 (1,13)	0	1,0
	Arbeitsbeziehung	17,0 (2,83)	17,25 (2,66)	-0,28	,785

Tabelle 35 und Abbildung 21 demonstrieren, dass beim Vergleich vom Zeitpunkt T1 und T2 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der hinsichtlich des Störungsbildes Externalisierende Störungen klinisch auffälligen Patienten vorlagen. Insgesamt war jedoch mit Ausnahme der zu T2 um 0,25 Punkte positiver bewerteten

Arbeitsbeziehung eine geringfügig negative Tendenz in den Skalen festzustellen. Die Negative emotionale Beziehung unterlag im zeitlichen Verlauf keinerlei Veränderung.

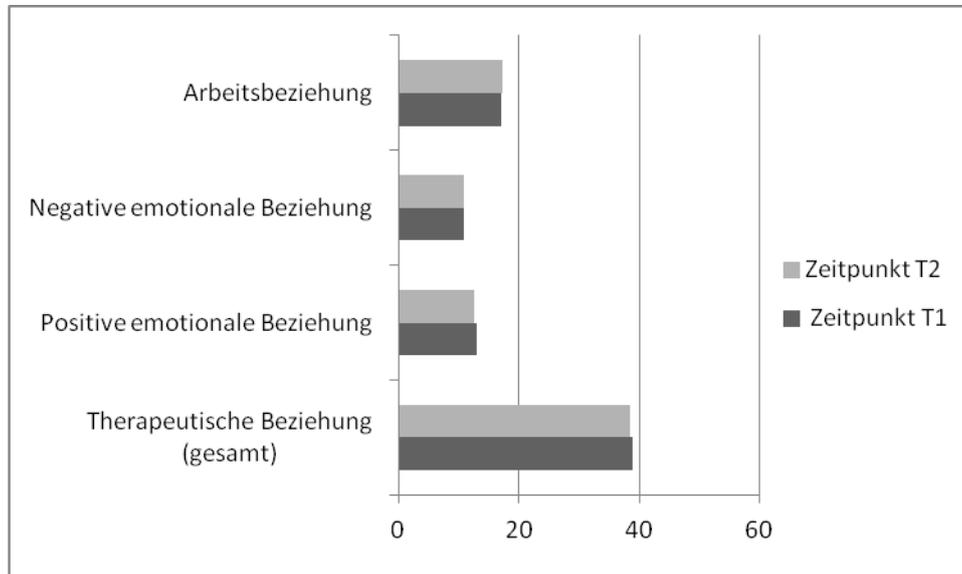


Abbildung 21: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der externalisierenden Patienten n = 8

Tabelle 36: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Patientensicht

n = 8			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,54	----	----	----
		p	,173			
	Positive emotionale Beziehung	r	----	,66	----	----
		p		,073		
	Negative emotionale Beziehung	r	----	----	,32	----
		p			,434	
	Arbeitsbeziehung	r	----	----	----	,59
		p				,125

In der Gruppe der Patienten mit Vorliegen von externalisierenden Störungen bestand für die Negative emotionale Beziehung eine kleine Korrelation, die anderen Einschätzungen der Patienten wiesen eine mittlere Korrelation auf (vgl. Tab. 36). Diese korrelativen Zusammenhänge lagen jedoch alle im nicht signifikanten Bereich.

3.2.4.2 Perspektive der Therapeuten

Tabelle 37: Vergleich der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 8

n = 8	Therapeut				
		T1	T2		
		MW (SD)	MW (SD)	T	p
Therapeutische Beziehung	Gesamt	30,5 (11,95)	32,75 (12,61)	-1,0	,353
	Positive emotionale Beziehung	9,88 (4,02)	10,75 (4,3)	-1,02	,341
	Negative emotionale Beziehung	7,63 (3,66)	8,38 (3,81)	-0,89	,402
	Arbeitsbeziehung	13,0 (4,63)	13,63 (5,34)	-0,68	,521

Der in Tabelle 37 und Abbildung 22 dargestellte Vergleich der Bewertungen seitens der Therapeuten zum Zeitpunkt T1 und T2 ergab keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Skalen. Allerdings war generell eine positive Tendenz über die Zeit zu verzeichnen.

Ergebnisse

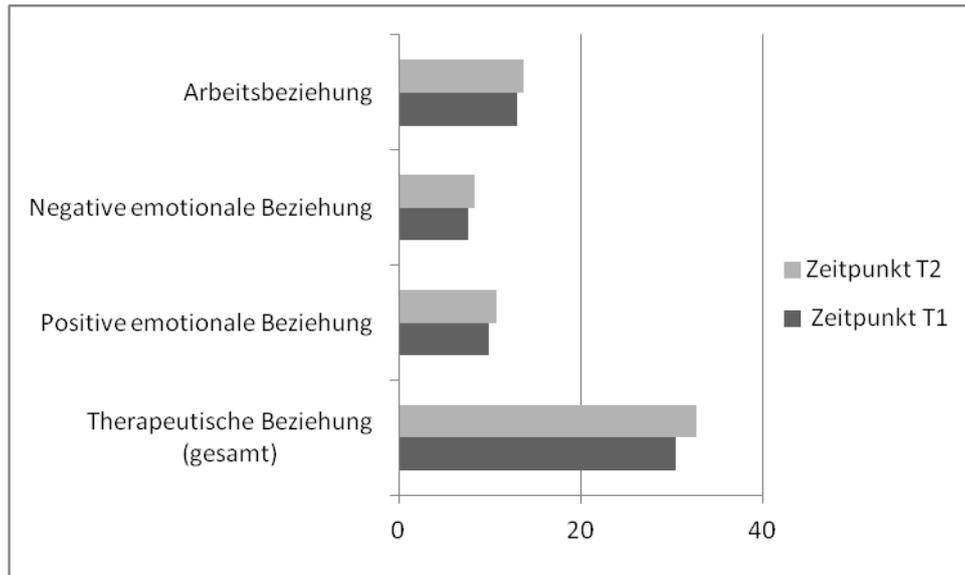


Abbildung 22: Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen zum Zeitpunkt T1 und T2 aus Sicht der Therapeuten n = 8

Tabelle 38: Korrelationen zwischen den Bewertungen zu T1 und T2 aus Therapeutensicht

n = 8			T1			
			Therapeutische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeitsbeziehung
T2	Therapeutische Beziehung	r	,87	-----	-----	-----
		p	,005			
	Positive emotionale Beziehung	r	-----	,83	-----	-----
		p		,010		
	Negative emotionale Beziehung	r	-----	-----	,8	-----
		p			,017	
	Arbeitsbeziehung	r	-----	-----	-----	,87
		p				,005

Die Betrachtung von Tabelle 38 zeigt, dass in allen Skalen ein signifikant hoher korrelativer Zusammenhang zwischen den Beurteilungen der Therapeuten zum Zeitpunkt T1 und T2 bestand.

3.3 Einschätzung der Compliance der Patienten aus Sicht der Therapeuten

Die im Therapeuten-Fragebogen FTB-T zusätzlich aufgeführte Frage nach der Beurteilung der Mitarbeit des Patienten gibt Aufschluss über die Compliance bzw. eventuelle Non-Compliance des Patienten. Dabei wird nach Betrachtung der Gesamtgruppe eine differenzierte Analyse der einzelnen Störungsgruppen vorgenommen und anschließend die Entwicklung über die Therapiezeit nach 25 Therapiestunden untersucht. Die vier Antwortmöglichkeiten werden entsprechend ihrer Aussage in vier Rubriken zusammengefasst: 1 = aktive Mitarbeit; 2 = mäßige Mitarbeit; 3 = passive Mitarbeit; 4 = Widerstand.

3.3.1 Gesamtgruppe

Tabelle 39: Mitarbeit der Patienten aus Therapeutensicht

	N = 72	
	absolute Häufigkeit	%
1	45	62,5
2	23	31,9
3	4	5,6
4	0	0

Tabelle 39 zeigt, dass ein Großteil der Patienten aus Sicht der Therapeuten eine gute Mitarbeit und Compliance in der Therapiestunde aufwies (62,5%), während sich vier Patienten (5,6%) weniger compliant zeigten und eher passiv an der Therapiestunde teilnahmen. Keiner der Patienten zeigte sich deutlich widerwillig.

3.3.2 Störungsgruppe Angst

Tabelle 40: Mitarbeit der Patienten der Störungsgruppe Angst aus Therapeutesicht

	Angst (n = 54)		Nicht-Angst (n = 18)	
	absolute Häufigkeit	%	absolute Häufigkeit	%
1	35	64,8	10	55,6
2	16	29,6	7	38,9
3	3	5,6	1	5,6
4	0	0	0	0

Bei der Einschätzung der Mitarbeit der Patienten durch die Therapeuten wird aus Tabelle 40 ersichtlich, dass 64,8% der Untergruppe Angst n = 54 ein großes Interesse an der Therapie zu haben schienen und sich aktiv beteiligten. Drei Patienten (5,6%) verhielten sich aus Therapeutesicht eher passiv bzw. wenig compliant in der Therapiestunde. Keiner der Patienten zeigte aktiv Widerstand.

Mehr als die Hälfte (55,6%) der Patienten, die in Bezug auf die Symptomatik Angst klinisch unauffällig waren (n = 18), zeigte sich motiviert in der Therapiestunde, während sich lediglich ein einziger Patient (5,6%) passiv gab. Auch hier leistete keiner der Patienten Widerstand gegen die Therapie (vgl. Tab. 40).

3.3.3 Störungsgruppe Depression

Tabelle 41: Mitarbeit der Patienten der Störungsgruppe Depression aus Therapeutesicht

	Depression (n = 38)		Nicht-Depression (n = 34)	
	absolute Häufigkeit	%	absolute Häufigkeit	%
1	20	52,6	25	73,5
2	16	42,1	7	20,6
3	2	5,3	2	5,9
4	0	0	0	0

In der Depressions-Gruppe nahm mehr als die Hälfte der Patienten (52,6%) aktiv an den Therapiestunden teil, während lediglich zwei Patienten ein vergleichsweise unkooperatives Verhalten aufwiesen (vgl. Tab. 41).

Auch die große Mehrheit der nicht-depressiven Patienten (73,5%) war aktiv an der Therapiestunde beteiligt, wohingegen sich zwei Patienten (5,9%) eher passiv verhielten (vgl. Tab. 41).

In beiden Gruppen fand sich kein Patient, der sich gegen die Therapie sträubte.

3.3.4 Störungsgruppe Externalisierende Störungen

Tabelle 42: Mitarbeit der Patienten der Störungsgruppe Externalisierende Störungen aus Therapeutensicht

	Externalisierende Störungen (n = 21)		Keine externalisierenden Störungen (n = 51)	
	absolute Häufigkeit	%	absolute Häufigkeit	%
1	10	47,6	35	68,6
2	8	38,1	15	29,4
3	3	14,3	1	2,0
4	0	0	0	0

47,6% der Patienten mit externalisierenden Störungen beteiligten sich aktiv in der Therapiestunde und wiesen eine große Compliance auf (vgl. Tab. 42). Drei Patienten (= 14,3%) verhielten sich aus Sicht der Therapeuten eher unkooperativ und arbeiteten schlecht mit.

Der Anteil an aktiv mitarbeitenden Patienten war in der Gruppe der Patienten ohne externalisierende Störungen wesentlich größer (= 68,6%), und nur ein Patient (= 2%) zeigte sich wenig compliant und passiv (vgl. Tab. 42).

In keiner der beiden Untergruppen fanden sich Patienten, die Widerstand in der Therapiestunde leisteten.

3.3.5 Vergleich der Einschätzung zu T1 und T2

Um eine gute Vergleichsmöglichkeit zu haben, wurden für die folgende Berechnung nur die Patienten-Therapeuten-Paare ausgewählt, bei denen sowohl zum Zeitpunkt T1 als auch zu T2 eine Bewertung der Therapeuten vorlag. Dieses führte dazu, dass von den ursprünglich $N = 72$ Bewertungen zu T1 nun $n = 47$ Therapeuten-Aussagen zu T1 und T2 berücksichtigt wurden. Da das Ergebnis zwischen den einzelnen Störungsgruppen im Vergleich untereinander keine nennenswerten Differenzen ergab, wurde auf die Darstellung dieser Resultate verzichtet und nur ein Vergleich für die gesamte Stichprobengröße von $n = 47$ ohne Berücksichtigung der Störungsgruppenzugehörigkeit durchgeführt.

Tabelle 43: Veränderung der Mitarbeit der Patienten aus Sicht der Therapeuten vom Zeitpunkt T1 (= Therapiebeginn) zum Zeitpunkt T2 (= nach 25 Therapiestunden)

n = 47	Zeitpunkt T1		Zeitpunkt T2	
	absolute Häufigkeit	%	absolute Häufigkeit	%
1	33	70,2	28	59,6
2	11	23,4	14	29,8
3	3	6,4	4	8,5
4	0	0	1	2,1

Insgesamt konnte eine negative Tendenz festgestellt werden. Rund 10% der Patienten verminderten ihr Engagement in der Therapie, sodass nur noch 59,6% statt 70,2% der Patienten nach 25 Therapiestunden eine aktive Mitarbeit und gute Kooperation zeigten (vgl. Tab. 43). Sowohl die Gruppe der mäßig mitarbeitenden als auch die der sich passiv verhaltenden Patienten wuchs dadurch von 23,4% auf 29,8% bzw. von 6,4% auf 8,5% an. Hervorzuheben ist zudem, dass nach 25 Therapiestunden ein Patient (2,1%) nur noch widerwillig an der Therapie teilnahm.

3.4 Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis

Um zu überprüfen, welche Auswirkungen die Therapeutische Beziehung und ihre Subskalen auf das Therapieergebnis – also den Erfolg der Therapie – hatten, wurden im Folgenden Korrelationen berechnet. Die Variable Therapieergebnis stellt dabei die Differenz zwischen der klinischen Auffälligkeit zum Zeitpunkt T1 und zum Zeitpunkt TE (Therapieende) dar. Zur Beurteilung der klinischen Auffälligkeit wurden für die Patienten die von ihnen beantworteten Items des Youth Self Report (YSR) herangezogen, die Therapeuten beurteilten die Symptomatik der Patienten mit Hilfe des Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K). Negative Werte der Variablen Therapieergebnis wurden als Verschlimmerung, positive Werte als Verbesserung der Symptomatik gewertet. Inwiefern jedoch Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der Symptomatik als solches berichtet wurden ist primär nicht Gegenstand dieser Dissertation, weshalb diese Veränderungen hier nicht weiter diskutiert werden.

3.4.1 Patienten

Tabelle 44: Korrelationen zwischen dem Therapieergebnis und den einzelnen Skalen

n = 16		Therapeu- tische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeits- beziehung
Therapie- ergebnis	r	,14	,07	,2	,12
	p	,604	,796	,467	,657

Tabelle 44 lässt aus Patientensicht erkennen, dass in keiner der Beurteilungsskalen der Therapeutischen Beziehung signifikante korrelative Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis bestanden. Insbesondere auch die Positive emotionale Beziehung

zeigte bei einer minimalen Korrelation von $r = ,07$ und einem $p = ,796$ keinen korrelativen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis.

3.4.2 Therapeuten

Tabelle 45: Korrelationen zwischen dem Therapieergebnis und den einzelnen Skalen

n = 15		Therapeu- tische Beziehung	Positive emotionale Beziehung	Negative emotionale Beziehung	Arbeits- beziehung
Therapie- ergebnis	r	,25	,27	,51	-0,04
	p	,368	,330	,052	,898

Auch Tabelle 45 – diesmal aus Therapeutensicht – zeigt, dass zwischen dem Therapieergebnis und der Therapeutischen Beziehung mit ihren Subskalen keine signifikanten Korrelationen vorlagen. Die im mittleren Korrelationsbereich liegende Subskala Negative emotionale Beziehung verfehlte mit einem p-Wert von ,052 knapp die Grenze zur Signifikanz, während die anderen Skalen deutlich vom Signifikanzniveau $p \leq ,05$ abwichen.

Unter Berücksichtigung der Stichprobengröße von $n = 16$ Patienten bzw. $n = 15$ Therapeuten konnten keine Signifikanzen bezüglich der korrelativen Zusammenhänge nachgewiesen werden, diese wären jedoch bei einer größeren Stichprobe zumindest bei der Therapeuteneinschätzung zu erwarten. Auf eine Darstellung der Ergebnisse der durchgeführten multiplen Regressionen wurde deshalb verzichtet.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Dissertation über Aspekte der Therapeutischen Beziehung im Kontext der ambulanten psychoanalytisch orientierten Psychotherapie von Heranwachsenden und Kindern konnten die nachfolgenden bisher wenig beachteten Erkenntnisse über die Beurteilung der Therapeutischen Beziehung und ihrer unterschiedlichen Dimensionen aus verschiedenen Perspektiven gewonnen werden. Hierbei zeigten sich auch interessante Zusammenhänge zwischen spezifischen Störungsbildern und der Qualität und Entwicklung dieser Beziehung.

Diese Ergebnisse könnten dazu beitragen, die bisher schwerpunktmäßig aus der Erwachsenenpsychotherapie und innerhalb dieser wiederum hauptsächlich aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammenden Untersuchungen um praxisnahe – hiesige ambulante Versorgungsstrukturen im Kinder- und Jugendlichenbereich besser abbildende – Modelle zu erweitern.

4.1.1 Hauptskala Therapeutische Beziehung

Es bestätigt sich dabei als primäre Erkenntnis die in Hypothese 1 postulierte unterschiedliche Bewertung der Therapeutischen Beziehung sowohl in ihrer Gesamtheit als auch in ihren Einzelkomponenten aus Patienten- bzw. Therapeutesicht auf hohem Signifikanzniveau. Dieses Ergebnis erhärtet damit auch unter den besonderen Bedingungen der ambulanten psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der VaKJP-Studie die von Bickman und Kollegen herausgestellte These von „little agreement between therapist and client ratings of alliance“ (Bickman et al., 2004, S. 136).

Die ermittelte seitens der jugendlichen Patienten im Vergleich zu den Therapeuten deutlich positivere Einschätzung der Therapeutischen Beziehung deckt sich auch mit der von Shirk und Karver beschriebenen Beobachtung, die diese auf einen möglichen

Mangel an kognitiven Fähigkeiten zur akkuraten Evaluation und eine insgesamt positive Grundstimmung bei der Beurteilung zurückführten (Shirk & Karver, 2003). So waren in der vorliegenden Dissertation die Bewertungsunterschiede in der Nicht-Angst-Gruppe und der Gruppe der Patienten mit externalisierenden Störungen am größten. In letzterer bewerteten die Patienten mit 40,19 Punkten von möglichen 48 Punkten die Therapeutische Beziehung sehr positiv, wohingegen die Therapeuten lediglich 29,48 Punkte vergaben (vgl. Tab. 18).

Die hochsignifikanten mittleren Korrelationen in den bezüglich einer der Symptomkomplexe Angst oder Depression klinisch unauffälligen Gruppen (vgl. Tab. 12 und 17) stimmen mit dem von Kronmüller und Kollegen beschriebenen moderaten Zusammenhang zwischen der Patienten- und Therapeuteneinschätzung der Therapeutischen Beziehung überein (Kronmüller et al., 2003). Hingegen weichen die ermittelten sehr geringen bis kleinen Korrelationen zwischen der Patienten- und der Therapeutenbewertung in den klinisch auffälligen Gruppen (vgl. Tab. 11, 16 und 21) von den Ergebnissen dieser Autoren ab. Auf Grund dieser nur gering übereinstimmenden Einschätzungen stellten Kronmüller und Kollegen die Forderung auf, dass „beide Perspektiven unabhängig voneinander berücksichtigt werden müssen“ (Kronmüller et al., 2003, S. 21).

Die in Hypothese 2 vermutete niedrigere Bewertung der Therapeutischen Beziehung in der jeweiligen klinisch auffälligen Gruppe lässt sich nur in Teilen feststellen. So wurde die höchste absolute Punktzahl seitens der Patienten in der Gruppe der nicht-depressiven Kinder und Jugendlichen vergeben, während sich gleichzeitig in der Gegengruppe der depressiven Patienten die mit Abstand niedrigste Bewertung fand (vgl. Tab. 13 und 14). Als Erklärungsversuch bietet sich hier die durch eben dieses Krankheitsbild in besonderem Maße eingetrübte und verzerrte Sichtweise in dieser Patienten-Untergruppe an, die zur vergleichsweise positiven Einschätzung der nicht betroffenen Gegengruppe kontrastiert.

Seitens der Therapeuten erreichte die Therapeutische Beziehung ebenfalls in dieser explizit nicht von Depressionssymptomatik betroffenen Untergruppe die höchste Bewertung (vgl. Tab. 14). Die negativste Einschätzung der Therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht zeigte sich demgegenüber in der Gruppe mit

externalisierenden Störungen (vgl. Tab. 18), wobei andererseits die entsprechenden Patienten – möglicherweise im Zusammenhang mit der durch sie in der Therapiesituation besonders positiv empfundenen Zuwendung – hier die zweithöchste Punktzahl vergaben. Die Diskrepanz zwischen Patienten- und Therapeutesicht lässt sich womöglich durch den in dieser Subgruppe der jugendlichen Patienten mit vor allem Verhaltens- und Sozialstörungen mühsameren Aufbau der Therapeutischen Beziehung erklären: „... Child alliance was found to be generally poorer in hostile and externalising disorders“ (Green, 2006, S. 430). Die bei diesen Störungen – im Gegensatz zu den mit deutlicherem subjektivem Leidensdruck einhergehenden internalisierenden Störungen – verminderte Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit könnte das Zustandekommen der Therapeutischen Beziehung zusätzlich erschweren. Entsprechend stellten DiGiuseppe und Kollegen (1996) heraus, dass Patienten mit externalisierenden Störungen eine geringere Motivation zur Veränderung und zum Aufbau einer Beziehung zu ihrem Therapeuten zeigten. Generell ließen die bei Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im sozialen Bereich zumeist auf elterliche Einflussnahme bzw. äußeren Druck zustande gekommenen Behandlungen diese Autoren von besonders ungünstigen Voraussetzungen sprechen: „... the most crucial characteristic of child and adolescent psychotherapy, which makes the therapeutic alliance difficult to establish, is that youth are not self-referred for treatment“ (DiGiuseppe et al., 1996, S. 86).

Betreffs der von Bickman und Kollegen getroffenen Aussage der relativen Uniformität und Diagnose- bzw. Therapieunabhängigkeit von Art und Qualität der Therapeutischen Beziehung, „TA [therapeutic alliance] is a trans-theoretical construct that does not appear to depend on a specific diagnosis or therapeutic treatment“ (Bickman et al., 2004, S. 135), ergibt sich aus der vorliegenden Untersuchung eine neue, möglicherweise differenziertere Sichtweise. So war beim jeweiligen Vergleich der beiden Untergruppen in jeder Störungsgruppe ein anderes Bewertungsmuster der Therapeutischen Beziehung zu erkennen. In der Störungsgruppe Angst urteilten die Patienten in der Nicht-Angst-Gruppe positiver als in der Angst-Gruppe, wohingegen bei den Therapeuten ein umgekehrter Zusammenhang bestand: Hier lagen in der Angst-Gruppe höhere Bewertungen vor als in der Nicht-Angst-Gruppe (vgl. Abb. 8). Für die Störungsgruppe Depression war kennzeichnend, dass die

Beurteilungen in der Nicht-Depressions-Gruppe sowohl seitens der Patienten als auch der Therapeuten höher lagen als in der Depressions-Gruppe (vgl. Abb. 11). Eine weitere Variante war in der Störungsgruppe Externalisierende Störungen festzustellen, in der die Patienten und Therapeuten genau gegensätzlich zur Störungsgruppe Angst urteilten. Dabei bewerteten die Patienten die Therapeutische Beziehung in der klinisch auffälligen Gruppe höher als in der Untergruppe ohne externalisierende Störungen. Die Therapeuten hingegen schätzten ihre Beziehung zu den Patienten mit externalisierenden Störungen niedriger ein als in der nicht von dieser Symptomatik betroffenen Vergleichsgruppe (vgl. Abb. 14). Generell konnte jedoch festgestellt werden, dass die Bewertungen seitens der Patienten in den beiden internalisierenden Störungsgruppen Angst und Depression niedriger ausfielen als bei Patienten mit externalisierenden Störungen. Hingegen schätzten die Therapeuten die Therapeutische Beziehung in den internalisierenden Störungsgruppen positiver ein als in der externalisierenden Störungsgruppe. Diese differierenden Bewertungsmuster legen nahe, dass insbesondere die Unterschiede zwischen den einzelnen Störungsgruppen sowie innerhalb des jeweiligen Störungsbildes bei den entsprechenden Untergruppen einer weiterführenden Betrachtung in kommenden Studien bedürfen. Dabei sollte insbesondere eine Gegenüberstellung von Patienten mit internalisierenden Störungen und externalisierenden Störungen vorgenommen werden, da sich bezüglich dieser unterschiedlichen Störungsgruppen bereits starke Differenzen abzeichnen.

4.1.2 Subskalen

Kronmüller und Kollegen hatten schon im Rahmen ihrer *Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children* von Shirk und Saiz (1992) aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit zwischen dem amerikanischen Original und der deutschen Version einer Drei-Faktoren-Lösung mit Aufteilung der emotionalen Beziehung in einen positiven und einen negativen Anteil den Vorzug gegeben. Dieses insbesondere auch, um eine identische Struktur zwischen Patienten- und Therapeutenbogen zu erhalten, obwohl sich faktorenanalytisch für die Therapeutenversion eine Zwei- und für die Patientenversion eine Drei-Faktoren-Lösung

„als optimale Repräsentation der Datenstruktur“ ergeben hatte (Kronmüller et al., 2003, S. 18). Dementsprechend fand diese Aufteilung auch in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung.

Die spezifischen Bewertungen in den Subskalen entsprachen zum Großteil dem bereits für die Hauptskala Therapeutische Beziehung geschilderten Muster. So war die Bewertung seitens der Patienten generell höher als die der Therapeuten. Dies entspricht der von Bickman und Kollegen gerade seitens älterer Jugendlicher beobachteten differierenden, insgesamt aber eher positiveren Beurteilung der Therapeutischen Beziehung: „... the lack of relationship between the counselor`s view of TA [therapeutic alliance] and the youth`s view“ (Bickman et al., 2004, S. 145). Während seitens der Patienten für die Subskala Negative emotionale Beziehung in allen Störungsuntergruppen ähnliche Bewertungen vorlagen, wies die Positive emotionale Beziehung eine der Hauptskala ähnliche unterschiedliche Verteilung in den Untergruppen auf. Dabei zeigten die Nicht-Angst- und Nicht-Depressions-Patienten erwartungsgemäß eine höhere Bewertung der Positiven emotionalen Beziehung zu ihren Therapeuten als die Angst- bzw. Depressions-Patienten. Nur die Störungsgruppe Externalisierende Störungen wies entsprechend der Hauptskala eine andere Verteilung in den Untergruppen auf: Seitens der Patienten lag die Bewertung der Positiven emotionalen Beziehung in der klinisch auffälligen Gruppe höher (vgl. Tab. 18 und 19). Die Therapeuteneinschätzungen der Positiven und Negativen emotionalen Beziehung in den Untergruppen verhielten sich allerdings anders. Beide Subskalen wurden in der Gruppe der ängstlichen Patienten höher bewertet als in der Gruppe der nicht angst-behafteten Kinder und Jugendlichen (vgl. Tab. 8 und 9). In den Störungsgruppen Depression und Externalisierende Störungen lagen die Bewertungen der Therapeuten bei den klinisch auffälligen Patienten ähnlich der der Patienten jeweils niedriger (vgl. Tab. 13 und 14 bzw. Tab. 18 und 19).

Besondere Beachtung verdient das Kriterium Arbeitsbeziehung, das separat von den Subskalen Positive emotionale Beziehung und Negative emotionale Beziehung – zusammengefasst unter der im Ergebnisteil auf Grund der von Kronmüller und Kollegen bestätigten Drei-Faktoren-Lösung statt einer Zwei-Faktoren-Lösung nicht einzeln dargestellten Subskala Emotionale Beziehung – erfasst wurde. Kronmüller und

Kollegen hatten für den Bereich der Arbeitsbeziehung gerade aus Kinderperspektive die signifikanteren Beurteilungsunterschiede zur allgemeinen Qualität der Therapeutischen Beziehung beschrieben (Kronmüller et al., 2003), und Shirk und Saiz betonten schon 1992, dass für die emotionalen Aspekte insgesamt eine bessere Übereinstimmung bestehe als für die Arbeitsbeziehung (Shirk & Saiz, 1992). Auch in der aktuellen Untersuchung ließ sich eine deutlich positivere Bewertung der Arbeitsbeziehung seitens der Patienten in allen Störungsgruppen und ihren Untergruppen feststellen, wobei es hier zu differenzieren gilt. So fielen die Beurteilungen beispielsweise in der Angst-Gruppe sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Therapeuten positiver aus als in der zu vergleichenden Gegengruppe der nicht ängstlichen Patienten. In der Depressions-Gruppe waren die Bewertungen sowohl der Patienten als auch der Therapeuten niedriger als in der Nicht-Depressions-Gruppe. Auch in der Störungsgruppe Externalisierende Störungen beurteilten die Therapeuten die Arbeitsbeziehung in der Untergruppe ohne externalisierende Störungen deutlich positiver als in der klinisch auffälligen Vergleichsgruppe. Dieses konnte von Kronmüller und Kollegen bestätigt werden, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer ausgeprägten externalen Störung und einer ungünstigen Arbeitsbeziehung in ihrer Untersuchung postulierten (Kronmüller et al., 2003). Die Einschätzungen der Patienten hingegen stimmten in beiden Untergruppen genau überein (vgl. Tab. 18 und 19). Insgesamt erreichte die Arbeitsbeziehung in der Nicht-Depressions-Gruppe sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Therapeuten die jeweils höchste Bewertung. Die niedrigste Beurteilung erfuhr sie hingegen aus Sicht der Patienten in der Depressions-Gruppe, seitens der Therapeuten in der Nicht-Angst-Gruppe (vgl. Tab. 9 und 13).

Der Vergleich der korrelativen Zusammenhänge zeigte, dass alle Skalen in den jeweils klinisch auffälligen Untergruppen lediglich geringe Korrelationen aufwiesen, während Kronmüller und Kollegen sowohl für die Einschätzung der globalen Beziehungsqualität als auch für die einzelnen Subskalen Korrelationen in mittlerer Höhe ermittelt hatten (Kronmüller et al., 2003).

4.1.3 Entwicklung der Therapeutischen Beziehung

Der Vergleich der Beurteilungen im Behandlungsverlauf nach 25 Therapiestunden demonstrierte, dass entgegen der in Hypothese 3 formulierten Erwartung, eine Verbesserung der Therapeutischen Beziehung durch besseres Kennenlernen, Vertrauensaufbau und Gewöhnung erzielen zu können, diese aus Sicht der Patienten nicht wirklich eintrat, sondern tendenziell sogar eine Verschlechterung empfunden wurde.

Es ließ sich grundsätzlich feststellen, dass die Therapeuten, die im direkten Vergleich mit den Patienten zum Zeitpunkt T1 in allen Gruppen negativer urteilten, im zeitlichen Verlauf eine positive Entwicklung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen sahen (vgl. Tab. 25). Allerdings war in der Gesamtgruppe lediglich die Arbeitsbeziehung signifikant verbessert, während die übrigen Aspekte nur geringfügig reagierten. Die seitens der Therapeuten zu erwartende objektivere Einschätzung der Behandlungssituation könnte einen Teil dieser Diskrepanz erklären. Die Bewertung der Patienten hingegen ließ größtenteils eher auf eine Verschlechterung der Beziehung zu ihren Therapeuten im zeitlichen Verlauf schließen, die jedoch in keiner Skala signifikant war. In der Gesamtgruppe fiel die Bewertung der Hauptskala aus Sicht der Patienten von 39,9 auf 39,7 Punkte zum Zeitpunkt T2 (vgl. Tab. 23). Die gleiche Tendenz ließ sich auch für die Subskalen Positive und Negative emotionale Beziehung feststellen. Einzig die Arbeitsbeziehung erreichte nach 25 Therapiestunden eine bessere Bewertung, die jedoch ebenfalls nicht signifikant war.

Eine solche nur andeutungsweise zu beobachtende Dynamik der Therapeutischen Beziehung über den Verlauf von 25 Therapiestunden stimmt mit der Feststellung von Kronmüller und Kollegen überein, „dass die therapeutische Beziehung auch in der Kindertherapie bereits in einer frühen Phase der Behandlung ... relativ stabil ist“ (Kronmüller et al., 2003, S. 21).

Wird jede Störungsgruppe für sich betrachtet, so zeigte sich, dass in der Gruppe mit der Symptomatik Angst aus Patientensicht eine geringe nicht signifikante Verbesserung der Therapeutischen Beziehung erfolgte (vgl. Tab. 27). Diese ergab sich jedoch lediglich durch eine signifikante Verbesserung der Skala Arbeitsbeziehung,

während die beiden anderen Subskalen Positive und Negative emotionale Beziehung sogar eine – wenn auch nicht signifikante – geringere Bewertung erzielten. Bei den Therapeuten war in allen Skalen zum Zeitpunkt T2 eine positivere Bewertung zu verzeichnen, die jedoch in keinem Fall signifikant war (vgl. Tab. 29). In der Störungsgruppe Depression ließ sich im Gegensatz zur Störungsgruppe Angst erkennen, dass sich die Hauptskala Therapeutische Beziehung in der Bewertung der Patienten zum Zeitpunkt T2 verschlechterte. Die Arbeitsbeziehung erzielte auch hier eine bessere Bewertung im Vergleich zu T1, allerdings war die Veränderung wesentlich geringer als in der zuvor beschriebenen Angst-Gruppe. Sowohl die Positive als auch die Negative emotionale Beziehung wiesen eine Verschlechterung auf, wobei die Negative emotionale Beziehung jedoch ganz knapp eine signifikante Veränderung verfehlte ($p = ,07$). Die Therapeuten bewerteten wie in der Störungsgruppe Angst zu T2 ebenfalls alle Skalen besser; auch hier zeigte die Arbeitsbeziehung mit einem $p = ,06$ die deutlichste Veränderung (vgl. Tab. 33).

Die Entwicklung der Therapeutischen Beziehung in der Störungsgruppe Externalisierende Störungen entsprach dem bereits beschriebenen Verlauf in der Störungsgruppe Depression. Es hat aus Sicht der Patienten eine nicht signifikante Verschlechterung der Therapeutischen Beziehung zum Zeitpunkt T2 stattgefunden (vgl. Tab. 35), die sich in dieser Gruppe allerdings allein durch eine geringere Bewertung in der Subskala Positive emotionale Beziehung ergab. Die Negative emotionale Beziehung war über die Zeit konstant geblieben und trug somit nicht zur Verschlechterung bei. Nur die Arbeitsbeziehung zeigte auch in dieser Störungsgruppe wieder eine Verbesserung, die allerdings nicht signifikant war. Die Therapeuten berichteten in allen Skalen eine nicht signifikante Verbesserung (vgl. Tab. 37).

Die Korrelationen wiesen bei den Patienten in der Gesamtgruppe lediglich bei der Positiven emotionalen Beziehung einen hohen korrelativen Zusammenhang auf. Die Therapeuten zeigten in der Gesamtgruppe nur bezüglich der Arbeitsbeziehung eine hohe Korrelation, welches sich mit Ausnahme der Angst-Gruppe auch in den beiden anderen Störungsgruppen zeigte. Vor allem in der externalen Gruppe lagen alle Korrelationen bei der Therapeutensicht im hohen Bereich, bei den Patienten hingegen herrschten nur kleine bis mittlere Korrelationen vor. Bickman und Kollegen hatten im Zusammenhang mit einem generellen Mangel an Beziehung zwischen Jugendlichen-

und Therapeutesicht auch davon gesprochen, dass „this correlation does not improve with ... how long they have treated the youth“ (Bickman et al., 2004, S. 145), und Kronmüller und Kollegen betonten im Jahr 2003, dass bislang „mit Ausnahme der Untersuchung von Shirk und Saiz (1992) keine Studien ... zur Veränderung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Behandlung vorliegen“ (Kronmüller et al., 2003, S. 15).

4.1.4 Compliance der Patienten

Insgesamt zeigten die Patienten aus Sicht der Therapeuten in allen Störungsgruppen eine im Wesentlichen mäßige bis gute Mitarbeit in den Therapiestunden (vgl. Tab. 39). Der Anteil an schlecht mitarbeitenden Patienten war mit 5,6% verschwindend gering. Dieses bestätigt die in Hypothese 4 aufgestellte Vermutung einer hohen Compliance der Patienten in der Therapie und könnte sich dadurch erklären lassen, dass den Patienten die Notwendigkeit einer Therapie größtenteils bewusst zu sein scheint und sie durch gute Kooperation in der Therapie eine Verbesserung ihrer Symptomatik erreichen möchten. Dieses geht auch mit der Feststellung konform, dass vor allem die Subskala Arbeitsbeziehung in allen Störungsgruppen von den Patienten eine hohe Bewertung erreichte. Im Widerspruch zu dem Ergebnis, dass die Patienten aus Sicht der Therapeuten überwiegend aktiv mitarbeiteten (62,5%), steht jedoch die im Vergleich zu den Patienten geringere Bewertung der Arbeitsbeziehung seitens der Therapeuten (vgl. Tab. 6). Dieses lässt darauf schließen, dass womöglich die Subskala Arbeitsbeziehung und die im Fragebogen FTB-T zusätzlich aufgeführte Frage nach der Beurteilung der Mitarbeit der Patienten nicht – wie aus der Bezeichnung zu assoziieren – auf identische Aspekte der Therapeutischen Beziehung abzielen. Diese These wird dadurch gestützt, dass auch im zeitlichen Verlauf eine gegensätzliche Entwicklung festzustellen war: Die Arbeitsbeziehung verbesserte sich sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Therapeuten – bei diesen sogar signifikant –, während die Compliance der Patienten aus Sicht der Therapeuten sank. Beim Vergleich der Compliance der unter Punkt 3.3.5 berücksichtigten $n = 47$ Patienten war eine Abnahme der aktiven Mitarbeit von 70,2% auf 59,6% zu verzeichnen (vgl. Tab. 43). Diese vermeintlich starke Verminderung der Compliance wird jedoch

dadurch relativiert, dass zwar die hier berücksichtigte Teilstichprobe von $n = 47$ zu T1 eine aktive Mitarbeit von 70,2% aufwies, unter Berücksichtigung der Gesamtstichprobe von $N = 72$ diese jedoch lediglich bei 62,5% lag. Somit erscheint die Verminderung der aktiven Mitarbeit auf 59,6% zum Zeitpunkt T2 nicht mehr so ausgeprägt wie im Vergleich zur Teilstichprobe, bei der folglich angenommen werden muss, dass sie die Gesamtstichprobe hinsichtlich der Mitarbeit nicht ausreichend repräsentiert.

Die sich aus Sicht der Therapeuten im Verlauf der Therapie tendenziell verschlechternde Mitarbeit der Patienten führte in einem Fall bei der Compliance-Beurteilung zu T2 sogar zur Feststellung von manifestem Therapiewiderstand. Dieser Negativ-Trend zeigt, dass die Motivation einiger Patienten schon nach 25 Therapiestunden abgenommen hat. Diese Beobachtung könnte Ausdruck des mangelnden Glaubens an den Erfolg der Therapie sein. So beginnen die Patienten ihre Behandlung mit hohem Engagement, realisieren dann jedoch, dass innerhalb weniger Therapiestunden nicht der erhoffte schnelle Erfolg zu erreichen ist. Als Reaktion auf diese ernüchternde Feststellung reduzieren sie ihre Compliance, da sie beispielsweise die gesamte Behandlung in Frage stellen.

Betrachtet man nun die Compliance in den einzelnen Störungsgruppen, so wird deutlich, dass im direkten Vergleich der jeweiligen klinisch auffälligen und klinisch unauffälligen Untergruppe die hinsichtlich des betrachteten Störungsbildes unauffälligen Patienten eine deutlich höhere Compliance aufwiesen. Einzige Ausnahme stellte die Störungsgruppe Angst dar, in der die Angst-Patienten eine bessere Mitarbeit zeigten als die Nicht-Angst-Patienten (vgl. Tab. 40). Zudem demonstrierte die Angst-Gruppe von allen explizit betroffenen Subgruppen die beste Mitarbeit, was unterstreichen könnte, dass Angst-Patienten auf Grund ihres hohen Leidensdrucks motivierter sind, ihre Therapie erfolgreich abzuschließen.

Die Patienten in der Störungsgruppe Externalisierende Störungen wiesen demgegenüber im Vergleich zu den anderen beiden Störungsgruppen eine etwas schlechtere Compliance auf. Hier war der Anteil der eher schlecht mitarbeitenden Patienten mit 14,3% im Vergleich zu 5,6% bei den Angst-Patienten und 5,3% bei den depressiven Patienten relativ hoch, wohingegen nur 47,6% der Patienten dieser Gruppe aktiv

mitarbeiteten. In der Angst-Gruppe zeigten 64,8% und in der Depressions-Gruppe 52,6% eine aktive Mitarbeit. Allerdings muss eingeräumt werden, dass die von externalen Störungen betroffenen $n = 21$ Patienten im Vergleich zu den Angst-Patienten mit $n = 54$ und den depressiven Patienten mit $n = 38$ eine relativ kleine Gruppe mit insofern nur geringerer statistischer Aussagekraft bilden. Doch schon sowohl DiGiuseppe und Kollegen mit ihrem Satz „Adolescents with internalized disorders may establish agreement on goals and tasks much more easily ... than youth with externalized disorders“ (DiGiuseppe et al., 1996, S. 88) als auch Shirk und Karver (2003) und Kronmüller und Kollegen (2003) hatten ebenfalls besondere Compliance-Probleme mit externalisierenden Jugendlichen beschrieben.

4.1.5 Auswirkungen der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis

Während frühere Untersucher vielfach einen unterschiedlich großen, aber doch insgesamt zumindest moderaten Einfluss einer guten Therapeutischen Beziehung auf ein gutes Therapieergebnis konstatierten: „In essence, the therapeutic relationship has a modest, but consistent, association with outcome with children, adolescents, and adults“ (Shirk & Karver, 2003, S. 461) oder sogar eindeutige gerichtete Zusammenhänge beschrieben: „The greater the alliance, the greater the therapeutic change“ (Kazdin et al., 2005, S. 728), kann diese Abhängigkeit in der vorliegenden Studie nicht festgestellt werden. Doch auch Kazdin und Kollegen betonten in einer späteren Studie, dass sie mit ihrer Aussage keinen direkten kausalen Zusammenhang herstellen wollten: „Finally, we did not demonstrate that alliance leads to therapeutic change“ (Kazdin et al., 2006, S. 443).

Auf Grund der vergleichsweise geringen Stichprobengröße von $n = 16$ Patienten bzw. $n = 15$ Therapeuten ist das Ergebnis, dass die Therapeutische Beziehung und ihre Subskalen im Rahmen der Hamburger VaKJP-Studie nur einen äußerst geringen Einfluss auf das Therapieergebnis ausüben, allerdings kritisch zu betrachten. Doch auch die sehr geringen korrelativen Zusammenhänge sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Therapeuten (vgl. Tab. 44 und 45) unterstreichen die fehlende Abhängigkeit des

Therapieerfolges von der Qualität der Therapeutischen Beziehung in dieser Studie. Vor allem die Einschätzungen seitens der Patienten, die in verschiedenen Arbeiten als am aussagekräftigsten für den Erfolg der Therapie bewertet wurden (Bickman et al., 2004; Elvins & Green, 2008), zeigten in der vorliegenden Dissertation keinerlei signifikante Zusammenhänge mit der Entwicklung der Symptomatik. Als möglicher Grund hierfür könnte diskutiert werden, dass die Patienten die Therapeutische Beziehung generell viel zu positiv einschätzten. Im Vergleich zu den Therapeuten vergaben sie grundsätzlich höhere Punktwertungen, was darauf hinweist, dass beide Parteien eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Therapeutischen Beziehung hatten. Als ein weiterer Erklärungsansatz könnte dienen, dass die für die Erfassung einer Verbesserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik herangezogene Score-Differenz des YSR zwischen Therapiebeginn und -ende als objektive symptomatische Veränderung interpretiert wird, obwohl die seitens der Patienten getroffenen Einschätzungen einer deutlichen subjektiven Bewertungsunsicherheit unterliegen.

Auch bei den Therapeuten konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis festgestellt werden, allerdings lag die im mittleren Bereich angesiedelte Korrelation der Negativen emotionalen Beziehung mit $p = ,052$ nur knapp über der Grenze zum Signifikanzniveau. Dieses könnte als möglicher Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeuten und dem Therapieergebnis gewertet werden, obwohl gerade die bei der Ermittlung der Negativen emotionalen Beziehung zuvor erfolgte Umpolung eine gewisse Interpretationsunsicherheit mit sich bringt.

Das im Gegensatz zur hypothetisierten These der Abhängigkeit des Therapieergebnisses von der Qualität der Therapeutischen Beziehung stehende Studienresultat wird jedoch auch von aktuellen Autoren wie Chiu, McLeod, Har und Wood geteilt, die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Therapeutischen Allianz und dem Behandlungserfolg konstatierten: „Converging evidence therefore suggests that the quality of the child alliance may not, in fact, predict post-treatment clinical outcomes ...“ (Chiu et al., 2009, S. 756). Auch Shirk, Karver und Brown revidierten in ihrer neuesten Metaanalyse von 2011 ihre für die frühere Studie von Shirk und Karver aus dem Jahre 2003 noch als ‘meaningful variability’ über verschiedenste Faktoren

hinweg beschriebene Einschätzung. Sie betonten jetzt, dass sie neben einer gewissen Variabilität in der Therapeutischen Beziehungs-/Therapieergebnis-Relation in Abhängigkeit vom Patientenalter und von der Therapieform – Verhaltenstherapie gegenüber anderen Behandlungen – allein für den Unterschied zwischen einem einzelnen speziellen Erkrankungsschwerpunkt, nämlich der Essstörung, gegenüber Missbrauchserkrankungen bzw. gemischten Problemen eine Signifikanz sahen (Shirk et al., 2011).

Ein möglicher Erklärungsansatz für den nicht nachzuweisenden Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis könnten speziell in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wirksame weitere Faktoren sein. So werden in die Therapie neben den jungen Patienten selbst häufig auch ihre Eltern direkt mit einbezogen. Diese zusätzliche Beziehungsebene kann ihrerseits das Ergebnis in unterschiedlichem Sinne beeinflussen, da Einstellungen und persönliche gegenseitige Einschätzungen auf die Kinder und Jugendlichen übertragen werden können. Stehen die Eltern beispielsweise nicht überzeugend hinter der Therapie ihres Kindes und zeigen, dass sie nur ihm zuliebe und eher unfreiwillig an den Therapiestunden teilnehmen, so kann davon ausgegangen werden, dass diese fehlende Motivation der Eltern auch auf das Kind abfärbt und sich infolgedessen die Compliance verschlechtert und der Erfolg der Therapie gefährdet wird. Demzufolge erscheint es nicht nur nach Weisz und Hawley unabdingbar, dass die Eltern Interesse an der Therapie zeigen und ihr Kind tatkräftig unterstützen: „Moreover, therapy that fails to include parents may miss an opportunity to enlist parents to support the process and reinforce treatment gains“ (Weisz & Hawley, 2002, S. 30). Des Weiteren sollte auch an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass sich Kinder und Jugendliche häufig nicht aus Eigeninitiative in einer Therapie befinden, sondern oftmals dazu gedrängt werden. Auch diese Tatsache könnte, wie schon Bickman und Kollegen betonten, zum mangelnden Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf den Erfolg der Therapie beitragen (Bickman et al., 2004).

Shirk und Karver stellten in ihrer Meta-Analyse heraus, dass vor allem für Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen ein größerer

Zusammenhang zwischen der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis bestehe (Shirk & Karver, 2003). Sie begründeten dieses mit der schwieriger aufzubauenden Beziehung zu diesen Kindern im Vergleich zu Patienten mit internalisierenden Störungen. Dieses veranlasst zu der Vermutung, dass eine trotz der größeren Herausforderung einmal aufgebaute Beziehung zu Kindern und Jugendlichen mit externalen Störungen eine tiefere Bindung darstellen könnte, die demzufolge einen höheren Stellenwert für den Erfolg der Therapie besitzen könnte. Da auf Grund der sehr geringen Stichprobengröße zum Zeitpunkt des Therapieendes von $n = 16$ Patienten bzw. $n = 15$ Therapeuten jedoch keine Differenzierung in die verschiedenen Störungsgruppen möglich war, wurde dieser Feststellung nicht weiter nachgegangen, sie sollte jedoch in folgenden Studien Berücksichtigung finden.

4.2 Kritische Betrachtung der Methoden

Die bereits angedeuteten Schwachpunkte in Methodik und praktischer Durchführung dieser Untersuchung sollen im Folgenden weitergehend – einschließlich möglicher Lösungsansätze – beleuchtet werden.

4.2.1 Stichprobe

Die Stichprobengröße entsprach mit $N = 72$ einem auch in vergleichbaren Untersuchungen betrachteten Gesamtkollektiv von Patienten und Therapeuten und erlaubte insofern aussagekräftige Ergebnisse. Da jedoch aus Gründen der direkten Vergleichbarkeit nur jeweils Patienten-Therapeuten-Paare einbezogen wurden, zu denen Betrachtungsbögen aus beiden Perspektiven vorlagen, stellte diese Größenordnung nur einen Ausschnitt aus der ursprünglichen Gesamtstichprobe von $N = 204$ befragten Patienten bzw. $N = 158$ Therapeuten dar. Es bleibt offen, ob diese Reduktion der Stichprobengröße seitens der Studienteilnehmer und Therapeuten zu einer Verfälschung der Ergebnisse bei der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen geführt haben könnte.

Größeren Diskussionsbedarf liefert die Tatsache, dass sich die Stichprobe beim Vergleich der Einschätzungen zu T1 und T2 auf weniger als die Hälfte $N = 30$ reduzierte, da noch nicht alle Therapieteilnehmer bis zum Erhebungszeitpunkt die für eine Kurzzeittherapie definitionsgemäß erforderlichen 25 Therapiestunden erreicht hatten. Hieraus ergibt sich die Problematik, dass mit der verhältnismäßig kleinen Stichprobengröße nicht sicher die gesamte Stichprobe von $N = 72$ abgebildet wurde. Allerdings zeigte eine Überprüfung der relativen Größe der einzelnen Störungsbilder zu T1 und T2 eine akzeptable Übereinstimmung. Die Gruppe mit Angst-Patienten war zu T2 mit 87% zu 75% geringfügig überrepräsentiert, während die relative Größe der Depressions-Gruppe und der Patienten mit externalen Störungen in etwa gleich blieb. Auch könnte jedoch eine eventuelle Veränderung der Symptomatik der Patienten im Verlauf der Therapie zu einer Zuordnung in eine andere Störungsgruppe geführt haben.

Bei der Untersuchung des Einflusses der Therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis entsprach die Stichprobengröße von $n = 16$ Patienten bzw. $n = 15$ Therapeuten nur noch sehr knapp der für eine aussagekräftige Evaluation zulässigen Stichprobengröße. Aus diesem Grunde wurde auf eine weitere Unterteilung in die einzelnen Störungsbilder verzichtet, da die entstehenden Gruppen deutlich zu klein für ein aussagekräftiges Ergebnis gewesen wären. Doch auch mit der berücksichtigten Anzahl von $n = 16$ Patienten ist die Aussagekraft des Ergebnisses diskussionsbedürftig. Es bleibt einer späteren Auswertung nach definitivem Studienende vorbehalten, die Daten auf eine breitere Basis zu stellen und durch die Berücksichtigung einer größeren Patientenzahl, die das Therapieende erreicht hat, eine Erhöhung der Vergleichbarkeit und der Repräsentativität zu erzielen.

4.2.2 Störungsgruppen

Die Zuordnung der Patienten zu einer oder mehreren Störungsgruppen führte dazu, dass die Bewertungen der mehr als einem Störungsbild zugehörigen Patienten mehrfach einfließen. Hierdurch konnte infolgedessen keine strikte Gegenüberstellung der einzelnen Störungsgruppen erfolgen, da sich die Beurteilungen teilweise überlappten. Um dieses Problem zu umgehen und die Charakteristika eines jeden Störungsbildes

unverzerrt zu erfassen, hätten lediglich die Bewertungen derjenigen Patienten einfließen dürfen, die nur eine bestimmte einzelne Symptomatik aufwiesen und folglich nur einer Störungsgruppe angehörten. Dieses hätte jedoch dazu geführt, dass die Stichprobengröße der einzelnen Gruppen sehr klein geworden wäre. Die reine Angst-Gruppe wäre immerhin mit $n = 15$ Patienten repräsentiert worden, zu den Depressions-Patienten bzw. den Patienten mit externalen Störungen zählten dann 3 bzw. 2 Patienten. Mit einer solch geringen Anzahl von Teilnehmern ist jedoch keine Evaluation möglich, weshalb trotz dieses Umstandes für die vorliegende Dissertation jeweils alle Patienten berücksichtigt wurden, auch wenn sie gegebenenfalls neben der Hauptsymptomatik parallel noch anderen Störungsgruppen zugeordnet werden konnten. Zu dieser Problematik hatten schon Weisz und Hawley gesagt, dass „extensive evidence ... now suggests that adolescent problems do not come in such a neat, one-diagnosis units, but in bundles“ (Weisz & Hawley, 2002, S. 26).

Insofern kann der sich hieraus ergebende Kritikpunkt, dass bei der Gegenüberstellung der beiden Untergruppen einer jeden Störungsgruppe keineswegs „kranke“ Patienten mit „gesunden“ Patienten verglichen wurden, relativiert werden. So war beispielsweise innerhalb der Störungsgruppe Angst die Untergruppe Angst dezidiert hinsichtlich dieses Störungsbildes klinisch auffällig, zusätzlich konnten bei diesen Patienten aber noch weitere psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen. Die gegenübergestellte Vergleichsgruppe der Nicht-Angst-Patienten kennzeichnete lediglich, dass diese Patienten nicht angstbehaftet waren, jedoch wiesen sie alle mindestens die Symptomatik Depression bzw. externalisierende Störungen oder sogar beides auf. Folglich führte diese Unterscheidung nicht zu einer scharfen Gegenüberstellung von „krank“ und „gesund“, sondern vielmehr zu einem Vergleich betreffs mindestens eines Störungsbildes symptomatischer Patientengruppen untereinander.

4.2.3 Schweregrad der Erkrankung

Für die im Ergebnisteil dargestellten Auswertungen wurden die Patienten anhand ihrer Symptomatik zwar in verschiedene Störungsgruppen eingeordnet, allerdings ohne Berücksichtigung der Stärke ihrer Auffälligkeit. Vor allem auf dem Hintergrund der

Beobachtung von Kronmüller und Kollegen, „eine schwerere Symptomatik ging dabei mit einer ungünstigeren emotionalen Beziehung einher“ (Kronmüller et al., 2003, S. 19), sollte dieser Zusammenhang in folgenden Untersuchungen stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

4.2.4 Alter und Geschlecht der Patienten

Da das Hauptaugenmerk dieser Dissertation auf die einzelnen Störungsgruppen gerichtet war und keine weitere Unterteilung der Stichprobe erfolgen sollte, fand das Alter und Geschlecht der Patienten in der vorliegenden Untersuchung keine Berücksichtigung. Betreffs dieser Aspekte stellten Kronmüller und Kollegen jedoch heraus, dass „die Qualität der emotionalen Beziehung aus Kinderperspektive mit zunehmendem Lebensalter als ungünstiger beurteilt“ wurde und „ein Geschlechtseffekt für die Arbeitsbeziehung“ vorlag (Kronmüller et al., 2003, S. 21).

4.2.5 FTB-KJ / -T als Messinstrument

Der in dieser Dissertation verwendete *Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche* (FTB-KJ) gilt als das „erste[s] deutschsprachige[s] Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche“ (Kronmüller et al., 2003, S. 22). Auch wenn die Reliabilität und Validität des FTB-KJ nach Untersuchungen von Kronmüller und Kollegen (2003) nachweislich gegeben sind und die Autoren auf Grund ihrer Ergebnisse eine Anwendung dieses Fragebogens für die Therapieprozessforschung bei Kindern und Jugendlichen befürworten, stellt sich grundsätzlich die Frage der Eignung entsprechender Messinstrumente für die differenzierte Betrachtung der Therapeutischen Beziehung: „...there is no one current measure of alliance that meets all the predefined criteria ...“ (Elvins & Green, 2008, S. 1168). Dieses vor allem auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Messinstrumente unterschiedliche Schwerpunkte setzen und so z.B. verstärkt die Arbeitsbeziehung oder aber die emotionale Beziehung reflektieren.

4.3 Fazit

Die in der vorliegenden Arbeit aufgestellten Hypothesen konnten größtenteils bestätigt werden. Dabei erwiesen sich die in dieser Untersuchung verwendeten Fragebögen FTB-KJ bzw. FTB-T als Messinstrumente, die die Therapeutische Beziehung in ihren verschiedensten Facetten differenziert abzubilden vermochten. Sie erscheinen insofern geeignet, unterschiedliche Beurteilungsmuster sowohl zwischen den einzelnen Störungsgruppen als auch innerhalb dieser hinsichtlich eines bestimmten Störungsbildes auffälliger und nicht-auffälliger Patientengruppen aussagekräftig widerzuspiegeln.

Generell konnte eine deutlich bessere Bewertung der Therapeutischen Beziehung seitens der Patienten im Vergleich zu ihren Therapeuten konstatiert werden. Störungsgruppenspezifisch zeigten sich deutliche Differenzen zwischen Patienten mit internalisierenden Störungen wie Angst oder Depression, die im Vergleich zu den hinsichtlich dieser Symptomatik unauffälligen Patienten negativer urteilten. Bei Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen hingegen fielen die Bewertungen insgesamt höher aus. Aus diesen unterschiedlichen Wahrnehmungen der Therapeutischen Beziehung könnten sich bedeutsame Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen in der Praxis ergeben.

Über den Verlauf von 25 Stunden unterlag die Therapeutische Beziehung keinen starken Schwankungen und kann somit als von Anfang an relativ stabil betrachtet werden. Dieses lässt vermuten, dass es von großer Bedeutung ist, gerade zu Beginn der Behandlung schnell ein aus dem Vertrauensvorschuss der Kinder und Jugendlichen gespeistes gutes therapeutisches Arbeitsklima zu schaffen. Zudem ist die seitens der Therapeuten beurteilte Compliance der Patienten zu diesem Zeitpunkt am größten.

Nicht nachweisen ließ sich in dieser Studienausswertung der vielfach beschriebene Einfluss der Therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis. Folglich bleibt es weiteren Untersuchungen vorbehalten, möglichen Erklärungen nachzugehen und die Rolle der Therapeutischen Beziehung als wesentliches Wirkmoment der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychotherapie genauer zu definieren.

5 Zusammenfassung

Der Therapeutischen Beziehung als einer der bedeutendsten Wirkfaktoren der psychoanalytischen Psychotherapie wurde in der Erwachsenenpsychotherapie seit vielen Jahren große Aufmerksamkeit gewidmet, wohingegen nur wenige Studien zu ihrer Rolle in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie existieren.

In der vorliegenden Dissertation wurde dieses Defizit an aussagekräftigen Arbeiten zum Anlass genommen, um mit Hilfe des FTB-KJ / -T (*Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche / Therapeuten*) die Therapeutische Beziehung im Kontext der ambulanten psychoanalytischen Psychotherapie anhand von N = 72 Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern wie Angst, Depression oder externalisierenden Störungen genauer zu untersuchen. Ziel war es, Unterschiede in der Bewertung der Therapeutischen Beziehung und ihrer Subskalen Positive emotionale Beziehung, Negative emotionale Beziehung und Arbeitsbeziehung seitens der Patienten und der Therapeuten zu erfassen. Gleichzeitig sollten Differenzen zwischen den einzelnen Störungsgruppen und auch innerhalb dieser detektiert und in ihrem Verlauf dokumentiert werden. Zudem wurde neben der Compliance der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Therapeuten auch ein möglicher Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis beleuchtet.

Es zeigten sich die erwarteten signifikanten Bewertungsdiskrepanzen der Therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten, wobei die Kinder und Jugendlichen deutlich positiver urteilten als ihre Behandler. Speziell bei den Patienten mit Angst oder Depression bewahrheitete sich die Annahme einer schlechteren Beurteilung der Therapeutischen Beziehung im Vergleich zu den explizit nicht von solchen internalisierenden Störungen betroffenen Patientengruppen. Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen schätzten die Beziehung zu ihrem Therapeuten insgesamt positiver ein, wohingegen die Therapeuten ihrerseits die Beziehung zu diesen Patienten negativer bewerteten als zu solchen mit internalisierenden Störungen. Die angenommene Verbesserung der Therapeutischen

Beziehung im Verlauf der Therapie konnte nur aus Therapeutenperspektive, nicht aber in der Einschätzung der Betroffenen nachgewiesen werden. Letztere hatten insbesondere die beiden emotionalen Subskalen nach 25 Therapiestunden geringfügig – jedoch nicht signifikant – verschlechtert beurteilt. Während demgegenüber beide Parteien die Arbeitsbeziehung als sich insgesamt verbessernd erlebten, konstatierten die Therapeuten für die wie vermutet anfänglich hohe Therapie-Compliance im zeitlichen Verlauf eine leicht abnehmende Tendenz. Ein in dieser Arbeit nicht im Fokus stehender Zusammenhang zwischen der erfassten Qualität der Therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis zeigte sich – entgegen der in anderen Studien geweckten Erwartung einer zumindest moderaten positiven Abhängigkeit – nicht.

Die Ergebnisse dieser Dissertation unterstreichen den Bedarf an weiteren Untersuchungen zu Aspekten der Therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, um diesen komplexen Wirkfaktor auf seinen Einfluss auch auf andere Störungsbilder und womöglich auch innerhalb anderer Therapieansätze zu überprüfen.

6 Literaturverzeichnis

Achenbach, T.M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatrie.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A. & Hölling, H. (2002): Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen* 2002 64: Sonderheft 1: S. 119-124.

Bickman, L., Vides de Andrade, A. R., Lambert, W.E., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, S. A., Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L. C., & Rauktis, M. (2004): Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health & Service Research* 31: S. 134-148.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D.A., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & McKenzie-Neer, S. (1997): The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: S. 545-553.

Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16: S. 252-260.

Campbell, A. F. & Simmonds, J. G. (2011): Therapist Perspectives on the Therapeutic Alliance with Children and Adolescent. *Counselling Psychology Quarterly* 24 (3): S. 195-209.

Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K. & Wood, J. J. (2009): Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50 (6): S. 751-758.

Diez Grieser, M. T. (2004): Psychoanalytische Psychotherapie in der Behandlung traumatischer Prozesse bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie Forum* 12: S. 207-214.

- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996): Developing the therapeutic alliance in child adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology* 5: S. 85-100.
- Elvins, R. & Green J. (2008): The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review* 28: S. 1167-1187.
- Fahrig, H., Kronmüller, A., Hartmann, M., & Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: S. 375-395.
- 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): S. 10-17.
- Frankfurter Arbeitskreis Psychoanalytische Psychotherapie (FAPP) [Online im Internet] URL: <http://www.fappaerzte.de/was.html> (Datum: 16.08.2012).
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. In: *Sigmund Freud Gesammelte Werke*, Bd. 8 (1964); Fischer-Verlag, Frankfurt/M.: S. 454-478.
- Freud, S. (1923): „Psychoanalyse“ und „Libidotherapie“. In: *Sigmund Freud Gesammelte Werke*, Bd. 13 (1976); Fischer-Verlag, Frankfurt/M.: S. 209-233.
- Garcia, J. A. & Weisz, J. R. (2002): When Youth Mental Health Care Stops: Therapeutic Relationship Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *Journal of Consulting and Psychology* 70 (2): S. 439-443.
- Gaston, L. (1990): The Concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 27 (2): S. 143-154.
- Green, J. (2006): Annotation: The therapeutic-alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (5): S. 425-435.
- Horvath, A. O. (2000): The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Psychotherapy in Practice* 56 (2): S. 163-173.
- Horvath, A. O. (2001): The alliance. *Psychotherapy* 38 (4): S. 365-372.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002): The Alliance. In: *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Hrsg. Norcross, J.; Oxford University Press, New York: S. 37-70.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology* 36 (2): S. 223-233.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (4): S. 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): S. 139-149.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011): Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy* 48 (1): S. 9-16.

Hoyer, J. & Margraf, J. (2003): Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg: S. 564-569.

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006): Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychological Review* 26 (1): S. 50-65.

Karver, M. S., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. & McMakin, D. (2008): Relationship Processes in Youth Psychotherapy: Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 16 (1): S. 15-28.

Kazdin, A. E., Marciano, P. L. & Whitley, M. (2005): The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (4): S. 726-730.

Kazdin, A. E., Whitley, M. & Marciano, P. L. (2006): Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (5): S. 436-445.

Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., Martin, E., Suveg, C. & Hudson, J. L. (2009): In-Session Exposure Tasks and Therapeutic Alliance Across the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (3): S. 517-525.

Kronmüller, K.-T. & Hartmann, M. (1997): Psychoanalytische Therapieforchung bei Kindern und Jugendlichen. In: *Bericht über den 40. Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychologie*. Hrsg. Mandl, H.; Hogrefe, Göttingen.

Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Reck, C., Victor, D., Horn, H. & Winkelmann, K. (2003): Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie: Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32 (1): S. 14-23.

- Kronmüller, K.-T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Horn, H. & Winkelmann, K. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: S. 559-577.
- Leonhart, R. (2009): Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung. 2. Aufl.; Huber, Bern: S. 576.
- Luborsky, L. (1976): Über das "Zusammenspiel", das für eine therapeutische Allianz und ein gutes Therapieergebnis notwendig ist. In: *Lindauer Texte Bd. 6 (1996): Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung*. Hrsg. Buchheim, P., Cierpka, M. & Seifert, Th., (Übersetzung von Dipl. Psych. Dieter Benninghoven, Göttingen); Springer-Verlag, Berlin: S. 21-36.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. D. (2000): Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3): S. 438-450.
- McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2005): The Therapy Process Observational Coding System – Alliance Scale: Measure Characteristics and Prediction of Outcome in Usual Clinical Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (2): S. 323-333.
- Petermann, F. & Schmidt, M. (2004): Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Beltz Verlag, Weinheim, Basel: S. 93 f.
- Plass, A., Barkmann, C., Mack, B., Mittenzwei, K., Riedesser, P. & Schulte-Markwort, M. (2004): German translation and validation of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) – first results. In: *Book of abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin, 22.-26. August 2004*. Hrsg. Remschmidt, H. & Belfer, M.; Steinkopff-Verlag, Darmstadt: S. 298.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M. & Ablon, J. S. (2006): The relationship among patient contemplation, early alliance and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice and Training* 43 (2): S. 238-243.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M. & Kordy, H. (2005): The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology* 61 (4): S. 415-429.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im *Bundesanzeiger* 2009; Nr. 58: S. 1399.

- Rudolf, G. & Rüger, U. (2006): Kapitel 3: Analytische Psychotherapie Psychodynamische Psychotherapien. In: *Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Hrsg. Reimer, C. & Rüger, U.; Springer-Verlag, Heidelberg: S. 39-48.
- Russell, R. L. & Shirk, S. R. (1998): Child Psychotherapy Process Research. In: *Advances in Clinical Child Psychology: Volume 20*. Hrsg. Ollendick, T. H. & Prinz, R. J.; Plenum Press, New York: S. 93-124.
- Shelef, K. & Diamond, G. M. (2008): Short Form of the Revised Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale: Development, Reliability, and Validity. *Psychotherapy Research* 18 (4): S. 433-443.
- Shirk, S. R. & Karver, M. S. (2003): Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (3): S. 452-464.
- Shirk, S. R. & Saiz, C. (1992): Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology* 4: S. 713-728.
- Shirk, S. R., Gudmundsen, G., Crisp Kaplinski, H. & McMakin, D. L. (2008): Alliance and Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 37 (3): 631-639.
- Shirk, S. R., Karver, M. S. & Brown, R. (2011): The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy* 48 (1): S. 17-24.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000): Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Handanweisung, 2. überarbeitete und neunormierte Auflage; Hogrefe, Göttingen.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J. & Beck, A. T. (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): S. 337-345.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C. & Hammel, E. F. (2008): The Magnitude of Client and Therapist Working Alliance Ratings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 45 (4): S. 546-551.

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011): Two Aspects of the Therapeutic Alliance: Differential Relations With Depressive Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (3): S. 279-283.

Weisz, J. R. & Hawley, K. M. (2002): Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (1): S. 21-43.

Zetzel, E. R. (1956): Current concepts of transference. *Journal of Psycho-Analysis* 37: S. 369-376.

Zuroff, D. C. & Blatt, S. J. (2006): The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (1): S. 130-140.

7 Anhang

Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche

Version für Kinder und Jugendliche (FTB-KJ)

Auf dieser Seite finden Sie nun einige Sätze über Ihre Therapiestunden mit Ihrer/m Therapeutin/en. Lesen Sie bitte jeden Satz einzeln durch. Dann entscheiden Sie, wie gut der Satz bei Ihnen passt, wie gut er auf Sie zutrifft. Es gibt verschiedene Möglichkeiten: „stimmt überhaupt nicht“, „stimmt etwas“, „stimmt sehr“, „stimmt ganz genau“. Bitte prüfen Sie für jede einzelne Möglichkeit, was am besten auf Ihre heutige Therapiestunde mit Ihrer/m Therapeut/in passt. Kreuzen Sie dann das zutreffende an. Wenn eine Aussage überhaupt nicht stimmt, dann kreuzen Sie „stimmt überhaupt nicht“ an, wenn die Aussage etwas stimmt, dann kreuzen Sie „stimmt etwas“ an usw. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; sagen Sie gerade wie Sie sich fühlen.

1. Ich freue mich auf die Stunden mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

2. Ich erzähle meiner Therapeutin / meinem Therapeuten von den Dingen, die mich beunruhigen.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

3. Wenn ich bei meiner Therapeutin / meinem Therapeuten bin, wünsche ich mir, dass die Stunde schnell zu Ende ist.

4	3	2	1
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

4. Wenn ich mich mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten treffe, spreche ich über Dinge, die mich ärgern.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

5. Ich verbringe gerne Zeit mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

6. Wenn ich bei meiner Therapeutin / meinem Therapeuten bin, behalte ich meine Probleme lieber für mich.

4	3	2	1
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

7. Ich mag meine Therapeutin / meinen Therapeuten.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

8. Wenn meine Therapeutin / mein Therapeut mich nach meinen Problemen fragt, erzähle ich ihr / ihm davon.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

9. Ich würde lieber andere Sachen machen, als mich mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten zu treffen.

4	3	2	1
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

10. Ich habe das Gefühl, dass meine Therapeutin / mein Therapeut zu mir hält und versucht, mir zu helfen.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

11. Ich spreche mit meiner Therapeutin / meinem Therapeuten über meine Gefühle.

1	2	3	4
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

12. Ich wünschte, meine Therapeutin / mein Therapeut würde mich in Ruhe lassen.

4	3	2	1
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

13. Es fällt mir gerade schwer, die Regeln der Therapie (Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit) einzuhalten.

4	3	2	1
stimmt überhaupt nicht	stimmt etwas	stimmt sehr	stimmt ganz genau

Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche

Version für Therapeutinnen / Therapeuten (FTB-T)

A. Bitte wählen Sie die Antwortalternative, die Ihren Patienten / Ihre Patientin am treffendsten beschreibt.

- Der Patient ist in den Therapiestunden aktiv beteiligt und kooperativ. Er / sie erkennt Probleme und exploriert sie. Im Allgemeinen will er / sie Therapie machen.
- Der Patient beteiligt sich unterschiedlich in den Therapiestunden, manchmal gesteht er / sie Probleme ein und sieht eine Notwendigkeit für Therapie. Zu anderen Zeiten scheint er / sie nur oberflächlich beteiligt zu sein.
- Der Patient verhält sich in den Therapiestunden entweder passiv oder zeitweilig unkooperativ. Er / sie hat Schwierigkeiten, Probleme wahrzunehmen oder eine Notwendigkeit für Therapie einzusehen.
- Der Patient zeigt deutlich aktiven Widerstand und ist unkooperativ in den Therapiestunden, leugnet Probleme und möchte keine Therapie machen.

B. Bitte benutzen Sie die folgende Skala, um die Aussagen einzuschätzen. Schreiben Sie die zutreffende Zahl bitte in das freie Feld vor der Frage.

trifft überhaupt

nicht zu

sehr zutreffend

-3

-2

-1

+1

+2

+3

- ___ 1. Der Patient freut sich auf die Therapiestunden.
- ___ 2. Der Patient spricht über Dinge, die ihn oder sie beunruhigen.
- ___ 3. Der Patient scheint erleichtert zu sein, wenn die Therapiestunde zu Ende ist.
- ___ 4. Der Patient bringt Themen ein, die ihn oder sie ärgern.
- ___ 5. Der Patient verbringt gerne Zeit mit Ihnen, der Therapeutin / dem Therapeuten.
- ___ 6. Der Patient behält seine / ihre Probleme für sich.
- ___ 7. Der Patient zeigt Ihnen gegenüber positive Gefühle.
- ___ 8. Wenn Sie nach Problemen fragen, spricht der Patient darüber.
- ___ 9. Der Patient würde lieber andere Dinge tun, als in Therapie zu kommen.
- ___ 10. Der Patient betrachtet Sie als eine Verbündete / einen Verbündeten.
- ___ 11. Der Patient spricht über Gefühle.
- ___ 12. Der Patient wünscht sich, in Ruhe gelassen zu werden.

8 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Georg Romer und Frau Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe, die es mir ermöglichten, diese Dissertation in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort anzufertigen.

Mein weiterer Dank gilt vor allem meiner Betreuerin Frau Dipl.-Psych. Katharina Weitkamp für ihre großartige Unterstützung bei jeglichen statistischen und methodischen Fragen sowie für ihre zahlreichen Anregungen beim Abfassen dieser Arbeit.

Dankbar bin ich nicht zuletzt auch meinen lieben Eltern, die mir mein ganzes Studium hindurch auf vielfältige Weise zur Seite standen.

9 Lebenslauf

Name: Joana-Maria Wichert

Geburtsdatum: 22.03.1987

Geburtsort: Osnabrück

Adresse: Oskar-von-Miller-Str. 22,
60314 Frankfurt am Main, Deutschland

Schule:

1993-1997 Waldschule Lüstringen, Osnabrück

1997-1999 Orientierungsstufe Dom, Osnabrück

1999-2006 Gymnasium Ursulaschule, Osnabrück

Studium:

2006-2012 Studium der Zahnmedizin am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Examina:

2007 Naturwissenschaftliche Vorprüfung für Zahnärzte

2009 Zahnärztliche Vorprüfung

2012 Staatsexamen und Approbation als Zahnärztin

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den verwendeten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: