

**Merkmale des Psychotherapieprozesses als  
Prädiktoren des Abbruchs einer ambulanten  
kognitiven Verhaltenstherapie für Patienten mit  
schizophrenen Störungen**

**Dissertation**

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität Tübingen  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Sabine Schneider  
aus Hermannstadt, Rumänien

Tübingen

2011

Tag der mündlichen Qualifikation:

20.05.2011

Dekan:

Prof. Dr. Wolfgang Rosenstiel

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Stefan Klingberg

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

## Danksagung

Insbesondere danke ich Herrn Prof. Dr. Stefan Klingberg für das Überlassen des Themas und die durchgehende Unterstützung über die verschiedenen Phasen des Projekts hinweg. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Martin Hautzinger für die Betreuung der Arbeit und die ausführliche Diskussion im Rahmen des Doktorandenkolloquiums. Darüber hinaus gebührt mein Dank den Mitarbeitern der Ersterkranktenstudie, auf deren Arbeit ich aufbauen konnte, und den Patienten, die der Aufzeichnung und Auswertung ihrer Therapiesitzungen zugestimmt und die zahlreichen Fragebögen ausgefüllt haben. Wertvolle Unterstützung habe ich auch durch die Diplomandinnen des Prozessforschungsprojekts im Rahmen der Ratertrainings erfahren sowie durch Mitarbeiter verwandter Projekte. Es hat großen Spaß gemacht, sich mit Fachkollegen über die vielen Detailfragen der Prozessforschung zu beraten und auszutauschen. Schließlich danke ich meinem Lebensgefährten, meiner Familie und allen Freunden und Bekannten, die mir während der Bearbeitung zur Seite gestanden und diese Zeit mit geprägt haben.

# I. Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>2. LITERATURÜBERBLICK ZUR DEFINITION, HÄUFIGKEIT UND RELEVANZ VON PSYCHOTHERAPIEABBRÜCHEN.....</b>	<b>8</b>
2.1 DEFINITION UND OPERATIONALISIERUNG VON THERAPIEABBRÜCHEN .....	8
2.2 HÄUFIGKEIT VON PSYCHOTHERAPIEABBRÜCHEN.....	12
2.3 PSYCHOTHERAPIEABBRÜCHE UND DER WEITERE KRANKHEITSVERLAUF.....	15
2.4 VON PATIENTEN GENANNT ABBRUCHGRÜNDE.....	17
<b>3. PRÄDIKTOREN VON PSYCHOTHERAPIEABBRÜCHEN .....</b>	<b>21</b>
3.1 MERKMALE DER PATIENTEN.....	21
3.1.1 <i>Soziodemografische Merkmale</i> .....	21
3.1.2 <i>Krankheitsmerkmale</i> .....	22
3.1.3 <i>Merkmale der Persönlichkeit und andere psychologische Variablen</i> .....	24
3.2 MERKMALE DER THERAPEUTEN .....	27
3.3 MERKMALE DES THERAPIEANGEBOTS.....	28
3.4 MERKMALE DES PSYCHOTHERAPIEPROZESSES.....	28
3.4.1 <i>Exkurs: Molare und molekulare Methoden zur Erforschung des Psychotherapieprozesses</i> .....	29
3.4.2 <i>Zusammenhang zwischen global beurteilten Psychotherapieprozess-Merkmalen und Therapieabbrüchen</i> .....	35
3.4.3 <i>Konkretes Therapeuten- und Patientenverhalten im Kontext von Therapieabbrüchen...</i>	42
<b>4. ZUSAMMENFASSUNG UND ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNGEN .....</b>	<b>48</b>
<b>5. METHODEN.....</b>	<b>52</b>
5.1 BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHUNGSDESIGNS UND DES ÜBERGEORDNETEN STUDIENPROJEKTS	52
5.2 DEFINITION VON THERAPIEABBRÜCHEN .....	54
5.3 VERWENDETE INSTRUMENTE .....	55
5.3.1 <i>Erfassung soziodemografischer Merkmale, der psychopathologischen Symptomatik und anderer Patienten-Merkmale bei Studienbeginn</i> .....	55
5.3.2 <i>Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses aus Patienten- und Therapeutesicht: Der Berner Stundenbogen</i> .....	55
5.3.3 <i>Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses aus der Beobachterperspektive</i> .....	57
5.3.4 <i>Erfassung des konkreten Therapeuten- und Patientenverhaltens</i> .....	61
5.4 RATINGPROZESS UND VORBEREITENDE ARBEITEN .....	62
5.4.1 <i>Auswahl der frühen Therapiesitzungen und Durchführung der Ratings</i> .....	62

5.4.2 Rater-Training und Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung bzw. Beurteilerreliabilität .....	63
5.5 STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	65
5.5.1 Prüfung auf Normalverteilung und bivariate Analysen.....	65
5.5.2 Multivariate Datenanalyse.....	66
5.5.3 Bestimmung von Trennwerten zur Vorhersage des Abbruchstatus .....	67
5.5.4 Statistische Auswertung der anhand des CIP erzeugten Daten.....	67
<b>6. ERGEBNISSE .....</b>	<b>70</b>
6.1 GRUPPENZUORDNUNG, AUSGEWÄHLTE THERAPIESITZUNGEN UND ABBRUCHGRÜNDE .....	71
6.2 VERGLEICH DER ABBRECHER UND COMPLETER HINSICHTLICH VERSCHIEDENER BEI THERAPIEBEGINN ERFASSTER MERKMALE .....	74
6.3 VERGLEICH DER ABBRECHER UND COMPLETER HINSICHTLICH DER GLOBAL BEURTEILTEN PSYCHOTHERAPIEPROZESS-MERKMALE .....	76
6.3.1 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Patientenstundenbogens .....	76
6.3.2 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Therapeutenstundenbogens .....	77
6.3.3 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Beobachter-Ratings .....	78
6.3.4 Zusammenhänge zwischen den globalen Psychotherapieprozess-Maßen .....	80
6.3.5 Binär logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der relativen Bedeutung der globalen Prozessmaße für die Prädiktion des Abbruchstatus .....	82
6.4 THERAPEUTEN- UND PATIENTENVERHALTEN IN DEN GRUPPEN DER ABBRECHER UND COMPLETER	84
6.4.1 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Sitzungsaktivität und der relativen Häufigkeiten der Patienten- und Therapeutenkategorien .....	85
6.4.2 Lag-Sequential-Analysen zur Untersuchung der Gesprächssteuerung in der Therapeut- Patient-Interaktion .....	91
6.4.3 Binär logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der relativen prädiktiven Validität der Verhaltensmaße.....	97
6.5 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN SUBJEKTIV BEURTEILTEN THERAPIEPROZESS-MERKMALEN UND KONKRETEM VERHALTEN .....	98
6.5.1 Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten.....	98
6.5.2 Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten.....	100
6.5.3 Korrelationen zwischen den globalen Beobachterratings und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten.....	102
6.6 ABSCHLIEßENDE BINÄR LOGISTISCHE REGRESSIONSANALYSE: GLOBALE RATINGS UND VERHALTENSMAßE .....	104
6.7 BESTIMMUNG VON TRENNWERTEN ZUR FRÜHEN IDENTIFIKATION EINES ABBRUCHRISIKOS ANHAND VON ROC-ANALYSEN.....	105

6.8 ERGÄNZENDE BERECHNUNGEN .....	107
6.8.1 <i>Regressionsanalytische Berechnungen unter Ausschluss der Patienten mit unmittelbarem Abbruch nach der ausgewerteten frühen Sitzung</i> .....	107
6.8.2 <i>Zusätzliche Berechnungen zum fehlenden Zusammenhang zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und dem Abbruchstatus</i> .....	107
<b>7. DISKUSSION .....</b>	<b>109</b>
7.1 DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	109
7.1.1 <i>Abbruchquote und Merkmale der Patientengruppen bei Studienbeginn</i> .....	109
7.1.2 <i>Beurteilung des Therapieprozesses durch die Patienten</i> .....	110
7.1.3 <i>Psychotherapieprozess aus Therapeuten- und Beobachterperspektive</i> .....	111
7.1.4 <i>Patienten- und Therapeutenverhalten</i> .....	112
7.1.5 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung der Patienten und Therapeuten</i> .....	114
7.1.6 <i>Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses versus systematische Verhaltensbeobachtung</i> .....	116
7.1.7 <i>Konkretes Verhalten und nachfolgende Globalbeurteilungen</i> .....	117
7.2 DISKUSSION METHODISCHER ASPEKTE.....	118
7.3 ÜBERLEGUNGEN FÜR WEITERFÜHRENDE UNTERSUCHUNGEN .....	120
<b>8. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>121</b>
<b>9. LITERATUR .....</b>	<b>123</b>
<b>10. ANHANG.....</b>	<b>139</b>
A. ERGÄNZENDE ABBILDUNGEN UND TABELLEN.....	139
B. INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG DER PSYCHOTHERAPIEPROZESS-MERKMALE.....	142

## II. Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Häufigkeiten der einzelnen Sitzungsnummern, die zur Erfassung der Therapieprozessmerkmale herangezogen wurden.....	73
<b>Tabelle 2:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und der verbalen Leistungsfähigkeit.....	74
<b>Tabelle 3:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik und anderer klinischer Variablen.....	75
<b>Tabelle 4:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Patienten-Stundenbogens (PSB).....	76
<b>Tabelle 5:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens (TSB).....	77
<b>Tabelle 6:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Instrumente zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus Beobachterperspektive .....	79
<b>Tabelle 7:</b> Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der globalen Prozessmaße als unabhängige Variablen; n=39.....	83
<b>Tabelle 8:</b> Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der Skalen des Therapeutenstundenbogens als unabhängige Variablen .....	84
<b>Tabelle 9:</b> Deskriptive Statistiken für die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Patientenkategorien und der gebildeten Überkategorien in der Gesamtstichprobe, n=39 .....	87
<b>Tabelle 10:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der prozentualen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien .....	87
<b>Tabelle 11:</b> Deskriptive Statistiken für die absoluten Häufigkeiten der Therapeutenkategorien und der gebildeten Überkategorien in der Gesamtstichprobe, n=39 .....	89
<b>Tabelle 12:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der prozentualen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien .....	89
<b>Tabelle 13:</b> Korrelationen zwischen den relativen Häufigkeiten der Therapeuten- und Patienten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe; n=39 .....	90
<b>Tabelle 14:</b> Übergangswahrscheinlichkeiten erster Ordnung sowie Stärke der Verhaltenskontingenzen (Yules-Q-Werte in Klammern) für Abbrecher und Completer: Patientenverhalten als vorausgehendes Ereignis <sup>1</sup> .....	92
<b>Tabelle 15:</b> Übergangswahrscheinlichkeiten erster Ordnung sowie Stärke der Verhaltenskontingenzen (Yules-Q-Werte in Klammern) für Abbrecher und Completer: Therapeutenverhalten als vorausgehendes Ereignis.....	94
<b>Tabelle 16:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Stärke der Kontingenz zwischen vorausgehendem Patienten- und nachfolgendem Therapeutenverhalten (Yules-Q-Werte) .....	95
<b>Tabelle 17:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Stärke der Kontingenz zwischen vorausgehendem Therapeuten- und nachfolgendem Patientenverhalten (Yules-Q-Werte) .....	96

<b>Tabelle 18:</b> Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der Verhaltensmaße als unabhängige Variablen; n=39 .....	97
<b>Tabelle 19:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=38 .....	98
<b>Tabelle 20:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=38 .....	99
<b>Tabelle 21:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=39 .....	101
<b>Tabelle 22:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=39 .....	101
<b>Tabelle 23:</b> Korrelationen zwischen den global beurteilten Prozessmaßen aus Beobachterperspektive und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien .....	102
<b>Tabelle 24:</b> Korrelationen zwischen den Instrumenten zur Erfassung der globalen Beurteilung der Prozessmerkmale aus Beobachterperspektive und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien .....	103
<b>Tabelle 25:</b> Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchsstatus unter Einbeziehung globaler Beurteilungen und Maßen der Gesprächssteuerung .....	105
<b>Tabelle 26:</b> Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Patientenstundenbogen-Skalen einer späten Sitzung .....	108
<b>Tabelle 27:</b> Anzahl der abgebrochenen und regulär beendeten Therapien der einzelnen Therapeuten und Zentren .....	139
<b>Tabelle 28:</b> Interkorrelationen der Skalen des Patientenstundenbogens (Pearsons r), n=38 .....	139
<b>Tabelle 29:</b> Interkorrelationen der Skalen des Therapeutenstundenbogens (Pearsons r), n=39 .....	140
<b>Tabelle 30:</b> Korrelationen der Instrumente zur Erfassung der Beobachterperspektive (Pearsons r), n=39 .....	140
<b>Tabelle 31:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den aus Beobachterperspektive beurteilten Instrumenten (Pearsons r), n=38 .....	141
<b>Tabelle 32:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeuten- und des Patientenstundenbogens (Pearsons r), n=38 .....	141
<b>Tabelle 33:</b> Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den aus Beobachterperspektive beurteilten Instrumenten (Pearsons r), n=39 .....	141

## II. Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Anteil der Patienten, die bis zu einer bestimmten Sitzung in der Therapie verblieben sind .....	72
<b>Abbildung 2:</b> Streudiagramm der Skala Bond des Working Alliance Inventory und der Skala Beziehung des Patientenstundenbogens .....	81
<b>Abbildung 3:</b> ROC-Kurven für die Skalen WAI-Bond und TSB-Mitarbeit .....	106

# 1. Einleitung

In der Behandlung schizophrener Störungen haben sich neben der antipsychotischen Medikation psychologische Behandlungsverfahren fest etabliert (DGPPN, 2006). Psychoedukative und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsformen zielen unter anderem auf die Vermittlung eines besseren Verständnisses der Erkrankung und der Behandlungsmöglichkeiten, auf die Förderung der Medikamentencompliance, die Bewältigung von Symptomen und Problemen in den verschiedenen Lebensbereichen und auf die Prävention weiterer Krankheitsepisoden ab (Dickerson & Lehman, 2006; Klingberg, 2010). Dabei wird der Zeitraum der ersten fünf Jahre nach Erkrankungsbeginn als kritische Phase betrachtet, in der möglicherweise die Weichen für den weiteren Krankheitsverlauf gestellt werden (Malla, Norman, & Joober, 2005).

Einigen Studien zufolge ist jedoch die Inanspruchnahme psychosozialer Behandlungsangebote gering (Reneses, 2009). Erstaunlicherweise wurde bislang kaum erforscht, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen, dass Patienten mit schizophrenen Störungen eine psychotherapeutische Behandlung von vornherein ablehnen oder vorzeitig beenden. Dies steht in deutlichem Gegensatz zu der Vielzahl an Studien zur Vorhersage der Medikamenten-Noncompliance in dieser Störungsgruppe (Álvarez et al., 2009). Die Kenntnis der Faktoren, die mit dem Abbruch einer begonnenen Psychotherapie verbunden sind, könnte entscheidend zur Verbesserung des Behandlungsangebots beitragen. Beispielsweise bestünde die Möglichkeit, Patienten in Abhängigkeit von der Ausprägung bestimmter Merkmale verschiedenen Behandlungsformen zuzuweisen, sie anhand einer kurzen vorgeschalteten Intervention auf die Behandlung vorzubereiten oder aber ein bestimmtes Therapieprogramm so zu modifizieren, dass die Bedürfnisse der Patienten stärker berücksichtigt werden. Zudem könnten Therapeuten darin geschult werden, kritische Situationen im Psychotherapieprozess zu erkennen und einer ungünstigen Entwicklung entgegenzuwirken.

In der vorliegenden Studie soll untersucht werden, ob sich Merkmale des Psychotherapieprozesses identifizieren lassen, die bereits in der frühen Therapiephase auf den Abbruch einer ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie für schizophrene Patienten hinweisen. Dabei werden die ausgewählten Prozessmerkmale aus der Perspektive der Patienten und Therapeuten sowie aus der Beobachterperspektive erfasst. Zudem werden entsprechend früheren Studien Merkmale der Patienten und der Erkrankung auf einen Zusammenhang mit Therapieabbrüchen hin untersucht.

Bevor die untersuchten Fragestellungen und das hierfür gewählte Vorgehen dargestellt werden, soll zunächst ein Überblick über den Forschungsstand zu Psychotherapieabbrüchen gegeben werden. Hierbei soll der Schwerpunkt auf ambulanter Einzelpsychotherapie mit Erwachsenen liegen.

## **2. Literaturüberblick zur Definition, Häufigkeit und Relevanz von Psychotherapieabbrüchen**

### **2.1 Definition und Operationalisierung von Therapieabbrüchen**

Bislang gibt es keine einheitlich verwendete Definition für das Konstrukt des Psychotherapieabbruchs. Im Wesentlichen wird darunter verstanden, dass eine begonnene Therapie von Seiten des Patienten entweder vor einem festgelegten Zeitpunkt beendet wird, oder aber - falls keine konkrete Therapiedauer oder Sitzungszahl vereinbart war - bevor eine ausreichende Zustandsverbesserung eingetreten ist (Garfield, 1994; Garlipp, 2007).

Im Englischen wird meist der Begriff *drop-out* verwendet (Wierzbicki & Pekarik, 1993), seltener auch *discontinuation*, *noncompletion* oder *attrition*. Mit den ebenfalls häufig verwendeten Bezeichnungen wie *vorzeitige Beendigung* (engl. *premature termination*) oder *einseitige beziehungsweise patientenseitige Beendigung* (engl. *unilateral termination*) lassen sich bestimmte Aspekte eines Abbruchs hervorheben. So lenkt die Bezeichnung *premature termination* die Aufmerksamkeit vor allem auf das Problem der ungenügenden Therapiedosis, während mit dem Begriff *unilateral termination* der interaktionelle Aspekt der Beendigung ohne vorherige Absprache betont wird. Das Gegenstück zum Therapieabbruch wird als *reguläre Therapiebeendigung* (engl. *regular, mutual* oder *appropriate termination*) oder als *vollständige Therapieteilnahme* (engl. *treatment completion*) bezeichnet. Im Folgenden werden für Patienten mit abgebrochener und regulär beendeter Therapie der Kürze wegen die Begriffe *Abbrecher* und *Completer* verwendet.

Entsprechend der Vielfalt an Bezeichnungen für Therapieabbrüche wurden in der bisherigen Forschung eine ganze Reihe verschiedener Operationalisierungen verwendet. In mehreren Studien wurde die Aufteilung der Patienten in Abbrecher und Completer anhand der Art der Beendigung vorgenommen. Demnach wird als Abbruch gewertet, wenn ein Patient zur letzten vereinbarten Sitzung nicht mehr erscheint oder wenn er dem Thera-

peuten mitteilt, dass er weitere vorgesehene oder angebotene Termine nicht mehr wahrnehmen möchte (z.B. Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010). Als Completer gelten dagegen diejenigen Patienten, die ihre Therapie mit einer gemeinsam festgelegten Abschlusssitzung beenden. Somit spielen bei dieser Einteilung weder die Anzahl der stattgefundenen Sitzungen noch die erzielten Fortschritte eine Rolle, so dass ein Abbrecher eine viel höhere Therapiedosis erhalten haben könnte als ein Completer.

Eng damit verwandt ist die Klassifikation von Therapieabbrüchen anhand des Therapeutenurteils über die Angemessenheit der Therapiebeendigung (engl. *therapist judgment of termination appropriateness*). Hierbei geben die Therapeuten am Ende einer Therapie an, ob sie den betreffenden Patienten als weiterhin behandlungsbedürftig einschätzen und ob sie die Therapie somit als vorzeitig beendet betrachten (z.B. Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron, 2007).

Die beiden bisher genannten Operationalisierungen wurden insbesondere in Studien an Psychotherapieambulanzen eingesetzt, in denen Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern und Problembereichen behandelt werden und in denen die Anzahl der Sitzungen jeweils individuell vereinbart wird (z.B. Tryon & Kane, 1995; Westmacott et al., 2010). An der in diesen Studien vertretenen Konzeption von Therapieabbrüchen wurde kritisiert, dass Therapeuten und Patienten unterschiedliche Erwartungen an das Therapieergebnis haben dürften, so dass sich einige der Patienten, die die Therapie gegen den Rat ihres Therapeuten beenden, vermutlich als reguläre und zufriedene Beender betrachten (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008). So könnte ein Patient nach einer deutlichen Symptomreduktion davon überzeugt sein, keine weitere Therapie mehr zu benötigen, während sein Therapeut die Bearbeitung weiterer Problembe- reiche als notwendig erachtet. Nichtsdestotrotz wird dem Therapeutenurteil über die Angemessenheit der Therapiebeendigung eine hohe Validität zugesprochen. In einigen Studien, in denen verschiedene Operationalisierungen miteinander verglichen wurden, wurde das Therapeutenurteil neben dem Nichterscheinen des Patienten zum letzten vereinbarten Termin als eine der am besten geeigneten Methoden für den zukünftigen Einsatz empfohlen (Hatchett & Park, 2003; Pekarik, 1992; Wierzbicki et al., 1993). Dennoch bleibt die Frage nach der Reliabilität dieses Maßes unbeantwortet, da unklar ist, anhand welcher Kriterien einzelne Therapeuten die weitere Therapiebedürftigkeit eines Patienten beurteilen (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998).

In einer Reihe anderer Studien wurden Abbrecher und Completer anhand der Anzahl ihrer absolvierten Sitzungen klassifiziert. Diese Methode findet sich häufig in Studien, in denen

manualisierte Therapieprogramme mit einer festgelegten Sitzungsanzahl eingesetzt wurden. Als Completer werden jedoch in der Regel nicht nur Patienten mit einer Teilnahme an 100% der vorgesehenen Sitzungen klassifiziert (z.B. Cather et al., 2005), sondern auch solche, die einen Großteil, wie beispielsweise 80% (z.B. Álvarez-Jiménez et al., 2009), oder auch nur die Hälfte (z.B. Mueser et al., 2006) des Programms wahrgenommen haben. Demnach wird in diesen Studien als Gegenstück zum Therapieabbruch die *ausreichende Therapieteilnahme* verstanden, von der angenommen wird, dass sie bereits zu deutlichen Verbesserungen führen kann. Während die große Spannweite der verwendeten Cut-offs auf eine gewisse Willkürlichkeit bei der Festsetzung schließen lässt, gibt es auch Beispiele aus Arbeitsgruppen, in denen der Cut-off zur Bestimmung des Abbruchstatus inhaltlich begründet wurde. In diesen Studien wurde von einer ausreichenden Therapieteilnahme ausgegangen, wenn ein Patient bis zur Implementierung einer als zentral betrachteten Therapiekomponente in der Therapie verblieben war (z.B. Oei & Kazmierczak, 1997; Ong, Kuo, & Manber, 2008).

Bei psychotherapeutischen Interventionen ohne festgelegte Sitzungsanzahl wurde als Cut-off für die ausreichende Therapieteilnahme entweder der Mittelwert der stattgefundenen Sitzungen verwendet oder aber ein Wert, der meist zwischen 3 und 12 Sitzungen lag, und von dem angenommen wurde, dass es sich über verschiedene Therapieformen hinweg um eine bereits ausreichend wirksame Therapie-Dosis handelt (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994). Dieses Vorgehen gründet auf Studienergebnissen, denen zufolge sich bei einem Großteil von Patienten mit verschiedenen Störungsbildern innerhalb relativ weniger Sitzungen eine bedeutsame Verbesserung einstellt (Hansen, Lambert, & Forman, 2002).

Die Operationalisierung einer ungenügenden Therapieteilnahme anhand der Anzahl wahrgenommener Sitzungen eines Patienten hat den Vorteil, dass sie einfach zu handhaben ist und eine hohe Reliabilität aufweist. Allerdings wurde kritisiert, dass die hohe Variabilität der Cut-off-Werte die Vergleichbarkeit der einzelnen Studienergebnisse herabsetzt. Zudem werden in diesen Studien nicht abgebrochene und regulär beendete Therapien im eigentlichen Sinne untersucht, sondern eher Therapien mit geringer und hoher Teilnahme. Während die Form der Beendigung ein Maß ist, dessen zwei Ausprägungen *Abbruch* und *reguläre Beendigung* sich qualitativ voneinander unterscheiden, ist die Therapieteilnahme ein kontinuierliches Maß, das in der Regel aufgrund methodischer Überlegungen Gründen künstlich dichotomisiert wird. Nur in wenigen Studien wurde auf eine Dichotomisierung der Therapieteilnahme verzichtet und stattdessen der lineare Zusam-

menhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Sitzungen und den interessierenden Prädiktorvariablen untersucht (z.B. Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006).

Jedoch kann auch in Zusammenhang mit der Untersuchung von Therapieabbrüchen im eigentlichen Sinne der Zeitpunkt ihres Eintretens relevant sein. Einige Autoren schlagen vor, Abbrüche, die früh in der Therapie erfolgen, getrennt von späten Abbrüchen zu untersuchen (Frohburg, 2008; Morton, 1995). Laut Frohburg (2008) dürften sich frühe Abbrüche eher auf eine ungünstige Indikationsstellung oder eine geringe Therapiemotivation der Patienten zurückführen lassen, während späte Abbrüche eher durch Behandlungsfehler oder eine problematische therapeutische Beziehung erklärt werden könnten. Wenn alle Abbrüche innerhalb einer Studie zu einer Gruppe zusammengefasst und mit den Therapie-Completern verglichen würden, seien keine aussagefähigen Ergebnisse zu erwarten, weil dadurch die differentiellen Zusammenhänge verdeckt würden. Einige Arbeiten konnten bereits zeigen, dass sich frühe und späte Abbrecher in wesentlicher Hinsicht unterscheiden (Self, Oates, Pinnock-Hamilton, & Leach, 2005). In der Studie von Grilo et al. (1998) erwies sich der Zeitpunkt des Abbruchs jedoch als nicht bedeutsam für den Zusammenhang mit verschiedenen Prädiktorvariablen.

Die Nichtinanspruchnahme einer Therapie, wenn Patienten also bereits zum Vorgespräch oder zur ersten Therapiesitzung nicht erscheinen (engl. *pretreatment dropout*, *therapy refusal* oder *failure to engage*), wird in der Abbruch-Forschung entweder nicht berücksichtigt oder als gesonderte Kategorie untersucht, weil anzunehmen ist, dass das Nichterscheinen zum ersten Termin auf andere Faktoren zurückzuführen ist als das Nichtwahrnehmen eines Folgetermins (Baekeland et al., 1975; Lincoln et al., 2005). Zudem liegen für diese Patienten häufig keine Daten vor, so dass sie allein deswegen nicht in die Auswertung einbezogen werden können. Dennoch wurden Patienten, die an keiner einzigen Therapiesitzung teilgenommen hatten, in einzelnen Studien der Abbrechergruppe zugeordnet, wie beispielsweise bei Álvarez-Jiménez und Mitarbeitern (2009). Die Autoren stufen diejenigen Patienten als *nonadherent* ein, die ihre Therapie gar nicht erst begonnen hatten, die ihre Therapie nach erfolgter Aufnahme entgegen der Empfehlung des Therapeuten beendet hatten oder die an weniger als 80% der Therapiesitzungen teilgenommen hatten. Die in dieser Studie eingesetzte Operationalisierung veranschaulicht, wie durch eine Kombination mehrerer der dargestellten Kriterien versucht werden kann, die Schwächen der einzelnen Vorgehensweisen zu kompensieren, allerdings auch, wie dadurch die Zahl der möglichen Operationalisierungen weiter in die Höhe getrieben wird.

Uneinheitlich gehandhabt werden auch die Fälle, in denen eine Therapie aufgrund äußerer Faktoren beendet wurde, wie beispielsweise einem notwendigen Umzug aufgrund

einer beruflichen Veränderung. In manchen Studien werden diese Patienten ausgeschlossen (Rossi et al., 2002), in anderen werden sie dagegen als Abbrecher eingestuft.

Somit kann festhalten werden, dass sich die einzelnen Studien hinsichtlich der Definition und der Operationalisierung von Therapieabbrüchen deutlich unterscheiden, so dass beispielsweise Patienten, die in einer Studie als Abbrecher klassifiziert werden, in einer anderen als Completer betrachtet oder aber von der Untersuchung ausgeschlossen würden. Dies erschwert den Vergleich der verschiedenen Studienergebnisse zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen und zum Zusammenhang mit verschiedenen Prädiktorvariablen. In der nachfolgenden Übersicht wird daher das methodische Vorgehen der einzelnen Studien jeweils kurz beschrieben, um die Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern.

## **2.2 Häufigkeit von Psychotherapieabbrüchen**

In den bisher durchgeführten Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen wurden über verschiedene Störungsbilder, Psychotherapieformen und Abbruch-Definitionen hinweg Abbruchraten psychotherapeutischer Interventionen zwischen 30 und 60 Prozent berichtet (Baekeland et al., 1975; Garfield, 1994; Wierzbicki et al., 1993). Wierzbicki und Pekarik (1993), in deren Meta-Analyse 125 Psychotherapie-Studien eingingen, ermittelten einen durchschnittlichen Anteil abgebrochener Therapien von fast 47%. Wurden verschiedene Operationalisierungen des Therapieabbruchs getrennt voneinander ausgewertet, so ergaben sich folgende Werte: In den Studien, in denen das Kriterium *Nichterscheinen zum letzten Termin* verwendet wurde, betrug die mittlere Abbruchrate 36%, während die Klassifikation von Abbrüchen anhand des Therapeutenurteils oder anhand der Anzahl der absolvierten Sitzungen zu einer mittleren Abbruchrate von jeweils 48% führte. Das Publikationsjahr der Studien, das untersuchte Therapiesetting und die Therapiemodalität (Einzel-, Gruppen-, Familien- oder Paartherapie) hingen nicht mit der Höhe der Abbruchrate zusammen. Die jüngste störungsübergreifende Meta-Analyse stammt von Sharf (2008), die in ihrer Dissertation basierend auf 110 Studien eine Rate von 35% ermittelte. Dabei schwankten die Abbruchraten je nach Studiendesign, den untersuchten Störungsbildern und des Landes, in dem die Studie durchgeführt wurde, jedoch nicht in Abhängigkeit von der verwendeten Abbruchsdefinition.

In den Studien, die auch den Zeitpunkt der Therapieabbrüche berücksichtigten, zeigte sich zudem, dass ein Drittel bis die Hälfte der Abbrüche bereits nach etwa vier bis fünf Sitzungen stattfand (Bados, Balaguer, & Saldana, 2007; Baekeland et al., 1975) bezie-

hungsweise, dass zwei Drittel der Therapieabbrüche innerhalb der ersten zehn Sitzungen erfolgten (Garfield, 1994).

Zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen schizophrener Patienten wurde erst kürzlich eine Meta-Analyse publiziert (Villeneuve, Potvin, Lesage, & Nicole, 2010). Die Autoren bezogen in ihre Auswertung 74 randomisierte kontrollierte Studien ein, in denen unterschiedliche psychosoziale Interventionen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurden. Neben Psychotherapie- und Psychoedukationsprogrammen waren dies mehrere Studien zum Training kognitiver Fertigkeiten, zu beruflichen Rehabilitationstrainings, aber auch Interventionen wie Yoga-, Musik- oder Karaoke-Therapie. Über alle Studien hinweg ermittelten die Autoren eine sehr niedrige Abbruchrate von 13%. Sie räumen jedoch ein, dass diese Zahl lediglich einem unteren Grenzwert entsprechen dürfte, da Hinweise auf einen Veröffentlichungs-Bias vorlagen, in dem Sinne, dass Studien mit höheren Abbruchraten eine geringere Chance auf Veröffentlichung hatten. Zudem fielen die Abbruchraten umso niedriger aus, je hochrangiger die Zeitschrift war, in der ein Artikel erschienen war. Schließlich stellten die Autoren fest, dass der Anteil abgebrochener Therapien umso niedriger ausfiel, je kürzer die betreffende Intervention war.

Eine Sichtung von Einzelstudien, in denen psychotherapeutische oder psychoedukative Interventionen mit schizophrenen Patienten untersucht wurden und in denen Angaben zur Häufigkeit und Operationalisierung von Therapieabbrüchen gemacht wurden, ergab eine relativ große Spannweite zwischen nahezu 0% und 35% vorzeitig beendeter Therapien.

In drei Studien, in denen den Patienten acht bis neun psychoedukative Gruppensitzungen angeboten wurden, nahmen 12,8% (Pitschel-Walz et al., 2006), 21,74% (Merinder et al., 1999) beziehungsweise 26,95% (Sibitz, Amering, Gössler, Unger, & Katschnig, 2007) an weniger als 4 beziehungsweise 5 Sitzungen teil. Werden in der Studie von Sibitz et al. die 10 Patienten, die die Therapie gar nicht erst begonnen hatten, aus der Gruppe der Abbrecher herausgerechnet, so fällt der Anteil an Abbrechern auf 19,9%. Ob in den Abbrechergruppen der beiden zuerst genannten Studien ebenfalls Patienten enthalten sind, die die Therapie gar nicht angefangen hatten, wurde von den Autoren nicht berichtet.

In Studien zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapieprogrammen mit einem Umfang von 12 bis 36 Sitzungen fanden sich insgesamt betrachtet etwas höhere Abbruchraten. Cather et al. (2005) berichten, dass 25% der Patienten nicht alle 16 vorgesehenen Sitzungen wahrgenommen hatten, und bei Farhall et al. (2009) und Kuipers et al. (1997) betrug der Anteil der Patienten mit weniger als 12 Sitzungen ebenfalls 22% bzw. 25%. Álvarez-Jiménez et al. (2009) und Garety et al. (2008) berichten vergleichsweise

hohe Abbruchraten von 31,7% bzw. 34,91%, die ebenfalls anhand des Trennwerts von 12 Sitzungen bestimmt wurden. Allerdings wurde in diesen beiden Studien auch die Nichtinanspruchnahme der Therapie als vorzeitiger Abbruch gewertet. Mueser et al. (2006) berichten, dass ihre Intervention von ca. 36 Sitzungen in einem Nordamerikanischen Studienort von 13,6% der Patienten und am Australischen Studienort von 20% der Patienten maximal zur Hälfte absolviert wurde. Peters et al. (2010) liefern zwar keine Angaben darüber, anhand welcher Kriterien sie die Abbrecher ihrer Studie klassifizierten, jedoch ist das Ergebnis interessant, dass sowohl in der Patientengruppe, die gleich nach der Randomisierung mit der Therapie beginnen konnte, als auch in der Gruppe, die neun Monate lang auf die Therapie warten musste, ein nahezu gleich großer Anteil von 28% vs. 29% der Patienten die Therapie vorzeitig beendeten. Im Gegensatz dazu stehen zwei kleinere Pilotstudien, die eine nahezu 100%ige Therapieteilnahme verzeichnen konnten. In der Studie von Pinninti et al. (2010) nahmen 14 Patienten wie vorgesehen an 12 Sitzungen teil, und nur einer an 11 Sitzungen. Bei de Paiva Barretto et al. (2009) nahmen alle 12 Patienten der KVT-Bedingung wie vorgesehen an 20 Sitzungen teil, während in der Kontrollgruppe ebenfalls nur einer von 10 Patienten die Therapie abbrach.

Die referierten Befunde zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen zeigen, dass ein bedeutender Anteil aller begonnenen Psychotherapien vorzeitig beendet wird. So ist bereits bei Psychotherapieprogrammen mit einem Umfang von nur 12 Sitzungen zu erwarten, dass etwa ein Viertel der Patienten, die die Therapie begonnen haben, diese nicht abschließen werden. Dies ist insofern problematisch, als gerade bei schizophrenen Störungen häufig Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen vorliegen, deren Bearbeitung in so kurzer Zeit nicht gewährleistet werden kann. Selbst wenn sich bereits in wenigen Sitzungen Fortschritte erzielen lassen, bleibt unklar, wie stabil diese sein werden und ob die Patienten die erworbenen Fähigkeiten in späteren schwierigen Phasen selbständig einsetzen können.

Die längerfristigen Folgen vorzeitiger Therapieabbrüche wurden in einer vergleichsweise geringen Anzahl von Studien untersucht. Diese sollen im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

## 2.3 Psychotherapieabbrüche und der weitere Krankheitsverlauf

Der Abbruch einer Psychotherapie wird generell als Behandlungsmisserfolg betrachtet, der mit negativen Folgen für alle Beteiligten verbunden ist (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005). Dabei wird vorausgesetzt, dass die untersuchte psychotherapeutische Intervention für die betreffenden Patienten auch tatsächlich indiziert ist, so dass von der Therapie eine Verbesserung erwartet werden kann.

Zu den nachteiligen Auswirkungen von Therapieabbrüchen wird unter anderem gezählt, dass wertvolle Ressourcen vergeudet werden, wenn vereinbarte Termine von den Patienten nicht wahrgenommen werden (Ogrodniczuk et al., 2005; Pekarik, 1985). Zudem können Therapieabbrüche besonders bei Therapeuten, die am Beginn ihrer praktischen Tätigkeit stehen, zu einer Demoralisierung und vermindertem Engagement in nachfolgenden Therapien führen. Im Vordergrund stehen jedoch die Überlegungen, dass Patienten, die ihre Therapie abbrechen, eine Chance auf eine Verbesserung ihres Zustands oder ihrer Lebenssituation nicht wahrnehmen und möglicherweise sogar eine weitere Verschlechterung oder Chronifizierung riskieren.

Ob jedoch die Annahme gerechtfertigt ist, dass Therapieabbrüche mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf verbunden sind, wurde nur in wenigen Studien untersucht. Dies ist kaum verwunderlich, da es ein schwieriges Unterfangen ist, Kontakt zu einer repräsentativen Anzahl an Patienten herzustellen, die ihre Therapie abgebrochen haben, und diese für eine Nachbefragung zu gewinnen. Beispielsweise wurden in einer dieser Studien ambulante Patienten einer US-Amerikanischen Klinik, die sich wegen leicht bis mäßig ausgeprägter psychischer Beschwerden in psychotherapeutische Behandlung begeben hatten, vier Monate nach Therapiebeginn anhand einer Reihe von Outcome-Maßen nachuntersucht (Pekarik, 1992). Der Autor kam zu dem Ergebnis, dass die 10 Patienten, die nur einen oder zwei Termine wahrgenommen hatten und daher als *frühe Abbrecher* bezeichnet wurden, bei Therapieende geringere Verbesserungen erreicht hatten als die 23 *späten Abbrecher*, die mindestens drei Termine wahrgenommen hatten. Zwischen den späten Abbrechern und den 14 Patienten mit regulärer Therapiebeendigung fanden sich hingegen nur geringe Unterschiede. Der Autor schlägt aufgrund dieser Ergebnisse vor, Therapieabbrüche nicht als einheitliche Gruppe von Therapiemisserfolgen zu betrachten. Stattdessen sollten frühe und späte Therapieabbrüche getrennt voneinander untersucht werden, da insbesondere bei ersteren das Risiko eines ungünstigen Krankheitsverlaufs bestehe.

Zwei der Studien, die Patienten mit schizophrenen Störungen untersucht hatten, liefern ebenfalls Hinweise dafür, dass Therapieabbrüche mit einer nachteiligen weiteren Entwicklung der Symptomatik einhergehen. Andererseits wurde bei einigen der Therapieabbrecher ein sehr günstiger Krankheitsverlauf festgestellt. In diesen Arbeiten wurden zwar keine rein psychotherapeutischen Interventionen untersucht, sondern eine Kombination unter anderem mit medikamentöser Therapie. Dennoch sollen sie aufgrund der geringen Zahl solcher Studien kurz vorgestellt werden.

In einer etwas älteren Studie von Katz, Frank, Gunderson und Hamm (1984) wurde der Versuch unternommen, den Krankheitsverlauf schizophrener Patienten zu erfassen, die im Anschluss an eine Krankheitsepisode an einer Langzeittherapie in ausreichendem Maße teilgenommen oder aber diese vorzeitig beendet hatten. Von den 48 Therapieabbrechern konnten zum Zeitpunkt der Zwei-Jahres-Katamnese lediglich 19 befragt werden. Diese wiesen sogar eine geringere Symptomatik als die 51 Completer-Patienten auf, wobei sie im ersten und zweiten Jahr nach Studienbeginn ein bedeutsames Maß an medikamentöser Therapie und stationärer Behandlung in Anspruch genommen hatten. Die Nachforschungen der Autoren zu den Abbrecher-Patienten, die nicht in die Nachuntersuchung einbezogen werden konnten, ergaben, dass diese sich im Gegensatz zu den nachbefragten Abbrecher-Patienten in einer ungünstigen Lebenssituation befanden und teilweise unter deutlicher Desorganisation oder paranoider Symptomatik litten. Weiterhin hatten vier Patienten dieser Gruppe Suizid begangen, ein fünfter war ermordet worden. Eine Überprüfung, ob zwischen diesen beiden Abbrechergruppen bereits bei Studienbeginn Unterschiede bestanden hatten, anhand derer sich der Krankheitsverlauf vorhersagen ließe, fiel für sämtliche untersuchten Variablen negativ aus.

Basan, Pitschel-Walz und Bäuml (2000) untersuchten im Rahmen des Münchner Psychose-Informationen-Projekts den Krankheitsverlauf einer Stichprobe von 88 Patienten ab dem Beginn einer Langzeitbehandlung an einer der beteiligten Psychotherapieambulanzen über vier Jahre hinweg. Von den 32 nachuntersuchten Abbrechern erlebten 66% mindestens eine Symptom-Reexazerbation, die zur stationären Wiederaufnahme führte, während dies nur bei 53% der 53 Completer der Fall war. Die durchschnittliche jährliche Verweildauer im Krankenhaus betrug in den beiden Gruppen 120 Tage vs. 50 Tage. Allerdings waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant.

In einer weiteren Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei akuten schizophrenen Störungen, wurden Patienten mit einer Therapieteilnahme von mindestens 12 Sitzungen und Patienten mit weniger als 12 Sitzungen jeweils nach 6, 12 und 24 Monaten hinsichtlich ihrer Symptomatik verglichen (Startup, Jackson, & Startup,

2006). Alle 26 Patienten mit ausreichender Therapieteilnahme hatten an mindestens einer der drei Katamnesen teilgenommen, wohingegen dies nur bei 11 der 21 Abbrecher der Fall war. Fehlende Werte bei einzelnen Katamnesezeitpunkten wurden mittels eines Schätzverfahrens ersetzt. Es zeigte sich, dass die Therapieabbrecher keineswegs schlechter abschnitten als die Patienten mit ausreichender Therapieteilnahme, obwohl sich die angebotene kognitive Verhaltenstherapie der Standardversorgung insgesamt als überlegen erwiesen hatte.

Demnach gehen Therapieabbrüche auch bei schizophrenen Störungen nicht regelhaft mit einem ungünstigen späteren Krankheitsverlauf einher. Jedoch zeigen die Ergebnisse auch, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Therapieabbrecher bei den Nacherhebungen hinsichtlich der Symptomatik und des Funktionsniveaus deutlich beeinträchtigt sind, so dass sie möglicherweise von der Fortsetzung der Therapie hätten profitieren können. Wie bereits angemerkt wurde, ist die Einordnung dieser Befunde dadurch erschwert, dass für die Nachuntersuchungen jeweils nur ein Bruchteil der ehemaligen Abbrecher rekrutiert werden konnten. Dies ist auch das Problem einer weiteren Gruppe von Studien, in denen der Frage nachgegangen wurde, aus welchen Gründen Patienten eine begonnene Therapie abbrechen. Auch hierbei wurden Therapieabbrecher kontaktiert und anhand von Fragebögen oder in strukturierten Interviews dazu befragt, wie sie die zurückliegende Therapie bewerten und welche Faktoren zum Abbruch geführt haben.

## **2.4 Von Patienten genannte Abbruchgründe**

Ähnlich wie im vorangegangenen Abschnitt ergibt auch die Erforschung der Abbruchgründe ein heterogenes Bild der Therapieabbrecher (Connell, Grant, & Mullin, 2006). Eine der ersten derartigen Studien wurde von Pekarik (1992) durchgeführt. Der Autor stellte fest, dass sich die von den Patienten am häufigsten genannten Abbruchgründe drei Kategorien zuordnen lassen. Diese sind (1) das Erreichen einer zufriedenstellenden Zustandsverbesserung, (2) äußere Umstände, die der Fortsetzung der Therapie entgegenstehen, wie beispielsweise ein Wohnortwechsel oder eine erhöhte Beanspruchung durch Beruf oder Familie, sowie (3) Unzufriedenheit mit dem Therapieangebot. Diese Dreiteilung der Abbruchgründe erwies sich auch in den Nachfolgestudien als hilfreich.

Beispielsweise wurden in der Studie von April und Nicholas (1996) Nachbefragungsbögen an 48 ehemalige Klienten einer Beratungsstelle an einer Südafrikanischen Universität verschickt, um zu erfassen, aus welchen Gründen diese ihre Behandlung unangekündigt beendet hatten. Von den 20 Klienten, die darauf geantwortet hatten, gaben die meisten

an, dass sie die Beratung als nicht mehr erforderlich angesehen hätten (32%) beziehungsweise dass äußere Umstände weitere Termine nicht mehr zugelassen hätten (27%); nur 18% der Befragten gaben negative Erlebnisse als Grund für den Abbruch der Beratung an. In einer Studie an einer psychologischen Beratungsstelle für Wiener Studenten gaben die Patienten ebenfalls vor allem Terminprobleme und das Wegfallen des Behandlungsbedarfs als Gründe für den Abbruch einer Beratung oder Psychotherapie an; zudem machten sie Angaben, aus denen sich eine Unzufriedenheit mit der Behandlung ableiten ließ (Oberlehner, 2006). In dieser Studie war die Rücklaufquote jedoch sehr gering. Von den im untersuchten Zeitraum gemeldeten 130 Abbrüchen konnte an 99 der ehemaligen Patienten ein Nachbefragungsbogen verschickt werden, von denen wiederum nur 28 Patienten antworteten.

Ein vergleichsweise hoher Anteil an Patienten, die ihre Behandlung aufgrund von Unzufriedenheit abgebrochen hatten, fand sich in einer Studie an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapieambulanz der Universität Barcelona (Bados et al., 2007). Von den 203 Patienten, die sich im Untersuchungszeitraum in Therapie begeben hatten, beendeten 89 Patienten die Therapie vorzeitig, und 60 dieser Patienten begründeten ihren Abbruch. Eine geringe Motivation oder Unzufriedenheit mit der Therapie wurde von 47% der Patienten angegeben, äußere Umstände von 40% und eine Zustandsverbesserung nur von 13% der Patienten. Die Autoren erklären diese hohe Rate unzufriedener Abbrecher unter anderem mit der noch geringen Berufserfahrung der an der Klinik beschäftigten Therapeuten.

Unzufriedenheit mit der Therapie oder dem Therapeuten wurde auch in anderen Studien mit unterschiedlichen Patientenstichproben und Settings von mindestens einem Drittel der Abbrecher als Ursache für einen Therapieabbruch benannt (Hunsley, Aubry, Verstervelt, & Vito, 1999; Keijsers, Kampman, & Hoogduin, 2001; Roe, 2006). Dabei bezog sich die Unzufriedenheit im Wesentlichen auf die Art der Behandlung, die eingesetzten therapeutischen Interventionen, die therapeutische Beziehung oder die erzielten Fortschritte (Keijsers et al., 2001). Entsprechend berichten Hansen et al. (1992), dass Patienten mit Zwangserkrankungen, die ihre Psychotherapie abgebrochen hatten, im Vergleich zu den Completern mit dreifach höherer Wahrscheinlichkeit angaben, dass die Therapie nicht ihren Erwartungen entsprochen habe. Unter den Abbrechern gaben zudem über 50% an, dass sie sich von ihrem Therapeuten nicht ausreichend verstanden gefühlt hätten, während dies nur 20% der Patienten mit regulärer Therapiebeendigung angegeben hatten.

In den beiden Studien, in denen Patienten mit schizophrenen Störungen zu ihren Abbruchgründen befragt worden waren, ergibt sich ein ganz ähnliches Bild. Tehrani et al. (1996) untersuchten an einer Stichprobe erstmals erkrankter psychiatrischer Patienten, von denen etwa 68% an psychotischen Störungen litten, inwieweit sie die Empfehlung umgesetzt hatten, im Anschluss an die stationäre Therapie eine einjährige ambulante Behandlung eines sozialpsychiatrischen Dienstes wahrzunehmen. Nach einem Jahr hatten 35 der 131 Patienten die ambulante Behandlung abgebrochen, und 25 dieser Abbrecher stimmten einer Nachbefragung zu. Von diesen Patienten gaben 44% an, dass sie die Behandlung aufgrund von Unzufriedenheit abgebrochen hatten, während 20% angaben, keine weitere Behandlung mehr benötigt zu haben.

Tarrier und Mitarbeiter (1998) erhoben anhand eines Fragebogens, aus welchen Gründen schizophrene Patienten, die an persistierender Positivsymptomatik litten, eine im Rahmen einer Psychotherapiestudie angebotene kognitiv-verhaltenstherapeutische oder supportive Therapie abgebrochen hatten. Von den 87 Patienten, die in die Studie eingeschlossen werden konnten, brachen 12 die Behandlung ab. Neun dieser zwölf Patienten (75%) füllten den Fragebogen aus und stimmten dabei zwischen drei und zwölf der 22 darin aufgelisteten Aussagen zu. Die Mehrheit der Patienten gab an, die Therapie als nicht hilfreich wahrgenommen zu haben (78%) oder aufgrund des Sprechens über ihre Probleme eine Verstärkung dieser erlebt zu haben (67%). Ein bedeutender Teil der Patienten gab an, dass sie die Symptome nicht mehr als störend empfunden hätten (56%) beziehungsweise dass diese nicht mehr vorhanden gewesen wären (22%). Nur drei der Patienten gaben an, dass sie einen anderen Therapeuten vorgezogen hätten oder dass sie ihrem Therapeuten nicht vertraut hätten (33%). Fünf der neun Patienten gaben an, dass es ihnen leid tue, den Therapeuten mit ihrem Abbruch im Stich gelassen zu haben.

Diesen verschiedenen Studien zufolge sind nur etwa ein Drittel bis die Hälfte der Abbrecher mit der Therapie unzufrieden, während die übrigen Patienten keinen weiteren Therapiebedarf mehr erkennen oder für die Therapie keine Zeit mehr aufbringen können. Einige Autoren bezweifelten jedoch die Glaubwürdigkeit letzterer Angaben. Beispielsweise führen Todd et al. (2003) auf, dass in einer früheren Studie von Hunsley et al. (1999) die Angabe, für die Therapie keine Zeit mehr gehabt zu haben, mit einer Reihe anderer Angaben verbunden war, die auf eine Unzufriedenheit mit der Therapie hinwiesen. Weiterhin weisen Todd et al. darauf hin, dass die Nennung von Unzufriedenheit in Telefon-Nachbefragungen höher ausfalle als bei Bearbeitung eines Abschluss-Fragebogens am Ende der Therapie. Demnach wäre anzunehmen, dass es einigen Patienten widerstrebt, sich negativ über ihre beendete Therapie oder den Therapeuten zu äußern, und dass

dieser Effekt möglicherweise umso stärker ausgeprägt ist, je weniger anonym ihnen die Befragungssituation erscheint.

Den Therapeuten scheinen negative Abbruchgründe häufig nicht bewusst zu sein. Dies ergab eine Studie, in der sowohl Patienten als auch Therapeuten zu den Gründen für die Beendigung einer Therapie befragt wurden (Westmacott et al., 2010). Es zeigte sich, dass ihre Angaben hinsichtlich positiver Umstände, wie dem Erreichen der Therapieziele, oder hinsichtlich außerhalb der Therapie liegender Hindernisse weitgehend übereinstimmten, wohingegen negative Umstände, wie die Unzufriedenheit eines Patienten mit dem Vorgehen in der Therapie oder dem Therapiefortschritt, von den Therapeuten deutlich seltener genannt wurden als von den Patienten.

Demnach können Therapieabbrüche zwar nicht generell als Ausdruck von Unzufriedenheit verstanden werden, jedoch ist davon auszugehen, dass sich ein beträchtlicher Teil der Therapieabbrecher in ihren Erwartungen enttäuscht sieht und dass einige dieser Patienten mit ihren Therapeuten darüber nicht sprechen.

Zur weiteren Erforschung von Therapieabbrüchen wurde in einer ganzen Reihe von Studien untersucht, ob sich bereits bei Therapiebeginn Faktoren identifizieren lassen, die mit einem erhöhten Abbruchrisiko verbunden sind. Bei diesem Vorgehen können auch Aspekte berücksichtigt werden, in die die Patienten keine Einsicht haben, zudem können auf diese Weise auch von denjenigen Patienten Daten erhoben werden, die für eine Nachbefragung nach erfolgtem Abbruch nicht mehr zur Verfügung stehen würden. Die Ergebnisse dieser Studien werden aufgrund ihrer Vielzahl in einem eigenen Kapitel dargestellt.

### **3. Prädiktoren von Psychotherapieabbrüchen**

Ein Großteil der Forschung zu Psychotherapieabbrüchen wurde mit dem Ziel durchgeführt, auf statistischem Wege Zusammenhänge mit einer Vielzahl von Merkmalen der Patienten, der Therapeuten, des Therapieangebots und des therapeutischen Prozesses zu bestimmen. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Befunde zu den verschiedenen Merkmalsbereichen dargestellt.

#### **3.1 Merkmale der Patienten**

Am häufigsten wurden Merkmale der Patienten auf einen Zusammenhang mit Therapieabbrüchen hin untersucht. Dabei wurden insbesondere soziodemografische Variablen berücksichtigt (Wierzbicki et al., 1993), seltener auch Persönlichkeitsmerkmale und andere psychologische Variablen wie Behandlungserwartungen oder die Veränderungsmotivation.

##### **3.1.1 Soziodemografische Merkmale**

In den bisher durchgeführten Übersichtsarbeiten und Metaanalysen erwiesen sich nur wenige der untersuchten soziodemografischen Merkmale als konsistente Prädiktoren für Psychotherapieabbrüche. Wierzbicki und Pekarik (1993) kommen in ihrer Auswertung von über 125 Studien zu dem Ergebnis, dass nur drei Variablen signifikant mit Therapieabbrüchen zusammenhängen: Sozioökonomischer Status, Bildungsstand und Minderheitenstatus, wobei die Effektstärken lediglich zwischen 0,23 und 0,37 liegen, so dass die Vorhersagestärke eher gering ist. Variablen wie Geschlecht, Alter und Familienstand sind laut dieser Arbeit nicht signifikant mit Therapieabbrüchen verbunden. Ebenso stellten Reis und Brown (1999) lediglich für den sozioökonomischen Status und die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit einen Zusammenhang fest. In neueren Übersichtsarbeiten waren Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Bildungsniveau nicht signifikant mit Therapieabbrüchen verbunden (Clarkin & Levy, 2004; Sharf, 2008), zudem wurde kein konsistenter Zusammenhang zum Minderheitenstatus der Patienten oder der Therapeuten und zur Übereinstimmung von Therapeut und Patient hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit gefunden (Clarkin et al., 2004).

In den wenigen Studien mit schizophrenen Patienten, in denen soziodemografische Variablen auf einen Zusammenhang mit dem Abbruch einer Psychotherapie beziehungsweise einer Behandlung durch einen sozialpsychiatrischen Dienst untersucht wurden, waren Alter und Geschlecht meist keine signifikante Prädiktoren (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Basan, Pitschel-Walz, & Bäuml, 2000; Conus et al., 2010; Schimmelmann, Conus, Schacht, McGorry, & Lambert, 2006; Turner, Smith-Hamel, & Mulder, 2007), nur in der Studie von Tehrani et al. (1996) stellten jüngeres Alter und in der Studie von Lecomte et al. (2008) männliches Geschlecht einen Risikofaktor für einen Therapieabbruch dar. Ville-neuve et al. (2010) stellten in ihrer metaanalytischen Auswertung von Studien zu psychosozialen Interventionen für Patienten mit schizophrenen Störungen ebenfalls fest, dass Männer ein höheres Abbruchrisiko aufweisen, allerdings ist ihren Ergebnissen zufolge älteres und nicht jüngeres Lebensalter mit dem Abbruch einer Therapie verbunden.

Familienstand und Schulbildung wurden vergleichsweise selten untersucht und scheinen nicht mit Therapieabbrüchen assoziiert zu sein (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Basan et al., 2000). Hinsichtlich der Wohnsituation sind die Befunde gemischt: Drei Studien berichten, dass Alleinleben bei erstmals an einer schizophrenen Störung erkrankten Jugendlichen (Conus et al., 2010; Schimmelmann et al., 2006) beziehungsweise bei erwachsenen ersterkrankten Patienten (Tehrani, Krussel, Borg, & Munk-Jorgensen, 1996) signifikant mit einem späteren Abbruch korrelierte, während drei Studien keinen signifikanten Effekt fanden (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Basan et al., 2000; Turner et al., 2007). Fehlende Berufstätigkeit stand in drei Studien mit dem Abbruch einer Therapie in Verbindung (Conus et al., 2010; Tehrani et al., 1996; Turner et al., 2007), in zwei anderen Studien war dies jedoch nicht der Fall (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Schimmelmann et al., 2006).

### **3.1.2 Krankheitsmerkmale**

Zum Schweregrad der Erkrankung liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. So wurde eine ausgeprägtere affektive oder Angst-Symptomatik sowohl mit einem höheren (Persons, Burns, & Perloff, 1988) als auch mit einem niedrigeren (Issakidis & Andrews, 2004) Abbruchrisiko in Verbindung gebracht, während im überwiegenden Teil der Studien kein signifikanter Zusammenhang festgestellt wurde (Arnou et al., 2007; Botella et al., 2008; Keijsers et al., 2001; Lampropoulos, Schneider, & Spengler, 2009). Sharf (2008) kommt in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass zwischen dem Ausprägungsgrad der psychopathologischen Symptomatik und dem Abbruch einer Therapie kein Zusammenhang besteht.

Bei Patienten mit schizophrenen Störungen ergibt sich ein ähnliches Bild: Ein geringerer fremdbeurteilter Schweregrad der Erkrankung war in den Studien von Conus et al. (2010) und Schimmelmann et al. (2006) mit einem höheren Risiko verbunden, den Kontakt zu einem sozialpsychiatrischen Dienst abubrechen. Basan et al. (2000), die die Inanspruchnahme einer ambulanten Langzeitbehandlung schizophrener Patienten im Anschluss an eine psychoedukative Intervention untersuchten, fanden dagegen keinen Zusammenhang zwischen dem initialen Schweregrad der Erkrankung und dem Abbruch der Behandlung. Hinsichtlich der Positiv- und Negativsymptomatik berichten Álvarez-Jiménez et al. (2009) und Basan et al. (2000), dass diese jeweils nicht mit einem späteren Abbruch in Verbindung standen. In der Studie von Turner et al. (2007) war die Positiv-Symptomatik ebenfalls nicht mit dem Abbruch des Kontakts zu einem sozialpsychiatrischen Dienst korreliert, eine niedrigere Negativsymptomatik war jedoch mit einem höheren Risiko für einen Kontaktabbruch verbunden. Weiterhin erwies sich eine niedrige begleitende depressive Symptomatik in einer Studie als signifikanter Prädiktor für einen Therapieabbruch (Turner et al., 2007) und in einer anderen Studie nicht (Álvarez-Jiménez et al., 2009). Das psychosoziale Funktionsniveau war in zwei Studien bei den Abbrechern höher ausgeprägt als bei den Patienten mit regulärer Beendigung (Conus et al., 2010; Schimmelmann et al., 2006), und zwei Studien kamen zu einem nicht signifikanten Ergebnis (Álvarez-Jiménez et al., 2009; Basan et al., 2000).

Weiterhin wurde das Vorliegen von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit auf einen Zusammenhang mit Therapieabbrüchen hin untersucht. Turner et al. (2007) berichten, dass Patienten mit einem missbräuchlichen oder abhängigen Konsum psychotroper Substanzen bei Therapiebeginn ein größeres Abbruchrisiko aufwiesen, während dies bei Lecomte et al. (2008) nicht der Fall war. Conus et al. (2010) und Schimmelmann et al. (2006) kamen zu dem Ergebnis, dass nur der fortgesetzte Substanzmissbrauch ein Abbruchrisiko darstellte, während das Vorliegen einer Substanzstörung bei Therapiebeginn kein signifikanter Prädiktor für einen späteren Abbruch war. Die Bedeutung einer komorbiden Persönlichkeitsstörung wurde in Therapieabbruch-Studien noch kaum untersucht. Laut Keijsers, Kampman & Hoogduin (2001) sind die Ergebnisse ebenfalls inkonsistent.

Ein Mangel an Krankheitseinsicht erwies sich für den Abbruch einer Behandlung an psychiatrischen Versorgungszentren meist nicht als bedeutsam (Conus et al., 2010; Lecomte et al., 2008; Schimmelmann et al., 2006). Lediglich Turner et al. (2007) kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten, die die Behandlung abbrachen, bei Therapiebeginn eine geringere Krankheitseinsicht hatten. Dies war auch in zwei Studien der Fall, in denen die Teilnahme an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention während der akuten

Erkrankung (Startup, Jackson & Startup, 2006) beziehungsweise in der Stabilisierungsphase (Álvarez-Jiménez et al., 2009) untersucht wurde.

In Verbindung mit der Krankheitseinsicht steht das Konzept der Genesungsstile (engl. *recovery style*). McGlashan und Mitarbeiter (1975) postulierten, dass Patienten sich bei der Verarbeitung ihrer Psychoseerkrankung auf einem Kontinuum zwischen den Endpunkten *integration* und *sealing over* bewegen. So gelänge es Patienten am einen Ende des Kontinuums, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren und sie wären entsprechend daran interessiert, Informationen über die Erkrankung zu erhalten und damit verbundene Themen zu bearbeiten. Die Patienten am anderen Ende des Kontinuums würden die Erkrankung als bedrohlich erleben und folglich versuchen, alles damit in Verbindung Stehende auszublenden. Bei diesen Patienten sei eine entsprechend niedrig ausgeprägte Krankheitseinsicht zu erwarten. Startup, Wilding & Startup (2006) konnten an einer Stichprobe von 20 Patienten zeigen, dass die 10 Abbrecher im Vergleich zu den 10 Completern in stärkerem Ausmaß einen *sealing-over*-Genesungsstil aufwiesen. Die Art des Genesungsstils war durch außenstehende Beurteiler anhand von Aufzeichnungen der Therapiesitzungen bestimmt worden. Ebenso berichten Tait, Birchwood und Trower (2003), in deren Studie der Genesungsstil anhand eines von den Patienten selbst ausgefüllten Fragebogens erfasst wurde, dass Patienten, die drei Monate nach dem Beginn der Akutbehandlung einen *sealing-over*-Genesungsstil gezeigt hatten, innerhalb der nächsten drei Monate in geringerem Maße Behandlungsangebote für Psychoseerkrankte in Anspruch genommen hatten.

Bezüglich der Krankheitsgeschichte wurden meist das Ersterkrankungsalter und die Zeitspanne zwischen Krankheitsbeginn und Behandlungsaufnahme (engl. *duration of untreated psychosis*, DUP) untersucht. Conus et al. (2010) berichten, dass diese nicht mit einem späteren Abbruch in Verbindung stehen, und auch in der Untersuchung von Schimmelmann et al. (2006) erwies sich die Dauer der unbehandelten Psychose nicht als signifikanter Prädiktor. Álvarez-Jiménez et al. (2009) und Turner et al. (2007) kamen jedoch zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer längeren DUP ein erhöhtes Abbruchrisiko aufweisen.

### **3.1.3 Merkmale der Persönlichkeit und andere psychologische Variablen**

Die Relevanz von Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten für einen späteren Therapieabbruch wurde noch kaum untersucht. Lecomte et al. (2008), die die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste durch Patienten mit schizophrenen Störungen untersuchten, be-

richten, dass sich von den fünf Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit nur Verträglichkeit und Neurotizismus als signifikante Prädiktoren in einem linearen Regressionsmodell erwiesen hatten. Dabei waren hohe Werte auf der Verträglichkeitsskala und niedrige Werte auf der Neurotizismus-Skala mit einer geringen Nutzung des Therapieangebots verbunden. Die Autoren stellten die Überlegung an, dass Patienten mit hoher Verträglichkeit Therapieangebote deswegen nur unzureichend nutzen, weil ihnen viel an der Wertschätzung ihrer Bezugsgruppe gelegen ist und sie befürchten, dass Verhaltensweisen wie Medikamenteneinnahme und Besuche in Versorgungszentren stigmatisierend sein könnten. Patienten mit hohen Neurotizismus-Werten hingegen würden sich durch die in den Versorgungszentren angebotene Unterstützung entlastet fühlen und würden diese daher regelmäßig in Anspruch nehmen.

Studien zu Interaktions- und Bindungsstilen ergaben, dass Patienten mit ambivalenten Bindungsstilen höhere Abbruchraten aufweisen als Patienten mit einem sicheren oder unsicher-vermeidenden Bindungsstil (Saatsi, Hardy, & Cahill, 2007) und dass Patienten mit einer ausgeprägten Unterwürfigkeit im Kontakt mit anderen Personen Therapieangebote stärker nutzen als Patienten ohne diese Tendenz (Löffler-Stastka, Blueml, & Boes, 2010). Hinsichtlich der anderen in der Studie von Löffler-Stastka et al. untersuchten interpersonellen Probleme wie autokratischem, streitsüchtigem, abweisendem, introvertiertem, ausnutzbarem, fürsorglichem oder expressivem Verhalten war kein Zusammenhang zu Therapieabbrüchen festzustellen. Johansson und Eklund (2006) fanden für keinen der interpersonellen Problembereiche einen signifikanten Zusammenhang zu Abbrüchen einer psychiatrischen Behandlung.

Weitere Studien identifizierten eine hohe Impulsivität, eine geringe Frustrationstoleranz und eine geringe Offenheit für psychologische Sichtweisen (engl. *psychological mindedness*) als Risikofaktoren für einen Psychotherapieabbruch (Reis & Brown, 1999). Unter *psychological mindedness* wird die Fähigkeit eines Patienten verstanden, bei sich selbst psychische Probleme wahrzunehmen, zur Beschreibung dieser Probleme psychologische Begriffe zu verwenden und psychologische Faktoren oder Prozesse als Ursachen ihrer Probleme zu verstehen (Barrett et al., 2008). Ogrodniczuk et al. (2008) fanden jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Offenheit für psychologische Sichtweisen und Therapieabbrüchen. Ebenso wenig erwiesen sich in dieser Studie Stressverarbeitungsstrategien als signifikante Prädiktoren.

Behandlungserwartungen im Sinne von Rollenerwartungen und Wirksamkeitserwartungen erwiesen sich in einigen Arbeiten als relevant für Therapieabbrüche (Aubuchon-Endsley &

Callahan, 2009; Garfield, 1994; Sharf, 2008). Rollenerwartungen beinhalten die Vorstellungen von Patienten beispielsweise darüber, ob sie in der Therapie einen aktiven oder passiven Part einnehmen werden, ob die Therapeuten Ratschläge erteilen oder auch etwas über sich erzählen werden. Wirksamkeitserwartungen beziehen sich auf Annahmen darüber, welche Veränderungen in welchem Zeitraum erreicht werden können (Callahan, Aubuchon-Endsley, Borja, & Swift, 2009). In der Arbeit von Callahan et al. waren Behandlungserwartungen keine signifikanten Prädiktoren für Therapieabbrüche und auch Dew und Bickman (2005) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass günstige Erwartungen der Patienten an ihre Psychotherapie zwar mit einer besseren therapeutischen Allianz und einem besseren Therapieergebnis verbunden sind, jedoch nicht mit Therapieabbrüchen zusammenhängen.

Einige Aufmerksamkeit hat auch das Konstrukt der Psychotherapiemotivation erfahren, für das eine Vielzahl unterschiedlich weit gefasster Definitionen und Operationalisierungen vorliegen (Lang, 2003). Im Wesentlichen wird darunter die Bereitschaft eines Patienten verstanden, eine Psychotherapie zu beginnen und sich in dieser Therapie aktiv einzubringen (Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000). Der Zusammenhang zwischen der Psychotherapiemotivation und dem Abbruch einer Therapie wurde in einigen wenigen Studien untersucht. Keijsers et al. (2001) erfassten die Psychotherapiemotivation einer Stichprobe von Patienten mit Panikstörungen anhand des Nijmegen Motivation Questionnaire 2 (NML-2) mit den Skalen *Veränderungsbereitschaft*, *Problembelastung* und *Zweifel*. Zwar ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zum Abbruch der Psychotherapie, der Mittelwertsunterschied zwischen Abbrechern und Completern war jedoch gering. Huppert et al. (2006) verglichen ebenfalls Abbrecher und Completer eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation und fanden dabei keinen signifikanten Unterschied. Als Abbrecher wurden diejenigen Patienten klassifiziert, die an weniger als fünf Sitzungen teilgenommen hatten; die Motivation wurde von den Therapeuten im Anschluss an die zweite Sitzung anhand eines einzigen Items beurteilt.

In der Studie von Johansson und Eklund (2006) wurde erfasst, ob die Patienten die jeweilige psychiatrische Ambulanz aus eigenem Antrieb aufsuchten und wie groß ihr Wunsch war, diese aufzusuchen. Der Zusammenhang zwischen dem Mittelwert dieser beiden Beurteilungen und dem späteren Abbruch der Behandlung war nicht signifikant. Ebensoviele konnte in der Studie von Fischer-Kern et al. (2006) anhand der Psychotherapiemotivation von Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz zuverlässig vorhergesagt werden, ob diese im Anschluss an ein psychoanalytisches Erstgespräch entsprechend

der Empfehlung eine Psychotherapie aufgenommen hatten. Im Rahmen stationärer Psychotherapie fanden Lang, Koch und Schulz (2006) keinen Zusammenhang zwischen dem Abbruch der Therapie und Aspekten der Therapiemotivation wie die Intention zur Mitarbeit, psychischer Leidensdruck, Hoffnung auf Verbesserung und Kompetenzerwartung.

Mit dem Konstrukt der Psychotherapiemotivation verwandt ist das Transtheoretische Modell der Veränderung (TTM; Prochaska & Velicer, 1997), das Verhaltensänderungen in die Stadien Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung einteilt und als motivationales Stufenmodell betrachtet werden kann (Lang, 2004). In den Studien von Brogan, Prochaska und Prochaska (1999) und Smith, Subich und Kalodner (1995) erwies sich das Stadium, in dem sich die Patienten befanden, als signifikanter Prädiktor für Psychotherapieabbrüche. Weitere Studien zur Überprüfung des Modells konzentrierten sich aufgrund geringer Fallzahlen auf die Stufe der Absichtsbildung, der die meisten Patienten zugeordnet worden waren. Derisley und Reynolds (2000) kamen zu dem Ergebnis, dass eine niedrige Ausprägung auf dieser Skala mit einem erhöhten Abbruchrisiko einherging. Principe et al. (2006) berichten, dass diese Variable in einem multivariaten Modell nach Berücksichtigung der therapeutischen Allianz keinen weiteren Beitrag zur Vorhersage eines Abbruchs leistet.

### **3.2 Merkmale der Therapeuten**

Merkmale der Psychotherapeuten wurden deutlich seltener als Patientenmerkmale auf ihre Relevanz für Therapieabbrüche hin untersucht. Meist wurden wiederum soziodemografische Variablen betrachtet, wie Alter, Geschlecht und Minderheitenstatus, für die sich jedoch kein konsistenter Zusammenhang ergab (Wierzbicki und Pekarik, 1993).

Laut Beutler et al. (2004) fallen die Abbruchraten für weibliche und männliche Therapeuten nicht unterschiedlich hoch aus. Zudem spielt es dieser Übersichtsarbeit zufolge keine Rolle, ob Therapeut und Patient dem gleichen Geschlecht angehören. Bezüglich des Alters berichten Reneses et al. (2009), dass an den von ihnen untersuchten sozialpsychiatrischen Diensten jüngere Therapeuten niedrigere Abbruchraten aufwiesen als ältere Therapeuten. Der Trennwert zur Bildung der beiden Altersgruppen lag bei 46 Jahren. Die Berufserfahrung erwies sich hingegen nicht als signifikanter Prädiktor, wobei in dieser Studie zwei Therapeutengruppen mit einer Berufserfahrung von unter 16 Jahren bzw. über 16 Jahren miteinander verglichen wurden – ein Trennwert, der möglicherweise zu hoch angesetzt ist. In einer Reihe anderer Studien war eine längere Berufserfahrung mit

einem geringeren Abbruchrisiko verbunden (Baekeland et al., 1975; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006).

Zur Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen und anderen psychologischen Merkmalen der Therapeuten für das Abbruchrisiko konnten keine Studien identifiziert werden. Ergebnisse aus Studien, die untersuchten, ob Patienten, die ihre Therapeuten als wertschätzend und kompetent beurteilen, ihre Therapie seltener abbrechen, werden in Abschnitt 3.4.2.3 zusammen mit anderen Psychotherapieprozess-Merkmalen dargestellt.

### **3.3 Merkmale des Therapieangebots**

Inwieweit Merkmale der angebotenen Psychotherapie, wie die theoretische Orientierung und der vorgesehene Behandlungszeitraum beziehungsweise die Sitzungsfrequenz mit Therapieabbrüchen in Verbindung stehen, wurde noch nicht systematisch untersucht (Sharf, 2008). Einige Arbeiten weisen darauf hin, dass bei eher kurzen Therapieprogrammen in Kombination mit einer Information der Patienten über die Inhalte und die geplante Dauer der Therapie von einem geringeren Abbruchrisiko ausgegangen werden kann (Keijsers, Kampman & Hoogduin, 2001).

Weiterhin scheinen auch Faktoren wie eine gute Erreichbarkeit der jeweiligen Einrichtung (Barrett et al., 2008; Mitchell & Selmes, 2007) sowie ansprechende Räumlichkeiten (Barrett et al., 2008) eine Rolle für die Fortsetzung beziehungsweise den Abbruch einer Therapie zu spielen.

### **3.4 Merkmale des Psychotherapieprozesses**

Unter dem Begriff *Psychotherapieprozess* wird all das verstanden, was sich innerhalb der Therapie abspielt. Somit befasst sich die Prozessforschung mit dem Erleben und Verhalten von Patienten und Therapeuten während einer Therapiesitzung und mit den Erfahrungen, die Patienten zwischen den Sitzungen machen, beispielsweise beim Ausführen von Hausaufgaben oder beim Imaginieren eines therapeutischen Dialogs (Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Zu den am häufigsten untersuchten Prozessmerkmalen gehören die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung, die Kompetenz der Therapeuten, die Art der von ihnen eingesetzten Interventionen und das Ausmaß an Patientenmitarbeit.

Bevor der aktuelle Forschungsstand dieser Bereiche dargestellt wird, soll zunächst auf die zwei vorherrschenden methodischen Ansätze zur Erfassung therapeutischer Prozesse eingegangen werden.

### **3.4.1 Exkurs: Molare und molekulare Methoden zur Erforschung des Psychotherapieprozesses**

In der Psychotherapieprozess-Forschung können zwei methodische Ansätze unterschieden werden: Innerhalb des molaren Ansatzes wird eine globale Beurteilung des Therapiegeschehens vorgenommen, während innerhalb des molekularen Ansatzes die einzelnen Verhaltensweisen von Therapeut und Patient klassifiziert und deren Auftreten im Verlauf einer Sitzung quantifiziert werden (Heaton, Hill, & Edwards, 1995). Diese beiden Ansätze werden im Folgenden näher beschrieben und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile dargestellt. Auf andere Forschungsansätze, wie beispielsweise qualitative Untersuchungen des Therapieprozesses, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

#### **3.4.1.1 Globale Beurteilung des therapeutischen Prozesses**

Auf molarer Ebene wird im Anschluss an eine Therapiesitzung anhand von Fragebögen, Ratingskalen oder auch mündlichen Befragungen erhoben, wie Patienten und Therapeuten das Geschehen innerhalb der Sitzung oder aber den Interaktionspartner erlebt haben. Hierbei werden ihre subjektiven Wahrnehmungen, die Gedanken, Gefühle und Bewertungen während der Therapiesitzung auf vorgegebenen Dimensionen quantifiziert und damit vergleichbar gemacht. Zudem besteht die Möglichkeit, Video- oder Tonbandaufzeichnungen der Therapiesitzungen aus der Perspektive unbeteiligter Beobachter hinsichtlich verschiedener Aspekte beurteilen zu lassen (Orlinsky et al., 2004).

Für die Beurteilung aus Beobachterperspektive können Therapiesitzungen auch in mehrere Abschnitte unterteilt werden, die jeweils für sich genommen beurteilt werden. Je kürzer die zu beurteilenden Abschnitte sind, desto höher sollte die Reliabilität der Beurteilungen ausfallen; zudem bietet dieses Vorgehen den Vorteil, eventuelle Veränderungen der interessierenden Aspekte im Verlauf einer Sitzung abbilden zu können. Eine Erfassung von Patienten- und Therapeutenbeurteilungen unmittelbar nach einzelnen inhaltlich oder zeitlich definierten Sitzungsabschnitten ist zwar ebenfalls möglich, allerdings würden die wiederholten Unterbrechungen den Ablauf einer Therapiesitzung erheblich stören (Shelef & Diamond, 2008). Eine Alternative dazu bietet die Methode des *interpersonal process*

*recall*, bei der Patient und Therapeut getrennt voneinander in Anwesenheit eines Versuchsleiters die Video- oder Audioaufzeichnung einer Sitzung durchgehen und angeben, wie sie einzelne Episoden erlebt haben, beziehungsweise welche Episoden sie als besonders hilfreich oder abträglich empfunden haben (Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sack, 1985). Hierdurch werden die Unterbrechungen während der Therapiesitzung umgangen, jedoch ist anzunehmen, dass bei der nachträglichen Betrachtung einzelner Episoden das ursprüngliche Erleben nur noch verzerrt wiedergegeben werden kann. Beispielsweise könnte die Kenntnis des späteren Sitzungsverlaufs frühere Episoden rückblickend in anderem Licht erscheinen lassen (Schindler, 1991).

Zwischen den Beurteilungen von Patienten, Therapeuten und unbeteiligten Beobachtern fanden sich meist nur geringe Zusammenhänge (Keijsers et al., 2000; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007), was darin begründet sein könnte, dass je nach Perspektive unterschiedliche Kriterien zur Beurteilung des Therapieprozesses herangezogen werden. Am häufigsten wurde bislang die Patientenperspektive erfasst, da dieser eine bedeutsame prädiktive Validität beigemessen wird. So war die von den Patienten beurteilte therapeutische Beziehung in mehreren Studien signifikant mit dem späteren Therapieergebnis korreliert, während für die Therapeuten- und Beobachterperspektive kein nennenswerter Zusammenhang festgestellt wurde (Horvath & Symonds, 1991). Ebenso konnte gezeigt werden, dass die Beurteilung des therapeutischen Prozesses aus Patientenperspektive mit einem späteren Therapieabbruch zusammenhängt (Johansson & Eklund, 2006).

Somit kommt der Kenntnis des Patientenerlebens für die weitere Erforschung der Wirkungsweise therapeutischer Interventionen sowie der Möglichkeiten, die Effektivität von Therapieprogrammen zu steigern, besondere Bedeutung zu (Elliott, 2008). Dies gilt jedoch auch für die Perspektive der Therapeuten, da diese das weitere Vorgehen in der Therapie basierend auf ihrer Wahrnehmung des bisherigen Therapieverlaufs planen und diese Wahrnehmung auch dafür bestimmend sein dürfte, mit wieviel Engagement sie sich weiterhin in die Therapie einbringen werden (Hatcher, 1999). Die Perspektive unbeteiligter Beobachter schließlich bietet den Vorteil, dass diese in der Beurteilung therapeutischer Prozesse geschult sind und die Reliabilität ihrer Ratings im Vorfeld überprüft werden kann. Zudem können sie aufgrund ihrer Außenperspektive die Therapeut-Patient-Interaktion unvoreingenommener und differenzierter wahrnehmen, und das Risiko sozial erwünschter Angaben ist gering. Bei der Untersuchung der therapeutischen Adherence, bei der geprüft werden soll, ob die Therapien wie vorgesehen durchgeführt wurden, werden nahezu ausschließlich Beobachterratings herangezogen.

### 3.4.1.2 Systematische Verhaltensbeobachtung in der Psychotherapieprozess-Forschung

Anders als auf der molaren Ebene wird auf molekularer Ebene das konkrete beobachtbare Verhalten von Patient und Therapeut betrachtet. Hierbei wird der Ablauf einer Sitzung als Abfolge einzelner Verhaltensweisen abgebildet. Meist handelt es sich dabei um Sprechhandlungen (engl. *verbal response modes*), wobei diese in der Regel entsprechend ihrer intersubjektiven Bedeutung klassifiziert werden (z.B. *Frage*) und seltener entsprechend ihres Inhalts (z.B. *Arbeitskollegen*) oder extralinguistischer Merkmale wie Tonfall oder Lachen (Schindler, 1991). Eine geringere Anzahl an Studien konzentrierte sich auf die Untersuchung nonverbaler Verhaltensweisen im Therapieprozess (Benecke, 2005; de Roten, Darwish, Stern, Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999; Flückiger & Znoj, 2009), auf die in dieser Arbeit jedoch nicht eingegangen werden kann.

Zur Erfassung des verbalen Therapeutenverhaltens haben sich in den verschiedenen Klassifikationssystemen neun Kategorien etabliert, die als therapeutische Basisfertigkeiten (engl. *helping skills*) angesehen werden können: *Frage, Anleitung, Reflektieren, Erklärung, Unterstützung, Interpretation, Selbstöffnung, Konfrontation, Schweigen* (Elliott et al., 1987). Die Definitionen dieser Kategorien fallen jedoch recht unterschiedlich aus, so dass die Vergleichbarkeit der mit verschiedenen Instrumenten erzielten Ergebnisse trotz gleicher Bezeichnungen eingeschränkt ist (Schindler, 1991).

Für das verbale Patientenverhalten liegt eine geringere Anzahl an Klassifikationssystemen vor, die zudem innerhalb verschiedener Therapierichtungen erstellt wurden. Schindler (1991) benennt als 10 Primärkategorien: *Problembeschreibung, Sachlicher Bericht, Gefühlsäußerung, Änderungspläne, Einsicht, Änderungsbericht, Ansprechen der therapeutischen Beziehung, Ratsuche, Hemmendes Verhalten, Einfache Antwort*, zudem die Kategorie *Schweigen*.

Als Beobachtungseinheit wird in den meisten vorliegenden Klassifikationssystemen der grammatikalische Satz definiert, der zumindest Subjekt und Prädikat umfasst. Im Kategoriensystem von Schindler (1991), das unter 5.3.4 näher beschrieben wird, werden hingegen Sinneinheiten kodiert, die mehrere Sätze enthalten können. Eine neue Einheit beginnt, wenn der Sprecher von einer Kategorie zu einer anderen wechselt oder wenn der Interaktionspartner zu sprechen beginnt. Diese Vorgehensweise erleichtert die Untersuchung der gegenseitigen Steuerung von Patient und Therapeut im Gespräch.

Weiterhin ist auch eine Unterteilung des Gesprächs in Zeiteinheiten von wenigen Sekunden denkbar, denen dann jeweils die Verhaltenskategorie zugewiesen wird, die den Großteil des Verhaltens innerhalb eines Zeitabschnitts am besten charakterisiert (Rodde, Margraf, El Falaky, & Schneider, 1996). Mit dieser Methode ließe sich zwar vergleichsweise gut abschätzen, welchen Zeitanteil verschiedene Verhaltensweisen im Therapiegespräch eingenommen haben, jedoch eignet sie sich nicht zur Erfassung der verbalen Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Mithilfe einiger Computerprogramme können beim Abspielen einer Sitzungsaufzeichnung Beginn und Ende der einzelnen Sprechheiten markiert werden, so dass zusätzlich zur Kodierung einer Sprechhandlung auch deren Dauer erfasst werden kann (Quera & Bakeman, 2001).

Die Auswertung der anhand von Klassifikationssystemen produzierten Daten liefert zunächst Aussagen über die Auftretenshäufigkeit einzelner Sprechhandlungen. Beispielsweise wurden Therapeuten verschiedener Richtungen oder aber erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapien hinsichtlich der Häufigkeit bestimmter Verhaltenskategorien miteinander verglichen. In einigen Studien wurde untersucht, ob die Häufigkeit bestimmter Therapeutensprechhandlungen mit der Häufigkeit bestimmter Patientensprechhandlungen zusammenhängt oder inwieweit bestimmte Sprechhandlungen mit der globalen Beurteilung des Therapieprozesses zusammenhängen. Diese Methode erbrachte zwar einige interessante Ergebnisse, führte jedoch nicht in erhofftem Ausmaß zum Aufdecken richtungsweisender Zusammenhänge.

Insbesondere der Versuch, anhand von Korrelationen zwischen der Auftretenshäufigkeit einzelner Sprechhandlungen und dem Therapieergebnis herauszufinden, welches Therapeutenverhalten zum Erfolg einer Therapie beitragen kann, wurde wiederholt kritisch diskutiert (Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996; Stiles & Shapiro, 1994; Stiles & Shapiro, 1989). Zum einen wiesen Stiles und Shapiro darauf hin, dass die „Je-mehr-desto-besser“-Annahme, die diesem Vorgehen zugrundeliegt, auf therapeutische Prozesse nicht anwendbar sei. Die Erfahrung zeige, dass es häufig vereinzelt im richtigen Moment angebrachte therapeutische Interventionen seien, die einen positiven Effekt zur Folge hätten, während so manche längerwierige intensive Bemühung der Therapeuten keine nennenswerte Veränderung erzielten. Bei einer reinen Betrachtung von Auftretenshäufigkeiten könnten diese seltenen, aber wichtigen Momente nicht entdeckt werden (Langewitz, Nübling, & Weber, 2003; Zimmer & Zimmer, 1992). Zimmermann et al. (2003) führen aus, dass es selbst im Fall positiver linearer Zusammenhänge zwischen der Auftretenshäufigkeit bestimmter Verhaltenskategorien und dem Therapieergebnis sicherlich nicht ausreichte, wenn Therapeuten diese förderlichen Verhaltensweisen einfach häufiger einsetzten.

Schließlich hänge die Wirksamkeit einer Intervention entscheidend davon ab, ob sie zu einem günstigen Zeitpunkt und in angemessener Weise eingesetzt wird. Die Autoren schlagen vor, bei der Klassifikation von Sprechhandlungen zusätzlich auch deren Qualität zu beurteilen, um differenziertere Auswertungen vornehmen zu können.

Als weitere Erklärung für die enttäuschend niedrigen Prozess-Outcome-Zusammenhänge führt Stiles (Stiles, 2002b) die Responsivität der Therapeuten an. Wenn diese sich auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse ihrer Patienten einstellen und die verschiedenen Sprechhandlungen in genau richtigem Maße einsetzen, ist zwischen der Häufigkeit bestimmter Verhaltenskategorien und dem Sitzungsergebnis kein Zusammenhang zu erwarten. Beispielsweise würden Therapeuten bei Patienten, die ihre Anliegen auf Anhieb sehr präzise darstellen können, weniger Nachfragen stellen als bei Patienten, denen dies weniger leicht fällt. Wenn die Patienten, die ihre Probleme besser analysieren können (und deren Therapeuten daher verhältnismäßig wenige Fragen stellen), aufgrund dieser Fähigkeit einen größeren Sitzungsfortschritt erzielen, so würde sich sogar eine negative Korrelation zwischen der Häufigkeit des Nachfragens und Fortschritten in der Sitzung ergeben. Dieses Ergebnis könnte dann zu der Annahme führen, dass Nachfragen negative Auswirkungen haben.

Im Gegensatz zur Betrachtung von Auftretenshäufigkeiten ermöglicht eine sequentielle Analyse des Therapeuten- und Patientenverhaltens, Gesetzmäßigkeiten der Gesprächsteuerung zu erkunden. Hierbei geht es insbesondere um die Frage, wie Therapeuten anhand ihrer Sprechhandlungen das nachfolgende Patientenverhalten beeinflussen können, beziehungsweise welche Therapeut-Patient-Kontingenzen sich beispielsweise in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien finden lassen.

Die meisten Studien zur Therapeut-Patient-Interaktion untersuchen unmittelbare *Lag-1-Kontingenzen* zwischen aufeinanderfolgenden Therapeuten- und Patienten-Sprechhandlungen. Folgt beispielsweise ein bestimmtes Patientenverhalten mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit auf ein bestimmtes Therapeutenverhalten als es seiner Basisrate nach zu erwarten wäre, so kann das Therapeutenverhalten als auslösendes Ereignis und das Patientenverhalten als kontingente Reaktion darauf betrachtet werden. Entsprechend kann bestimmt werden, welche Therapeutenkategorien kontingent auf bestimmte Patientenkategorien folgen. Neben diesen unmittelbaren Kontingenzen von einer Sprechhandlung zur nächsten können auch längere Sequenzen der Patient-Therapeut-Interaktion untersucht werden. Dies erfolgte jedoch in vergleichsweise wenigen Studien (Terraz, de Roten, de Roten, Drapeau, & Despland, 2004), da hierfür deutlich größere Datenmengen benötigt werden als für zweigliedrige Sequenzen.

### 3.4.1.3 Zusammenfassende Bewertung der beiden methodischen Ansätze

Heaton et al. (1995) untersuchten, inwieweit molare und molekulare Methoden hinsichtlich ihrer Ergebnisse übereinstimmen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die anhand eines Kategoriensystems bestimmten Auftretenshäufigkeiten verschiedener Therapeutenverhaltensweisen nicht mit den entsprechenden Werten zweier Maße zur globalen Verhaltensbeurteilung korrelierten, während zwischen den beiden globalen Maßen signifikante Zusammenhänge bestanden. Somit konnte in einem ersten Schritt gezeigt werden, dass die beiden methodischen Ansätze zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Ein Vergleich der beiden Ansätze hinsichtlich ihrer prädiktiven Validität in Bezug auf Aspekte des Therapieergebnisses steht jedoch noch aus.

Die Ausführungen der beiden vorausgehenden Abschnitte haben bereits deutlich gemacht, dass die globale Beurteilung von Prozessmerkmalen und die Erfassung konkreten Therapeuten- und Patientenverhaltens in jeweils eigener Weise zum besseren Verständnis von Therapieprozessen beitragen können. Globale Sitzungsbeurteilungen geben darüber Aufschluss, wie bestimmte Aspekte des Therapieprozesses von Beteiligten oder außenstehenden Beobachtern insgesamt wahrgenommen werden, beispielsweise inwieweit sich ein Patient von seinem Therapeuten verstanden fühlt oder inwieweit ein Therapeut seinen Patienten als aktiv mitarbeitend erlebt. In diese subjektiven Urteile dürften sowohl quantitative Aspekte eingehen, beispielsweise wie häufig ein Therapeut Reformulierungen oder Interpretationen eingesetzt hat, als auch qualitative Aspekte, beispielsweise wie zutreffend diese Aussagen waren. Zudem ist zu erwarten, dass die verschiedenen Verhaltensweisen in jeweils individueller Weise zu einem Gesamteindruck integriert werden, wobei unterschiedliche Gewichtungen zum Einsatz kommen dürften.

Allerdings liefert das Wissen über die Bedeutsamkeit bestimmter Prozessmerkmale für das Therapieergebnis noch keine Informationen darüber, was genau Therapeuten tun sollten, um empathischer zu wirken oder um die Veränderungsbereitschaft ihrer Patienten zu stärken. Zur Beantwortung solcher Fragen kann wiederum die Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung beitragen (Stiles, 2002). Mithilfe der Erfassung des konkreten Verhaltens innerhalb einer Therapiesitzung lässt sich relativ zuverlässig feststellen, wie häufig Therapeuten und Patienten die verschiedenen Verhaltensweisen einsetzen und welche Verhaltens-Kontingenzen in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient bestehen. Demnach würde anhand dieser Methode die Mitarbeit eines Patienten anhand der Auftretenshäufigkeit von Sprechhandlungen wie das Äußern von Zielvorstellungen oder Änderungsberichten bestimmt werden. Weiterhin kann untersucht werden, mithilfe

welcher Therapeuten-Sprechhandlungen die Auftretenshäufigkeit solcher erwünschter Patientensprechhandlungen erhöht werden kann.

Im nächsten Abschnitt werden die Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen Psychotherapieprozess-Merkmalen und Therapieabbrüchen dargestellt. Dabei werden die einzelnen Prozessmerkmale jeweils anhand einer knappen Definition charakterisiert und auf eine umfassende Darstellung der Instrumente, die zur Erfassung dieser Merkmale entwickelt wurden, verzichtet. Jedoch werden die häufiger eingesetzten Prozessmaße in Zusammenhang mit den damit erzielten Ergebnissen genannt.

### **3.4.2 Zusammenhang zwischen global beurteilten Psychotherapieprozess-Merkmalen und Therapieabbrüchen**

Unter den Psychotherapieprozess-Merkmalen wurde am häufigsten die therapeutische Beziehung bzw. Allianz zwischen Therapeut und Patient auf einen Zusammenhang mit Therapieabbrüchen hin untersucht. Diese hat sich bereits als konsistenter Prädiktor für das Therapieergebnis erwiesen, wenn auch der Anteil der aufgeklärten Ergebnis-Varianz nur mäßig hoch ist (Martin, Garske, & Davis, 2000). Weiterhin wurden die jeweiligen Beiträge von Patienten und Therapeuten zum Gelingen einer guten Zusammenarbeit untersucht.

In den meisten der nachfolgend vorgestellten Studien wurden die Prädiktormasse bereits früh in der Therapie erfasst. Häufig wurde dafür die dritte Sitzung ausgewählt (Tryon & Kane, 1993). Dieses Vorgehen gründet auf Studienergebnissen, denen zufolge sich die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut bis zu diesem Zeitpunkt bereits ausreichend stabilisiert hat (Gelso & Carter, 1985).

#### **3.4.2.1 Therapeut-Patient-Beziehung**

Für das Konstrukt der therapeutischen Beziehung finden sich in der Literatur verschiedene Bezeichnungen, wie *therapeutische Allianz* oder *Arbeitsbeziehung*, die teilweise synonym verwendet werden (Martin, Garske & Davis, 2000). Ursprünglich standen diese Begriffe jedoch für unterschiedliche theoretische Konzeptualisierungen. Laut Catty, Winfield und Clement (2007) ist die Bezeichnung *therapeutische Beziehung* als Oberbegriff zu verstehen, während *therapeutische Allianz* den Aspekt der gemeinschaftlichen therapeutischen Arbeit hervorheben soll. Eine Übersicht über das Verständnis der therapeutischen

Beziehung innerhalb verschiedener therapeutischer Orientierungen und die Verwendung der einzelnen Begriffe findet sich bei Elvins und Green (2008) und Hentschel (2005a; Hentschel, 2005b). Hank und Krampen (2008) bieten eine Übersicht über Instrumente, die zur Erfassung der therapeutischen Beziehung entwickelt wurden.

Allgemein akzeptiert ist inzwischen Bordins (1979) pantheoretisches Konzept der therapeutischen Allianz (engl. *working alliance*) mit den folgenden drei Komponenten: die Einigkeit von Therapeut und Patient hinsichtlich der in der Therapie zu verfolgenden Ziele (*Goal*) und der hierzu notwendigen Vorgehensweisen (*Task*), sowie das Vorhandensein einer emotionalen Bindung zwischen Therapeut und Patient (*Bond*), die durch gegenseitige Sympathie, Vertrauen und Wertschätzung gekennzeichnet ist (Hersoug, Hoglend, Havik, & Monsen, 2010). Bordin zufolge sind diese drei Komponenten allen Therapierichtungen gemein, wobei sie jeweils unterschiedlich gewichtet würden. Basierend auf diesem Konzept entwickelte Horvath (Horvath & Greenberg, 1986; 1989) das *Working Alliance Inventory* (WAI), das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz (Martin, Garske & Davis, 2000).

Wie bereits erwähnt, erwies sich die therapeutische Allianz über zahlreiche Studien mit unterschiedlichen Störungsbildern und therapeutischen Interventionen hinweg als signifikanter Prädiktor für das Therapieergebnis (Martin, Garske & Davis, 2000). Farber (2003) stellt in seiner Übersichtsarbeit fest, dass Patienten bei Vorliegen einer guten Therapeut-Patient-Beziehung ihren Therapeuten gegenüber offener sind und eher persönliche schambesetzte Themen ansprechen. Der Meta-Analyse von Sharf (2008) zufolge fanden einige Studien auch einen Zusammenhang zu Therapieabbrüchen, wobei die mittlere aufgeklärte Varianz wiederum nur mäßig hoch ausfiel. In den meisten dieser Studien wurde die therapeutische Allianz aus Patientensicht anhand der Kurzversion des *Working Alliance Inventory* (WAI-S) im Anschluss an eine Sitzung der frühen Therapiephase erfasst.

Beispielsweise berichten Arnow et al. (2007) und Santiago et al. (2005), dass die Abbrecher eines 12- bzw. 16-wöchigen Psychotherapieprogramms für chronisch depressive Patienten die therapeutische Beziehung in der zweiten Therapiewoche signifikant ungünstiger beurteilt hatten als die Completer. Ebenso hatten in der Studie von Tryon und Kane (1995) diejenigen Studenten, die ihre Therapie an einer universitären Psychotherapieambulanz einseitig beendet hatten, nach der dritten Sitzung niedrigere Werte im WAI-S angegeben als die Studenten, die das Therapieende gemeinsam mit ihrem Therapeuten festgelegt hatten. In einer anderen Studie derselben Arbeitsgruppe unterschieden sich die Abbrecher und Completer jedoch nicht signifikant in den WAI-S-Werten der dritten Sitzung

(Tryon et al., 1993), obwohl in den beiden Studien keine wesentlichen Unterschiede bezüglich des Studiendesigns und der Methodik bestanden und auch die Abbruchraten mit 37% und 41% etwa gleich hoch ausfielen.

Johansson und Eklund (2006) berichten, dass die Patienten, die eine sozialpsychiatrische Behandlung abgebrochen hatten, bereits nach der ersten Sitzung signifikant niedrigere Allianzwerte als die Completer aufgewiesen hatten. Kokotovic und Tracey (1990), die ebenfalls die Allianz-Werte der ersten Sitzung zur Vorhersage des Abbruchsstatus herangezogen hatten, stellten dagegen keinen Unterschied zwischen Abbrechern und Completern einer universitären Psychotherapieambulanz fest. Die Autoren zogen daraus den Schluss, dass die Allianz nach einer einzigen Sitzung noch nicht ausreichend stabil sei, um einen späteren Therapieabbruch zuverlässig vorhersagen zu können. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse von Botella et al. (2008) gestützt, die die Abbrecher und Completer hinsichtlich der Allianz-Werte der ersten, zweiten und dritten Sitzung verglichen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass zwar bereits nach der ersten Therapiesitzung ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen bestand, dass dieser jedoch von der ersten bis zur dritten Sitzung stetig zunahm.

In zwei weiteren Studien von Samstag et al. (1998) und Samstag et al. (2008) wurde im Gegensatz zu den oben dargestellten Studien nicht die Allianzbeurteilung einer einzelnen frühen Sitzung verwendet, sondern der Mittelwert über mehrere Sitzungen hinweg. Wiederum wiesen die späteren Abbrecher hinsichtlich des WAI-Gesamtwerts und der drei Unterskalen *Goal*, *Task* und *Bond* niedrigere Werte als die Completer auf.

In nahezu allen bisher vorgestellten Studien wurde der Gesamtwert des WAI verwendet, mit der Begründung, dass die drei Skalen *Bond*, *Task* und *Goal* hoch miteinander korrelieren und somit eine getrennte Betrachtung wenig sinnvoll sei. Dennoch gibt es Hinweise auf eine differentielle Vorhersagestärke der drei Skalen. So berichten Principe et al. (2006), dass in ihrer Stichprobe von Patienten mit affektiven Störungen und Angststörungen nur die Ausprägung der Skala *Bond* im Anschluss an die erste Sitzung für das Erscheinen der Patienten zu einer zweiten Sitzung prädiktiv war, während hinsichtlich der Skalen *Task* und *Goal* zwischen den Abbrechern und den Patienten, die zu einer zweiten Sitzung erschienen, kein signifikanter Unterschied bestand.

Für Patienten mit schizophrenen Störungen liegen diesbezüglich noch kaum Studien vor. Lecomte et al. (2008) berichten, dass auch bei dieser Störungsform eine von den Patienten weniger günstig beurteilte therapeutische Allianz prädiktiv für eine geringere Nutzung sozialpsychiatrischer Dienste war.

Studien, in denen auch die therapeutische Allianz aus Therapeutenperspektive auf ihre Vorhersagekraft für Therapieabbrüche hin untersucht wurde, kamen ebenfalls überwiegend zu signifikanten Ergebnissen. In zwei Studien fand sich jedoch kein Zusammenhang zwischen therapeutenbeurteilter Allianz und einem späteren Therapieabbruch. Kokotovic und Tracey (1990) berichten, dass nicht nur die von den Patienten beurteilte Allianz im Anschluss an die erste Sitzung, sondern auch die Allianz aus Therapeutenperspektive nicht signifikant mit einem späteren Abbruch verbunden war. Gleichmaßen fanden Johansson und Eklund (2006) keinen Zusammenhang zwischen der vom Bezugstherapeuten beurteilten therapeutischen Beziehung und dem Abbruch des Kontakts zu einem sozialpsychiatrischen Dienst durch die Patienten.

Dagegen fiel in den oben bereits genannten Arbeiten von Samstag et al. (1998; 2008) und Tryon und Kane (1995) neben der patientenbeurteilten auch die therapeutenbeurteilte Allianz in der Gruppe der Abbrecher geringer aus als in der Gruppe der Completer. Und auch in der Studie von Tryon und Kane (1993), in der sich die Abbrecher und Completer hinsichtlich ihrer Beurteilung der Allianz nicht unterschieden, war für die Therapeutenurteile ein signifikanter Unterschied festzustellen.

Lingiardi, Filippucci und Baiocco (2005) verwendeten in ihrer Studie mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS; Gaston & Marmar, 1994), die von den Therapeuten im Anschluss an die fünfte Sitzung ausgefüllt wurde. Es zeigte sich, dass der Abbruch der Therapie anhand niedrigerer Werte auf den Skalen *Einigkeit bezüglich der Vorgehensweisen* (engl. *Working Strategy Consensus*) und *Einführendes Verstehen und Engagement des Therapeuten* (engl. *Therapist Understanding and Involvement*) vorhergesagt werden konnte. Die Skalen *Arbeitskapazität des Patienten* (engl. *Patient Working Capacity*) und *Mitarbeit des Patienten* (engl. *Patient Commitment*) waren dagegen nicht mit dem Abbruch einer Therapie verbunden.

Demnach erwies sich die therapeutenbeurteilte Allianz mehrheitlich als signifikanter Prädiktor für Therapieabbrüche. Meier, Barrowclough und Donmall (2005) weisen darauf hin, dass diese Ergebnisse ganz im Gegensatz zu dem Befund der Metaanalyse von Horvath & Symonds (1991) stehen, dem zufolge nur die Allianzratings der Patienten, nicht jedoch diejenigen der Therapeuten mit dem Therapieergebnis verbunden sind.

Bezüglich der therapeutischen Allianz aus der Perspektive eines außenstehenden Beurteilers gibt es noch kaum Befunde zum Zusammenhang mit Therapieabbrüchen. Startup, Wilding und Startup (2006) berichten, dass in ihrer Stichprobe von Patienten mit schizophrenen Störungen eine ungünstigere Beurteilung der Skalen *Goal* und *Task* des *Working*

*Alliance Inventory* mit einem späteren Therapieabbruch zusammenhing, wohingegen die Skala *Bond* nur tendenziell mit Abbrüchen verbunden war.

#### 3.4.2.2 Patientenmitarbeit

Die Mitarbeit der Patienten zählt zu den wichtigsten Veränderungsbedingungen im Psychotherapieprozess (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Erfasst wurde sie sowohl über Verhaltensweisen wie das Einhalten von Terminen, Pünktlichkeit und das Ausführen therapeutischer Aufgaben zwischen den Sitzungen als auch über das Ausmaß und die Qualität der Patientenbeiträge in den Therapiesitzungen. In einigen Arbeiten wurden mehrere dieser Aspekte in die Operationalisierung einbezogen und demnach ein weit gefasstes Mitarbeiters-Konzept vertreten (Baer, Dunbar, Hamilton, & Beutler, 1980; Drieschner & Boomsma, 2008; Tsang, Fung, & Corrigan, 2006), während sich andere Studien auf einzelne Aspekte konzentrierten (Coodin, Staley, Cortens, Desrochers, & McLandress, 2004; Dunn, Morrison, & Bentall, 2006; Saypol & Farber, 2010).

Innerhalb einer Therapiesitzung wird unter einer guten Mitarbeit verstanden, dass Patienten eigenständig Themen einbringen, offen über ihre Gefühle, Probleme und Wünsche sprechen, von sich aus Änderungsvorschläge machen, auf Anregungen und Vorschläge der Therapeuten eingehen und bereitwillig neue Verhaltensweisen ausprobieren (Drieschner et al., 2008; Karver et al., 2008; Schulte & Eifert, 2002). Zur Erfassung des Patientenverhaltens in Therapiesitzungen liegen nur wenige Instrumente vor (Allen, Newson, Gabbard, & Coyne, 1984; Cournoyer et al., 2007; Schulte et al., 2002; Svensson & Hansson, 1999). Zudem enthalten einige Instrumente zur Beschreibung des therapeutischen Prozesses (Eugster & Wampold, 1996; Smith, Hilsenroth, Baity, & Knowles, 2003) oder der therapeutischen Beziehung (Frank & Gunderson, 1990; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Krupnick et al., 1994; Stiles, 2002a; Stiles et al., 2002) Unterskalen zur Erfassung des Patientenengagements.

Der Zusammenhang zwischen der Mitarbeit schizophrener Patienten und dem Abbruch einer Psychotherapie wurde bislang in zwei Studien untersucht. Frank and Gunderson (1990) setzten zur Erfassung der Patientenmitarbeit die Skala *Active Engagement Scale* des *Psychotherapy Status Report* (PSR) ein, anhand derer die Therapeuten beispielsweise beurteilen sollten, inwieweit ihre Patienten kontinuierlich und aktiv mitgearbeitet, relevante Informationen ins Gespräch eingebracht und sich gegenüber den Interventionen des Therapeuten responsiv gezeigt haben und ob sie ein anhaltendes Interesse daran gezeigt haben, ihre Krankheit verstehen zu lernen und die Therapieziele weiterzuverfol-

gen. Die Autoren berichten, dass in ihrer Stichprobe von 143 Patienten ein mäßig hoher signifikanter Zusammenhang zwischen der Patientenmitarbeit und der Dauer des Verbleibs in der Therapie bestand. Zudem wurden die Patienten in drei Gruppen mit guter, ausreichender und geringer Mitarbeit eingeteilt und hinsichtlich ihrer Abbruchraten verglichen. Es zeigte sich, dass nur 13% der Patienten mit guter Mitarbeit und 17% der Patienten mit ausreichender Mitarbeit die Therapie innerhalb der ersten sechs Monate abgebrochen hatten, wohingegen der Anteil in der Gruppe mit geringer Mitarbeit bei 58% lag.

Die *Active Engagement*-Skala wurde auch in der Studie von Startup, Wilding und Startup (2006) verwendet, in der 10 Abbrecher und 10 Completer einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention für Patienten mit schizophrenen Störungen miteinander verglichen wurden. Wiederum zeigte sich, dass die Abbrecher von ihren Therapeuten hinsichtlich der Mitarbeit ungünstiger beurteilt worden waren als die Completer. In beiden Studien wurde die Patientenmitarbeit in einer späteren Phase der Therapie beziehungsweise kurze Zeit vor dem Abbruch erfasst, so dass keine Informationen darüber vorliegen, ob die Mitarbeit der Abbrecher bereits zu Beginn der Therapie niedriger ausgeprägt war oder ob sie erst im Verlauf der Therapie abgenommen hat.

In drei weiteren Studien wurde das Ausmaß, in dem die Patienten bei Therapiebeginn die vorgesehenen Fragebögen ausgefüllt hatten, auf einen Zusammenhang mit dem Abbruch der Therapie hin untersucht. Basan et al. (2000) und Ogrodniczuk et al. (2008) berichten, dass Patienten, die bei Therapiebeginn keine oder nur unzureichende Fragebogendaten geliefert hatten, ein höheres Abbruchrisiko aufwiesen als Patienten mit vollständiger Fragebogenbearbeitung. Hingegen bestand in der Studie von Stevens et al. (2007) diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen Abbrechern und Complettern.

### 3.4.2.3 Therapeutenkompetenz

Therapeutenverhalten wird als kompetent betrachtet, wenn in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext und dem Zeitpunkt in der Therapie potentiell wirksame Interventionen ausgewählt und regelgerecht eingesetzt werden. Kompetenz beinhaltet somit eine flexible und responsive Handhabung des innerhalb einer theoretischen Orientierung verfügbaren Inventars an therapeutischen Techniken. Demgegenüber bezeichnet therapeutische *Adherence* das Ausmaß, in dem Interventionen entsprechend den Richtlinien eines Therapiemanuals verwendet werden, unabhängig von der Qualität, mit der diese Interventionen ausgeführt werden (Pohl, Richter, & Bohus, 2000; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993).

Laut Kazantzis (2003) wurde Kompetenz zunächst als relativ stabiles Merkmal betrachtet. Dieser Auffassung zufolge erwerben Therapeuten mit zunehmender Erfahrung Kompetenzen, die sie dann über längere Zeiträume und über mehrere Therapien hinweg in gleichbleibend hoher Qualität einsetzen. Inzwischen hat sich jedoch eher die Sichtweise durchgesetzt, dass Kompetenz je nach Zeitpunkt oder Situation unterschiedlich ausfallen kann, so dass sie eher als *state*- denn als *trait*-Variable zu betrachten ist.

Linden, Langhoff und Milew (2007) unterscheiden sechs Ebenen, auf denen das Therapeutenverhalten sämtlicher Therapieschulen beschrieben und beurteilt werden kann. Auf der Ebene der Beziehungskompetenzen kann erfasst werden, inwieweit Therapeuten innerhalb einer Therapiesitzung Empathie, Echtheit und Wertschätzung zeigen, inwieweit sie für Transparenz in der Therapie sorgen und eine Kooperation mit ihren Patienten anstreben. Die Ebene der Basistechniken bezieht sich auf Interventionen, die zum allgemeinen Repertoire einer bestimmten Therapierichtung gehören und die bei verschiedenen Störungen eingesetzt werden, wohingegen auf der Ebene der störungsspezifischen Kompetenzen Interventionen betrachtet werden, die nur bei bestimmten Störungen indiziert sind. Auf den Ebenen der Stundenstrategie und der Prozessstrategie wird die Abfolge und Kombination therapeutischer Interventionen im Sitzungsverlauf beziehungsweise im Therapieverlauf betrachtet. Hierbei ist unter anderem von Bedeutung, inwieweit die Therapeuten den Ablauf einer Sitzung so strukturieren, dass die zur Verfügung stehende Zeit gut genutzt werden kann, beziehungsweise inwieweit sie innerhalb des Therapieverlaufs in strukturierter Weise einzelne Therapieziele bearbeiten und den Therapieplan je nach Entwicklung des Patienten adäquat modifizieren. Die Ebene der therapeutischen Heuristik bezieht sich schließlich auf theoretische Konzepte zur vorliegenden Erkrankung und den hierfür geeigneten Interventionsmodellen, in die die Therapieplanung eingebettet sein sollte.

Bei der Literaturrecherche für diese Arbeit konnten keine Studien identifiziert werden, die den Zusammenhang zwischen Therapieabbrüchen und der anhand eines der unter Abschnitt 5.3.3.2 vorgestellten Instrumente erfassten Therapeutenkompetenz untersucht haben. In einigen Arbeiten konnte jedoch gezeigt werden, dass Patienten umso seltener eine Therapie abbrechen, je mehr sie ihren Therapeuten als kompetent, erfahren und vertrauenswürdig wahrnehmen (Dyck, Joyce, & Azim, 1984; Kokotovic & Tracey, 1987). In einer weiteren Studie zeigte sich dieser Zusammenhang jedoch nicht (Martin, McNair, & Hight, 1988). Hinsichtlich der Beziehungskompetenzen konnte gezeigt werden, dass Abbrüche umso seltener auftreten, je mehr die Patienten ihre Therapeuten als freundlich

(Samstag et al., 1998), verständnisvoll und engagiert (Cournoyer et al., 2007) beziehungsweise als empathisch, warmherzig und echt empfinden (Ford, 1978).

### **3.4.3 Konkretes Therapeuten- und Patientenverhalten im Kontext von Therapieabbrüchen**

Bisher wurde nur vereinzelt untersucht, ob sich Therapien, die von den Patienten abgebrochen oder regulär beendet wurden, hinsichtlich des konkreten Verhaltens während einer Therapiesitzung unterscheiden. Deutlich häufiger wurde das Verhalten von Therapeuten und Patienten hinsichtlich seiner Bedeutung für das Therapieergebnis oder hinsichtlich seiner Auswirkung auf das Erleben einer Therapiesitzung untersucht. Im Folgenden werden zunächst Befunde zu einzelnen Therapeuten- und Patienten-Sprechhandlungen dargestellt und im Anschluss daran Ergebnisse zur Interaktion zwischen Therapeuten- und Patientenverhalten.

#### **3.4.3.1 Therapeuten-Sprechhandlungen**

Tryon (2003) untersuchte den Zusammenhang zwischen dem Therapeutenverhalten und der Aufnahme einer Therapie anhand von lediglich elf Erstgesprächen, die an einer universitären Psychotherapieambulanz von einer psychodynamisch orientierten Psychotherapeutin abgehalten wurden. Das Therapeutenverhalten wurde anhand der 12 Kategorien des *Hill Therapist Verbal Response Category System* (Hill, 1992) klassifiziert. Das Patientenverhalten wurde in dieser Studie nicht erfasst. In den Erstgesprächen mit den sieben Patienten, die mindestens einen weiteren Termin wahrgenommen hatten, war die Kategorie *Information* mit einem Anteil von 40% an der Gesamtzahl der Sprechhandlungen signifikant häufiger und die Kategorie *Minimale Unterstützung* mit einem Anteil von 14% signifikant seltener vertreten als in den Erstgesprächen mit den vier Patienten, die kein weiteres Gespräch in Anspruch genommen hatten. Hier betrug der Anteil an *Information* 27% und der Anteil an *minimaler Unterstützung* 21%. Hinsichtlich der restlichen Kategorien bestand kein Unterschied, ebensowenig hinsichtlich der Gesamtanzahl der Therapeutensprechhandlungen.

Eine weitere Studie untersuchte das Therapeutenverhalten in Beziehung zu einem späteren Abbruch an einer Stichprobe von 22 Mutter-Kind-Dyaden, die eine Therapie zur Verbesserung ihrer Interaktion erhielten (Harwood & Eyberg, 2004). Das Therapeutenverhalten innerhalb eines 20-Minuten-Ausschnitts des diagnostischen Erstgesprächs und

eines 10-Minuten-Ausschnitts der ersten Therapiesitzung wurde anhand des *Therapy Process Code* (Chamberlain & Ray, 1988) erfasst, der sieben Kategorien beinhaltet. Die Gesamtzahl der Therapeuten-Sprechhandlungen war in den beiden Mutter-Kind-Gruppen mit erfolgreichem Therapieabschluss bzw. mit vorzeitiger Beendigung nicht unterschiedlich hoch. Jedoch trat in der Gruppe der späteren Abbrecher die Kategorie *Verständnis* häufiger und die Kategorie *minimale Unterstützung* seltener auf als in der Gruppe der Mutter-Kind-Dyaden, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen hatten. Fragen kamen in der Gruppe der Abbrecher nur tendentiell häufiger vor als in der Gruppe der Completer. Hinsichtlich der Kategorien *Erklären* und *Widerspruch* ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Kategorien *Interpretation* und *Strukturieren* konnten nicht ausgewertet werden, da die Interraterreliabilität hierfür zu gering war. Eine nachträgliche differenziertere Analyse der Kategorie *Fragen*, bei der offene und geschlossene Fragen getrennt betrachtet wurden, ergab, dass sich die Gespräche der Abbrecher und Completer nur hinsichtlich der Häufigkeit geschlossener Fragen unterschieden, die in der Gruppe der Abbrecher häufiger vorkamen, nicht jedoch hinsichtlich der Häufigkeit offener Fragen.

Drei weitere Arbeiten liefern Hinweise darauf, welche Therapeutenverhaltensweisen mit einer günstigen Beurteilung durch die Patienten verbunden sind. In der Studie von Sharpley et al. (2000) führten 59 angehende Psychotherapeuten ein Gespräch mit einer von zwei *standardisierten Klientinnen*, d.h. Fachkolleginnen, die darin geschult worden waren, ihre Probleme wiederholt in gleicher Weise darzustellen. Während der Therapiegespräche beurteilten die beiden „Klientinnen“ die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit im Abstand von einer Minute, indem sie einen von fünf Knöpfen auf einem Gerät in ihrer Hand drückten. Von den insgesamt 2773 Gesprächs-Minuten wurden die 283 Minuten mit niedrigem und die 503 Minuten mit hohem Rapport ausgewählt und miteinander hinsichtlich des Therapeutenverhaltens verglichen. Es zeigte sich, dass in den Minuten mit hohem Rapport die Kategorien *minimale Unterstützung*, *Reflektieren von Gefühlen* und *Reformulierungen* signifikant häufiger vorkamen als in den Minuten mit niedrigem Rapport. Nur tendentiell signifikant häufiger kam die Kategorie *Information* vor. Hinsichtlich der Kategorien *geschlossene Fragen*, *offene Fragen* und *Unterbrechungen* ergaben sich keine Unterschiede. Die Verhaltenskategorien *Konfrontation*, *Direktiven*, *Interpretation* und *Selbstöffnung* wurden so selten eingesetzt, dass sie in die Auswertung nicht einbezogen werden konnten.

Bei Bedi, Davis und Arvay (2005) wurden neun Patienten gebeten anzugeben, welche konkreten Verhaltensweisen sie als besonders hilfreich für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung empfunden hatten. Hinsichtlich der verbalen Kommunikation nannten

sie insbesondere *minimale Unterstützung*, *Reflektieren von Gefühlen* und *Reformulieren*, *Selbstöffnung* und *Unterstützung* (bestehend aus Normalisieren, Validieren, Zuspruch). Sehr häufig wurden auch nonverbale Verhaltensweisen genannt, wie Lächeln, zugewandte Körperhaltung und Kopfnicken.

In der Studie von Schindler et al. (1989) fand sich ein niedriger, jedoch signifikanter negativer Zusammenhang ( $r=-.27$ ) zwischen direkter Führung durch den Therapeuten und der von den Patienten wahrgenommenen Wertschätzung durch den Therapeuten. Andere Autoren berichten jedoch, dass Anleitungen und Direktiven zu den am hilfreichsten beurteilten therapeutischen Interventionen gehören (Elliott, Barker, Caskey, & Pistrang, 1982; Murphy, Cramer, & Lillie, 1984).

Eine Zusammenschau dieser Befunde ergibt, dass sich die meisten signifikanten Ergebnisse auf die häufiger auftretenden Verhaltensweisen wie Unterstützung, Direktiven und Informationsvermittlung beziehen, während seltenere Verhaltensweisen wie Selbstöffnung des Therapeuten, Interpretationen oder Kritik entweder keinen Zusammenhang mit den untersuchten Variablen aufwiesen oder aber aufgrund zu geringer Häufigkeit nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten. Hinsichtlich des unterstützenden Therapeutenverhaltens zeigte sich, dass dieses von den Patienten regelmäßig als hilfreich und wichtig für eine gute Zusammenarbeit bewertet wurde, andererseits war unterstützendes Verhalten bei Harwood und Eyberg (2004) mit dem Abbruch einer Therapie verbunden. Dieser Widerspruch lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Therapeuten in den Sitzungen mit weniger kooperativen Patienten vermehrt unterstützendes Verhalten einsetzen, um sie damit für eine verstärkte Mitarbeit zu gewinnen. Demnach wäre das Therapeutenverhalten eher als Reaktion auf eine ungünstige Entwicklung anzusehen und nicht als deren Auslöser. Anhand korrelativer Untersuchungen können jedoch keine Aussagen zur Gesprächssteuerung gemacht werden. Dafür eignen sich die Ergebnisse aus sequenzanalytischen Studien, die im Abschnitt 3.4.3.3 dargestellt werden.

### 3.4.3.2 Patienten-Sprechhandlungen

Bereits der Umfang, in dem sich Patienten am Gespräch beteiligen, hängt mit einem günstigen Therapieausgang zusammen (Orlinsky et al., 1994). Tryon (1989; 1990) stellte in zwei Studien fest, dass die Erstgespräche von Patienten, die danach eine Therapie begonnen hatten, mit einer durchschnittlichen Dauer von 52 Minuten länger waren als die Gespräche mit Patienten, die dies nicht getan hatten. Bei diesen dauerte das Erstgespräch durchschnittlich 39 Minuten. Startup, Wilding und Startup (2006) verglichen

in ihrer Stichprobe von Patienten mit schizophrenen Störungen ebenfalls die Gesprächsdauer von Abbrechern und Completern, wobei der Unterschied zwischen den durchschnittlich 48,6 Minuten in der Completergruppe und den 42,2 Minuten in der Abbrechergruppe nicht signifikant war.

Studien zum Zusammenhang zwischen der Häufigkeit bestimmter Patienten-Sprechhandlungen und einem späteren Therapieabbruch ließen sich bei der Literaturrecherche für diese Arbeit nicht finden. Einige wenige Studien untersuchten das Patientenverhalten im Hinblick auf das Therapieergebnis. Beispielsweise stellten Keijsers et al. (1995) an einer Stichprobe von Patienten mit Panikstörungen einen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit bestimmter Patienten-Sprechhandlungen und dem Therapieerfolg für die Kategorien *Problembeschreibung* und *Öffnung* fest. *Kurzantworten* hingegen korrelierten negativ mit dem Therapieerfolg.

In der Studie von Lee und Nomura (2006) wurden 27 Beratungsgespräche einer Therapeutin mit Studenten analysiert, die sich als Probanden für die Studie zur Verfügung gestellt hatten. Die Studenten waren darüber informiert, dass die angebotene Beratung nur eine Sitzung umfassen würde. Die Ergebnisse zeigten, dass das Verhalten der Studenten in den erfolgreicheren Gesprächen durch einen geringeren Anteil an sachlichen Berichten gekennzeichnet war und einen höheren Anteil an Verhaltensweisen, die eine Exploration von Gefühlen, Gedanken und Verhalten sowie Problemeinsicht beinhalteten.

Kaimer et al. (1989) verglichen lediglich zwei unterschiedlich erfolgreiche Verhaltenstherapien ein und desselben Therapeuten. Beide Patientinnen wiesen eine depressive Störung auf. Die Autoren berichten, dass die weniger erfolgreiche Patientin mehr Kurzantworten gab und weniger Problembeschreibungen und Änderungsberichte lieferte als die erfolgreiche Patientin. Der Therapeut zeigte in der weniger erfolgreichen Therapie mehr exploratives und einführendes Verhalten und lieferte weniger an Erklärungen und Unterstützung.

Demnach ergibt sich wie bereits im Abschnitt zur globalen Beurteilung des Patientenverhaltens (s. Abschnitt 3.4.2.2) auch bei der Untersuchung des konkreten Verhaltens, dass insbesondere die aktive Mitarbeit der Patienten in der Therapie mit einem günstigen Therapieausgang zusammenhängt. Differenziertere Aussagen lassen sich aufgrund der geringen Anzahl von Studien, die zudem auf extrem niedrigen Fallzahlen beruhen, nicht treffen.

### 3.4.3.3 Interaktion zwischen Therapeuten- und Patienten-Sprechhandlungen

Neben den absoluten und relativen Häufigkeiten einzelner Patienten- oder Therapeuten-Sprechhandlungen wurden auch Merkmale der Therapeut-Patient-Interaktion untersucht. Dabei wurde insbesondere der Frage nachgegangen, welches Therapeutenverhalten mit einer erhöhten Rate an günstigem kooperativem Patientenverhalten verbunden ist. Diese Studien sind in Zusammenhang mit der Erforschung von Psychotherapieabbrüchen insofern von Bedeutung, als in vorausgehenden Abschnitten deutlich wurde, dass das Ausmaß und die Qualität der Patientenmitarbeit mit einem günstigen Therapieausgang zusammenhängt.

Beispielsweise untersuchten Bischoff und Tracey (1995) den Zusammenhang zwischen direktivem Therapeutenverhalten und nachfolgendem Patienten-‘Widerstand’ anhand einer Stichprobe von 10 archivierten Therapiesitzungen von Psychotherapeuten verschiedener Therapierichtungen wie Pearls, Ellis und Rogers. Der Zusammenhang zwischen direktivem Therapeutenverhalten und unmittelbar nachfolgendem Patienten-Widerstand war zwar über alle Sitzungen hinweg statistisch signifikant, jedoch lag ein derartiger Zusammenhang nur in 3 der 10 ausgewerteten Therapien vor, und zwei dieser drei Therapien wurden mit derselben Patientin durchgeführt. Ein Zusammenhang in der umgekehrten Richtung, dass Patienten-Widerstand zu direkterem Therapeutenverhalten führt, wurde nicht gefunden. Demnach ist von direktivem Therapeutenverhalten nicht generell eine nachteilige Auswirkung auf die Patientenmitarbeit zu befürchten. Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass auch der Kontext des jeweiligen Verhaltens eine Rolle spielen dürfte, wie beispielsweise ob die therapeutische Beziehung stabil ist oder nicht.

Watson und McMullen (2005) untersuchten an einer Stichprobe von 24 Patienten mit depressiven Störungen, ob auf direktives Therapeutenverhalten in der Form von Strukturierung, Erklärungen und Fragen überzufällig häufig Widerstand der Patienten folgt und ob Patienten auf nondirektives Therapeutenverhalten überzufällig häufig mit Kooperation reagieren. Diese Interaktionsmuster fanden sich weder in der Gesamtstichprobe der Therapiesitzungen noch in den Untergruppen von Sitzungen mit einer schlechten bzw. guten Beurteilung der Beziehung.

Schindler (1991) untersuchte die Therapeut-Patient-Interaktion innerhalb einer Verhaltenstherapie bei chronischen Schlafstörungen. Ein Vergleich der 16 erfolgreicherer mit den 15 weniger erfolgreichen Therapien ergab, dass die erfolgreichen Patienten mehr Mitarbeit und weniger hemmendes Verhalten zeigten und dass die Therapeuten in der erfolgreichen Gruppe mehr Klassifikationen und Unterstützungen einsetzten. Bezüglich

der Interaktion konnte bereits früh in der Therapie nur in der erfolgreichen Gruppe eine wechselseitige positive Beeinflussung festgestellt werden. In der Gruppe mit ungünstigerem Therapieergebnis reagierten die Patienten auf Unterstützung der Therapeuten weniger kontingent mit Mitarbeit, und die Therapeuten reagierten auf Mitarbeit weniger kontingent mit Unterstützung.

Die Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung wurde bisher nur in einer der Autorin bekannten Studie mit schizophrenen Patienten eingesetzt. Kraemer et al. (1999) untersuchten anhand dreier vollständig aufgezeichneter Therapien chronisch schizophrener Patienten, ob und in welchem Ausmaß sich eine bestimmte Sequenz aus Patienten- und Therapeuten-Äußerungen entdecken lässt, die sich in früheren Studien als günstig für das Therapieergebnis erwiesen hatte (Schindler, 1988). Es zeigte sich, dass in allen drei Patient-Therapeut-Dyaden auf einführende unterstützende Äußerungen der Therapeuten überzufällig häufig Initiativen ergreifendes kooperatives Verhalten der Patienten folgte, worauf wiederum mit signifikant erhöhter Wahrscheinlichkeit Einfühlung und Unterstützung durch die Therapeuten folgte. Diese Abfolge von Patienten- und Therapeuten-Sprechhandlungen wird als *Kooperationssequenz* bezeichnet. Die drei Patienten reagierten jedoch auch auf Exploration und Direktiven der Therapeuten überzufällig oft mit Initiativen bzw. Kooperation. Da sich diese Zusammenhänge gleichermaßen in der einen erfolgreichen und den zwei weniger erfolgreichen Therapien zeigten, schließen die Autoren, dass das Auftreten der Kooperationssequenz nicht mit dem Therapieerfolg zusammenhängt.

## 4. Zusammenfassung und Ableitung der Fragestellungen

In den vorausgehenden Kapiteln wurde deutlich, dass die Forschung zu Psychotherapieabbrüchen meist inkonsistente Ergebnisse erbracht hat und dass eine Integration dieser Ergebnisse aufgrund der Vielfalt an operationalen Definitionen der zu untersuchenden Merkmale und anderer Unterschiede im methodischen Vorgehen erschwert wird. Erschwerend kommen die geringen Fallzahlen einiger Studien und die damit verbundene niedrige Teststärke hinzu. Dennoch kann festgehalten werden, dass ein bedeutsamer Teil der Patienten mit schizophrenen Störungen eine begonnene Psychotherapie vor deren regulären Abschluss beendet. Einige dieser Patienten weisen einen günstigen Krankheitsverlauf auf und nehmen gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt weitere Behandlungsangebote in Anspruch. Ein Teil der Abbrecher scheint dagegen von einer Chronifizierung der Symptomatik bedroht zu sein, so dass die weitere Erforschung der Faktoren, die mit einem erhöhten Abbruchrisiko verbunden sind, von hoher Relevanz ist.

Nachbefragungen von Patienten ergaben, dass die Abbruchgründe zu einigen wenigen Kategorien zusammengefasst werden können. Ein Teil der Abbrüche lässt sich auf äußere Umstände oder auf eine Veränderung der Lebenssituation zurückführen und erfolgt somit weitgehend unabhängig vom Therapieangebot; ein bedeutsamer Teil der Abbrüche wird jedoch aus einer Unzufriedenheit mit der Therapie heraus vollzogen. Einigen Studien zufolge bezieht sich die Unzufriedenheit beispielsweise auf die eingesetzten Interventionen, die therapeutische Beziehung oder auf einen als zu gering wahrgenommenen Fortschritt. Dabei bringen die Patienten ihren Therapeuten gegenüber diese Unzufriedenheit häufig nicht zum Ausdruck. Die Repräsentativität der Ergebnisse aus Nachbefragungsstudien ist jedoch fraglich, da in der Regel nur ein Bruchteil der Abbrecher einbezogen werden konnten.

Der Versuch, Patientenmerkmale zu identifizieren, die regelhaft mit Therapieabbrüchen zusammenhängen, war im wesentlichen erfolglos. Weder soziodemografische noch krankheitsbezogene Merkmale erwiesen sich als konsistente Prädiktoren. Auch in Bezug auf psychologische Merkmale wie beispielsweise die Veränderungs- und Therapiemotivation der Patienten, ihre Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der Therapie, ihre Selbstwirksamkeit, Problemlösekompetenzen und verschiedene Persönlichkeitsmerkmale liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Der Untersuchung dieser Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und Therapieabbrüchen liegt die Erwartung zugrunde, dass sich die genannten Merkmale ungünstig auf den Therapieprozess auswirken, was wieder-

um eine vorzeitige Beendigung der Therapie begünstigt. Jedoch könnte eine hohe Responsivität der Therapeuten dieser Entwicklung vorbeugen, indem sie das Therapieangebot an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten anpassen. Entsprechend lautet das Fazit mehrerer Autoren, dass zunächst untersucht werden sollte, inwiefern sich vorzeitig und regulär beendete Therapien hinsichtlich der Therapeut-Patient-Interaktion und anderen Therapieprozessmerkmalen unterscheiden.

Am häufigsten wurde die therapeutische Allianz aus Patienten-, Therapeuten- oder Beobachterperspektive untersucht, für die jeweils meist ein signifikanter Zusammenhang zu Therapieabbrüchen festgestellt werden konnte. Ebenso erwies sich eine geringere Mitarbeit der Patienten als prädiktiv für Therapieabbrüche. Noch ungeklärt ist die Bedeutung des Therapeutenverhaltens, insbesondere die Kompetenz hinsichtlich der Beziehungsgestaltung und der Anwendung therapeutischer Verfahren. Weiterhin scheint den Nachbefragungsstudien zufolge das Fortschrittserleben der Patienten relevant zu sein, dessen prädiktive Bedeutung ebenfalls noch ungeklärt ist.

Das konkrete Verhalten von Patienten und Therapeuten innerhalb einer Therapiesitzung wurde noch kaum in Zusammenhang mit dem Abbruchstatus untersucht. Den wenigen vorliegenden Studien zufolge ist bei Abbrechern im Vergleich zu Completern eine geringere Anzahl an Gesprächsbeiträgen, eine niedrigere Rate an Problembeschreibungen und an emotionaler Öffnung und eine höhere Rate an Kurzantworten zu erwarten. Therapeuten wiesen in Gesprächen mit Abbrechern eine höhere Rate an geschlossenen Fragen und an unterstützendem Verhalten auf als in Gesprächen mit Completern. Hinsichtlich der Interaktion zwischen Patienten- und Therapeutenverhalten gibt es Hinweise auf einen günstigen Effekt zwischen einer kontingenten Abfolge von Einfühlung oder Unterstützung der Therapeuten und Kooperation der Patienten.

Basierend auf diesen Ergebnissen soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, inwieweit sich Therapieabbrüche bereits in der Anfangsphase einer Psychotherapie anhand von Merkmalen des therapeutischen Prozesses identifizieren lassen. Hierfür wurden folgende Fragestellungen formuliert:

(1) In einem ersten Schritt soll festgestellt werden, ob sich Patienten, die ihre Therapie abbrechen, und Patienten, die ihre Therapie regulär abschließen, hinsichtlich einer Reihe von soziodemografischen Merkmalen, ihrem Funktionsniveau, der aktuellen Symptomatik und hinsichtlich anderer klinischer Variablen unterscheiden. Entsprechend den Ergebnissen bisher durchgeführter Studien, von denen sich allerdings nur wenige mit schizophre-

nen Störungen befasst haben, wird erwartet, dass in diesen Merkmalen keine signifikanten Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern bestehen.

(2) Im Hauptteil der Arbeit wird untersucht, inwiefern sich die frühen Therapiesitzungen von Abbrechern und Completern hinsichtlich verschiedener Merkmale des Therapieprozesses unterscheiden. Hierzu werden zwei verschiedene Strategien zur Erfassung von Therapieprozessmerkmalen verfolgt. Zum einen werden *globale Beurteilungen* des Therapieprozesses aus Patienten-, Therapeuten- und Beobachter-Perspektive erfasst. Zum anderen werden anhand einer *systematischen Verhaltensbeobachtung* die Sprechhandlungen der Patienten und Therapeuten erfasst und ihre gegenseitige Steuerung während des Therapiegesprächs analysiert.

(2a) Bezüglich der globalen Beurteilungen des Therapieprozesses sollen entsprechend den in Abschnitt 3.4.2 dargestellten Forschungsergebnissen folgende Fragen beantwortet werden:

- Unterscheiden sich Abbrecher und Completer in ihrer Beurteilung einer frühen Therapiesitzung hinsichtlich verschiedener Aspekte des Therapieprozesses, insbesondere der therapeutischen Beziehung und des Sitzungsfortschritts?
- Beurteilen Therapeuten eine frühe Therapiesitzung mit Patienten der Abbrecher- bzw. Completergruppe hinsichtlich verschiedener Aspekte des Therapieprozesses, insbesondere der therapeutischen Beziehung, des Sitzungsfortschritts sowie der Patientenmitarbeit unterschiedlich?
- Beurteilen außenstehende Beobachter die frühen Therapiesitzungen der Abbrecher- und der Completer-Gruppe hinsichtlich verschiedener Aspekte des Therapieprozesses, wie der therapeutischen Beziehung, der Mitarbeit der Patienten und der Therapeutenkompetenz unterschiedlich?

Es wird jeweils erwartet, dass die genannten Prozessmerkmale in der Gruppe der Abbrecher jeweils ungünstiger beurteilt werden als in der Gruppe der Completer. Der Sitzungsfortschritt wird lediglich aus der Perspektive der Patienten und Therapeuten erfasst, während aus Beobachterperspektive ausschließlich das Verhalten der beiden Interaktionspartner sowie ihre Zusammenarbeit beurteilt werden. Die Therapeutenkompetenz wird entsprechend der Gepflogenheiten in der Literatur nur aus Beobachterperspektive erfasst.

(2b) Weiterhin soll untersucht werden, ob eine der drei Perspektiven der Patienten, Therapeuten und Beobachter für die Vorhersage eines späteren Abbruchs von besonderer

Bedeutung ist. Die bisherigen Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Beurteilungen der Patienten, insbesondere ihr Erleben der therapeutischen Beziehung, den größten Beitrag zur Vorhersage von Therapieabbrüchen leisten. Jedoch wurde die relative Bedeutung der ausgewählten Therapieprozessmerkmale aus den drei Perspektiven bisher noch nicht bestimmt, so dass diese Fragestellung rein explorativ untersucht wird. So ist denkbar, dass mehrere Merkmale des Psychotherapieprozesses, die aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven beurteilt wurden, unabhängig voneinander zur Prädiktion von Therapieabbrüchen beitragen.

(2c) Bezüglich des konkreten Verhaltens der Patienten und Therapeuten innerhalb einer Therapiesitzung werden folgende Fragestellungen auf explorative Weise untersucht:

- Unterscheiden sich Sitzungen von Abbrechern und Completern hinsichtlich der Häufigkeit bestimmter Kategorien von Therapeuten- oder Patienten-Sprechhandlungen?
- Unterscheiden sich Sitzungen von Abbrechern und Completern hinsichtlich der wechselseitigen Gesprächssteuerung von Patienten und Therapeuten?

(2d) Falls entsprechend Punkt (2c) Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern festgestellt werden können, soll in einer multivariaten Untersuchung bestimmt werden, welche dieser Maße sich als besonders relevant für die Vorhersage von Therapieabbrüchen erweisen.

(2e) Schließlich soll überprüft werden, ob global beurteilte Prozessmerkmale und systematisch erfasstes Verhalten in unterschiedlicher Weise zur Vorhersage von Therapieabbrüchen beitragen. Diese Fragestellung soll wiederum explorativ untersucht werden, da hierzu noch keine Ergebnisse früherer Studien vorliegen, aufgrund derer bestimmte Erwartungen formuliert werden könnten.

(3) Eine weitere Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen den globalen Beurteilungen des Therapieprozesses und dem konkreten Verhalten in der Therapiesitzung. Hierbei soll auf explorative Weise untersucht werden, inwieweit das Erleben der Therapeuten und Patienten und die Wahrnehmung des Therapieprozesses aus Beobachtersicht mit den Therapeuten- und Patienten-Sprechhandlungen in der Sitzung zusammenhängen.

## 5. Methoden

### 5.1 Beschreibung des Untersuchungsdesigns und des übergeordneten Studienprojekts

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine vorwiegend explorative Auswertung von Daten, die im Rahmen einer multizentrischen kontrollierten, randomisierten Psychotherapiestudie erhoben wurden. Die Psychotherapiestudie wurde als Teil der Ersterkrankungsstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie (Gaebel et al., 2004) im Zeitraum von 2000 bis 2004 durchgeführt. Zu den fünf beteiligten Zentren gehören die Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitäten Bonn, Düsseldorf, Köln, München und Tübingen. Das Hauptziel der Studie bestand darin zu untersuchen, ob durch eine umfassende kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung die Rückfallrate bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen im Vergleich zu einer kurzen psychoedukativen Intervention gesenkt werden kann. Weiterhin war vorgesehen, die Bedeutung der Therapeut-Patient-Interaktion für das Therapieergebnis und für den Abbruch der Therapie zu untersuchen.

Insgesamt wurden 917 Patienten auf das Vorliegen der Einschluss- und Ausschlusskriterien geprüft. Das wesentliche Einschlusskriterium war das erstmalige Auftreten einer schizophrenen Störung. Da die vorliegende Psychotherapiestudie im Rahmen einer doppelblinden pharmakologischen Studie durchgeführt wurde, wurden weitergehende Ausschlusskriterien angelegt als sie für Psychotherapiestudien üblich sind, wie beispielsweise Kontraindikationen für eine antipsychotische Behandlung, die bei 26 der gescreenten Patienten vorlagen. Weitere Ausschlussgründe waren eine unfreiwillige stationäre Behandlung in der Akutphase (n=144), die Teilnahme an einer weiteren unvereinbaren Studie (n=56), Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (n=48), unzureichende Deutschkenntnisse (n=40), Alter unter 18 oder über 55 Jahren (n=21), eine Erkrankung des zentralen Nervensystems (n=21), das Vorliegen einer schweren körperlichen Krankheit (n=16) und Suizidtendenzen in der Vergangenheit (n=15). Von den 384 für die Studie geeigneten Patienten stimmten 111 (29%) Patienten der Studienteilnahme schriftlich zu und wurden auf die beiden Studienbedingungen randomisiert.

Die Behandlung wurde als Einzeltherapie durchgeführt und folgte einem schriftlichen Behandlungsmanual (Klingberg, Schaub, & Conradt, 2003). In der Kontrollbedingung (PE) erhielten die Patienten im Rahmen eines acht Sitzungen umfassenden Psychoedukati-

onsprogramms Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung und wurden dabei unterstützt, ein angemessenes Krankheitskonzept zu entwickeln und Strategien zur Krisenbewältigung zu erarbeiten.

Die Patienten der Experimentalbedingung (PE+KVT) erhielten ein multimodales Psychotherapieprogramm, das in den ersten zwei Behandlungsmonaten 8 Sitzungen Psychoedukation, 8 Sitzungen kognitives Training und 8 Sitzungen mit Angehörigen der Patienten umfasste. Im Anschluss daran wurden den Patienten zusätzliche 18 Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie angeboten, mit den Schwerpunkten Belastungsbewältigung, Symptom-Management und der Weiterentwicklung persönlicher Kompetenzen. Im Anschluss an die Psychotherapie-Phase waren zwei weitere Booster-Sitzungen geplant.

Die medikamentöse rückfallprophylaktische Therapie bestand in beiden Bedingungen aus einer niedrigdosierten Haloperidol- bzw. Risperidon-Medikation, deren Wirksamkeit anhand eines Doppelblinddesigns verglichen wurde (Gaebel et al., 2007).

Die Therapien wurden von acht Therapeutinnen und einem Therapeuten durchgeführt, die mindestens ein Jahr an klinischer Erfahrung in der Behandlung psychiatrischer Patienten aufwiesen. Weitere Angaben zu den Therapeuten liegen nicht vor. Im Vorfeld und während der Therapiephase fanden Therapeuteschulungen statt, zudem wurden die Therapien in regelmäßigen Abständen supervidiert.

In die vorliegende Studie wurden nur die Patienten der Experimentalgruppe einbezogen, da Abbrüche im Rahmen eines längerfristigen Psychotherapieprogramms untersucht werden sollten.

## 5.2 Definition von Therapieabbrüchen

Wie in einigen der unter 2.1 vorgestellten Studien wird in dieser Arbeit als wesentliches Merkmal eines Therapieabbruchs das vorzeitige Zurücktreten eines Patienten von einer begonnenen Therapie betrachtet. Als *vorzeitig* soll im Rahmen des untersuchten Psychotherapieprogramms gelten, dass weniger Sitzungen wahrgenommen wurden als vorgesehen war, es sei denn, diese Sitzungsausfälle waren durch längere Krankheits- oder Urlaubszeiten der Patienten und Therapeuten bedingt. Die Kriterien zur Bestimmung eines Abbruchs wurden wie folgt festgelegt:

- Ein Patient teilt dem Therapeuten seinen Abbruchwunsch mit, worauf die Therapie vor dem Erreichen der vorgesehenen Sitzungszahl beendet wird.
- Ein Patient erscheint nicht zu einem vereinbarten Termin und äußert auf Nachfrage des Therapeuten, dass er die Therapie nicht fortsetzen möchte.
- Ein Patient erscheint nicht zu einem vereinbarten Termin und ist danach für den Therapeuten nicht mehr zu erreichen.
- Ein Patient nimmt die Therapie nach einer wie in den vorangehenden Punkten beschriebenen Unterbrechung wieder auf, versäumt jedoch aufgrund der Unterbrechung mehr als 5 Sitzungen

Aus der Untersuchung ausgeschlossen werden:

- Patienten, die der Randomisierung zugestimmt hatten, dann jedoch die Therapie nicht begonnen, d.h. an keiner einzigen Sitzung teilgenommen haben
- Patienten, für die keine Audioaufzeichnungen vorliegen
- Patienten, die die Therapie aufgrund äußerer Umstände, wie beispielsweise einem unvermeidbaren Umzug aufgrund beruflicher Veränderungen, nicht zu Ende bringen konnten

Einigen in Abschnitt 2.1 berichteten Studienergebnissen zufolge sollten frühe und späte Abbrüche getrennt voneinander untersucht werden, da diesen möglicherweise unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen. Aufgrund der relativ kleinen Patientenstichprobe konnte diese Differenzierung jedoch nicht vorgenommen werden.

## **5.3 Verwendete Instrumente**

### **5.3.1 Erfassung soziodemografischer Merkmale, der psychopathologischen Symptomatik und anderer Patienten-Merkmale bei Studienbeginn**

Im Rahmen der Ersterkrankungsstudie wurden vor Therapiebeginn unter anderem Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsausbildung und Berufstätigkeit der Patienten erhoben. Weiterhin wurde die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten anhand einer Testbatterie erfasst. In der vorliegenden Arbeit werden die Abbrecher und Completer lediglich hinsichtlich ihrer sprachlichen Fähigkeiten verglichen. Diese wurden anhand des *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztests* (MWT-B; Lehrl, 1992) und anhand des Untertests *Wortflüssigkeit* aus dem *Leistungsprüfsystem* (Horn, 1983) erfasst.

An klinischen Variablen wurde die Diagnose nach *DSM-IV* erfasst und die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP). Zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik wurden die Instrumente *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS; Andreasen, 1989), die *Symptom-Checkliste* von Derogatis (Franke, 1995) und die *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS; Addington, Addington, & Schissel, 1990) eingesetzt. Das psychosoziale Funktionsniveau wurde anhand der *Global Assessment of Functioning*-Skala (GAF; Frances, Pincus, & First, 1994) beurteilt. Weiterhin wurde die Medikamentencompliance anhand der Skala von Kemp et al. (1998) erfasst, sowie Anzahl und Schweregrad der Medikamentennebenwirkungen anhand der *UKU Nebenwirkungsskala* (Lingjaerde, Ahlfors, Bech, Dencker, & Elgen, 1987).

### **5.3.2 Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses aus Patienten- und Therapeutesicht: Der Berner Stundenbogen**

Zur Erfassung der Wahrnehmung verschiedener Therapieprozess-Merkmale durch die Patienten und Therapeuten wurde der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010) eingesetzt. Dieser wurde nach jeder Sitzung ausgefüllt, wobei den Patienten versichert wurde, dass die Therapeuten keinen Einblick in ihre Angaben erhalten würden, und dass sämtliche Daten anonymisiert ausgewertet würden.

Die Patientenversion des Instruments enthält 22 Aussagen, die auf einer Skala von -3 *überhaupt nicht* bis +3 *ganz genau* beantwortet werden können. Die Therapeutenversion enthält 12 Aussagen, anhand derer verschiedene Aspekte des Therapieprozesses beurteilt werden sollen, beispielsweise die Therapeutische Allianz, die Mitarbeit der Patienten und der Sitzungsfortschritt. Diese Items werden ebenfalls auf einer Skala von -3 bis +3 beantwortet. Weitere 15 Aussagen beziehen sich auf den Einsatz therapeutischer Strategien in der Sitzung, beispielsweise die Ressourcenaktivierung oder Problembewältigung. Diese Aussagen sind auf einer Skala von 0 *überhaupt nicht* bis 4 *stimmt vollkommen* zu beantworten.

Die beiden Versionen des Berner Stundenbogens enthalten entsprechend den unterschiedlichen Rollen, die Patienten und Therapeuten in der Therapie einnehmen, unterschiedliche Aussagen. Lediglich drei Items, von denen sich zwei auf die Therapiebeziehung und eines auf den Fortschritt beziehen, finden sich in identischer Form in beiden Versionen.

Die Patienten- und Therapeutenstundenbögen wurden im Rahmen einer assoziierten Prozessforschungsstudie anhand exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalysen auf ihre Faktorenstruktur hin untersucht (Klingberg et al., in Vorbereitung). Für den Patientenstundenbogen wurden fünf Faktoren identifiziert. Der erste Faktor enthält 9 Items, die sich auf das Fortschrittserleben in der Therapiesitzung, auf neu gewonnene Einsichten und auf ein größeres Zutrauen in die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten beziehen (Beispiel-Item: „Ich weiß jetzt besser, was ich will“). Der zweite Faktor enthält 4 Aussagen, die eine Unzufriedenheit mit dem Therapeuten ausdrücken („Ich finde die Sichtweise des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach“), wohingegen der dritte Faktor 4 Aussagen zur positiven Therapiebeziehung enthält („Der Therapeut und ich verstehen einander“). Der vierte Faktor besteht aus zwei Items, die eine emotionale Beteiligung in der Sitzung ausdrücken („Heute war ich gefühlsmäßig stark beteiligt“), und der fünfte Faktor enthält drei Aussagen über die Möglichkeit, die Therapie mitzugestalten („Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird“). Die fünf Patientenfaktoren wurden entsprechend ihrer enthaltenen Items als *Fortschritt in der Therapie*, *Unzufriedenheit mit dem Therapeuten*, *Therapeutische Beziehung*, *Emotionale Beteiligung* und *Mitbestimmung in der Therapie* bezeichnet.

Für den Therapeutenstundenbogen ergaben sich sieben Faktoren, wovon drei sich auf die Beurteilung von Prozessmerkmalen beziehen und vier auf den Einsatz therapeutischer Strategien. Der erste Faktor enthält 5 Aussagen zur therapeutischen Allianz (Beispiel-Item: „Der Patient und ich verstehen einander.“), ein weiterer Faktor enthält 3 Aussagen

zur Mitarbeit des Patienten („Redete der Patient von sich aus offen über seine Gefühle und Wünsche mit Ihnen?“) und ein dritter Faktor enthält 2 Items zur Erfassung des Fortschrittserlebens. Ein weiterer kleiner Faktor von zwei Items erwies sich in der Konfirmatorischen Faktorenanalyse als problematisch, so dass er vorerst aus dem Modell entfernt wurde. In dieser Arbeit soll er dennoch einbezogen werden, da er sich auf einen wichtigen Aspekt der Patientenmitarbeit bezieht. Seine beiden Items lauten: „Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben?“ und „Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben“. Die Faktoren wurden entsprechend der enthaltenen Items *Therapeutische Allianz*, *Patientenmitarbeit*, *Fortschritt in der Therapie* und *Hausaufgabenbearbeitung* benannt.

Weitere vier Faktoren des Therapeutenstundenbogens bilden, wie bereits oben erwähnt, von den Therapeuten eingesetzte Strategien während der Sitzung ab. Da diese Skalen in der vorliegenden Arbeit nicht verwendet werden sollen, wird auf ihre Beschreibung verzichtet.

Die Skalen der Patienten- und Therapeutenstundenbogens weisen hohe interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = 0,713$  und  $\alpha = 0,908$  auf.

### **5.3.3 Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses aus der Beobachterperspektive**

Aus Beobachterperspektive wurden drei Aspekte des Therapieprozesses erfasst: die therapeutische Allianz, die Kompetenz der Therapeuten sowie die Mitarbeit der Patienten. In den folgenden drei Abschnitten werden die hierzu ausgewählten Instrumente vorgestellt. Im Anschluss daran wird die Durchführung der Ratings beschrieben.

#### **5.3.3.1 Erfassung der therapeutischen Allianz**

Das *Working Alliance Inventory* (WAI) ist, wie bereits unter 3.4.2.1 dargestellt, das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. Es besteht aus den drei Skalen *Goal*, *Task* und *Bond*, denen jeweils 12 Aussagen zugeordnet sind. Die Skala *Goal* erfasst die Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient hinsichtlich der zu bearbeitenden Ziele („The client and therapist are working on mutually agreed upon goals“). Entsprechend soll anhand der Skala *Task* die Übereinstimmung hinsichtlich

des Vorgehens in der Therapie erfasst werden („There is agreement about the steps taken to help improve the client’s situation.“). Die Skala *Bond* beinhaltet Aussagen über die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient („There is a mutual liking between the client and therapist.“). Die Items werden anhand einer sieben-stufigen Likert-Skala mit den Extremen 1 *Never* und 7 *Always* beantwortet.

Die Beobachtersversion des Working Alliance Inventory (WAI-O) weist eine hohe interne Konsistenz auf und erzielte hohe Interraterreliabilitäts-Werte. Wie bereits für die Patienten- und Therapeutenversion des WAI wurde auch für die Beobachtersversion eine gute prädiktive und konkurrente Validität berichtet (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001; Tichenor & Hill, 1989).

### 5.3.3.2 Erfassung der Therapeuten-Kompetenz

Zur Erfassung der Therapeuten-Kompetenz in der Durchführung kognitiver Verhaltenstherapie liegen mehrere Instrumente vor, von denen sich jedoch bisher keines gegenüber den anderen durchsetzen konnte. Für die in der vorliegenden Studie untersuchte frühe psychoedukative Therapiephase wurde nach einem Instrument gesucht, anhand dessen sowohl die Kompetenz hinsichtlich der Beziehungsgestaltung als auch hinsichtlich des Einsatzes allgemeiner therapeutischer Interventionen erfasst werden kann.

Demnach war die *Cognitive Therapy for Psychosis Adherence Scale* (CTPAS) von Startup, Jackson und Pearce (2002), die ausschließlich auf die Beurteilung spezifischer Techniken zur Bearbeitung psychotischer Symptomatik abzielt, für diese Studie mit remittierten Schizophrenie-Patienten nicht geeignet. Drei weitere Instrumente wurden in der Vorbereitungsphase dieser Studie auf ihre grundsätzliche Eignung und Praktikabilität hin geprüft und sollen daher im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Haddock et al. (2001) stellten mit der *Cognitive Therapy Scale for Psychosis* (CTS-Psy) ebenfalls ein Instrument zur Erfassung der Therapeutenkompetenz in der kognitiven Verhaltenstherapie mit Psychose-Patienten vor. Hiermit können zum einen allgemeine Kompetenzen erfasst werden, wie das Aufstellen einer Agenda, das Einholen von Rückmeldungen des Patienten, das Vermitteln von Verständnis, die Interpersonelle Kompetenz und das Bestreben des Therapeuten, eine Kooperation mit dem Patienten herzustellen. Anhand der zweiten Skala wird der kompetente Einsatz bestimmter Techniken beurteilt, wie beispielsweise geleitetes Entdecken, die Bearbeitung zentraler Kognitionen, die Auswahl der Interventionstechniken und der Einsatz von Hausaufgaben. Haddock et al. (2001) berichten für die einzelnen Skalen sehr hohe (z.B. Aufstellen einer Agenda) bis

mäßig hohe Interraterreliabilitäten (z.B. Auswahl der Interventionen), zudem habe sich die CTS-Psy bei Therapeuten verschiedener Ausbildungsstufen als trennscharf erwiesen.

Ein weiteres sehr umfassendes Instrument wurde von Linden, Langhoff und Rotter (2007) vorgelegt. Die *Behavior Therapy Competence Checklist* (BTCC) enthält 11 Unterskalen mit insgesamt 71 Items zur Erfassung der Kompetenz in Bezug auf die Hausaufgabenbesprechung, das Erstellen von Mikro- und Makroanalysen, den Einsatz von Problemlösestrategien, Kognitiven Techniken, Selbstmanagement-Strategien, die Vergabe von Hausaufgaben, die therapeutische Kooperation und Beziehungsgestaltung und die Strukturierung. Die Autoren berichten für die 11 Skalen gute bis mäßig hohe interne Konsistenzen und insgesamt zufriedenstellende Interraterreliabilitäten, wobei letztere nur summatorisch berichtet werden, anstatt die Werte der einzelnen Skalen zu benennen.

Ein weiteres Instrument von Langer und Frank (1999), der *Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen* (BEVK) enthält vier Skalen zur Beurteilung der therapeutischen Beziehungsgestaltung, der therapeutischen Strategien, der Strukturierung der Sitzung und der allgemeinen Wirkung der Therapeuten. Der Beobachtungsbogen kann sowohl für Einzel- als auch Gruppentherapie angewendet werden. Die einzelnen Items werden anhand von siebenstufigen Likert-Skalen (0=fehlende Ausprägung bis 6=sehr starke Ausprägung) beurteilt, wobei die Endpunkte mit Verhaltensbeschreibungen versehen sind. Die Skala der therapeutischen Strategien beinhaltet nicht Aussagen zu speziellen Techniken sondern zum Einsatz der vier von Grawe (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994) postulierten Wirkfaktoren der Problemaktualisierung, Problemklärung, Ressourcenaktivierung und Problembewältigung. Eine Überprüfung der Interraterreliabilität ergab insgesamt recht hohe Werte, lediglich bei der Beurteilung der Freundlichkeit der Therapeuten erzielten die eingesetzten Rater eine nicht zufriedenstellende Übereinstimmung (Langer & Frank, 1999).

Während der ersten probeweisen Ratings von zwei Beurteilern erwies sich die *Cognitive Therapy Scale for Psychosis* in der hinsichtlich des Ausbildungsstands und der Therapieerfahrung recht homogenen Therapeutengruppe als wenig trennscharf, da nahezu alle Aussagen als zutreffend beurteilt werden mussten und sich damit extrem linksschiefe Verteilungen ergaben. Dagegen kamen die zu beurteilenden Therapietechniken in der frühen Psychoedukationsphase zu selten vor, als dass eine Auswertung dieser Unterskala sinnvoll gewesen wäre. Ebenso erwies sich die *Behavior Therapy Competence-Checklist* aufgrund ihrer hohen Itemzahl als wenig praktikabel für die Beurteilung einer größeren Anzahl an Sitzungsaufzeichnungen. Zudem kamen innerhalb einer Sitzung nur wenige der zu beurteilenden Therapie-Techniken vor, so dass die große Zahl an fehlenden Wer-

ten bei der Auswertung problematisch gewesen wäre. Dagegen erwies sich der *Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen* sowohl hinsichtlich der Iteminhalte als auch des erforderlichen Zeitaufwands als gut geeignet und wurde daher für diese Untersuchung ausgewählt.

### 5.3.3.3 Erfassung der Patientenmitarbeit

Wie bereits unter 3.4.2.2 beschrieben, finden sich in der Literatur nur sehr wenige Instrumente zur Erfassung der Patientenmitarbeit, und diese beziehen sich teilweise auf den stationären Behandlungsrahmen. Einige weitere Instrumente zur Erfassung verschiedener Therapieprozessmerkmale oder der therapeutischen Allianz enthalten Unterskalen, die sich auf die Patientenmitarbeit beziehen, wobei damit stets nur bestimmte Aspekte der Mitarbeit abgedeckt werden.

Im Rahmen einer Studie, in der die Bedeutung der Patientenmitarbeit für das Therapieergebnis untersucht wurde (Manuskript in Vorbereitung), wurde daher ein neues Instrument zur Erfassung der Patientenmitarbeit innerhalb von Psychotherapiesitzungen erstellt. Mit dem Ziel, die verschiedenen Aspekte der Mitarbeit abbilden zu können, die sich aus der Perspektive eines außenstehenden Beobachters beurteilen lassen, wurden Items aus bereits vorliegenden Instrumenten zu einem *Beurteilungsbogen zur Erfassung der Patientenmitarbeit* (BEPM) zusammengefasst und dessen Faktorenstruktur anhand einer Hauptkomponentenanalyse bestimmt. Hierfür wurden die Ratings von drei verschiedenen Beurteilerinnen über insgesamt 180 Therapiesitzungen verwendet. In Anlehnung an das *Working Alliance Inventory* und den *Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen* wurde zur Beurteilung der Items eine siebenstufige Likert-Skala von 1 *trifft überhaupt nicht zu* bis 7 *trifft sehr stark zu* gewählt. Weiterhin wurden die Endpunkte mit Ankerdefinitionen versehen und ein Rating-Manual erstellt.

Die Endversion des Instruments enthält die drei Skalen *Responsivität dem Therapeuten gegenüber* (Beispiel-Item: „Der Patient arbeitet motiviert und engagiert mit dem Therapeuten zusammen“), *Aktivität* („Der Patient initiiert Themen/bringt von sich aus Themen zur Sprache“) und *Selbstexploration* („Der Patient beobachtet sein eigenes Erleben und Verhalten“). Die internen Konsistenzen der drei Skalen fallen mit Werten zwischen Cronbachs  $\alpha=0,811$  und  $\alpha=0,977$  hoch aus. Die Bestimmung der Interraterreliabilität wird gemeinsam mit den erzielten Werten in Abschnitt 5.4 dargestellt.

Der BEPM wurde bereits im Rahmen einer Diplomarbeit eingesetzt (Drews, 2009), in der eine hohe konkurrenente und prädiktive Validität festgestellt wurde. Weiterhin erwies sich die Patientenmitarbeit von der frühen bis zur mittleren Therapiephase als zeitlich stabil.

### 5.3.4 Erfassung des konkreten Therapeuten- und Patientenverhaltens

Das Verhalten der Patienten und Therapeuten in den Therapiesitzungen wurde anhand des *Codiersystems zur Interaktion in der Psychotherapie* (CIP; Schindler, 1989; Schindler, Müller, Hohenberger-Sieber, & Hahlweg, 1989) erfasst. Bei der Entwicklung dieses Instruments orientierte sich Schindler zum einen an Annahmen zum Therapeuten- und Klientenverhalten im Rahmen verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie, zum anderen an bereits bestehenden Kategoriensystemen.

Anhand des CIP werden die Sprechhandlungen der Patienten und Therapeuten einer von 19 bzw. 20 Kategorien zugeordnet, die sich zu sieben bzw. sechs Überkategorien zusammenfassen lassen. Im Subsystem der Patientensprechhandlungen sind dies *Emotionale Öffnung, Problembeschreibung, Einfache Antworten, Änderungsberichte, Mitarbeit/Initiative, Klärung* und *Hemmendes Verhalten*. Die Überkategorien des Therapeutensystems erhielten die Bezeichnungen *Einfühlung, Unterstützung, Exploration, Erklärung, Direktiven* und *Klassifikation*. Für Patienten wie Therapeuten steht weiterhin eine Restkategorie zur Verfügung, um die Vollständigkeit zu gewährleisten. Eine Übersicht über die einzelnen Kategorien und ihre Zuordnung zu den Überkategorien findet sich im Ergebnisteil sowie im Anhang.

Als Beobachtungseinheit wurde im CIP die Sinneinheit innerhalb der Gesamtäußerung einer Person gewählt, die aus einem Wort oder mehreren Sätzen bestehen kann. Eine neue Beobachtungseinheit beginnt demnach entweder, wenn der aktuelle Sprecher von einer Kategorie zu einer anderen wechselt, beispielsweise wenn ein Patient von der Problembeschreibung zur Äußerung einer Zielvorstellung wechselt, oder wenn der Gesprächspartner zu sprechen beginnt. Im Fall eines Wechsels von einer Kategorie zu einer anderen muss im CIP eine Codierung für den Gesprächspartner vergeben werden, damit die alternierende Sequenz eingehalten wird. Dies ist notwendig, damit die wechselseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient anhand von Sequentialanalysen bestimmt werden kann. Im obigen Beispiel könnte als Therapeutenkategorie *Minimale Unterstützung* codiert werden, falls der Therapeut den Redefluss des Patienten mit *Mhms* oder anderen kurzen Einwüfen begleitet hat, oder aber *Zuhören*, falls der Therapeut nicht zu hören war. Damit wäre folgende Veraltenssequenz codiert worden: *Problembeschreibung des Pati-*

enten - *Minimale Unterstützung des Therapeuten - Zielvorstellung des Patienten*. Die Auswertung der anhand des CIP gewonnenen Daten wird unter 5.5.4 beschrieben. Ein Überblick über die dafür zur Verfügung stehenden Möglichkeiten wurde bereits unter 3.4.1.2 gegeben.

Hinsichtlich der Gütekriterien berichtet Schindler (1989), dass sich das CIP in mehreren Untersuchungen als reliables Instrument erwiesen hat, mit Kappa-Koeffizienten um 0,80 bzw. 0,79 für die Therapeuten- und Patientenkatégorien. Für die konkurrenente und prädiktive Validität sprechen laut Schindler (1989) signifikante Zusammenhänge zwischen den subjektiven Beurteilungen von Patienten und Therapeuten und den entsprechenden Verhaltenskatégorien sowie Zusammenhänge zwischen bestimmten Interaktionsmustern und dem Therapieerfolg.

## **5.4 Ratingprozess und vorbereitende Arbeiten**

### **5.4.1 Auswahl der frühen Therapiesitzungen und Durchführung der Ratings**

Zur Erfassung der Prozessmerkmale der frühen Therapiephase war vorgesehen, die dritte Sitzung heranzuziehen, wie es in der Psychotherapieprozess-Forschung nahezu zur Konvention geworden ist (siehe auch Abschnitt 3.4.2). Da jedoch nicht für alle dritten Sitzungen sowohl Stundenbogendaten von Patienten und Therapeuten als auch eine Audioaufzeichnung vorliegen, wurde festgelegt, in diesen Fällen eine benachbarte Sitzung auszuwählen. Hierzu sollte zunächst die vierte Sitzung, dann die zweite, fünfte, erste, sechste und schließlich die siebte Sitzung auf Vollständigkeit der Daten geprüft und gegebenenfalls ausgewählt werden.

Nach der Einteilung der Patienten in Abbrecher und Completer wurden die zu beurteilenden Sitzungen entsprechend der obigen Vorgaben ausgewählt und mit zufällig zugeordneten Bezeichnungen versehen, so dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Patientengruppe oder Sitzungsnummer während des Ratingprozesses verborgen blieb.

Die Beurteilung der drei ausgewählten Prozessmerkmale anhand des WAI-O, des BEVK und des BEPM sowie die Codierung der Sitzungen anhand des CIP erfolgte allein durch die Autorin. Die drei Instrumente zur globalen Beurteilung des Therapieprozesses wurden jeweils direkt im Anschluss an das Anhören einer vollständigen Therapiesitzung in der oben genannten Reihenfolge bearbeitet, danach wurde die Sitzung ein weiteres Mal angehört und währenddessen die Sprechhandlungen anhand des CIP kodiert.

## 5.4.2 Rater-Training und Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung bzw. Beurteilerreliabilität

### 5.4.2.1 Instrumente zur globalen Beurteilung des Psychotherapieprozesses

Der oben beschriebenen Ratingphase ging ein umfassendes Ratertraining der Autorin und zweier Diplomandinnen voraus. Nach einer ersten gemeinsamen Durchsicht und Besprechung der drei global zu beurteilenden Prozessmaße wurden fünf Sitzungen, die nicht für die spätere Auswertung vorgesehen waren, von den drei Raterinnen getrennt voneinander beurteilt und die Ergebnisse beim nächsten Treffen diskutiert. Hierbei wurden wichtige Aspekte zur Beurteilung einzelner Items festgehalten.

Im Rahmen dieser Trainingsphase wurden die Bezeichnungen der Likert-Skala des WAI denen der anderen beiden Instrumente angepasst. Die ursprünglichen Skalenpunkte, die von 1=*Never* bis 7=*Always* reichen, erfordern eine Beurteilung der Auftretenshäufigkeit bzw. zeitlichen Ausdehnung der Item-Inhalte, was sich während der Proberatings als problematisch erwiesen hatte. Stattdessen wurden die Items des WAI im Folgenden hinsichtlich des Gesamteindrucks von der Stärke ihres Zutreffens auf eine Therapiesitzung beurteilt. Die neuen Bezeichnungen reichen von 1=*Trifft überhaupt nicht zu* bis 7=*Trifft vollkommen zu* (s. Kopie des Instruments im Anhang).

Schließlich wurde für jedes Instrument in mehreren Durchgängen ein Manual erstellt, unter deren Verwendung weitere fünf Sitzungen beurteilt wurden. Nach einer abschließenden Diskussion der Ergebnisse und einer Überarbeitung der Manuale rateten die drei Beurteilerinnen getrennt voneinander weitere neun Sitzungen, um die Beurteilerreliabilität zu bestimmen. Hierfür wurde die Intraklassenkorrelation (ICC) verwendet, die für intervallskalierte Ratings das am besten geeignete Reliabilitätsmaß ist (Wirtz & Caspar, 2002).

Der ICC-Koeffizient gibt an, wie gut die Werte eines Raters mit den Werten eines beliebigen anderen Raters korrelieren. Der Wertebereich ist definitionsgemäß auf den Bereich zwischen 0 und 1 beschränkt, wobei sich unter bestimmten Umständen auch negative Werte ergeben können. Meist wird ein Wert  $> 0,7$  als Hinweis auf eine gute Reliabilität angesehen, jedoch können bei homogenen Stichproben auch niedrigere Werte als akzeptabel gelten. Dies liegt darin begründet, dass es umso schwieriger ist, die Varianz zwischen den zu beurteilenden Objekten aufzuklären, je weniger Varianz in den wahren Werten vorliegt. Da die Therapeuten dieser Studie zum einen ein vergleichbares Ausmaß an therapeutischer Vorerfahrung hatten und zum anderen in Therapeutentrainings versucht wurde, ein möglichst hohes Maß an Kompetenz und Manualtreue herzustellen,

wurde in der vorliegenden Arbeit ein ICC-Koeffizient von mindestens 0,5 als ausreichend erachtet.

Weiterhin wurde die justierte ICC gewählt, bei der lediglich die Gleichheit der Varianzen für die verschiedenen Rater vorausgesetzt wird, nicht jedoch Gleichheit der Mittelwerte. Bei diesem Modell ist lediglich wichtig, dass alle Rater die gleichen Sitzungen relativ zum eigenen Mittelwert zuverlässig als „besser“ oder „schlechter“ einschätzen. Dies ist für die vorgesehenen korrelativen Auswertungen angemessen. Wäre dagegen geplant, die absoluten Werte verschiedener Rater zu verwenden, so wäre die unjustierte ICC angemessen, bei der die Mittelwertsunterschiede zwischen Ratern als Fehlerquelle verrechnet werden (Wirtz et al., 2002).

Für die drei Skalen des WAI-O ergaben sich ICC-Koeffizienten von über 0,86, und auch die Skalen des BEPM erwiesen sich mit ICC-Koeffizienten über 0,84 als sehr reliabel. Hinsichtlich der Skalen des BEVK wurde eine deutlich geringere Beurteilerreliabilität erzielt. Die Skala *Beziehungsgestaltung* erwies sich mit einem ICC-Koeffizienten von 0,63 als ausreichend reliabel und auch die Skala *Therapeutische Strategien* verfehlte mit einem ICC-Koeffizienten von 0,49 das eingangs festgesetzte Mindestmaß von 0,5 nur knapp. Dagegen wurden für die Skalen *Strukturierung* und *Allgemeine Wirkung* lediglich ICC-Koeffizienten von 0,27 beziehungsweise 0,18 erzielt, so dass diese von den weiteren statistischen Analysen ausgeschlossen werden mussten.

Eine weitere Überprüfung der Beurteilerreliabilitäten während der Ratingphase, die üblicherweise durchgeführt wird, um festzustellen, ob es im Verlauf zu einem „Abdriften“ von der anfänglich hergestellten Reliabilität in der Beurteilung der untersuchten Prozessmaße gekommen ist, war nicht möglich, da die beiden Diplomandinnen in dieser Zeit für Ratings nicht mehr zur Verfügung standen.

#### 5.4.2.2 Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie

Die Einarbeitung in das Codiersystem von Schindler erfolgte anhand des hierzu vorliegenden Manuals. Die Beschreibungen und Anmerkungen der einzelnen Kategorien wurden gemeinsam mit einem Diplomanden diskutiert und gegebenenfalls um Beispiele aus bereits bekannten Therapiesitzungen der Ersterkrankenstudie ergänzt. Anschließend wurden drei zufällig ausgewählte Sitzungen von der Autorin vollständig transkribiert und gemäß den Vorgaben im Manual in Beobachtungseinheiten unterteilt. Diese wurden anschließend von den beiden Ratern unabhängig voneinander klassifiziert und anhand dieser Werte die Beurteilerübereinstimmung anhand von Cohens Kappa bestimmt.

Dieses Maß beruht auf dem Verhältnis zwischen beobachteter und bei Zufall zu erwartender Übereinstimmung und kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Laut Wirtz und Caspar (2002) wird in der Literatur ein  $\kappa > 0,75$  als Indikator für eine sehr gute und ein  $\kappa$  zwischen 0,6 und 0,75 als Indikator für eine gute Übereinstimmung angesehen. Werte zwischen 0,4 und 0,6 werden von einigen Autoren als noch akzeptabel betrachtet. In dieser Arbeit wurde daher ein Wert von  $\kappa=0,50$  als Mindestmaß festgelegt.

Die Kappa-Werte für die sechs Therapeuten- und für die sieben Patienten-Überkategorien wurden mit Hilfe des Programms GSEQ 5.0 (Bakeman & Quera, 1995) berechnet. Grundlage hierfür bilden die Beurteilungen zweier Rater von drei Therapiesitzungen mit insgesamt 503 Sprechereinheiten.

Eine gute bis sehr gute Übereinstimmung von  $\kappa > 0,60$  zwischen den beiden Ratern wurde für die Therapeuten-Kategorien *Einführung* ( $\kappa=0,82$ ), *Unterstützung* ( $\kappa=0,72$ ), *Exploration* ( $\kappa=0,83$ ), *Erklärung* ( $\kappa=0,82$ ) und *Direktiven* ( $\kappa=0,74$ ) festgestellt, wohingegen die Überkategorie *Klassifikation* lediglich ein  $\kappa=0,24$  erreichte. Diese Überkategorie wird daher von den geplanten Berechnungen ausgeschlossen.

Hinsichtlich der Patienten-Überkategorien *Emotionale Öffnung* ( $\kappa=0,85$ ), *Problembeschreibung* ( $\kappa=0,90$ ), *Einfachantworten* ( $\kappa=0,85$ ), *Änderungsberichte* ( $\kappa=0,93$ ), *Mitarbeit* ( $\kappa=0,60$ ) und *Hemmendes Verhalten* ( $\kappa=1,00$ ) wurde eine gute bis sehr gute Übereinstimmung festgestellt. Lediglich die Überkategorie *Klärung* weist mit einem  $\kappa=0,44$  eine ungenügend hohe Übereinstimmung auf und wird daher ebenfalls von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

## 5.5 Statistische Auswertung

Der Großteil der statistischen Analysen wird mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 15.0 durchgeführt. Weiterhin wird das Programm GSEQ 5.0 verwendet (siehe Abschnitt 5.5.4).

### 5.5.1 Prüfung auf Normalverteilung und bivariate Analysen

Sämtliche untersuchten Variablen werden eingangs anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests und des Shapiro-Wilks-Tests und unter Begutachtung von Normalverteilungsdiagrammen auf Normalverteilung geprüft. In bivariaten Analysen wird geprüft, ob sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich der verschiedenen Prädiktorvariablen unterscheiden. Bei nominalskalierten Daten erfolgt dies anhand des exakten Tests nach Fisher bzw.

des  $\chi^2$ -Tests. Bei Variablen mit Intervallskalenniveau sowie Variablen, denen eine globale Beurteilung auf einer Likert-Skala zugrunde liegt, und die entsprechend Field (2005) wie Variablen mit Intervallskalenniveau gehandhabt werden können, erfolgt eine Prüfung auf Mittelwertsunterschiede anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben. Zur Berechnung von Zusammenhängen zwischen den quasi-intervallskalierten Prädiktorvariablen werden Produkt-Moment-Korrelationen durchgeführt.

### 5.5.2 Multivariate Datenanalyse

Um die relative Bedeutung der Variablen zu bestimmen, die sich in den bivariaten Analysen als signifikante Prädiktoren des Therapieabbruchs erwiesen haben, werden binär-logistische Regressionsanalysen mit der dichotomen Variablen *Therapieabbruch* als abhängiger Variablen durchgeführt. Bei der binär-logistischen Regressionsanalyse wird die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines Ereignisses, in diesem Fall der Abbruch einer Therapie, in Abhängigkeit der Werte der unabhängigen Variablen bestimmt. Zur Auswahl der unabhängigen Variablen wird die schrittweise vorwärtsgerichtete Likelihood-Ratio-Methode gewählt, um eine optimale Kombination von Prädiktorvariablen zu erhalten.

Für die Beurteilung der Güte des ermittelten Regressionsmodells werden folgende Statistiken herangezogen (Rudolf & Müller, 2004):

- Anhand der Likelihood-Ratio-Statistik, die  $\chi^2$ -verteilt ist und deren Anzahl an Freiheitsgraden der Zahl der Prädiktoren entspricht, wird die Nullhypothese „alle Regressionskoeffizienten sind Null“ überprüft. Bei einem signifikanten  $\chi^2$ -Wert kann diese Hypothese verworfen werden und stattdessen angenommen werden, dass mindestens ein Regressionskoeffizient von Null verschieden ist.
- Die Statistik Nagelkerke  $R^2$ , die Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann, gibt analog zum Bestimmtheitsmaß der multiplen linearen Regression den Varianzanteil des Kriteriums *Therapieabbruch* an, der durch das logistische Regressionsmodell aufgeklärt werden kann.
- Weiterin werden die Klassifikationsergebnisse betrachtet, d.h. der Prozentsatz an richtigen Zuordnungen der Patienten zur Abbrecher- bzw. Completergruppe. Dabei ist zu beachten, dass die Trefferquote immer überhöht ist, wenn sie auf Basis derselben Stichprobe berechnet wird, die auch für die Schätzung der logistischen Regressionsfunktion verwendet wurde.

Die Trennfähigkeit der einzelnen Prädiktoren wird mittels der Wald-Statistik (W) überprüft, die die Nullhypothese testet, dass das geschätzte Gewicht des Prädiktors gleich Null ist.

W ist ebenfalls asymptotisch  $\chi^2$ -verteilt mit einem Freiheitsgrad. Die Interpretation der geschätzten Regressionskoeffizienten erfolgt anhand des Effekt-Koeffizienten  $\text{Exp}(B)$ , der das Odds Ratio darstellt. Dabei bewirkt der Anstieg der betreffenden kontinuierlichen Prädiktorvariablen um eine Einheit eine Veränderung der Chance bzw. des Risikos des Auftretens des Zielereignisses um den Faktor  $\text{Exp}(B)$ , wenn die anderen Prädiktoren konstant gehalten werden.

Entsprechend Backhaus (2008) sollte die Fallzahl pro Gruppe nicht kleiner als 25 sein, wobei diese umso höher sein sollte, je größer die Zahl der unabhängigen Variablen ist. Weiterhin sollten die unabhängigen Variablen weitgehend frei von Multikollinearität sein.

Trotz der großen Anzahl an geplanten Einzelvergleichen in den bivariaten Analysen soll für die Signifikanztestung ein Alphaniveau von 5% verwendet werden. Dieses Vorgehen wird im Rahmen dieser größtenteils explorativen Studie, die der Hypothesengenerierung dienen soll, als vertretbar angesehen, zumal als zentrale Ergebnisse diejenigen der logistischen Regressionsanalyse betrachtet werden sollen.

### **5.5.3 Bestimmung von Trennwerten zur Vorhersage des Abbruchstatus**

Für die anhand der logistischen Regressionsanalyse bestimmten Prädiktoren für Psychotherapieabbrüche sollen mit Hilfe von ROC-Analysen (Receiver Operating Characteristic) Trennwerte bestimmt werden, anhand derer sich die späteren Abbrecher und Completer mit möglichst hoher Sensitivität und Spezifität klassifizieren lassen. Ein Maß für die Güte dieses Tests ist die Fläche unter der Kurve aller Sensitivitäts-Spezifitäts-Paare (engl.: area under curve, AUC). Die Fläche kann Werte zwischen 0,5 und 1 annehmen, wobei höhere Werte eine bessere Güte anzeigen.

### **5.5.4 Statistische Auswertung der anhand des CIP erzeugten Daten**

Die Auswertung der anhand des *Codiersystems zur Interaktion in der Psychotherapie* erzeugten Variablen erfolgt auf verschiedene Weise. Zum einen werden die beiden Patientengruppen hinsichtlich der relativen Häufigkeiten der einzelnen Kategorien von Sprechhandlungen verglichen. Für den Fall, dass sich für mehrere der einzelnen Kategorien sehr niedrige Auftretenshäufigkeiten ergeben oder eine deutliche Abweichung von der Normalverteilung festzustellen ist, werden statt der Einzelkategorien die entsprechend Schindler (1991) gebildeten Überkategorien verwendet.

Weiterhin sollen Gesetzmäßigkeiten der Gesprächssteuerung in den beiden Patientengruppen bestimmt werden. Hierzu werden anhand des frei erhältlichen Programms *Gene-*

*ralized Sequential Querier* in der Version 5.0 (GSEQ; Bakeman & Quera, 1995; Quera et al., 2001) die unmittelbaren Kontingenzen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Patienten- und Therapeuten-Verhaltenskategorien in den beiden Patientengruppen bestimmt, die auch Übergänge erster Ordnung oder Lag-1-Kontingenzen genannt werden. Dabei sind folgende Maße relevant:

(1) Die Übergangswahrscheinlichkeit erster Ordnung gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein bestimmtes Verhalten des einen Interaktionspartners auf ein bestimmtes Verhalten des anderen Interaktionspartners folgt. Wenn diese bedingte Wahrscheinlichkeit größer ist als die unbedingte Wahrscheinlichkeit des nachfolgenden Verhaltens, die auch als Basisrate bezeichnet wird, kann von einer Kontingenz zwischen den beiden untersuchten Verhaltensweisen gesprochen werden. Die Signifikanzprüfung erfolgt anhand eines z-Werts, der sich aus der Differenz von beobachteter und erwarteter Häufigkeit, dividiert durch die Standardabweichung der erwarteten Häufigkeit ergibt (Schindler, 1989). Bei einem z-Wert von 1,96 kann ein Signifikanz-Niveau von 5% angenommen werden. Beispielsweise könnte auf diese Weise festgestellt werden, dass Therapeuten auf eine emotionale Öffnung des Patienten hin überzufällig häufig mit Einfühlung reagieren.

Bevor jedoch die einzelnen Verhaltenskontingenzen betrachtet werden können, muss zunächst geprüft werden, ob für die gesamte Kontingenz-Tabelle die Nullhypothese verworfen werden kann, dass keinerlei Kontingenzen zwischen vorausgehendem und nachfolgendem Verhalten bestehen. Hierzu kann die Statistik  $G^2$  verwendet werden.

(2) Die Stärke einer Verhaltenskontingenz lässt sich anhand des Yules-Q-Maßes bestimmen, das Werte von -1 bis +1 annehmen kann und einem Korrelationskoeffizienten vergleichbar ist (Bakeman, 2000). Da Q-Werte im Gegensatz zu z-Werten und anderen Indizes wie beispielsweise Kappa-Werte nicht von der Anzahl an Beobachtungen abhängig sind, können sie auch zum Vergleich von Kontingenzen in verschiedenen Stichproben verwendet werden.

Für die Untersuchung der Verhaltenskontingenzen zwischen Patienten- und Therapeutenverhalten empfiehlt sich eine Zusammenfassung der Überkategorien des CIP, um in den einzelnen Feldern der Kontingenztabelle ausreichend hohe Auftretenshäufigkeiten zu erhalten. Dies bringt allerdings den Nachteil einer geringeren Differenzierungsmöglichkeit mit sich. Das Vorgehen hierbei wird im Ergebnisteil beschrieben. Es werden zwei Formen der Berechnung vorgenommen:

a) Um die Verhaltens-Kontingenzen getrennt für die beiden Patientengruppen zu bestimmen, werden zunächst die Daten der einzelnen Dyaden aggregiert, d.h. so aneinanderge-

reicht, so dass sich für Abbrecher und Completer jeweils eine einzige Sequenz von Therapeuten- und Patientenkategorien ergibt. Anhand der hierfür bestimmten Übergangswahrscheinlichkeiten, z-Werte und Yules-Q-Werte kann rein deskriptiv geprüft werden, ob sich in den beiden Patientengruppen ähnliche Muster in der Gesprächssteuerung ergeben. Allerdings ist zu beachten, dass bei einer solchen Aggregation von Daten die Ergebnisse durch extremes Verhalten einiger weniger Personen verzerrt werden können.

b) Um Unterschiede in der Stärke der Verhaltenskontingenzen zwischen den Abbrechern und Completern statistisch überprüfen zu können, ist es erforderlich, für jede einzelne Therapeut-Patient-Dyade einen Index zu bilden, die für die üblichen inferenzstatistischen Verfahren verwendet werden können. Wie bereits oben beschrieben wurde, eignen sich hierfür insbesondere die Yules-Q-Werte. Der Nachteil dabei, für jede einzelne Dyade die Stärke der Verhaltenskontingenzen zu bestimmen, besteht darin, dass eine einzige Therapiesitzung eine für diese Berechnung geringe Anzahl an Sprechereinheiten beinhaltet, was insbesondere bei den seltener vorkommenden Kategorien problematisch ist. Daher sollen in dieser Arbeit beide Varianten zur Berechnung der Yules-Q-Werte eingesetzt und die Ergebnisse in Ergänzung zueinander betrachtet werden.

## 6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Analysen dargestellt, die zur Beantwortung der formulierten Fragestellungen durchgeführt wurden.

Zunächst werden im Abschnitt 6.1 die Auswahl der Patienten für die vorliegende Untersuchung, ihre Zuordnung zu einer der beiden Gruppen sowie die Auswahl der auszuwertenden Therapiesitzungen beschrieben. Weiterhin werden die Umstände und Gründe der erfolgten Abbrüche dargestellt sowie geprüft, ob zwischen den einzelnen Studienzentren oder Therapeuten Unterschiede bezüglich der Abbruchquoten bestehen.

Im Abschnitt 6.2 werden die Patienten der Abbrecher- und der Completergruppe hinsichtlich einer Reihe von Kontrollvariablen verglichen, die bei Studienbeginn erhoben wurden. Diese umfassen soziodemografische Merkmale, die psychopathologische Symptomatik und kognitive Leistungsfähigkeit sowie weitere klinische Variablen.

Anschließend wird in Abschnitt 6.3 dargestellt, inwiefern sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich der global beurteilten Merkmale des Psychotherapieprozesses unterscheiden, die aus der Perspektive der Patienten und Therapeuten sowie aus Beobachterperspektive erfasst wurden. Es werden die Zusammenhänge zwischen den drei untersuchten Perspektiven dargestellt sowie die Ergebnisse einer binär logistischen Regressionsanalyse zur Bestimmung der relativen Bedeutung dieser Variablen für die Vorhersage des Abbruchstatus.

In Abschnitt 6.4 werden die beiden Patientengruppen hinsichtlich des anhand einer systematischen Verhaltensbeobachtung erfassten konkreten (Sprech-)Verhaltens beschrieben sowie die hierin bestehenden Unterschiede dargestellt. Abschließend wird entsprechend Abschnitt 6.3 in einer binär logistischen Regressionsanalyse der optimale Merkmalsatz dieser Variablen zur Vorhersage des Abbruchstatus bestimmt.

In Abschnitt 6.5 werden die Zusammenhänge zwischen den globalen Beurteilungen des Therapieprozesses aus Patienten-, Therapeuten- und Beobachtersicht und dem konkreten Patienten- und Therapeutenverhalten in den Therapiesitzungen dargestellt.

Schließlich werden die Ergebnisse einer übergeordneten binär logistischen Regressionsanalyse zur Bestimmung des relativen Beitrags der globalen Beurteilungen sowie der Verhaltensmaße dargestellt (Abschnitt 6.6) sowie Trennwerte für die zentralen Prädiktorvariablen berichtet (Abschnitt 6.7). In Abschnitt 6.8 werden die Ergebnisse ergänzender Auswertungen berichtet, die zur Beantwortung nachträglich durch die erhaltenen Ergebnisse aufgeworfener Fragen durchgeführt wurden.

## 6.1 Gruppenzuordnung, ausgewählte Therapiesitzungen und Abbruchgründe

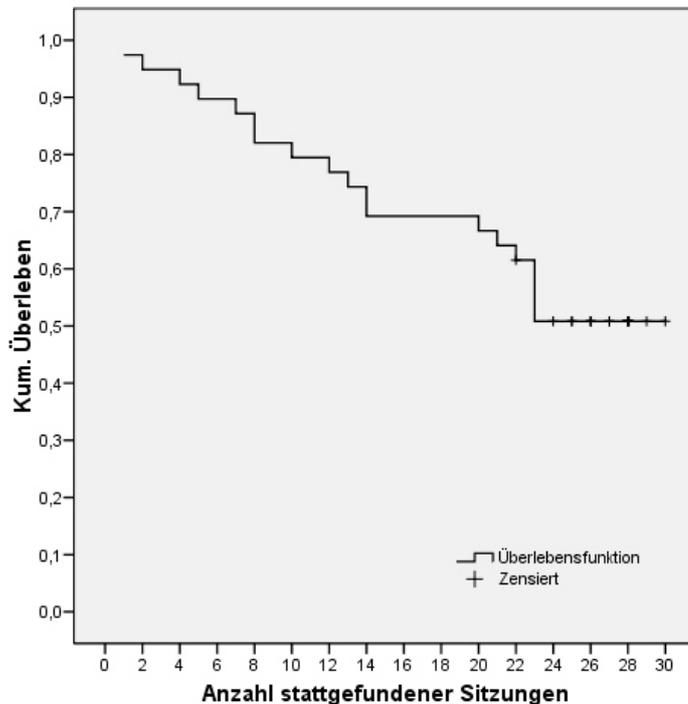
Von den 54 Patienten, die der Therapiebedingung *PE+KVT* zufallsbedingt zugewiesen worden waren (siehe Abschnitt 5.1), konnten 15 Patienten nicht in die vorliegende Studie einbezogen werden. Zwei dieser Patienten wurden vor Therapiebeginn aufgrund eines Diagnosenwechsels von der Studienteilnahme ausgeschlossen, sieben weitere hatten nach der Randomisierung die Therapie nicht aufgenommen, d.h. keine einzige Sitzung wahrgenommen, drei Patienten hatten der Audioaufzeichnung ihrer Therapiesitzungen nicht zugestimmt, so dass eine Beurteilung des therapeutischen Prozesses aus Beobachterperspektive nicht möglich war, und zwei Therapien waren ungenügend protokolliert worden, so dass die Anzahl der stattgefundenen Sitzungen unklar blieb bzw. eine Zuordnung der Audioaufnahmen zu den Therapiesitzungen nicht möglich war. Eine Patientin musste die Therapie aufgrund eines Umzugs in die Nähe ihrer Familie nach der 14. Sitzung beenden und wurde daher nicht der Gruppe der Abbrecher zugerechnet, sondern von der Untersuchung ausgeschlossen.

In Abbildung 1 wird für die in die Studie einbezogenen 39 Patienten anhand der geschätzten Überlebenskurve dargestellt, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die bis zu einer bestimmten Sitzungszahl in der Therapie verblieben waren. Bis zur 5. Sitzung befanden sich noch etwa 90 % der Patienten in Therapie, bis zur 13. Sitzung, die den Beginn der individualisierten Psychotherapie markiert, waren es etwa Dreiviertel der Patienten. Etwa die Hälfte der Patienten haben weniger als 24 Sitzungen absolviert.

Von den 39 einbezogenen Patienten wurden entsprechend der im Methodenteil beschriebenen Definition 19 (48,7%) als Abbrecher und 20 (51,3%) als Completer eingestuft. Die Abbrecher absolvierten zwischen einer und 23 Sitzungen ( $M=13,32$ ,  $SD=7,77$ ), während die Completer an 22 bis 30 Sitzungen teilgenommen hatten ( $M=26,90$ ,  $SD=1,92$ ).

In der Completer-Gruppe befinden sich neun Patienten, die an weniger als den vorgesehenen 28 Sitzungen teilgenommen haben. Bei einem Patienten mit nur 22 Sitzungen schied die betreffende Therapeutin vorzeitig aus, so dass die therapeutische Arbeit bereits nach der 20. Sitzung beendet wurde und danach noch die beiden Booster-Sitzungen abgehalten wurden. Therapeutin und Patient kamen gemeinsam zu dem Schluss, dass in dieser fortgeschrittenen Therapiephase ein Therapeutenwechsel nicht mehr sinnvoll wäre, wobei der Patient laut Protokoll angab, das vorzeitige Ende zu bedauern. Bei den restlichen acht Patienten, die zwischen 24 und 27 Sitzungen absolviert hatten, wurde die Therapie ebenfalls formgerecht abgeschlossen. In allen diesen Fällen kam es zwischenzeit-

lich aufgrund von Krankheits- und Urlaubszeiten der Therapeuten bzw. der Patienten zu Ausfällen, so dass der zur Verfügung stehende Zeitraum von 1,5 Jahren ausgeschöpft war, bevor die vorgesehene Anzahl an Sitzungen erreicht werden konnte.



**Abbildung 1:** Anteil der Patienten, die bis zu einer bestimmten Sitzung in der Therapie verblieben sind

In der Gruppe der Abbrecher wurden folgende Arten der Therapiebeendigung festgestellt: Drei Patienten mit einer Anzahl von 2, 8 bzw. 13 Sitzungen erschienen zum nächsten vereinbarten Termin nicht mehr und waren nicht mehr zu erreichen. Drei Patienten, die an 5, 14 bzw. 20 Sitzungen teilgenommen hatten, erschienen ebenfalls nicht mehr zum letzten vereinbarten Termin und äußerten bei Kontaktaufnahme der Therapeutin, dass sie die Therapie nicht fortsetzen wollten. Ein Patient teilte seiner Therapeutin im Anschluss an die 8. Sitzung in einem Brief mit, dass er die Therapie nicht fortführen und auch keine Medikamente mehr nehmen wolle, sondern stattdessen eine homöopathische Behandlung beginnen wolle. Ein weiterer Patient kündigte seinen Abbruch einige Sitzungen vorher an und begründete seinen Wunsch damit, dass er in ein buddhistisches Zentrum in Katmandu gehen wolle, weil er sich davon eine Verbesserung seines Zustands verspreche. Drei Patienten mit 5, 11 bzw. 23 absolvierten Sitzungen teilten der Therapeutin in der letzten Sitzung mit, dass sie keine weiteren Sitzungen mehr vereinbaren möchten. Ein Patient mit 21 und drei Patienten mit 23 absolvierten Sitzungen erschienen zeitweise nicht mehr zur Therapie, nahmen diese jedoch später, vorwiegend auf Initiative ihrer Vorge-

setzten oder Angehörigen, wieder auf. Aufgrund der großen zeitlichen Lücke und der relativ geringen Anzahl von maximal 10 KVT-Sitzungen, die im vorgesehenen Zeitraum noch abgehalten werden konnten, wurden diese Patienten der Gruppe der Abbrecher zugeordnet. Für vier Patienten mit 1, 7, 10 bzw. 22 Sitzungen liegen keine Angaben zur Form des Abbruchs vor.

Hinsichtlich der Abbruchrate gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den fünf beteiligten Studienzentren ( $\chi^2=3,26$ ,  $df=4$ ,  $p=0,515$ ) sowie zwischen den acht Therapeuten ( $\chi^2=4,60$ ,  $df=7$ ,  $p=0,709$ ). Im Anhang findet sich in Tabelle 27 eine Übersicht über die Anzahl der abgebrochenen und regulär beendeten Therapien der einzelnen Therapeuten in den fünf Studienzentren.

Tabelle 1 bietet eine Übersicht über die Häufigkeiten der Sitzungsnummern, die in den beiden Patientengruppen zur Erfassung der Prozessmerkmale ausgewählt wurden. Wie in Abschnitt 5.4 dargelegt wurde, war geplant, die Berechnungen anhand der Daten der dritten Sitzung eines jeden Patienten durchzuführen. Allerdings lagen für diese Sitzung nur bei 45% der Patienten der Completer-Gruppe und bei 37% der Patienten der Abbrecher-Gruppe sowohl eine Audioaufnahme der Therapiesitzung als auch Patienten- und Therapeutenstundenbögen vor, so dass in diesen Fällen benachbarte Sitzungen verwendet wurden. Die einzelnen Sitzungsnummern sind in beiden Gruppen etwa gleich häufig vertreten, so dass eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund systematischer Unterschiede in dieser Hinsicht unwahrscheinlich ist.

**Tabelle 1:** Häufigkeiten der einzelnen Sitzungsnummern, die zur Erfassung der Therapieprozessmerkmale herangezogen wurden

Ausgewählte Therapiesitzung	n (%)	
	Abbrecher	Completer
1. Sitzung	1 (5,3%)	1 (5,0%)
2. Sitzung	4 (21,1%)	3 (15,0%)
<b>3. Sitzung</b>	<b>7 (36,8%)</b>	<b>9 (45,0%)</b>
4. Sitzung	5 (26,3%)	6 (30,0%)
5. Sitzung	2 (10,5%)	0
6. Sitzung	0	0
7. Sitzung	0	1 (5,0%)

## 6.2 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich verschiedener bei Therapiebeginn erfasster Merkmale

Hinsichtlich soziodemografischer Variablen wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsausbildung und Berufstätigkeit sowie hinsichtlich sprachlicher Fähigkeiten unterscheiden sich die Abbrecher- und die Completer-Gruppe nicht signifikant (s. Tabelle 2). Der Anteil der Männer ist in der Gruppe der Abbrecher nur tendenziell signifikant höher als in der Gruppe der Completer.

Die Patienten beider Gruppen befinden sich durchschnittlich betrachtet im jungen Erwachsenenalter, mehr als ein Drittel der Abbrecher und mehr als die Hälfte der Completer hat das Abitur erworben, und etwa ein Drittel der Patienten ging bei Studienbeginn einer Vollzeitbeschäftigung nach. Hinsichtlich ihrer Sprachflüssigkeit lagen beide Gruppen mehr als 1,5 Standardabweichungen unterhalb der Leistung einer gesunden Normstichprobe. Die anhand des MWT-B erfasste allgemeine Intelligenz fällt dagegen durchschnittlich aus.

**Tabelle 2:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und der verbalen Leistungsfähigkeit

Variablen	Statistik	Abbrecher (n=19)	Completer (n=20)	Prüfgröße (df) <sup>3</sup>	p
Alter	M (SD)	29,95 (10,90)	34,10 (9,68)	-1,26 (37)	0,216
Geschlecht: männlich	n (%)	13 (68,4%)	7 (35,0%)	-	0,056
Schulbildung: Abitur	n (%)	7 (38,9 %)	12 (60,0 %)	-	0,330
Berufsausbildung: abgeschlossen	n (%)	9 (47,4 %)	14 (70,0 %)	-	0,200
Berufstätigkeit: Vollzeit	n (%)	5 (27,8%)	6 (30,0%)	-	>0,99
MWT-B <sup>1)</sup>	M (SD)	28,47 (7,22)	27,85 (7,80)	-0,65 (33)	0,813
Wortflüssigkeit (z-stand.) <sup>2)</sup>	M (SD)	-1,70 (1,76)	-1,58 (1,59)	-0,20 (34)	0,843

<sup>1)</sup> MWT-B: Mehrfachwahl-Wortschatztest; <sup>2)</sup> Untertest des Leistungsprüfsystems (LPS); für die Standardisierung wurden die Testwerte einer gesunden Vergleichsstichprobe verwendet

<sup>3)</sup> t-Test für unabhängige Stichproben bzw. exakter Test nach Fisher

Tabelle 3 bietet einen Überblick über die Ausprägung psychopathologischer und anderer klinischer Variablen in den beiden Patientengruppen. Auch diesbezüglich ließen sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern finden. Die Mehrheit der Patienten hatte die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erhalten, und etwa die Hälfte der Patienten hatten sich innerhalb von sechs Monaten nach Erkrankungsbeginn psychiatrisch behandeln lassen. Die PANSS-Positiv-Symptomatik ist - bei einem Wertebereich (WB) von 7 bis 49 - durchschnittlich betrachtet sehr niedrig ausgeprägt, während die Negativsymptomatik bei gleichem Wertebereich um einiges höher ausfällt.

Die allgemeine Psychopathologie (WB: 16-112), die depressive Symptomatik (CDSS; WB: 0-27) und die von den Patienten selbst berichtete Symptomatik (GSI; WB: 0-4) sind in beiden Gruppen niedrig ausgeprägt, zudem weisen die Patienten ein gutes Funktionsniveau auf (GAF). Der anhand des PANSS-Items G12 erfasste Mangel an Krankheitseinsicht (WB: 1-7) ist in beiden Patientengruppen gering ausgeprägt. Ebenso zeichnen sich beide Patientengruppen durch eine sehr hohe fremdbeurteilte Medikamentencompliance (WB: 1-7) aus. Von den Patienten wurden durchschnittlich 2-3 Nebenwirkungen berichtet, die in leichter bis moderater Intensität vorlagen; dabei ist für die Intensität der Nebenwirkungen eine vergleichsweise hohe Streuung festzustellen.

**Tabelle 3:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik und anderer klinischer Variablen

Variablen	Statistik	Abbrecher (n=19)	Completer (n=20)	Prüfgröße (df) <sup>1</sup>	p
Diagnose, DSM-IV, paranoider Subtyp	n (%)	15 (78,9%)	12 (60,0%)	-	0,301
DUP, < 6 Monate	n (%)	11 (57,9%)	10 (50,0%)	-	>0,99
PANSS Positiv-Syndrom	M (SD)	8,47 (3,03)	9,60 (4,54)	-0,91 (37)	0,370
PANSS Negativ-Syndrom	M (SD)	14,95 (5,67)	12,10 (5,53)	1,59 (37)	0,121
PANSS Allgemeine Psy- chopathologie	M (SD)	24,47 (7,59)	23,45 (8,39)	0,40 (37)	0,692
PANSS G12: Mangel an Krankheitseinsicht	M (SD)	1,42 (1,02)	1,60 (0,82)	-0,62 (37)	0,548
SANS Summenscore	M (SD)	7,11 (6,15)	5,35 (5,56)	0,94 (37)	0,355
SCL-90-R, GSI (n = 7/10)	M (SD)	0,25 (0,23)	0,53 (0,33)	-1,93 (15)	0,073
CDSS Gesamtwert	M (SD)	1,42 (2,63)	2,45 (3,49)	-1,04 (37)	0,307
GAF	M (SD)	66,26 (6,40)	70,65 (13,25)	-1,31 (37)	0,196
Medikamenten- Compliance	M (SD)	6,32 (0,89)	6,50 (0,89)	-0,65 (37)	0,521
UKU Anzahl der NW	M (SD)	2,16 (3,20)	2,80 (3,86)	-0,56 (37)	0,576
UKU Intensität der NW	M (SD)	3,58 (6,16)	4,60 (7,83)	-0,45 (37)	0,655

*Anmerkungen.* DUP: Duration of untreated psychosis, dt.: Zeit bis zur Behandlungsaufnahme; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, SANS: Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SCL: Symptom-Checkliste von Derogatis, GSI: Global Severity Index; CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia

<sup>1)</sup> t-Test für unabhängige Stichproben bzw. exakter Test nach Fisher

## 6.3 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der global beurteilten Psychotherapieprozess-Merkmale

### 6.3.1 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Patientenstundenbogens

Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich keiner der fünf Skalen des Patientenstundenbogens in signifikanter Weise (s. Tabelle 4). Sowohl Abbrecher als auch Completer beantworten Aussagen zum wahrgenommenen Fortschritt in der Therapiesitzung im Durchschnitt mit leichter Zustimmung. Die therapeutische Beziehung wird in beiden Gruppen als eher gut wahrgenommen, und die Patienten geben an, eher nicht unzufrieden mit ihrem Therapeuten zu sein. Weiterhin geben Abbrecher wie Completer eine leicht ausgeprägte Emotionsaktualisierung an, ebenso werden in geringem Umfang Möglichkeiten der Mitbestimmung wahrgenommen.

**Tabelle 4:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Patientenstundenbogens (PSB)

Variablen	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
N	18	20		
PSB Fortschritt	1,07 (0,77)	1,13 (0,92)	-0,21	0,831
PSB Unzufriedenheit	-0,68 (1,29)	-1,03 (0,98)	0,93	0,358
PSB Therapeutische Beziehung	1,29 (0,87)	1,75 (0,87)	-1,62	0,113
PSB Emotionsaktualisierung	0,75 (1,11)	0,90 (1,39)	-0,36	0,718
PSB Mitbestimmung	0,74 (1,13)	0,58 (1,13)	0,43	0,671

Die Skalen des Patientenstundenbogens korrelieren in mittlerem bis starkem Ausmaß miteinander (siehe auch Tabelle 28 im Anhang). Ein hoher wahrgenommener Fortschritt ist eng mit einer guten therapeutischen Beziehung verbunden ( $r=0,74$ ,  $p<0,001$ ), und diese beiden Skalen korrelieren auch in mittlerem bis starkem Ausmaß mit der Emotionsaktualisierung ( $r=0,63$  bzw.  $r=0,51$ ,  $p<0,001$ ) und der wahrgenommenen Möglichkeit, in der Therapie mitzubestimmen ( $r=0,64$  bzw.  $r=0,62$ ,  $p<0,001$ ). Die Unzufriedenheit mit der Therapie ist erwartungsgemäß negativ mit den restlichen Skalen korreliert ( $r=-0,45$ ,  $p<0,010$ , bis  $r=-0,58$ ,  $p<0,001$ ). Die Stärke ihres Zusammenhangs mit der Skala *Therapeutische Beziehung* ( $r=-0,58$ ,  $p<0,001$ ) ist jedoch nur mittelhoch, so dass diese beiden Skalen nicht als komplementäre Konstrukte verstanden werden können.

### 6.3.2 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Therapeutenstundenbogens

Die Mittelwertsvergleiche ergeben, dass die Therapeuten in der Abbrechergruppe sämtliche untersuchten Aspekte des therapeutischen Prozesses signifikant ungünstiger wahrnehmen als in der Completergruppe (siehe Tabelle 5). So beurteilen sie die therapeutische Beziehung mit den Abbrecher-Patienten um nahezu einen Punktwert negativer als die Beziehung mit den Completer-Patienten. Ebenso nehmen sie in der Gruppe der Abbrecher ein geringeres Maß an Fortschritt wahr. Aus Therapeutensicht arbeiten die Abbrecher in der Therapiesitzung weniger gut mit und beschäftigen sich auch zwischen den Sitzungen weniger mit den in der Therapie besprochenen Themen.

**Tabelle 5:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Skalen des Therapeuten-Stundenbogens (TSB)

Variablen	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
N	19	20		
TSB Therapeutische Allianz	0,84 (0,89)	1,70 (0,83)	-3,11	<b>0,004</b>
TSB Fortschritt	1,13 (0,86)	1,75 (0,47)	-2,79	<b>0,008</b>
TSB Patientenmitarbeit	0,47 (1,41)	1,72 (0,91)	-3,26	<b>0,003</b>
TSB Hausaufgabenbearbeitung	-0,76 (1,54)	0,60 (1,07)	-3,22	<b>0,003</b>

Die Skalen des Therapeutenstundenbogens korrelieren in mittlerem bis starkem Ausmaß miteinander (siehe auch Tabelle 29 im Anhang). Numerisch am höchsten fallen die Zusammenhänge zwischen den Skalen *Therapeutische Allianz* und *Hausaufgabenbearbeitung* ( $r=0,723$ ,  $p<,0001$ ) bzw. *Patientenmitarbeit* ( $r=0,671$ ,  $p<,001$ ) aus. Dagegen korreliert die Skala *Fortschritt* sowohl mit der Skala *Patientenmitarbeit* ( $r=0,422$ ,  $p<,010$ ) als auch der Skala *Therapeutische Allianz* ( $r=0,476$ ,  $p<,010$ ) nur in mittlerem Ausmaß.

### 6.3.3 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Beobachter-Ratings

**Therapeutische Allianz.** Aus der Perspektive einer außenstehenden Beobachterin wurden alle drei Aspekte der therapeutischen Allianz in der Abbrechergruppe signifikant ungünstiger wahrgenommen als in der Completergruppe (siehe Tabelle 6), wobei die Werte der drei Skalen des *Working Alliance Inventory* in beiden Gruppen relativ hoch ausfallen und die Mittelwertsdifferenzen gering sind.

**Therapeutenkompetenz.** Wie bereits im Methodenteil unter 5.4 dargestellt wurde, konnten von den vier Skalen des Beobachtungsbogens zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen (BEVK) die Skalen *Strukturierung* und *Allgemeine Wirkung* aufgrund unzureichender Interraterreliabilitäten nicht in die Auswertungen einbezogen werden. Hinsichtlich der Skala *Beziehungsgestaltung* wurden die Therapeuten in den Sitzungen mit den Abbrechern signifikant weniger kompetent beurteilt als in den Sitzungen mit den Completern. Demnach verhielten sich die Therapeuten aus Beobachtersicht den Abbrechern gegenüber unter anderem als weniger einfühlsam und unterstützend, wobei die Beziehungsgestaltung auch in dieser Gruppe als gut beurteilt wurde. Hinsichtlich der Skala *Therapeutische Strategien*, die Ausmaß und Qualität der Problemaktualisierung, Problemklärung, Ressourcenaktivierung und Problembewältigung durch die Therapeuten erfasst, besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen.

**Patientenmitarbeit.** Die Mitarbeit der Abbrecher in der Therapiesitzung wurde auf allen drei Skalen des *Beurteilungsbogens zur Erfassung der Patientenmitarbeit* (BEPM) signifikant ungünstiger als die der Completer beurteilt. Patienten der Abbrechergruppe zeigten ein geringeres Ausmaß an Aktivität in der Therapiesitzung, ein geringeres Ausmaß an selbstexplorativem Verhalten und eine geringere Responsivität ihrem Therapeuten gegenüber.

Die Korrelationen zwischen den drei Instrumenten zur Erfassung der Therapieprozessmerkmale aus Beobachterperspektive werden in Tabelle 30 im Anhang wiedergegeben. Die drei Skalen des *Working Alliance Inventory* (WAI) korrelieren stark bis sehr stark miteinander. Die sehr hohe Korrelation von  $r=0,930$  ( $p<0,001$ ) der Skalen *Goal* und *Task* weist zumindest in der hier untersuchten frühen Therapiephase auf eine geringe Differenzierung der beiden Aspekte der therapeutischen Allianz hin.

**Tabelle 6:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Instrumente zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus Beobachterperspektive

Variablen	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
<i>N</i>	19	20		
<b>Therapeutische Allianz</b>				
WAI Goal	5,04 (0,70)	5,61 (0,55)	-2,86	<b>0,007</b>
WAI Task	5,20 (0,59)	5,74 (0,53)	-3,05	<b>0,004</b>
WAI Bond	5,24 (0,35)	5,80 (0,35)	-5,04	<b>&lt;0,001</b>
<b>Therapeutenkompetenz</b>				
BEVK Beziehungsgestaltung	5,04 (0,70)	5,61 (0,55)	-2,86	<b>0,007</b>
BEVK Strategien	5,20 (0,59)	5,74 (0,53)	-0,28	0,784
<b>Patientenmitarbeit</b>				
BEPM Responsivität	4,83 (0,63)	5,65 (0,61)	-4,13	<b>&lt;0,001</b>
BEPM Aktivität	4,37 (1,22)	5,46 (0,67)	-3,48	<b>0,001</b>
BEPM Selbstexploration	4,86 (0,88)	5,68 (0,67)	-3,27	<b>0,002</b>

*Anmerkungen.* WAI: Working Alliance Inventory; BEVK: Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen; BEPM: Beurteilungsbogen zur Erfassung der Patientenmitarbeit

Zwischen den beiden Skalen des *Beobachtungsbogens zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen* (BEVK) besteht nur ein schwacher Zusammenhang ( $r=0,352$ ,  $p<0,050$ ). Demnach wurde die Kompetenz eines Therapeuten in der Beziehungsgestaltung relativ unabhängig von seiner Kompetenz hinsichtlich des Einsatzes therapeutischer Strategien beurteilt. Diese beiden Skalen korrelieren zudem in unterschiedlichem Maße mit den WAI-Skalen. Während die Beurteilung des kompetenten Einsatzes therapeutischer Strategien nicht mit der Beurteilung der therapeutischen Allianz zusammenhängt ( $r<0,256$ ,  $p>0,050$ ), besteht zwischen der Skala *Beziehungsgestaltung* und der Skala *Bond* ein starker Zusammenhang von  $r=0,613$  ( $p<0,001$ ). Der Zusammenhang mit den Skalen *Goal* und *Task* fällt dagegen nur mittelhoch aus.

Die drei Unterskalen des *Beurteilungsbogens zur Erfassung der Patientenmitarbeit* (BEPM) korrelieren hoch miteinander (siehe auch Abschnitt 5.3.3.3), jedoch nicht so ausgeprägt, dass von einem einzigen Konstrukt ausgegangen werden müsste. Zwischen den Skalen des BEPM und des BEVK besteht nur ein einziger signifikanter Zusammenhang. So ist das Ausmaß an *Beziehungsgestaltung* der Therapeuten schwach mit dem Ausmaß an *Selbstexploration* der Patienten korreliert ( $r=0,329$ ,  $p<0,050$ ), während die restlichen Aspekte der Therapeuten-Kompetenz und der Patientenmitarbeit nicht miteinander korrelieren. Zwischen den BEPM-Skalen und den Skalen des WAI bestehen dagegen durch-

gehend mittlere bis starke Zusammenhänge ( $r=0,480$ ,  $p<0,010$ , bis  $r=0,754$ ,  $p<0,001$ ). Numerisch am höchsten korrelieren die drei BEPM-Skalen jeweils mit der Skala *WAI-Task*.

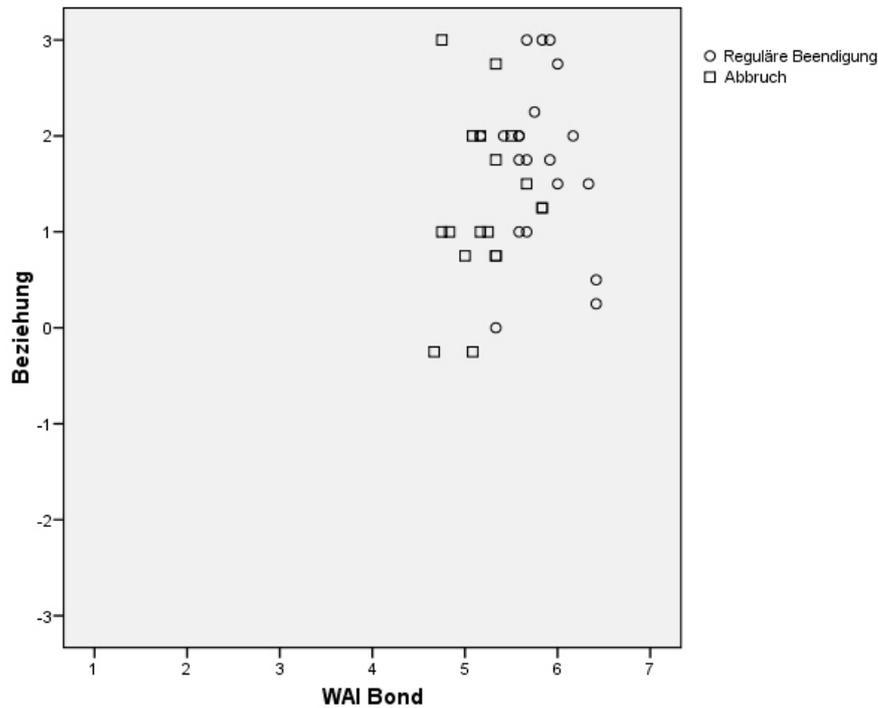
Im nächsten Abschnitt werden die Korrelationen zwischen den Prozessratings aus Patienten-, Therapeuten- und Beobachterperspektive dargestellt. Nachdem sich die Sichtweise der Patienten für Therapieabbrüche als nicht prädiktiv erwiesen hat, stellt sich die Frage, inwieweit zwischen den Patientenbeurteilungen auf der einen Seite und den Therapeuten- und Beobachterbeurteilungen auf der anderen Seite Zusammenhänge bestehen. Weiterin soll der Zusammenhang zwischen den Beobachterratings und den Skalen des Patienten- und des Therapeutenstundenbogens Aufschluss über die konvergente und diskriminante Validität der Beobachterratings geben.

### **6.3.4 Zusammenhänge zwischen den globalen Psychotherapieprozess-Maßen**

#### **6.3.4.1 Korrelationen zwischen den Beobachter-Ratings und den Skalen des Patientenstundenbogens**

Keines der globalen Beobachter-Ratings - die Beurteilung der therapeutischen Allianz, der Patientenmitarbeit und der Therapeutenkompetenz - korreliert signifikant mit den Beurteilungen der verschiedenen Prozessmerkmale durch die Patienten (siehe Tabelle 31 im Anhang). Beispielsweise korreliert die patientenbeurteilte therapeutische Beziehung mit der Skala *WAI-Bond* nur zu  $r=0,168$  ( $p>0,050$ ).

In Abbildung 2 wird der Zusammenhang zwischen den beiden Skalen anhand eines Streudiagramms veranschaulicht. Es fällt auf, dass für einige wenige Patienten extrem diskrepante Sichtweisen der therapeutischen Beziehung bestehen, die maßgeblich zu der niedrigen Korrelation beitragen dürften. So beurteilten zwei Completer, deren therapeutische Bindung aus Beobachtersicht sehr positiv wahrgenommen wurde, die Beziehung zum Therapeuten vergleichsweise negativ, während ein Abbrecher mit sehr niedrigem *WAI-Bond*-Rating bei der Beurteilung der therapeutischen Beziehung jeweils die höchsten Skalenwerte ankreuzte.



**Abbildung 2:** Streudiagramm der Skala *Bond* des *Working Alliance Inventory* und der Skala *Beziehung* des Patientenstundenbogens

#### 6.3.4.2 Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeuten- und des Patienten-Stundenbogens

Zwischen der Patienten- und der Therapeutenperspektive bestehen ebenfalls kaum signifikante Zusammenhänge (siehe Tabelle 32 im Anhang). Die therapeutische Beziehung aus Patientensicht ist sowohl mit der therapeutischen Allianz als auch mit der Patientenmitarbeit aus Therapeutensicht nur schwach korreliert ( $r=0,340$  bzw.  $r=0,337$ ,  $p<0,050$ ). Bei Betrachtung der entsprechenden Streudiagramme lassen sich keine bivariaten Ausreißer feststellen, so dass auf deren Abbildung verzichtet wird. Die Unzufriedenheit der Patienten hängt mit keiner der Skalen des Therapeutenstundenbogens zusammen. Bemerkenswert ist auch der fehlende Zusammenhang zwischen der Fortschrittseinschätzung der Patienten und der Therapeuten.

#### 6.3.4.3 Korrelationen zwischen den Beobachter-Instrumenten und den Skalen des Therapeuten-Stundenbogens

Zwischen den Beurteilungen der Therapieprozessmerkmale aus Beobachter- und Therapeutenperspektive finden sich mehrere mittlere bis starke Zusammenhänge (siehe Tabelle 33 im Anhang). Die Skala *WAI-Bond* weist eine mittelhohe Korrelation mit der Skala *Therapeutische Allianz* des Therapeutenstundenbogens (TSB;  $r=0,504$ ,  $p<0,001$ ) und schwache Korrelationen mit den restlichen Skalen auf ( $r<0,389$ ,  $p<0,050$ ). Die Skalen *Goal* und *Task* korrelieren auch mit den Skalen *Fortschritt* und *Patientenmitarbeit* des TSB in mittlerer Höhe ( $r=0,317$ ,  $p<0,050$  bis  $r=0,594$ ,  $p<0,001$ ).

Die aus Beobachtersicht kompetente Beziehungsgestaltung der Therapeuten korreliert in mittlerer Höhe mit der Allianz aus Therapeutensicht ( $r=0,403$ ,  $p<0,050$ ) und etwas schwächer mit den Skalen *Fortschritt* und *Mitarbeit* des TSB ( $r=0,360$  bzw.  $r=0,329$ ,  $p<0,050$ ). Die Beurteilung des kompetenten Einsatzes therapeutischer Strategien ist hingegen mit keiner der TSB-Skalen korreliert.

Die drei Skalen des BEPM korrelieren mit sämtlichen Skalen des TSB signifikant. Numerisch am höchsten fallen erwartungsgemäß die Korrelationen mit der Skala *Mitarbeit* ( $r=0,539$  bis  $r=0,609$ ,  $p<0,001$ ) und *Hausaufgabenbearbeitung* ( $r=0,504$  bis  $r=0,633$ ,  $p<0,001$ ) des TSB aus. Darüber hinaus weist die Skala *Responsivität* einen hohen Zusammenhang mit der *therapeutischen Allianz* aus Therapeutensicht auf ( $r=0,709$ ,  $p<0,001$ ).

#### 6.3.5 Binär logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der relativen Bedeutung der globalen Prozessmaße für die Prädiktion des Abbruchstatus

Den Ergebnissen der Abschnitte 6.3.1 bis 6.3.3 zufolge unterscheiden sich Abbrecher und Completer aus Therapeuten- und Beobachtersicht, nicht jedoch aus Patientensicht, hinsichtlich mehrerer Prozessmerkmale. Im nächsten Schritt soll anhand einer binär logistischen Regressionsanalyse bestimmt werden, welchen dieser Prozessmaße die größte Bedeutung bei der Prädiktion von Therapieabbrüchen zukommt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die von Backhaus und Mitarbeitern (2006) empfohlene Mindestanzahl von 25 Fällen je Kategorie mit den 19 Abbrechern und 20 Completern unterschritten wird.

Entsprechend den Ergebnissen der bivariaten Analysen wurden folgende Maße als unabhängige Variablen verwendet: die vier Skalen des Therapeutenstundenbogens *Therapeutische Allianz*, *Fortschritt*, *Mitarbeit* und *Hausaufgabenbearbeitung*, die Skalen *Bond* und *Goal* des WAI, die drei Skalen des BEPM sowie die Skala *Beziehungsgestaltung* des BEVK. Die Skala *Task* wurde aufgrund ihrer hohen Korrelation mit der Skala *Goal* nicht einbezogen. Letztere wurde als unabhängige Variable vorgezogen, da in der hier untersuchten frühen Therapiephase eher die Übereinstimmung hinsichtlich der zu verfolgenden Ziele relevant sein dürfte als die Einigkeit bezüglich der Vorgehensweisen.

Mit dem gewählten Verfahren der schrittweisen vorwärtsgerichteten Variablenselektion wurde lediglich die Variable *WAI-Bond* als signifikanter Prädiktor ins Regressionsmodell aufgenommen (siehe Tabelle 7). Die restlichen unabhängigen Variablen tragen darüber hinaus zu keiner weiteren Aufklärung der Kriteriumsvarianz bei. Der Regressionskoeffizient der Variablen *WAI-Bond* ist sehr signifikant. Entsprechend des Odds-Ratio-Wertes wäre ein Anstieg des *WAI-Bond*-Ratings um einen Punkt mit einer Verminderung der Chance für einen Therapieabbruch um den Faktor 0,007 verbunden. Dieser extreme Wert lässt sich dadurch erklären, dass die *WAI-Bond*-Werte der beiden Patientengruppen sehr dicht beieinander liegen und dass die Varianz innerhalb der beiden Gruppen sehr niedrig ist. Somit wäre bereits ein Anstieg um einen Bruchteil eines Punktes mit einer deutlichen Verminderung des Abbruchrisikos verbunden.

Das Regressionsmodell mit dieser einen Prädiktorvariablen erklärt 54,0 % der Varianz des Kriteriums *Therapieabbruch* und ermöglicht eine korrekte Klassifikation von 82,1% der Patienten. Von den 19 Abbrechern können 15 (78,9%) korrekt klassifiziert werden, bei den Completern sind es 17 von 20 (85,0%).

**Tabelle 7:** Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der globalen Prozessmaße als unabhängige Variablen; n=39

Prädiktoren	B	S.E.	Wald	p	Exp (B)	95% K.I.
WAI Bond	-5,02	1,62	9,65	,002	0,007	0,0003 - 0,157

*Anmerkungen.* Modellparameter:  $\chi^2=20,26$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ . Nagelkerke  $R^2=,540$ .

Unabhängige Variablen: Skalen *Therapeutische Allianz*, *Fortschritt*, *Mitarbeit* und *Hausaufgabenbearbeitung* des Therapeutenstundenbogens, *Bond* und *Goal* des Working Alliance Inventory, *Responsivität*, *Aktivität*, *Selbstexploration* des Beobachtungsbogens zur Erfassung der Patientenmitarbeit, *Beziehungsgestaltung* des Beobachtungsbogens zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen.

In einer weiteren Regressionsanalyse wurden ausschließlich die Skalen des Therapeutenstundenbogens als unabhängige Variablen einbezogen, um zu prüfen, welche sich als relevanteste Prädiktoren erweisen und wie hoch der Anteil der aufgeklärten Varianz für diese ausfällt.

Wiederum wurde von den drei unabhängigen Variablen nur eine einzige ins Modell aufgenommen (siehe Tabelle 8). Die Kenntnis der Ausprägung der Variablen *Mitarbeit der Patienten* führt zu einer Aufklärung von 29,9% der Varianz und ermöglicht die korrekte Klassifikation von 66,7% der Patienten. Von den 19 Abbrechern werden 12 (63,2%) richtig klassifiziert und 14 der 20 Completer (70%). Der Regressionskoeffizient der Prädiktorvariablen ist signifikant von Null verschieden, und das Odds-Ratio besagt, dass ein Anstieg des Skalenwertes um einen Punkt mit einer Verringerung der Abbruch-Chance um den Faktor 0,39 verbunden ist.

**Tabelle 8:** Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der Skalen des Therapeutenstundenbogens als unabhängige Variablen; n=39

Prädiktoren	B	S.E.	Wald	p	Exp (B)	95% K.I.
TSB Mitarbeit	-0,93	0,35	6,96	,008	0,394	0,197 - 0,787

*Anmerkungen.* Modellparameter:  $\chi^2=9,91$ ,  $df=1$ ,  $p=0,002$ . Nagelkerke  $R^2=,299$ .

Unabhängige Variablen: Skalen Therapeutische Allianz, Fortschritt, Mitarbeit und Hausaufgabenbearbeitung des Therapeutenstundenbogens

## 6.4 Therapeuten- und Patientenverhalten in den Gruppen der Abbrecher und Completer

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für die anhand des CIP erzeugten Verhaltensmaße vorgestellt. In Abschnitt 6.4.1 werden zunächst die beiden Patientengruppen hinsichtlich einiger Maße für die allgemeine Sitzungsaktivität und hinsichtlich der Auftrenshäufigkeiten der einzelnen Kategorien von Patienten- und Therapeuten-Sprechhandlungen verglichen. Anschließend werden in Abschnitt 6.4.2 die Ergebnisse der Lag-Sequential-Analysen vorgestellt, anhand derer die Gesprächssteuerung in der Therapeut-Patient-Interaktion untersucht wurde. Schließlich werden unter 6.4.3 die Ergebnisse einer binär logistischen Regressionsanalyse vorgestellt, mit deren Hilfe die relative Bedeutung dieser Verhaltensmaße für die Prädiktion eines späteren Therapieabbruchs bestimmt werden soll.

## **6.4.1 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Sitzungsaktivität und der relativen Häufigkeiten der Patienten- und Therapeutenkategorien**

### **6.4.1.1 Sitzungsdauer und Anzahl der Sprech-Einheiten in den Gruppen der Abbrecher und der Completer**

Die ausgewerteten frühen Therapiesitzungen fallen in der Gruppe der Abbrecher mit einem Mittelwert von 43,52 Minuten (SD=8,75) im Durchschnitt um etwa fünf Minuten kürzer aus als die Sitzungen in der Gruppe der Completer (M=48,97, SD=7,35;  $T=-2,11$ ,  $df=37$ ,  $p=0,041$ ). In der Abbrecher-Gruppe besteht eine Therapiesitzung aus durchschnittlich 196,16 (SD=54,29) Sprechereinheiten; in der Completer-Gruppe liegt der Mittelwert bei 218,55 (SD=67,58) Einheiten. Die Mittelwertsdifferenz ist nicht signifikant von Null verschieden ( $T=-1.137$ ,  $df=37$ ,  $p=0,263$ ).

Wird die Anzahl der Sprechereinheiten einer Sitzung durch die Sitzungsdauer geteilt, so erhält man einen Wert, der angibt, wie häufig Sprecherwechsel stattfinden beziehungsweise wie häufig von einer Kategorie zu einer anderen gewechselt wird. Pro Minute treten in der Abbrechergruppe durchschnittlich 4,62 (SD=1,37) Sprechhandlungen auf, in der Completergruppe sind es 4,46 (SD=1,23). Auch dieser Unterschied ist nicht signifikant ( $T=0,391$ ,  $df=37$ ,  $p=0,698$ ).

Da bei der Codierung nach dem CIP eine alternierende Sequenz eingehalten werden muss, d.h. bei einem Wechsel des Sprechers von einer Kategorie zu einer anderen eine Codierung für den Gesprächspartner eingefügt werden muss (z.B. Zuhören oder minimale Unterstützung), verteilt sich die Gesamtanzahl der Sprechhandlungen zu gleichen Teilen auf die beiden Gesprächspartner. Betrachtet man hingegen nur die Anzahl der ‚aktiven‘ oder ‚echten‘ Sprechbeiträge, die aus mindestens einem vollständigen Satz bestehen (im Gegensatz zu Pausen, minimaler Unterstützung der Therapeuten oder Kurzantworten der Patienten), so finden sich in der Gruppe der Abbrecher (M=49,37, SD=24,23) signifikant weniger aktive Patientenbeiträge als in der Gruppe der Completer (M=68,15, SD=23,35;  $T=-2,465$ ,  $df=37$ ,  $p=0,018$ ). Die Anzahl aktiver Therapeutenbeiträge ist in der Abbrechergruppe (M=92,95, SD=26,27) nur unwesentlich niedriger als in der Gruppe der Completer (M=101,55, SD=35,36;  $T=-0,860$ ,  $df=37$ ,  $p=0,395$ ).

#### 6.4.1.2 Häufigkeiten der Patienten-Kategorien des CIP in den beiden Patienten-Gruppen

Zunächst soll ein Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Patienten-Kategorien und ihre Zusammenfassung zu Überkategorien gegeben werden (siehe Tabelle 9). Die häufigsten Sprechhandlungen der Patienten sind *Einfache Antworten* ( $M=39,38$ ,  $SD=18,87$ ), gefolgt von sachlichen Berichten ( $M=23,82$ ,  $SD=15,18$ ) und der Beschreibung spezifischer Probleme ( $M=14,74$ ,  $SD=9,41$ ), die zur Überkategorie *Problembeschreibung* zusammengefasst werden. Die Überkategorien *Einfache Antworten* und *Problembeschreibung* machen 75 % des gesamten Patientenverhaltens aus. Vergleichsweise häufig kommen mit einem Anteil von 7% bzw. 5,5% an der Gesamtzahl der Sprechhandlungen auch die Überkategorien *Änderungsberichte* und *Mitarbeit/Initiative* vor.

Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, weisen einige der Patienten-Überkategorien eine erhöhte Schiefe und Kurtosis auf. Die Abweichung von der Normalverteilung erscheint nach Inspektion der Q-Q-Diagramme bei nahezu allen Überkategorien nur mäßig ausgeprägt zu sein. Die Verteilungsform der Überkategorie *Hemmendes Verhalten* weicht jedoch deutlich von einer Normalverteilung ab. Aufgrund der hohen Relevanz der in dieser Überkategorie enthaltenen Patienten-Verhaltensweisen soll sie nicht von den weiteren Auswertungen ausgeschlossen werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse soll diesem Umstand jedoch Rechnung getragen werden. Die Überkategorie *Klärung* wird dagegen aufgrund der in Abschnitt 5.4.2.2 berichteten niedrigen Beurteilerübereinstimmung nicht weiter untersucht.

Für die nachfolgenden Berechnungen wird anstatt der in Tabelle 9 dargestellten absoluten Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien ihr relativer Anteil an der Gesamtzahl der Patienten-Sprechhandlungen verwendet.

Ein Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien ergibt, dass die Completer einen signifikant höheren Anteil an *Problembeschreibung* (42,1% vs. 31,7%;  $p=0,016$ ) und die Abbrecher einen höheren Anteil an *Einfachen Antworten* (44,54% vs. 32,0%;  $p=0,008$ ) aufweisen. Die relativen Häufigkeiten der Überkategorien *Emotionale Öffnung*, *Änderungsberichte*, *Mitarbeit/Initiative* und *Hemmendes Verhalten* unterscheiden sich in den beiden Gruppen nicht signifikant (siehe Tabelle 10).

**Tabelle 9:** Deskriptive Statistiken für die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Patientenkategorien und der gebildeten Überkategorien in der Gesamtstichprobe, n=39

Patienten-Kategoriensystem	M	SD	Min	Max	Schiefe	Kurtosis
<b>Emotionale Öffnung</b>	<b>3,15</b>	<b>3,29</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>1,44</b>	<b>2,14</b>
- Positive Gefühle	0,69	1,08	0	4	1,59	1,72
- Negative Gefühle	2,46	2,74	0	14	2,18	7,17
<b>Problembeschreibung</b>	<b>38,56</b>	<b>19,31</b>	<b>11</b>	<b>87</b>	<b>0,74</b>	<b>-0,26</b>
- Sachlicher Bericht	23,82	15,18	6	63	0,97	-0,05
- Spezifisches Problem	14,74	9,41	2	37	0,86	0,06
<b>Einfache Antworten</b>						
- Kurzantwort	<b>39,38</b>	<b>18,87</b>	<b>10</b>	<b>91</b>	<b>0,76</b>	<b>0,37</b>
<b>Änderungsberichte</b>	<b>6,92</b>	<b>5,38</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>1,86</b>	<b>6,11</b>
- Selbstkontrollversuche	0,79	1,26	0	6	2,24	6,56
- Erfolgsberichte	3,03	2,89	0	11	1,20	0,86
- Einsicht	3,10	3,24	0	15	1,88	4,49
<b>Mitarbeit / Initiative</b>	<b>5,72</b>	<b>5,71</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>2,09</b>	<b>6,26</b>
- Wunsch / Zielvorstellung	3,33	3,26	0	12	0,96	0,04
- Zuversicht	0,74	1,12	0	4	1,38	0,90
- Änderungsvorschläge	1,64	3,41	0	19	3,81	17,71
<b>Klärung</b>	<b>3,05</b>	<b>2,93</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0,98</b>	<b>0,23</b>
- Ansprechen der ther. Bez.	0,03	0,16	0	1	6,25	39,00
- Informationsfrage / Ratsuche	3,03	2,94	0	11	0,99	0,21
<b>Hemmendes Verhalten</b>	<b>1,59</b>	<b>4,92</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>5,37</b>	<b>31,11</b>
- Ablehnung / Verweigerung	1,26	3,95	0	24	5,34	30,84
- Kritik / Provokation	0,28	0,86	0	5	4,70	25,18
- Resignation	0,05	0,22	0	1	4,23	16,78
Weitere Kategorien						
- Zuhören	3,46	4,78	0	20	2,14	4,44
- Pause	0,72	1,41	0	5	2,07	3,36
- Restkategorie	1,10	1,37	0	6	1,54	2,97

**Tabelle 10:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der *prozentualen Häufigkeiten* der Patienten-Überkategorien

Patienten-Überkategorien	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
N	19	20		
Emotionale Öffnung	2,54 (2,90)	3,35 (2,47)	-0,945	0,351
Problembeschreibung	31,70 (12,19)	42,09 (13,44)	-2,524	<b>0,016</b>
Einfache Antworten	44,54 (15,66)	32,00 (12,25)	2,795	<b>0,008</b>
Änderungsberichte	6,71 (7,49)	7,18 (4,01)	-0,249	0,805
Mitarbeit	4,64 (5,36)	6,23 (4,07)	-1,050	0,300
Hemmendes Verhalten	2,00 (4,76)	0,60 (1,16)	1,276	0,210

### 6.4.1.3 Häufigkeiten der Therapeuten-Kategorien des CIP in den beiden Patientengruppen

Die Auftretenshäufigkeiten der Therapeuten-Kategorien in der Gesamtstichprobe schwanken deutlich. Zehn der 19 Kategorien kommen im Durchschnitt weniger als zweimal pro Sitzung vor, wobei die Kategorie *Kritik* kein einziges Mal codiert wurde. Die Mehrzahl der Kategorien weist eine deutliche Schiefe und Kurtosis auf, wobei die Abweichung von der Normalverteilung mäßig hoch ausfällt. Tabelle 11 bietet eine Übersicht über die mittleren Auftretenshäufigkeiten und weitere Verteilungskennwerte der einzelnen Therapeuten-Kategorien und der zugehörigen Überkategorien.

Über alle 39 Therapien hinweg betrachtet setzten die Therapeuten am häufigsten Verhaltensweisen der Überkategorie *Exploration* (M=36,28, SD=17,04) ein, und zwar im wesentlichen Informationsfragen (M=33,69, SD=16,30). In der zweithäufigsten Überkategorie *Erklärung* (M=21,26, SD=9,62) dominiert die ebenso benannte Kategorie *Erklärung* (M=18,15, SD=9,48), und die dritthäufigste Überkategorie *Einfühlung* (M=19,33, SD=11,48) ist hauptsächlich durch die Kategorie *Reformulierungen* (M=15,03, SD=9,58) vertreten. Die drei genannten Überkategorien machen bereits etwa 75% des Therapeuten-Verhaltens aus. Die Überkategorien *Unterstützung* und *Direktiven* treten mit einer relativen Häufigkeit von 13% bzw. 10% der Gesamtzahl an Therapeuten-Sprechhandlungen ebenfalls vergleichsweise häufig auf. Die sehr selten codierte Überkategorie *Klassifikation* ist hauptsächlich durch die Kategorie *Interpretation* vertreten. Da die Beurteilerübereinstimmung für dieses Therapeutenverhalten sehr niedrig ausfiel (siehe Abschnitt 5.4.2.2), wird die Überkategorie *Klassifikation* von den nachfolgenden Berechnungen ausgeschlossen.

Bezüglich der relativen Häufigkeiten der einzelnen Therapeuten-Überkategorien lässt sich zwischen Abbrechern und Completern lediglich ein signifikanter Mittelwertsunterschied feststellen: In den Sitzungen mit den Patienten der Abbrechergruppe verwendeten die Therapeuten einen höheren Anteil an *Exploration* als in der Completergruppe (38,9% vs. 30,0%,  $p=0,010$ ). Die Anteile an *Einfühlung*, *Unterstützung*, *Erklärung*, und *Direktiven* fallen in den beiden Patientengruppen etwa gleich hoch aus (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 11:** Deskriptive Statistiken für die absoluten Häufigkeiten der Therapeutenkategorien und der gebildeten Überkategorien in der Gesamtstichprobe, n=39

Therapeuten-Kategoriensystem	M	SD	Min	Max	Schiefe	Kurtosis
<b>Einfühlung</b>	<b>19,33</b>	<b>11,48</b>	<b>5</b>	<b>58</b>	<b>1,38</b>	<b>2,58</b>
- Gefühlsansprache	1,69	2,40	0	14	3,74	18,43
- Reformulieren	15,03	9,58	2	44	1,20	1,34
- Verständnis	2,62	2,29	0	9	0,79	0,40
<b>Unterstützung</b>	<b>13,51</b>	<b>7,41</b>	<b>2</b>	<b>37</b>	<b>0,74</b>	<b>1,18</b>
- Zuspruch	2,97	2,86	0	14	1,65	4,31
- Pos. Rückmeldung	5,56	4,14	0	17	1,08	0,98
- Min. Unterstützung	4,97	4,68	0	16	0,89	-0,31
<b>Exploration</b>	<b>36,28</b>	<b>17,04</b>	<b>7</b>	<b>73</b>	<b>0,42</b>	<b>-0,72</b>
- Informationsfrage	33,69	16,30	7	71	0,46	-0,55
- Zusammenfassung	2,59	2,38	0	8	0,75	-0,22
<b>Erklärung</b>	<b>21,26</b>	<b>9,62</b>	<b>6</b>	<b>51</b>	<b>1,21</b>	<b>1,68</b>
- Sachliche Feststellung	0,67	1,22	0	6	2,70	8,98
- Strukturierung	1,00	0,92	0	3	0,22	-1,34
- Erklärung	18,15	9,48	4	49	1,44	2,64
- Selbstöffnung	1,44	1,94	0	7	1,38	1,19
<b>Direktiven</b>	<b>10,13</b>	<b>4,97</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>0,57</b>	<b>-0,19</b>
- Direktive Führung	7,49	4,45	1	20	0,97	0,77
- Aufgabenstellung	2,64	1,94	0	7	0,65	-0,52
<b>Klassifikation</b>	<b>1,82</b>	<b>2,13</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>2,13</b>	<b>8,27</b>
- Konfrontation	0,49	1,32	0	7	3,76	16,17
- Interpretation	1,33	1,53	0	6	1,22	0,98
- Kritik	0,00	0,00	0	0	-	-
Weitere Kategorien						
- Zuhören	0,18	0,45	0	2	2,60	6,61
- Pause	0,51	1,23	0	6	3,17	11,05
- Restkategorie	0,95	1,28	0	4	1,30	0,62

**Tabelle 12:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der prozentualen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien

Therapeuten-Überkategorien	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
<i>N</i>	19	20		
Einfühlung	16,24 (6,04)	20,75 (11,28)	-1,566	0,128
Unterstützung	11,43 (7,53)	14,75 (5,77)	-1,550	0,130
Exploration	38,85 (9,80)	29,99 (10,43)	2,730	<b>0,010</b>
Erklärung	20,54 (8,76)	20,88 (5,94)	-0,142	0,888
Direktiven	9,94 (4,57)	9,96 (4,18)	-0,012	0,991

#### 6.4.1.4 Korrelationen zwischen den relativen Häufigkeiten der Therapeuten- und Patienten-Überkategorien

Zwischen den relativen Häufigkeiten der Patienten- und Therapeuten-Überkategorien bestehen einige mittelhohe und hohe Korrelationen (siehe Tabelle 13), die im Folgenden kurz beschrieben werden.

Der Anteil an unterstützendem Therapeutenverhalten korreliert mit nahezu allen Patienten-Überkategorien in mittlerem bis hohem Ausmaß. Je höher der Patientenanteil an emotionaler Öffnung, Problembeschreibung, Änderungsberichten, Mitarbeit, aber auch hemmendem Verhalten ist, desto höher fällt der Anteil an unterstützendem Therapeutenverhalten innerhalb einer Sitzung aus. Der Anteil an Therapeuten-Einfühlung weist einige niedrige positive Zusammenhänge mit dem Anteil an emotionaler Öffnung der Patienten, ihrer Mitarbeit und ihrer Einfachantworten auf. Je höher der Anteil an explorativem Therapeutenverhalten ist, desto höher ist der Anteil an Problembeschreibung und einfachen Antworten der Patienten. Der Anteil an Therapeuten-Erklärungen korreliert in positiver Weise mit dem Anteil an Problembeschreibung der Patienten.

Diese korrelativen Zusammenhänge lassen jedoch keine Schlüsse darüber zu, ob zwischen den Sprechhandlungen der Patienten und Therapeuten kontingente Zusammenhänge bestehen. Dieser Frage soll im nachfolgenden Abschnitt anhand von Lag-Sequential-Analysen nachgegangen werden.

**Tabelle 13:** Korrelationen zwischen den relativen Häufigkeiten der Therapeuten- und Patienten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe; n=39

Patienten-Überkategorien	Therapeuten-Überkategorien				
	Einfühlung	Unterstützung	Exploration	Erklärung	Direktiven
Emotionale Öffnung	,399*	,478**	,151	,237	-,104
Problembeschreibung	,105	,470**	,496**	,579**	,248
Einfache Antworten	,346*	-,198	,570**	,251	,287
Änderungsberichte	,225	,433**	-,055	,085	-,094
Mitarbeit	,394*	,659**	,135	-,105	,151
Hemmendes Verhalten	,163	,512**	,164	-,072	-,030

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,05$

#### 6.4.2 Lag-Sequential-Analysen zur Untersuchung der Gesprächssteuerung in der Therapeut-Patient-Interaktion

Während im vorausgehenden Abschnitt die Patienten- und Therapeuten-Sprechhandlungen jeweils getrennt voneinander betrachtet wurden, soll in diesem Abschnitt untersucht werden, inwieweit sich die beiden Gesprächspartner vom jeweils anderen in ihrem Verhalten steuern lassen. Für diese Auswertung war es erforderlich, die Anzahl der untersuchten Verhaltenskategorien weiter zu reduzieren (s. auch Abschnitt 5.5.4). Die Bezeichnungen der neu gebildeten Kategorien setzen sich aus den darin aufgegangenen Überkategorien zusammen, die durch einen Schrägstrich voneinander getrennt werden.

Bei der Reduktion der Therapeuten-Überkategorien wurde das Vorgehen von Schindler (1991) übernommen, indem jeweils die Überkategorien *Einfühlung* und *Unterstützung*, *Exploration* und *Erklärung* und *Direktiven* und *Klassifikation* zusammengefasst wurden. Für die Reduktion der Patientenkategorien schlägt Schindler vor, *Problembeschreibungen* und *Kurzantworten* einerseits und *Selbstöffnung*, *Änderungsberichte*, *Mitarbeit* und *Klärung* andererseits zu übergeordneten Kategorien zusammenzufassen und die Kategorie *Hemmendes Verhalten* für sich allein genommen als dritte übergeordnete Kategorie zu verwenden. Wie bereits festgestellt wurde, erwies sich die Verteilung dieser letzten Kategorie als problematisch, zudem erschien es nicht sinnvoll, die relativ ausführlichen Problembeschreibungen mit den sehr knappen und zudem sehr häufigen Kurzantworten zusammenzufassen. Daher wurden stattdessen aufgrund inhaltlicher Überlegungen und unter Berücksichtigung der Auftretenshäufigkeiten die Überkategorien *Emotionale Öffnung* und *Problembeschreibung* einerseits und *Änderungsberichte* und *Mitarbeit/Initiative* andererseits zu neuen Überkategorien zusammengefasst. Die bereits sehr stark besetzte Überkategorie *Einfache Antworten* wurde für sich genommen als übergeordnete Kategorie verwendet, während die sehr seltenen Überkategorien *Klärung* und *Hemmendes Verhalten* von den Lag-Sequential-Analysen ausgeschlossen wurden.

### 6.4.2.1 Verhaltenskontingenzen in den beiden Patientengruppen

Zunächst wurden die Übergangswahrscheinlichkeiten, z-Werte und Yules-Q-Werte für die einzelnen Zellen der Kontingenztafel mit vorausgehendem Patienten- und nachfolgendem Therapeutenverhalten getrennt für die beiden Patientengruppen bestimmt (siehe Tabelle 14). Hierfür wurden die Therapiesitzungen innerhalb der beiden Gruppen aggregiert (siehe auch Abschnitt 5.5.4). In der letzten Zeile und in der letzten Spalte der Tabelle 14 werden die absoluten Häufigkeiten der zusammengefassten Therapeuten- und Patienten-Überkategorien wiedergegeben.

**Tabelle 14:** Übergangswahrscheinlichkeiten erster Ordnung sowie Stärke der Verhaltenskontingenzen (Yules-Q-Werte in Klammern) für Abbrecher und Completer: Patientenverhalten als vorausgehendes Ereignis<sup>1</sup>

Patienten-Kategorien zum Zeitpunkt t	Therapeutenkategorien zum Zeitpunkt t+1								Häufigkeit
	Einfühlung / Unterstützung		Exploration / Erklärung		Direktiven / Klassifikation		Rest		
	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	
<b>Emot. Öff. / Probl.beschr.</b>	,33 <sup>+++</sup> (,18)	,40 <sup>+++</sup> (,23)	,59 (-,01)	,51 (-,04)	,07 <sup>---</sup> (-,36)	,08 <sup>---</sup> (-,32)	,01 (-,19)	,01 <sup>---</sup> (-,62)	A: n=627 C: n=997
<b>Einfache Antworten</b>	,23 <sup>---</sup> (-,24)	,23 <sup>---</sup> (-,37)	,63 <sup>++</sup> (,13)	,56 <sup>++</sup> (,12)	,14 <sup>+++</sup> (,26)	,19 <sup>+++</sup> (,43)	,005 <sup>---</sup> (-,65)	,02 (,02)	A: n=827 C: n=708
<b>Änderungsb. / Initiativen</b>	,43 <sup>+++</sup> (,36)	,55 <sup>+++</sup> (,45)	,46 <sup>---</sup> (-,29)	,37 <sup>---</sup> (-,34)	,09 (-,10)	,08 <sup>---</sup> (-,27)	,01 (-,24)	,01 (-,43)	A: n=212 C: n=208
<b>Rest</b>	,19 <sup>---</sup> (-,29)	,17 <sup>---</sup> (-,47)	,59 (,01)	,64 <sup>+++</sup> (,26)	,15 (,18)	,11 (-,05)	,07 <sup>+++</sup> (,82)	,08 <sup>+++</sup> (,80)	A: n=192 C: n=194
<b>Häufigkeit</b>	527	751	1099	1135	205	257	27	36	A: n=1858 C: n=2179

*Anmerkungen.* A / Abbr. = Abbrecher; C/ Compl. = Completer;  $z \geq 1,96 = +/-$ ,  $z \geq 2,58 = ++ / --$ ,  $z \geq 3,29 = +++ / ---$ ; +: Häufigkeit höher als erwartet; -: Häufigkeit seltener als erwartet.

<sup>1</sup> Für diese Auswertung wurden die einzelnen Sitzungen innerhalb der beiden Patientengruppen aneinandergereiht und als Ganzes einer Lag-Sequential-Analyse unterzogen. In der letzten Zeile und der letzten Spalte werden die absoluten Häufigkeiten der Therapeuten- bzw. Patienten-Kategorien angegeben.

Insgesamt ergibt sich für die beiden Patientengruppen ein sehr ähnliches Muster an Übergangswahrscheinlichkeiten für die einzelnen zusammengefassten Therapeuten-Überkategorien im Anschluss an die vier zusammengefassten Patienten-Überkategorien. So folgt beispielsweise sowohl in der Gruppe der Abbrecher als auch in der Gruppe der Completer auf *Emotionale Öffnung/Problembeschreibung* der Patienten in über der Hälfte der Fälle *Exploration/Erklärung* durch die Therapeuten und etwas weniger häufig *Einführung/Unterstützung*. Gemessen an ihrer Basisrate tritt jedoch *Einführung/Unterstützung* nach *Emotionaler Öffnung/Problembeschreibung* sehr signifikant häufiger als erwartet auf, was anhand der drei Pluszeichen gekennzeichnet ist.

Einfühlende/unterstützende Therapeuten-Sprechhandlungen folgen zudem auf *Änderungsberichte/Initiativen* der Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit, während sie nach *Einfachen Antworten* der Patienten seltener als erwartet auftreten. Therapeutenverhalten der Überkategorie *Exploration/Erklärung* folgt in beiden Patientengruppen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auf *Einfache Antworten* der Patienten und mit verminderter Wahrscheinlichkeit auf *Änderungsberichte/Initiativen*. Die Therapeuten-Überkategorie *Direktiven/Klassifikation* tritt nach *Einfachen Antworten* der Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit und nach *Emotionaler Öffnung/Problembeschreibung* seltener auf, als ihrer Basisrate nach zu erwarten wäre.

In Tabelle 15 werden die Kontingenzen zwischen vorausgehendem Therapeutenverhalten und nachfolgendem Patientenverhalten innerhalb der beiden Patientengruppen dargestellt. Wiederum zeigt sich für Abbrecher und Completer ein ähnliches Muster. So tritt *Emotionale Öffnung/Problembeschreibung* der Patienten in beiden Gruppen nach *Exploration/Erklärung* der Therapeuten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit und nach *Direktiven/Klassifikation* seltener als erwartet auf. Dabei scheinen diese Effekte in der Gruppe der Abbrecher rein deskriptiv betrachtet deutlicher ausgeprägt zu sein. Nach *Einführung/Unterstützung* der Therapeuten weist *Emotionale Öffnung* der Patienten nur in der Gruppe der Abbrecher eine verminderte Auftretenswahrscheinlichkeit auf. *Einfache Antworten* werden (abgesehen von der Restkategorie, die hier nicht besprochen werden soll) in beiden Gruppen durch keine der Therapeuten-Kategorien gesteuert. *Änderungsberichte/Initiativen* der Patienten treten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit nach *Einführung/Unterstützung* und *Direktiven/Klassifikation* der Therapeuten auf und mit reduzierter Wahrscheinlichkeit nach *Exploration/Erklärung*.

**Tabelle 15:** Übergangswahrscheinlichkeiten erster Ordnung sowie Stärke der Verhaltenskontingenzen (Yules-Q-Werte in Klammern) für Abbrecher und Completer: Therapeutenverhalten als vorausgehendes Ereignis<sup>1</sup>

Therapeuten-Kategorien zum Zeitpunkt t	Patientenkategorien zum Zeitpunkt t+1								Häufigkeit A: n=527 C: n=751
	Emot. Öffnung / Probl.beschreib.		Einfache Antworten		Änderungsber. / Initiative		Rest		
	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	Abbr.	Compl.	
<b>Einführung / Unterstütz.</b>	,28 <sup>-</sup> (-,18)	,44 (-,06)	,48 (,09)	,34 (,06)	,14 <sup>+</sup> (,18)	,15 <sup>++</sup> (,17)	,10 (-,02)	,07 <sup>-</sup> (-,23)	A: n=527 C: n=751
<b>Exploration / Erklärung</b>	,39 <sup>+++</sup> (,31)	,49 <sup>+++</sup> (,15)	,43 (-,09)	,32 (-,02)	,09 <sup>-</sup> (-,25)	,10 <sup>-</sup> (-,23)	,09 <sup>-</sup> (-,23)	,08 (-,11)	A: n=1100 C: n=1135
<b>Direktiven / Klassifikat.</b>	,21 <sup>-</sup> (-,33)	,38 <sup>-</sup> (-,17)	,50 (,12)	,32 (-,02)	,16 <sup>+</sup> (,20)	,17 <sup>+</sup> (,19)	,13 (,16)	,13 <sup>+</sup> (,23)	A: n=205 C: n=258
<b>Rest</b>	,04 <sup>-</sup> (-,86)	,22 <sup>-</sup> (-,50)	,19 <sup>-</sup> (-,56)	,14 <sup>-</sup> (-,50)	,11 (-,01)	,08 (-,24)	,67 <sup>+++</sup> (,90)	,56 <sup>+++</sup> (,87)	A: n=27 C: n=36
Häufigkeit	627	997	828	708	212	280	192	195	A: n=1859 C: n=2180

Anmerkungen. A / Abbr. = Abbrecher; C/ Compl. = Completer;  $z \geq 1,96 = +/-$ ,  $z \geq 2,58 = ++ / --$ ,  $z \geq 3,29 = +++ / ---$ ; +: Häufigkeit höher als erwartet; -: Häufigkeit seltener als erwartet.

<sup>1</sup> Für diese Auswertung wurden die einzelnen Sitzungen innerhalb der beiden Patientengruppen aneinandergereiht und als Ganzes einer Lag-Sequential-Analyse unterzogen. In der letzten Zeile und der letzten Spalte werden die absoluten Häufigkeiten der Therapeuten- bzw. Patienten-Kategorien angegeben.

#### 6.4.2.2 Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Stärke der Verhaltenskontingenzen zwischen Therapeuten- und Patienten-Sprechhandlungen

Um die beiden Patientengruppen hinsichtlich ihrer Gesprächssteuerung anhand statistischer Verfahren vergleichen zu können, wurde die Stärke der jeweiligen Kontingenzen anhand von Yules-Q-Werten für die einzelnen Therapeut-Patient-Dyaden bestimmt (siehe auch Abschnitt 5.5.4). Anschließend wurden die beiden Patientengruppen hinsichtlich der Ausprägung der Yules-Q-Werte verglichen. In diese Auswertungen wurden die Restkategorien der Patienten und Therapeuten nicht mehr einbezogen.

Zwischen den beiden Patientengruppen besteht hinsichtlich der Kontingenzen zwischen vorausgehendem Patientenverhalten und nachfolgendem Therapeutenverhalten nur ein einziger signifikanter Unterschied (siehe Tabelle 16). Auf *Einfache Antworten* der Patienten reagieren die Therapeutinnen in der Abbrechergruppe konsistenter mit *Einführung/Unterstützung* als in der Completergruppe. Dabei ist zu beachten, dass dieses Therapeutenverhalten in beiden Gruppen auf Einfachantworten mit herabgesetzter Auftretenswahrscheinlichkeit folgt. Der Unterschied zwischen den Gruppen besteht darin, dass dieser Effekt in der Abbrechergruppe weniger stark ausgeprägt ist. Ein tendenziell signifi-

kanter Unterschied besteht auch bezüglich der Kontingenz zwischen *Einfachen Antworten* der Patienten und nachfolgenden *Direktiven/Klassifikationen* der Therapeuten. Diese Kontingenz ist in der Completergruppe stärker ausgeprägt als in der Abbrechergruppe.

**Tabelle 16:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Stärke der Kontingenz zwischen vorausgehendem Patienten- und nachfolgendem Therapeutenverhalten (Yules-Q-Werte)

<b>Patienten-Überkategorie → Therapeuten-Überkategorie</b>	<b>Abbrecher M (SD)</b>	<b>Completer M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Öffnung/Problembeschreibung → Einfühlung/Unterstützung	0,20 (0,20)	0,26 (0,19)	-0,996	0,326
Öffnung/Problembeschreibung → Exploration/Erklärung	-0,03 (0,22)	-0,06 (0,21)	0,411	0,684
Öffnung/Problembeschreibung → Direktiven/Klassifikation	-0,42 (0,47)	-0,39 (0,35)	-0,195	0,847
Einfache Antworten → Einfühlung/Unterstützung	-0,16 (0,25)	-0,48 (0,20)	4,275	<b>&lt;,001</b>
Einfache Antworten → Exploration/Erklärung	0,08 (0,25)	0,17 (0,22)	-1,128	0,267
Einfache Antworten → Direktiven/Klassifikation	0,24 (0,46)	0,48 (0,28)	-1,815	<b>0,079</b>
Änderungsberichte/Initiativen → Einfühlung/Unterstützung	0,25 (0,21)	0,41 (0,31)	-1,663	0,107
Änderungsberichte/Initiativen → Exploration/Erklärung	-0,19 (0,38)	-0,32 (0,32)	1,009	0,321
Änderungsberichte/Initiativen → Direktiven/Klassifikation	-0,22 (0,61)	-0,34 (0,47)	0,582	0,565

Ein Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich der Stärke der Kontingenzen zwischen vorausgehendem Therapeuten- und nachfolgendem Patientenverhalten, die anhand von Yules-Q-Werten bestimmt wird, ergibt zwei signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 17). Abbrecher reagieren auf *Exploration/Erklärung* der Therapeuten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit *Öffnung/Problembeschreibung*, während die bedingte Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Kategorie bei den Completern nur minimal erhöht ist. Weiterin treten in der Abbrechergruppe nach *Exploration/Erklärung* der Therapeuten *Einfache Antworten* mit etwas verminderter Wahrscheinlichkeit auf, während in der Completergruppe in dieser Hinsicht keine kontingente Steuerung besteht.

Tendenziell signifikante Unterschiede können auch hinsichtlich der Kontingenzen zwischen *Einführung/Unterstützung* der Therapeuten und *Öffnung/Problembeschreibung* bzw. *Einfache Antworten* der Patienten festgestellt werden. Die Patienten der Abbrechergruppe reagieren auf *Einführung/Unterstützung* in verstärktem Maß mit *Einfachen Antworten* und seltener als erwartet mit *Öffnung/Problembeschreibung*, während in der Completergruppe diese beiden Effekte nicht zu beobachten sind.

**Tabelle 17:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Stärke der Kontingenz zwischen vorausgehendem Therapeuten- und nachfolgendem Patientenverhalten (Yules-Q-Werte)

<b>Therapeuten-Überkategorie → Patienten-Überkategorie</b>	<b>Abbrecher M (SD)</b>	<b>Completer M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Einführung/Unterstützung → Öffnung/Problembeschreibung	-0,23 (0,24)	-0,07 (0,24)	-1,982	<b>0,055</b>
Einführung/Unterstützung → Einfache Antworten	0,19 (0,22)	0,02 (0,32)	1,897	<b>0,064</b>
Einführung/Unterstützung → Änderungsberichte/Initiativen	-0,10 (0,32)	0,04 (0,39)	-1,074	0,292
Exploration/Erklärung → Öffnung/Problembeschreibung	0,34 (0,25)	0,16 (0,24)	2,259	<b>0,030</b>
Exploration/Erklärung → Einfache Antworten	-0,16 (0,18)	0,02 (0,26)	-2,505	<b>0,017</b>
Exploration/Erklärung → Änderungsberichte/Initiativen	-0,12 (0,42)	-0,20 (0,27)	0,650	0,520
Direktiven/Klassifikation → Öffnung/Problembeschreibung	-0,35 (0,29)	-0,21 (0,46)	-1,094	0,282
Direktiven/Klassifikation → Einfache Antworten	0,08 (0,28)	-0,03 (0,34)	1,039	0,307
Direktiven/Klassifikation → Änderungsberichte/Initiativen	0,24 (0,49)	0,11 (0,54)	0,676	0,505

### 6.4.3 Binär logistische Regressionsanalyse zur Bestimmung der relativen prädiktiven Validität der Verhaltensmaße

Der Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich der relativen Häufigkeiten der zusammengefassten Therapeuten- und Patienten-Überkategorien ergab, dass die Patienten der Abbrechergruppe einen höheren Anteil an Einfachantworten und einen geringeren Anteil an Problembeschreibung als die Patienten der Completergruppe aufweisen. Das Therapeutenverhalten ist durch einen höheren Anteil an Exploration in der Abbrechergruppe gekennzeichnet. Weiterhin zeigte sich, dass die Sitzungen mit den Abbrechern kürzer ausfielen und dass diese weniger aktive Beiträge lieferten als die Completer. Hinsichtlich der Gesprächssteuerung zwischen Patienten und Therapeuten konnten signifikante und tendentiell signifikante Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern in Bezug auf die Verhaltens-Kontingenzen *Einfache Antworten* → *Einfühlung/Unterstützung*, *Einfache Antworten* → *Direktiven/Klassifikation*, *Einfühlung/Unterstützung* → *Öffnung/ Problembeschreibung*, *Einfühlung/Unterstützung* → *Einfache Antworten*, *Exploration/ Erklärung* → *Öffnung/Problembeschreibung* und *Exploration/Erklärung* → *Einfache Antworten* festgestellt werden.

Wie bereits in den vorausgehenden Abschnitten soll auch für diese Verhaltensmaße untersucht werden, welche sich in einer multivariaten Analyse als signifikante Prädiktoren von Therapieabbrüchen erweisen. Die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse mit einer schrittweisen vorwärtsgerichteten Variablenselektion werden in Tabelle 18 wiedergegeben. Als signifikante Prädiktoren wurden nur zwei Verhaltenskontingenzen ins Modell aufgenommen, die unter 6.4.2.2 beschrieben wurden. Diese beiden Variablen erklären 56,0% der Varianz des Abbruch-Kriteriums und ermöglichen eine korrekte Klassifikation von 76,5% der Fälle in beiden Patientengruppen.

**Tabelle 18:** Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung der Verhaltensmaße als unabhängige Variablen; n=39

Prädiktoren	B	S.E.	Exp (B)	95% K.I.	p
Einfache Antworten → Einfühlung/Unterstützung	7,68	2,82	2159,98	8,54-546.642,84	,007
Exploration/Erklärung → Öffnung/Problembeschreib.	5,31	2,44	201,80	1,694-24.034,21	,030

*Anmerkungen.* Modellparameter:  $\chi^2=18,50$ ,  $df=2$ ,  $p<,001$ . Nagelkerkes  $R^2=0,560$ .

Unabhängige Variablen: Sitzungsdauer, Anzahl aktiver Patienten-Kategorien, relative Häufigkeiten der Kategorien *Therapeuten-Exploration*, *Patienten-Problembeschreibung*, *Patienten-Kurzantworten*; Yules-Q-Werte für die Verhaltenskontingenzen: *Einfache Antworten* → *Einfühlung/ Unterstützung*, *Einfache Antworten* → *Direktiven/Klassifikation*, *Einfühlung/Unterstützung* → *Öffnung/ Problembeschreibung*, *Einfühlung/Unterstützung* → *Einfache Antworten*, *Exploration/Erklärung* → *Öffnung/Problembeschreibung* und *Exploration/Erklärung* → *Einfache Antworten*

## 6.5 Zusammenhänge zwischen subjektiv beurteilten Therapieprozess-Merkmalen und konkretem Verhalten

### 6.5.1 Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten

Zwischen dem Therapeutenverhalten während einer Therapiesitzung und den Patientenbeurteilungen am Ende der Sitzung bestehen in der Gesamtstichprobe bis auf eine Ausnahme keine Zusammenhänge (siehe Tabelle 19). Lediglich die Unzufriedenheit der Patienten mit der Therapie fällt umso geringer aus, je höher der Anteil an Einfühlung an der Gesamtzahl der Therapeuten-Sprechhandlungen ist ( $r=-,324$ ,  $p=,047$ ). Die Beurteilung des Fortschritts, der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Emotionsaktualisierung sowie der Mitbestimmung hängt nicht mit dem relativen Anteil der jeweiligen untersuchten Therapeuten-Sprechhandlungen zusammen.

**Tabelle 19:** Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien (Pearsons  $r$ ) in der Gesamtstichprobe,  $n=38$

Patienten-Stundenbogen	Therapeuten-Überkategorien				
	Einfühlung	Unterstützung	Exploration	Erklärung	Direktiven
PSB Fortschritt	,153	-,099	,179	-,173	-,145
PSB Unzufriedenheit mit der Therapie	-,324*	,124	,097	,209	-,104
PSB Therapeutische Beziehung	,161	-,243	,097	-,106	,023
PSB Emotionsaktualisierung	,064	-,170	,222	-,273	-,005
PSB Mitbestimmung	,286	-,138	,113	-,186	-,146

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

Auch das Verhalten der Patienten selbst steht kaum in Zusammenhang mit ihren Beurteilungen im Anschluss an die Sitzung (siehe Tabelle 20). Der Anteil *hemmenden Verhaltens* hängt lediglich mit einer schlechteren Beurteilung der *therapeutischen Beziehung* zusammen ( $r=-,413$ ,  $p=,010$ ), nicht jedoch mit der *Unzufriedenheit in der Therapie*. Ein tendenziell signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Anteil an *Problembeschreibung* und einer geringeren *Unzufriedenheit* in der Therapie ( $r=-,314$ ,  $p=,055$ ). Zwischen *Änderungsberichten* der Patienten oder ihrer *Mitarbeit* und dem Ausmaß ihres *Fortschrittserlebens* bestehen keine Zusammenhänge. Ebenso wenig besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an *emotionaler Öffnung* oder an *Problembeschreibung* und dem berichteten Erleben von Emotionen in der Sitzung.

**Tabelle 20:** Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien (Pearsons  $r$ ) in der Gesamtstichprobe,  $n=38$

Patienten-Stundenbogen	Patienten-Überkategorien					
	Emotionale Öffnung	Problem-beschreib.	Einfache Antworten	Ände-rungsber.	Mitarbeit	Hemmendes Verhalten
PSB Fortschritt	,198	,070	,024	-,019	-,026	-,139
PSB Unzuf.	-,175	-,314 (t.s.)	-,133	,142	,154	,193
PSB Beziehung	,208	,146	,025	,006	-,200	-,413**
PSB Emotionsakt.	,235	,022	,074	-,242	-,068	-,026
PSB Mitbestimm.	,203	-,030	,111	,096	-,152	-,061

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$ , t.s. = tendenziell signifikant,  $p < 0,100$

Zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und der Stärke der Kontingenzen zwischen vorausgehendem Patienten- und nachfolgendem Therapeutenverhalten bestehen nur vereinzelte schwache Zusammenhänge (ohne tabellarische Wiedergabe). So beurteilen die Patienten die therapeutische Beziehung umso positiver, je kontingenter der Therapeut auf *Einfache Antworten* mit *Direktiven/Klassifikation* reagiert ( $r=0,345$ ,  $p < 0,05$ ) und umso negativer, je kontingenter er darauf mit *Einfühlung/Unterstützung* reagiert ( $r= -0,412$ ,  $p < 0,05$ ). Je konsistenter Therapeuten auf *Öffnung/Problembeschreibung* mit *Direktiven/ Klassifikation* reagieren, desto weniger haben die Patienten den Eindruck, in der Therapie mitbestimmen zu können ( $r=-0,346$ ,  $p < 0,05$ ).

Auch die Verhaltenskontingenzen zwischen vorausgehendem Therapeutenverhalten und nachfolgendem Patientenverhalten korrelieren nicht wesentlich mit den PSB-Skalen. Die Patienten erleben umso mehr an Fortschritt, je konsistenter sie auf *Einfüh-*

lung/Unterstützung der Therapeuten mit *Änderungsberichten/Initiativen* reagiert haben ( $r=0,359$ ,  $p<0,05$ ). Je konsistenter sie auf *Einführung/Unterstützung* mit *Einfachen Antworten* reagiert haben, desto weniger *Emotionsaktualisierung* gaben sie im Anschluss an die Sitzung an.

### **6.5.2 Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten**

Das Patientenverhalten während der Sitzung hängt mit den Stundenbogen-Beurteilungen der Therapeuten in verschiedener Hinsicht zusammen (siehe Tabelle 21). Die therapeutische Beziehung wird von den Therapeuten umso positiver beurteilt, je höher der Anteil an Änderungsberichten der Patienten ( $r=0,330$ ,  $p=0,040$ ) und je niedriger der Anteil hemmenden Verhaltens ist ( $r=-0,563$ ,  $p<0,001$ ). Die Mitarbeit der Patienten wird umso günstiger beurteilt, je höher der Anteil an Emotionaler Öffnung ( $r=0,520$ ,  $p<0,001$ ) und je niedriger der Anteil an Einfachen Antworten ausfällt ( $r=-0,407$ ,  $p<0,010$ ). Der Anteil an Problembeschreibung, Änderungsberichten oder Initiativen korreliert hingegen nicht signifikant mit der Beurteilung der Mitarbeit am Ende der Sitzung. Jedoch wurde die Beschäftigung der Patienten mit Therapieinhalten zwischen den Sitzungen umso höher bewertet, je höher ihr Anteil an Änderungsberichten ( $r=0,541$ ,  $p<0,001$ ) und Initiativen ( $r=,334$ ,  $p=0,038$ ), und je niedriger ihr Anteil an Kurzantworten ( $r=-0,425$ ,  $p=0,007$ ) ausfiel. Die Beurteilung des Fortschritts durch die Therapeuten hängt mit keiner der untersuchten Patientenverhaltensweisen zusammen.

Zwischen den TSB-Skalen und den Sprechhandlungen der Therapeuten bestehen einige signifikante Zusammenhänge (siehe Tabelle 22). So gehen Sitzungen, in denen die Patienten aus Therapeutenperspektive ein höheres Maß an Mitarbeit wie auch an Hausaufgabenbearbeitung aufwiesen, mit einem höheren Anteil an unterstützendem Therapeutenverhalten einher ( $r=0,413$ ,  $p=0,009$  bzw.  $r=0,516$ ,  $p=0,001$ ). Die Wahrnehmung eines geringen Sitzungsfortschritts ( $r=-0,450$ ,  $p=0,004$ ) wie auch einer geringen Hausaufgabenbearbeitung ( $r=-0,422$ ,  $p=0,007$ ) hängt mit einem höheren Ausmaß an Explorationsverhalten der Therapeuten zusammen.

**Tabelle 21:** Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=39

Therapeuten-Stundenbogen	Patienten-Überkategorien					
	Emotionale Öffnung	Problembeschreibung	Einfache Antworten	Änderungsberichte	Mitarb./Initiative	Hemmendes Verhalten
Allianz	,165	,243	-,233	<b>,330*</b>	,105	<b>-,563**</b>
Fortschritt	,182	,223	-,262	,117	,133	-,270
Mitarbeit	<b>,520**</b>	,269	<b>-,407*</b>	,290	,219	-,101
Hausaufg.	,165	,183	<b>-,425**</b>	<b>,541**</b>	<b>,334*</b>	-,197

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 22:** Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien (Pearsons r) in der Gesamtstichprobe, n=39

Skalen des Therapeuten-Stundenbogens	Therapeuten-Überkategorien				
	Einfühlung	Unterstützung	Exploration	Erklärung	Direktiven
Allianz	,168	,280	-,299	,019	,074
Fortschritt	,235	,316	<b>-,450**</b>	-,025	,195
Mitarbeit	,201	<b>,413**</b>	-,265	-,168	-,092
Hausaufg.	,218	<b>,516**</b>	<b>-,422**</b>	-,076	,019

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

Die TSB-Skalen korrelieren kaum mit der Stärke der Kontingenzen zwischen vorausgehendem Patienten- und nachfolgendem Therapeutenverhalten (ohne tabellarische Darstellung). Je konsistenter die Therapeuten auf *Öffnung/Problembeschreibung* der Patienten mit *Direktiven/Klassifikation* reagiert haben, desto höher beurteilen sie den erzielten Fortschritt am Ende der Sitzung ( $r=0,377$ ,  $p<0,05$ ). Weiterhin hängt eine hohe Kontingenz zwischen *Einfachen Antworten* der Patienten und *Exploration/Erklärung* der Therapeuten mit einer positiven Beurteilung der Patientenmitarbeit zusammen ( $r=0,340$ ,  $p<0,05$ ), während eine hohe Kontingenz zwischen *Einfachen Antworten* der Patienten und *Einfühlung/Unterstützung* der Therapeuten mit einer ungünstigeren Beurteilung der Patientenmitarbeit zusammenhängt ( $r=-0,409$ ,  $p<0,01$ ).

Eine positive Beurteilung der Patientenmitarbeit korreliert zudem mit der Stärke der Kontingenz zwischen *Einfühlung/Unterstützung* der Therapeuten und *Öffnung/ Problembeschreibung*

schreibung der Patienten ( $r=0,407$ ,  $p<0,05$ ), sowie mit der Stärke der Kontingenz zwischen *Exploration/Erklärung* der Therapeuten und *Einfachen Antworten* der Patienten ( $r=0,412$ ,  $p<0,05$ ). Dagegen fällt die Beurteilung der *Patientenmitarbeit* umso ungünstiger aus, je kontingenter die Patienten auf *Exploration/Erklärungen* mit *Öffnung/Problembeschreibung* reagiert haben ( $r=-0,405$ ,  $p<0,05$ ).

### 6.5.3 Korrelationen zwischen den globalen Beobachterratings und den Sprechhandlungen der Therapeuten und Patienten

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den globalen Sitzungsbeurteilungen aus Beobachterperspektive und den Verhaltensmaßen dargestellt. Dabei soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die globalen Sitzungsbeurteilungen und die Codierungen der Sprechhandlungen von ein und derselben Beobachterin vorgenommen wurden.

Tabelle 23 ist zu entnehmen, dass nur die Therapeuten-Überkategorien *Unterstützung* und *Exploration* signifikant mit den globalen Beobachterratings zusammenhängen. Je höher der Anteil an unterstützenden und je niedriger der Anteil an explorativen Sprechhandlungen der Therapeuten ist, desto positiver werden die Patientenmitarbeit und die therapeutische Allianz beurteilt. Die Beurteilung der Therapeuten-Kompetenz in der Beziehungsgestaltung und in der Anwendung therapeutischer Strategien korreliert mit keiner der verschiedenen Therapeuten-sprechhandlungen. Der Anteil an *Einfühlung*, *Erklärung* und *Direktiven* der Therapeuten ist mit keinem der Prozessmaße aus Beobachterperspektive korreliert.

**Tabelle 23:** Korrelationen zwischen den global beurteilten Prozessmaßen aus Beobachterperspektive und den relativen Häufigkeiten der Therapeuten-Überkategorien (Pearsons  $r$ ),  $n=39$

Skalen zur Erfassung der Beobachterperspektive	Therapeuten-Überkategorien				
	Einfühlung	Unterstützung	Exploration	Erklärung	Direktiven
WAI-Goal	,306	<b>,562**</b>	<b>-,628**</b>	-,112	,160
WAI-Task	,304	<b>,520**</b>	<b>-,647**</b>	,008	,100
WAI-Bond	,209	<b>,406*</b>	<b>-,524**</b>	,246	-,125
BEVK Beziehungsgest.	,238	,191	-,276	,025	-,119
BEVK Strategien	,094	,170	-,058	-,153	-,135
Mitarbeit: Responsivität	,250	<b>,472**</b>	<b>-,571**</b>	,081	,046
Mitarbeit: Aktivität	,304	<b>,553**</b>	<b>-,672**</b>	,030	,015
Mitarbeit: Selbstexplor.	,222	<b>,526**</b>	<b>-,535**</b>	-,007	-,005

Anmerkungen. \*\*\*  $p\leq 0,001$ , \*\*  $p\leq 0,010$ , \*  $p\leq 0,050$

Zwischen dem Patientenverhalten innerhalb der Therapiesitzung und den globalen Beobachterratings bestehen mehrere Zusammenhänge mittlerer Stärke (siehe Tabelle 24). Lediglich die Beurteilung der Therapeutenkompetenz ist nicht mit dem konkreten Patientenverhalten korreliert.

Die WAI-Skalen *Goal* und *Task* korrelieren positiv und in mittlerer Stärke mit dem Anteil an *Änderungsberichten* und *Mitarbeit/Initiative* der Patienten. Zu *Einfachen Antworten* besteht hingegen ein negativer Zusammenhang. Die Skala *Bond* ist lediglich mit einem niedrigeren Anteil an *Einfachen Antworten* korreliert.

Die drei BEPM-Skalen korrelieren ebenfalls negativ mit dem Anteil an *Einfachen Antworten* und positiv mit dem Anteil an *Problembeschreibung* und *Emotionaler Öffnung*. Ein höherer Anteil an *Hemmendem Verhalten* korreliert lediglich mit der Skala *Responsivität*, nicht jedoch mit den anderen beiden Skalen des BEPM. Ein höherer Anteil an *Mitarbeit/Initiative* hängt nur mit der BEPM-Skala *Aktivität* signifikant zusammen.

**Tabelle 24:** Korrelationen zwischen den Instrumenten zur Erfassung der globalen Beurteilung der Prozessmerkmale aus Beobachterperspektive und den relativen Häufigkeiten der Patienten-Überkategorien (Pearsons r), n=39

Skalen zur Erfassung der Beobachterperspektive	Patienten-Überkategorien						
	Emotionale Öffnung	Problembeschreibung	Einfache Antworten	Änderungsberichte	Mitarbeit. / Initiative	Klärung	Hemmendes Verhalten
WAI-Goal	,126	,059	-,315	<b>,369*</b>	<b>,490**</b>	,205	-,049
WAI-Task	,198	,163	<b>-,370*</b>	<b>,359*</b>	<b>,407*</b>	,212	-,162
WAI-Bond	,151	,276	<b>-,345*</b>	,276	,145	,217	-,225
BEVK Bez.gest.	-,132	,080	-,087	,254	,136	-,133	-,010
BEVK Strategien	-,033	,032	-,085	,155	,062	-,150	,108
BEPM Respons.	<b>,335*</b>	<b>,381*</b>	<b>-,474**</b>	,241	,247	,289	<b>-,384*</b>
BEPM Aktivität	<b>,434**</b>	<b>,327*</b>	<b>-,595**</b>	,279	<b>,365*</b>	,284	,011
BEPM Selbstexpl.	,268	<b>,333*</b>	<b>-,513**</b>	<b>,352*</b>	,329	,153	-,027

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

Zwischen den globalen Beobachterratings und der Stärke der Kontingenzen zwischen vorausgehendem Patientenverhalten und nachfolgendem Therapeutenverhalten bestehen nur einige wenige schwach ausgeprägte Zusammenhänge (ohne tabellarische Darstellung). Beispielsweise fällt die Beurteilung der Skalen *Goal* und *Task* des WAI umso ungünstiger aus, desto kontingenter die Therapeuten auf *Öffnung/Problembeschreibung* mit *Exploration/Erklärung* antworten ( $r = -0,385$  bzw.  $r = -0,349$ ,  $p < 0,05$ ).

Hingegen bestehen zu den Kontingenzen zwischen vorausgehendem Therapeutenverhalten und nachfolgendem Patientenverhalten deutlichere Zusammenhänge. Je kontingenter die Patienten auf *Einführung/Unterstützung* mit *Öffnung/Problembeschreibung* reagieren, desto positiver wird ihre *Responsivität* dem Therapeuten gegenüber ( $r=0,457$ ,  $p<0,01$ ) und ihre *Aktivität* in der Sitzung ( $r=0,432$ ,  $p<0,01$ ) beurteilt. Zu den drei WAI-Skalen bestehen ebenfalls schwache positive Zusammenhänge ( $r=0,366$  bis  $r=0,395$ ,  $p<0,05$ ). Die Kontingenz zwischen *Exploration/Erklärung* der Therapeuten und *Einfachen Antworten* der Patienten korreliert positiv mit der wahrgenommenen *Responsivität* ( $r=0,417$ ,  $p<0,01$ ) und der *Aktivität* der Patienten ( $r=0,361$ ,  $p<0,05$ ), sowie mit der Skala *Bond* ( $r=0,437$ ,  $p<0,01$ ). Die kontingente Reaktion der Patienten mit *Öffnung/Problembeschreibung* auf *Exploration/Erklärung* des Therapeuten korreliert negativ mit der Beurteilung der Patientenmitarbeit (*Responsivität*:  $r=-0,452$ ,  $p<0,01$ ; *Aktivität*:  $r=-0,343$ ,  $p<0,05$ ) und mit der Beurteilung der Allianz (*Task*:  $r=-0,331$ ,  $p<0,05$ ; *Bond*:  $r=-0,416$ ,  $p<0,01$ ). Weiterhin werden die Aspekte *Goal* und *Task* der therapeutischen Allianz umso ungünstiger beurteilt, je kontingenter die Patienten auf *Direktiven/Klassifikation* der Therapeuten mit *Änderungsberichten/Initiative* reagieren ( $r=-0,395$  bzw.  $r=-0,463$ ,  $p<0,05$ ).

## 6.6 Abschließende binär logistische Regressionsanalyse: Globale Ratings und Verhaltensmaße

Die bisherigen Berechnungen ergaben, dass sowohl anhand global beurteilter Prozessmerkmale als auch anhand von Kontingenzen zwischen Patienten- und Therapeutenverhalten etwa 50% der Varianz des Kriteriums *Therapieabbruch* aufgeklärt werden konnten. In diesem letzten Abschnitt soll in einer übergeordneten Regressionsanalyse die relative Bedeutung der getrennt voneinander identifizierten Prädiktoren untersucht werden. Dieses stufenweise Vorgehen wurde unter anderem gewählt, weil die Anzahl der Variablen, die in den bivariaten Analysen signifikant mit einem Therapieabbruch zusammenhängen, sehr hoch war, so dass eine Einbeziehung all dieser Variablen auf einmal eine wesentlich höhere Fallzahl erfordert hätte.

Als unabhängige Variablen gingen die Skala *WAI-Bond*, die Yules-Q-Werte für die Kontingenzen *Einfache Antworten*→*Einführung/Unterstützung* und *Exploration/Erklärung*→*Öffnung/Problembeschreibung* sowie das Geschlecht der Patienten ein, da sich dieses in den bivariaten Analysen unter 6.2 ebenfalls als tendentiell signifikant erwiesen hatte. Von diesen vier Variablen wurden zwei als signifikante Prädiktoren ins Modell aufgenommen: die Skala *WAI-Bond* und der Yules-Q-Wert der Kontingenz *Einfache Antworten*

ten → *Einfühlung/Unterstützung*. Diese beiden Variablen erklären zusammen 75,4% der Varianz und ermöglichen eine korrekte Klassifikation von 89,7% der Patienten. Von den 20 Completern konnten 19 (95%) korrekt klassifiziert werden und von den 19 Abbrechern wurden 16 richtig klassifiziert (84,2%). Beide ins Modell aufgenommenen Prädiktoren weisen signifikante bzw. sehr signifikante Regressionskoeffizienten auf. Wie bereits unter 6.3.5 und 6.4.3 erläutert, geht eine höhere Ausprägung des *WAI-Bond*-Wertes mit einem geringeren Abbruchrisiko einher, wohingegen eine stärkere Kontingenz zwischen *Einfachen Antworten* der Patienten und *Einfühlung/Unterstützung* der Therapeuten mit einem höheren Abbruchrisiko verbunden ist. Die Odds-Ratios erreichen wiederum extreme Werte, was darin begründet liegt, dass die Werte der beiden Prädiktormasse eng beieinander liegen und bereits eine Zunahme um einen Bruchteil einer Einheit mit einer deutlichen Erhöhung bzw. Verringerung der Chance für einen Abbruch einher geht.

**Tabelle 25:** Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zur Prädiktion des Abbruchstatus unter Einbeziehung globaler Beurteilungen und Maßen der Gesprächssteuerung; n=39

Prädiktoren	B	S.E.	Wald	p	Exp (B)	95% K.I.
Einfache Antworten (P) → Einfühlung/Unterstützung (Th)	7,58	3,10	5,99	,014	1952,93	4,52-843.850,36
WAI-Bond	-5,54	1,93	8,24	,004	0,004	0,0001-0,173

Anmerkungen. Modellparameter:  $\chi^2=32,49$ ,  $df=2$ ,  $p<,001$ , Nagelkerke  $R^2=0,754$ .

Unabhängige Variablen: Skala *WAI-Bond*, Yules-Q-Werte für die Kontingenzen *Einfache Antworten* → *Einfühlung/Unterstützung* und *Exploration/Erklärung* → *Öffnung/Problembeschreibung*, Geschlecht der Patienten

## 6.7 Bestimmung von Trennwerten zur frühen Identifikation eines Abbruchrisikos anhand von ROC-Analysen

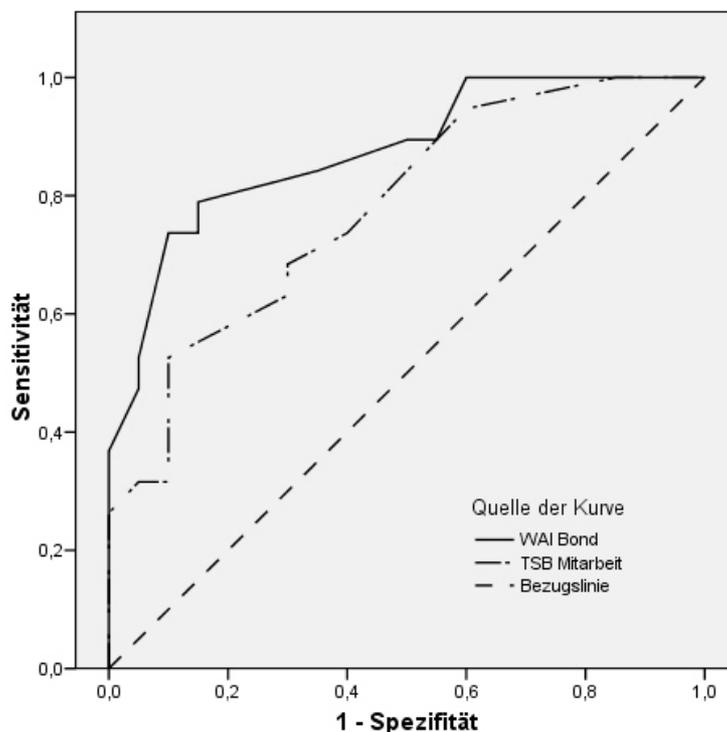
Mithilfe von ROC-Analysen wurden für die anhand der logistischen Regression identifizierten Prädiktorvariablen Cut-off-Werte bestimmt, die bei möglichst hoher Sensitivität und Spezifität zur Identifikation von Patienten mit erhöhtem Abbruchrisiko herangezogen werden können.

Für die Variable *WAI-Bond* ergibt sich eine Gesamtdiskriminationsfähigkeit, die der Fläche unter der Kurve aller Sensitivitäts-Spezifitäts-Paare entspricht (engl. AUC, area under curve), von 0,875 (SE=0,055,  $p<,001$ , 95% KI: 0,766-0,984). Eine Inspektion der Sensitivitäts- und Spezifitätswerte zeigt, dass sich anhand des Cut-off-Wertes von 5,54 ein Anteil von 78,9 % der Abbrecher korrekt klassifizieren ließen, wobei etwa 15 % der Completer

ebenfalls als Abbrecher eingestuft würden. Ein etwas niedrigerer Wert von 5,38 ist mit einer Sensitivität von 73,7 % und einer Spezifität von 90 % verbunden.

In Abbildung 3 wird die ROC-Kurve der Skala *WAI-Bond* und zum Vergleich auch diejenige der Skala *Mitarbeit* des Therapeutenstundenbogens wiedergegeben. Wie bereits unter 6.3.5 berichtet, erweist sich die von den Therapeuten beurteilte Mitarbeit der Patienten als weniger guter Prädiktor. Dies zeigt sich auch an einer niedrigeren AUC von 0,779 (SE=0,073, p=0,003; 95% KI: 0,636-0,922). Ein Cut-off-Wert auf der Mitarbeitsskala von 0,67 weist eine Sensitivität von 53 % und eine Spezifität von 90 % auf. Ein Cut-off-Wert von 1,17 ist mit einer Sensitivität von 63 % und einer Spezifität von 70 % verbunden.

**Abbildung 3:** ROC-Kurven für die Skalen *WAI-Bond* und *TSB-Mitarbeit*



Eine ROC-Analyse der Kontingenz zwischen *Einfachen Antworten* der Patienten und *Einführung/Unterstützung* der Therapeuten (ohne Abbildung) ergab eine AUC von 0,847 (SE 0,062, p<0,001, 95% KI: 0,726-0,969). Einen Yules-Q-Wert von mindestens -0,397 weisen 78,9% der Abbrecher und nur 20% der Completer auf, so dass sich dieser Wert als Cut-Off empfiehlt.

## 6.8 Ergänzende Berechnungen

### 6.8.1 Regressionsanalytische Berechnungen unter Ausschluss der Patienten mit unmittelbarem Abbruch nach der ausgewerteten frühen Sitzung

In den Regressionsanalysen der vorausgehenden Abschnitte wurden alle Patienten einbezogen, für die Daten einer früher Therapiesitzung vorlagen, ohne zu berücksichtigen, nach welcher Sitzung sich die Abbrüche in der Gruppe der Abbrecher ereigneten. Da es das Ziel dieser Arbeit ist, Merkmale zu identifizieren, die einen bevorstehenden Therapieabbruch bereits einige Zeit vor seinem tatsächlichen Eintreten anzeigen können, stellte sich die Frage, ob der Einschluss der wenigen Patienten, die bereits unmittelbar nach der ausgewerteten frühen Sitzung die Therapie beendet hatten, möglicherweise die Ergebnisse verzerrt haben könnten. Daher wurden die Berechnungen unter Ausschluss der vier Patienten, bei denen die ausgewertete frühe Sitzung und die letzte stattgefundene Sitzung weniger als zwei Sitzungen auseinanderlagen, wiederholt. Anhand dieser reduzierten Stichprobe von insgesamt 35 Patienten wurden im wesentlichen die gleichen Ergebnisse erzielt. Lediglich in der abschließenden binär logistischen Regressionsanalyse, in die sowohl globale Sitzungsbeurteilungen als auch die Maße zur Erfassung der Gesprächssteuerung als unabhängige Variablen eingingen, wurde neben der Skala *WAI-Bond* und der Kontingenz *Einfache Antworten* → *Einführung/Unterstützung* auch die Kontingenz *Exploration/Erklärung* → *Öffnung/Problembeschreibung* als signifikanter Prädiktor ins Modell aufgenommen. Diese drei Variablen erklären 79,0% der Varianz und ermöglichen eine korrekte Klassifikation von 91,4% der Patienten (Completer: 95%, Abbrecher: 86,7%).

### 6.8.2 Zusätzliche Berechnungen zum fehlenden Zusammenhang zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und dem Abbruchstatus

Aufgrund des unerwarteten Ergebnisses, dass die Patientenbeurteilungen der untersuchten Prozessmerkmale keinerlei Zusammenhang zu einem späteren Abbruch aufwiesen, wurden ergänzende Berechnungen durchgeführt.

Zum einen wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen den frühen Stundenbogen-Beurteilungen und der Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen gibt. Dies sollte die Frage beantworten, ob die Ergebnisse durch die in dieser Arbeit gewählte Abbruchdefinition bedingt sind. So könnte das Erleben der Patienten in den Sitzungen weniger für die

Art der Beendigung sondern eher für die Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen relevant sein. Die Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und der Anzahl absolvierter Sitzungen waren jedoch sämtlich nicht signifikant. Numerisch am höchsten fielen die Korrelationen mit den Skalen *Therapiebeziehung* ( $r=0,158$ ,  $p=0,344$ ) und *Emotionsaktualisierung* ( $r=0,146$ ,  $p=0,383$ ) aus.

Weiterhin wurde nachträglich untersucht, ob sich Abbrecher und Completer hinsichtlich ihrer *späten* Stundenbogen-Beurteilungen unterscheiden. Für diesen Vergleich wurden für die Abbrechergruppe die Stundenbogenratings der letzten Sitzung ausgewählt und für die Completergruppe diejenigen der 13. Sitzung bzw. einer benachbarten Sitzung, falls hierfür keine Stundenbogendaten vorlagen. Die 13. Sitzung wurde ausgewählt, weil dies dem Durchschnitt der absolvierten Sitzungen in der Abbrechergruppe entspricht. Auch bei diesem Vorgehen ließen sich keine Unterschiede in den Sitzungs-Beurteilungen der Abbrecher und Completer identifizieren (siehe Tabelle 26).

**Tabelle 26:** Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der Patientenstundenbogen-Skalen einer späten Sitzung

Skalen des Patientenstundenbogens	Abbrecher M (SD)	Completer M (SD)	t	p
N	18	20		
PSB Fortschritt	1,12 (0,97)	1,17 (0,87)	-0,16	0,871
PSB Unzufriedenheit	-0,76 (1,16)	-1,19 (1,00)	1,21	0,234
PSB Therapeutische Beziehung	1,50 (0,85)	1,78 (0,90)	-0,96	0,342
PSB Emotionsaktualisierung	0,53 (1,37)	0,68 (1,59)	-0,30	0,770
PSB Mitbestimmung	1,15 (1,07)	0,77 (1,28)	0,99	0,329

## **7. Diskussion**

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse unter Bezugnahme auf die Literatur diskutiert und die in Kapitel 4 formulierten Fragen beantwortet. Anschließend werden die methodischen Aspekte der Studie besprochen und das Kapitel mit Überlegungen zu weiterführenden Untersuchungen abgeschlossen.

### **7.1 Diskussion der Ergebnisse**

#### **7.1.1 Abbruchquote und Merkmale der Patientengruppen bei Studienbeginn**

Der Anteil der Patienten, die ihre Psychotherapie abgebrochen haben, fällt mit 48,7% im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Studien hoch aus. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in dieser Arbeit eine vergleichsweise strenge Abbruchdefinition verwendet wurde, bei der insbesondere die Form der Beendigung berücksichtigt wurde und weniger die Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen. Wäre zur Klassifikation der Abbrecher und Completer der häufig verwendete Trennwert von 12 Sitzungen eingesetzt worden, so hätte sich auch in dieser Studie eine deutlich niedrigere Abbruchrate von 23% ergeben, ein Wert, der beispielsweise den von Farhall et al. (2009) und Kuipers et al. (1997) berichteten Raten von 22% bzw. 25% entspricht.

Der Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, ihres Funktionsniveaus, der verbalen kognitiven Leistungsfähigkeit, der psychopathologischen Symptomatik sowie anderer klinischer Maße ergab wie erwartet keinerlei signifikante Unterschiede. Männer hatten im Vergleich zu Frauen ein tendenziell höheres Abbruchrisiko, wobei sich das Geschlecht der Patienten in einer multivariaten Analyse nicht als bedeutsamer Prädiktor erwies. Beide Patientengruppen wiesen bei Studienbeginn ein gutes Funktionsniveau und eine gute Remission der Positivsymptomatik auf, wobei einige Patienten unter einer leichten bis mäßig hohen Negativsymptomatik litten. Sowohl die Krankheitseinsicht als auch die Medikamentencompliance waren recht hoch ausgeprägt. Demnach handelt es sich bei den Patienten dieser Studie um eine Stichprobe, die relativ zur Gesamtpopulation schizophrener Patienten eine hohe anfängliche Behandlungsbereitschaft und einen günstigen frühen Krankheitsverlauf aufweist.

### **7.1.2 Beurteilung des Therapieprozesses durch die Patienten**

Eine der Hauptfragestellungen bezog sich auf das Erleben der Patienten und Therapeuten in der Therapiesitzung. Entgegen der Erwartung unterscheiden sich die Patienten der Abbrecher- und der Completergruppe hinsichtlich keines der von ihnen beurteilten Aspekte des Therapieprozesses. Beide Patientengruppen bewerteten die therapeutische Beziehung und den Sitzungsfortschritt in der frühen Therapiephase eher positiv und gaben an, eher nicht unzufrieden mit ihrem Therapeuten zu sein. Auch die nachfolgend überprüfte Überlegung, dass die Patientenurteile möglicherweise eher die Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen vorhersagen als die Form der Beendigung, wurde durch die Ergebnisse nicht gestützt. Ebenso wenig fanden sich zwischen den beiden Patientengruppen Unterschiede, wenn die Sitzungsbeurteilungen der Abbrecher unmittelbar vor dem Abbruch mit denen einer entsprechend späten Sitzung der Completer verglichen wurden.

Für diese Befunde bieten sich mehrere Erklärungen an. So könnten die späteren Therapieabbrecher manche Aspekte des Therapieprozesses tatsächlich weniger positiv als die Completer erlebt haben, dies jedoch nicht im Stundenbogen angegeben haben, da sie möglicherweise befürchtet haben, dass ihre Therapeuten doch Einsicht in ihre Angaben erhalten werden oder dass diese bei ungünstigen Beurteilungen von Seiten der Studienleitung Schwierigkeiten bekommen könnten. Die Interkorrelationen der einzelnen Skalen des Patientenstundenbogens zeigen, dass zwischen diesen durchgängig mittlere bis hohe Zusammenhänge bestehen; insbesondere die Beurteilung der wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und des Sitzungsfortschritts sind eng miteinander verbunden. Dies könnte auf eine bewusste sozial erwünschte Beurteilung hinweisen, andererseits könnten manche Patienten auch Schwierigkeiten haben, zwischen den verschiedenen untersuchten Aspekten des Therapieprozesses zu differenzieren.

Dass Patienten Hemmungen haben, einer eventuellen Unzufriedenheit Ausdruck zu verleihen, wird beispielsweise auch von Todd et al. (2003) angenommen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Patienten bei Telefonnachbefragungen durch an der Therapie unbeteiligte Personen eher negative Aspekte der Therapie ansprechen, als wenn sie am Ende der Therapie einen Abschlussfragebogen ausfüllen sollen. Andererseits kamen mehrere Studien mit unterschiedlichen Störungsgruppen zum Ergebnis, dass Therapieabbrüche mit einer ungünstigeren Beurteilung der therapeutischen Allianz durch die Patienten verbunden ist (Arnou et al., 2007; Santiago et al., 2005; Tryon und Kane, 1995). Nur in einzelnen Studien zeigte sich kein Unterschied zwischen Abbrechern und Completern (Tryon & Kane, 1993). Demnach kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass Patientenbeurteilungen keine validen Abbruchprädiktoren sind.

Alternativ dazu könnte sich das Erleben der Therapiesitzungen in den Gruppen der Abbrecher und Completer tatsächlich nicht wesentlich unterscheiden haben. Dies würde bedeuten, dass entweder in der Abbrechergruppe mit größerer Häufigkeit äußere Faktoren vorlagen, die einer Fortführung der Therapie im Wege standen, oder aber, dass die Patienten der Completergruppe ein höheres Sicherheitsbedürfnis im Sinne einer Rückfallprophylaxe hatten und die Psychotherapie fortführten, auch wenn sie diese nur teilweise als positiv und hilfreich erlebten. Da für die meisten Patienten der Abbrechergruppe keine Informationen zum Abbruchgrund vorliegen und Therapiehindernisse oder Aspekte der Krankheitsverarbeitung nicht systematisch erfasst wurden, kann hierzu keine Aussage gemacht werden. Zu Abbrüchen im Rahmen einer rezidivprophylaktischen Psychotherapie liegen zudem keine Studien vor, auf die hier Bezug genommen werden könnte.

### **7.1.3 Psychotherapieprozess aus Therapeuten- und Beobachterperspektive**

Im Gegensatz zu den Patienten nahmen die Therapeuten deutliche Unterschiede zwischen den Therapiesitzungen mit den Abbrechern und Completern wahr. Ihrer Sichtweise nach arbeiteten die späteren Abbrecher weniger gut mit als die Completer und befassten sich auch zwischen den Sitzungen weniger mit den Therapiethemen. Sowohl die therapeutische Allianz mit den Patienten der Abbrechergruppe als auch der mit ihnen erzielte Sitzungsfortschritt wurde ungünstiger beurteilt. Auch aus Beobachterperspektive wurde die Mitarbeit der Abbrecher ungünstiger beurteilt als die der Completer. Jedoch wurde auch die Beziehungsgestaltung der Therapeuten in dieser Gruppe als weniger deutlich ausgeprägt wahrgenommen. Hinsichtlich des Einsatzes therapeutischer Strategien wie der Problemaktualisierung oder Problembewältigung bestanden dagegen keine Unterschiede. Von den drei Aspekten der therapeutischen Allianz erwies sich insbesondere der Unterschied in der therapeutischen Bindung als prädiktiv für einen späteren Therapieabbruch. Diese Variable setzte sich auch bei multivariater Betrachtung der bisher genannten global beurteilten Prozessmaße als alleiniger Prädiktor durch, der bereits die Hälfte der Varianz des Kriteriums Therapieabbruch aufklären konnte. Demnach unterscheiden sich Abbrecher und Completer insbesondere dadurch, wieviel sie und ihre Therapeuten an wechselseitiger Sympathie und Vertrauen innerhalb einer Therapiesitzung zum Ausdruck bringen.

Wurden nur die von den Therapeuten beurteilten Prozessmerkmale in die multivariate Analyse einbezogen, erwies sich die Patienten-Mitarbeit als einziger bester Prädiktor für einen späteren Therapieabbruch. Sie ermöglicht jedoch nur die Aufklärung von etwa einem Drittel der Varianz und weist damit eine deutlich geringere Vorhersagekraft auf als

die therapeutische Bindung aus Beobachtersicht. Die geringere prädiktive Validität der Therapeutenbeurteilungen könnte zum einen auf Unterschiede in den jeweils verwendeten Instrumenten zurückzuführen sein. Einige der Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Therapeuten während der Therapiesitzung insbesondere auf die Mitarbeit der Patienten achten und weniger auf ihre eigenen Beiträge zur Beziehungsgestaltung oder auf die Interaktion dieser Faktoren. So hing ihre Beurteilung der therapeutischen Allianz insbesondere mit der aus Beobachterperspektive beurteilten Responsivität der Patienten zusammen und weniger stark mit der aus Beobachterperspektive beurteilten therapeutischen Allianz, in die sowohl das Patienten- als auch das Therapeutenverhalten eingehen.

In der Literatur finden sich kaum Studien, die zum Vergleich dieser Ergebnisse herangezogen werden können. Startup, Wilding und Startup (2006) berichten, dass in ihrer Studie mit akut schizophrenen Patienten insbesondere die Aspekte *Goal* und *Task* der therapeutischen Allianz aus Beobachterperspektive mit einem Abbruch zusammenhingen, während die Skala *Bond* nur ein tendenziell signifikantes Ergebnis erreichte. Allerdings wurde die Allianz in dieser Studie während einer späteren Therapiephase erfasst. Möglicherweise ist in der frühen Phase insbesondere der *Bond*-Aspekt von Bedeutung, während die anderen beiden Aspekte erst im Verlauf der Therapie mehr an Gewicht erhalten. Zwischen der Patientenmitarbeit aus Therapeutensicht und der therapeutischen Allianz aus Beobachterperspektive bestanden wie auch in der vorliegenden Arbeit hohe Zusammenhänge. Die Sicht der Patienten wurde in dieser Studie leider nicht erfasst.

Dass zwischen den Beurteilungen des Psychotherapieprozesses durch Patienten und Therapeuten bestenfalls geringe Zusammenhänge bestehen, wurde bereits mehrfach berichtet (Tryon et al., 2007). Der Zusammenhang zwischen Patienten- und Beobachterperspektive wurde dagegen seltener untersucht. Einige Studien ergaben mittlere Zusammenhänge der Allianz-Beurteilungen (Hayes, 2007; Marziali, 1984), in einer anderen Studie bestand zwischen den beiden Versionen des Working Alliance Inventory kein Zusammenhang (Fenton et al., 2001).

#### **7.1.4 Patienten- und Therapeutenverhalten**

Eine systematische Erfassung der Sprechhandlungen von Therapeuten und Patienten während der Therapiesitzungen ergab, dass die Therapeuten in der untersuchten frühen psychoedukativen Sitzung insbesondere die Kategorien *Exploration* und *Erklärung* einsetzten und in etwas geringerem Maße *Einfühlung* und *Unterstützung*. Bei den Patienten überwiegen kurze einfache Antworten und Problembeschreibungen. Änderungsberichte und das Sprechen über Wünsche und Ziele wurden in wesentlich geringerem Umfang

festgestellt. Dies entspricht den Ergebnissen anderer Studien. Beispielsweise berichten Keijsers et al. (1995), dass in der dritten Sitzung einer Psychotherapie für Patienten mit Panikstörungen die Hälfte des Therapeutenverhaltens aus Exploration und Erklärungen bestand und dass Problembeschreibungen und Kurzantworten 70% der Patientensprechhandlungen ausmachten.

Hemmendes Patientenverhalten im Sinne einer Ablehnung von Anleitungen oder Vorschlägen der Therapeuten trat in dieser Studie sehr selten auf, so dass sich ein Fokus auf diese Kategorie von Sprechhandlungen bei der Untersuchung von Therapieabbrüchen nicht anbietet. Hemmendes Verhalten der Patienten war jedoch mit einer deutlich ungünstigeren Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten selbst wie auch durch die Therapeuten verbunden. Die Therapeuten dieser Studie übten in den untersuchten Sitzungen kein einziges Mal Kritik an den Patienten, und auch konfrontative Sprechhandlungen wurden nur sehr vereinzelt festgestellt, so dass auch diese Verhaltensweisen in der vorliegenden Arbeit nicht auf ihre Relevanz für Therapieabbrüche untersucht werden konnten.

Der Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich des konkreten Verhaltens in der Therapiesitzung weist wiederum darauf hin, dass Abbrecher bereits früh in der Therapie weniger aktiv sind und sich weniger einbringen. Bereits die Dauer der Therapiesitzung erwies sich in der Abbrechergruppe als kürzer, zudem war bei den Abbrechern der Anteil an Problembeschreibungen niedriger und der Anteil an Kurzantworten höher als in der Completergruppe. Dass diese Unterschiede auf ein unterschiedliches Maß an Negativsymptomatik in den beiden Gruppen oder auf Unterschiede in sprachlichen Fähigkeiten zurückzuführen sind, ist nicht zu vermuten, da diese Merkmale bei Therapiebeginn in den beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich ausgeprägt waren. Hinsichtlich der restlichen in beiden Gruppen wesentlich seltener auftretenden Kategorien wie *emotionale Öffnung* oder *Mitarbeit* bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern.

Die Therapeuten wiesen in den Sitzungen mit Abbrechern einen höheren Anteil an Exploration auf, ansonsten wurden keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Die Abbrecher erhielten somit nicht signifikant weniger an Einfühlung, Unterstützung, Erklärungen oder Direktiven. Dieses Ergebnis kann komplementär zu den eben berichteten Unterschieden im Patientenverhalten verstanden werden: Wenn Patienten vorwiegend kurze knappe Aussagen machen, reagieren Therapeuten darauf, indem sie mehr nachfragen.

### 7.1.5 Gegenseitige Gesprächssteuerung der Patienten und Therapeuten

Die Analyse der gegenseitigen Gesprächssteuerung zeigte, dass in den beiden Patientengruppen recht ähnliche Interaktionsmuster vorliegen. Beispielsweise zeigen die Therapeuten einführendes, unterstützendes Verhalten überzufällig häufig nach Änderungsberichten und Initiativen der Patienten sowie nach Problembeschreibungen oder emotionaler Öffnung. Einfachantworten der Patienten haben hingegen einen hemmenden Effekt auf unterstützendes Therapeutenverhalten, wohingegen direktives Verhalten und in geringerem Umfang auch Exploration und Erklärungen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit nachfolgen. Das Patientenverhalten scheint in etwas geringerem Maße durch das vorausgehende Therapeutenverhalten gesteuert zu werden. Problembeschreibungen treten nach Exploration beziehungsweise Erklärungen der Therapeuten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit und nach Direktiven mit verminderter Wahrscheinlichkeit auf. Änderungsberichte und Initiativen der Patienten folgen überzufällig häufig auf Direktiven und einführendes oder unterstützendes Verhalten der Therapeuten.

Sequenzen aus Unterstützung durch die Therapeuten einerseits und Änderungsberichten bzw. Initiativen der Patienten andererseits bezeichnet Schindler (1989) als *Kooperations-Sequenz*. In seiner Studie konnte sie bei den später erfolgreichen Patienten häufiger festgestellt werden als bei den weniger erfolgreichen, und die Unterschiede zeigten sich bereits früh in der Therapie. In der vorliegenden Studie reagierten insbesondere die Therapeuten im Sinne dieser Kooperations-Sequenz, jedoch war diese Kontingenz in beiden Patientengruppen etwa gleich stark ausgeprägt. Ein Vergleich der Abbrecher und Completer hinsichtlich der restlichen Kontingenzen aus vorausgehendem Patientenverhalten und nachfolgendem Therapeutenverhalten ergab, dass in der Gruppe der Completer auf Einfachantworten der Patienten mit verminderter Häufigkeit einführende, unterstützende Verhaltensweisen der Therapeuten folgen, stattdessen treten Direktiven häufiger auf. Bei den Abbrechern sind diese Effekte zwar ebenfalls zu beobachten, jedoch in deutlich geringerer Ausprägung. Vereinfacht ausgedrückt erhalten die Patienten der Abbrechergruppe auf Kurzantworten hin etwas mehr an Unterstützung von ihren Therapeuten und vergleichsweise weniger Anleitungen oder Vorschläge als die Completer.

Der Vergleich der Steuerung des Patientenverhaltens durch das vorausgehende Therapeutenverhalten zeigte, dass Abbrecher auf Exploration oder Erklärung der Therapeuten hin mit höherer Kontingenz als die Completer Probleme oder negative Emotionen ansprechen, während Einfachantworten mit verminderter Wahrscheinlichkeit auftreten. Dagegen folgen in der Abbrechergruppe auf einführendes, unterstützendes Verhalten der Therapeuten tendenziell seltener als erwartet Problembeschreibungen und tendenziell häufiger

als erwartet Einfachantworten. In der Gruppe der Completer lassen sich diese Effekte nicht feststellen. Diese Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass die Patienten der Abbrechergruppe während der Erklärungen der Therapeuten, mit denen diese beispielsweise die Inhalte der zu bearbeitenden Arbeitsblätter vermitteln wollten, weniger kurze bestätigende Äußerungen machten, sondern die Therapeuten durch Problembereiche unterbrachen. Dagegen reagierten sie auf einführendes, unterstützendes Verhalten der Therapeuten, auf das hin Problembereiche oder das Beschreiben von Emotionen angemessen wären, seltener als erwartet mit diesem Verhalten, sondern gaben hierauf überzufällig häufig kurze knappe Antworten. Diese Interaktionsmerkmale vermitteln den Eindruck eines wenig flüssigen Gesprächs und einer wenig vertrauensvollen Atmosphäre. Möglicherweise spiegelt dies eine Überforderung oder Desinteresse der Patienten an einer tiefergehenden Thematisierung wider.

Die eben beschriebenen Interaktionsmuster sind auch mit einer ungünstigen Sitzungsbeurteilung durch Patienten und Therapeuten verbunden. Je stärker die Kontingenz zwischen Einfachantworten der Patienten und Unterstützung der Therapeuten ausgeprägt ist, desto negativer beurteilen die Patienten die Beziehung zu den Therapeuten und desto geringer stufen die Therapeuten die Mitarbeit der Patienten ein. Je konsistenter dagegen die Patienten auf einführende unterstützende Äußerungen mit Problembereichen reagieren und je konsistenter sie auf Erklärungen mit Einfachen Antworten reagieren, desto günstiger beurteilen die Therapeuten die Patientenmitarbeit. Entsprechende Zusammenhänge sind auch für die globale Beurteilung der Patientenmitarbeit und der therapeutischen Allianz aus Beobachterperspektive festzustellen.

Bei multivariater Betrachtung dieser Unterschiede in den einzelnen Verhaltensmaßen erwiesen sich zwei Verhaltenskontingenzen als stärkste Prädiktoren für Therapieabbrüche. Sowohl die Stärke der Kontingenz zwischen Einfachantworten der Patienten und nachfolgender Einfühlung oder Unterstützung der Therapeuten als auch die Kontingenz zwischen Exploration oder Erklärungen der Therapeuten und nachfolgender Problembeschreibung der Patienten waren mit einem erhöhten Abbruchrisiko verbunden. Somit erwiesen sich sowohl unter den global beurteilten Prozessmaßen als auch unter den Verhaltensmaßen interaktionelle Aspekte den einzelnen Beiträgen von Patienten und Therapeuten als überlegen. Diese beiden Kontingenzen, die zusammengenommen etwa 50% der Varianz des Abbruchkriteriums aufklären, und damit ebenso viel wie die globale Beurteilung der therapeutischen Bindung aus Beobachterperspektive, scheinen eher Ausdrucksform einer ungünstigen therapeutischen Zusammenarbeit zu sein, als ursächliche Bedingungen darzustellen. So dürfte beispielsweise das vergleichsweise hohe Ausmaß an Einfühlung und Unterstützung der Therapeuten auf Kurzantworten der Patienten eher

Folge als Ursache einer ungünstigen Zusammenarbeit sein. Stattdessen ist eher zu vermuten, dass die Therapeuten in den Gesprächen mit den Abbrechern versuchten, diese durch mehr Zuwendung auf kurze Beiträge hin für eine aktivere Mitarbeit zu gewinnen.

### **7.1.6 Globale Beurteilung des Psychotherapieprozesses versus systematische Verhaltensbeobachtung**

Abschließend wurde der relative Beitrag der global beurteilten Prozessmaße und der Verhaltensmaße hinsichtlich der frühzeitigen statistischen Vorhersage eines Therapieabbruchs untersucht. In einer multivariaten Analyse zeigte sich, dass sowohl die therapeutische Bindung aus Beobachterperspektive als auch die Kontingenz zwischen Einfachantworten der Patienten und Einfühlung der Therapeuten unabhängig voneinander zur Varianzaufklärung beitragen. Zwar fällt der Anteil aufgeklärter Varianz höher aus als unter ausschließlicher Berücksichtigung der therapeutischen Bindung, jedoch ist die Trefferquote bei der Klassifikation der Abbrecher nur unwesentlich erhöht, so dass der Einsatz der sehr aufwändigen Prozedur von der Codierung der einzelnen Sprechereinheiten bis zur Berechnung der Stärke der Verhaltenskontingenzen aus pragmatischer Sicht nicht lohnenswert erscheint. Anhand einer ROC-Analyse wurde für die Skala *Bond* des *Working Alliance Inventory* ein optimaler Trennwert von 5,54 ermittelt, dessen Eignung zur frühzeitigen Identifikation von Therapieabbrüchen allerdings erst anhand weiterer Stichproben überprüft werden muss.

Doch was besagt nun der Befund, dass bevorstehende Abbrüche insbesondere an einer geringeren Bindung zwischen Patient und Therapeut erkannt werden können? Die therapeutische Bindung scheint zu einem gewissen Teil durch die geringe Mitarbeit der Patienten vorgegeben zu sein, die als Ausdruck einer mangelnden Bereitschaft oder Fähigkeit, sich auf das Therapieangebot einzulassen, verstanden werden kann. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Therapeuten einen gewissen Spielraum haben, den *Bond*-Aspekt der therapeutischen Allianz günstig zu beeinflussen. Demnach könnte im Rahmen der untersuchten rückfallprophylaktischen Psychotherapie, die nicht von den Patienten selbst initiiert wurde, sondern diesen zur optimalen Bewältigung der Erkrankung angeboten wurde, an zwei Stellen angesetzt werden.

Zunächst müsste genauer erforscht werden, was Therapeuten tun können, um einen guten Kontakt zu ihren Patienten herzustellen und es ihnen zu erleichtern, das Beziehungsangebot anzunehmen. Eine Voraussetzung dafür könnte sein, dass die Therapeuten darin geschult sind, bei der Beurteilung der therapeutischen Beziehung nicht nur auf die Mitarbeit der Patienten zu achten, sondern auch die eigenen Möglichkeiten zur Beziehungsge-

staltung zu reflektieren. Obwohl ein hoher Anteil an Einfühlung und Unterstützung entsprechend den Ergebnissen dieser wie auch anderer Studien (Sharpley et al., 2000) generell als positiv betrachtet werden kann, scheint der Versuch der Therapeuten, ihre weniger gut mitarbeitenden Patienten durch einen erhöhten Einsatz dieser Sprechhandlungen zu einer stärkeren Beteiligung hinzuführen, keine geeignete Strategie zu sein. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die korrelativen Untersuchungen dieser Studie keine Schlüsse auf kausale Zusammenhänge erlauben. Möglicherweise wäre es hilfreich, im Gespräch mit weniger kooperativen Patienten zunächst zu klären, aus welchen Gründen sie sich mit dem betreffenden Thema nicht ausführlich beschäftigen möchten, beziehungsweise welche Voraussetzungen gegeben sein müssten, damit ihnen dies möglich wäre. Möglichkeiten zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung wurden bereits in einigen wenigen Studien auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Beispielsweise konnten in der Studie von Bambling et al. (2006) mit einer Allianz-fokussierten Supervision höhere Allianzwerte sowie niedrigere Abbruchraten erzielt werden.

In einigen Studien wurde stattdessen versucht, durch eine Vorbereitung der Patienten auf die Therapie günstigere Eingangsbedingungen für diese zu schaffen. Dabei erhalten die Patienten Informationen über das Konzept der jeweiligen Therapie, über ihre eigenen Möglichkeiten, sich in die Therapie einzubringen und Hinweise auf möglicherweise auftretende Schwierigkeiten (Ogrodniczuk et al., 2005). Diese Elemente waren zwar auch Teil des Psychotherapieprogramms der Ersterkrankungsstudie, womöglich wurden sie jedoch von den Therapeuten nicht ausreichend intensiv umgesetzt. Insbesondere im Rahmen einer psychoedukativen Intervention könnte es von Bedeutung sein, den Patienten zu vermitteln, dass das Ziel nicht lediglich darin besteht, die Inhalte der vorgegebenen Themen zur Kenntnis zu nehmen, sondern dass sie als Strukturierungshilfe für die gemeinsame Bearbeitung der jeweiligen Themen zu verstehen sind. Einige Patienten könnten sich auch gescheut haben, bei Verständnisschwierigkeiten nachzufragen oder dem Therapeuten mitzuteilen, wenn sie anderer Meinung waren. Dies könnte dazu beitragen, dass Patienten im Laufe der Zeit zu Recht den Eindruck erhalten, aus der Therapie keinen Nutzen zu ziehen und dass eine Fortführung keinen Sinn hat.

### **7.1.7 Konkretes Verhalten und nachfolgende Globalbeurteilungen**

Schließlich sollte untersucht werden, inwiefern das konkrete Verhalten der Patienten und Therapeuten in den Therapiesitzungen mit der Beurteilung des Psychotherapieprozesses aus der Sicht von Patienten, Therapeuten und Beobachtern zusammenhängt. Mit den Sitzungsbeurteilungen der Therapeuten standen mehrere Patienten- und Therapeuten-

Sprechhandlungen in Zusammenhang. So war ein hoher Anteil an Kurzantworten der Patienten mit einer ungünstigen Beurteilung ihrer Mitarbeit verbunden, wohingegen ein höherer Anteil an emotionaler Öffnung mit einer positiven Beurteilung verbunden war. Der Anteil an Problembeschreibungen der Patienten korrelierte mit keiner der Sitzungsbeurteilungen der Therapeuten, allerdings stand, wie bereits oben beschrieben, ein Auftreten von Problembeschreibungen im Anschluss an Einfühlung oder Unterstützung der Therapeuten mit einer positiven Beurteilung der Mitarbeit und ein Auftreten im Anschluss an Erklärungen mit einer negativen Beurteilung der Mitarbeit in Zusammenhang. Demnach gilt für diese Kategorie von Sprechhandlungen, dass ihr Auftreten nicht generell günstig oder ungünstig ist, sondern dass ihre Beurteilung kontextabhängig ist. Da in dieser Arbeit die einzelnen Kategorien von Sprechhandlungen für die Analyse der Gesprächssteuerung stark zusammengefasst werden mussten, sind diesbezüglich keine differenzierten Aussagen möglich. Jedoch konnte gezeigt werden, dass eine umfassendere Untersuchung dieser Zusammenhänge zu einem besseren Verständnis des Erlebens von Therapeuten und Patienten in den Therapiesitzungen beitragen und Hinweise auf eine Optimierung des therapeutischen Vorgehens geben kann. Hierfür könnten beispielsweise pro Patient mehrere Therapiesitzungen codiert und ausgewertet werden, um auf diese Weise höhere Auftretenshäufigkeiten zu gewährleisten.

## **7.2 Diskussion methodischer Aspekte**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine teilweise explorative Analyse bereits vorliegender Daten einer multizentrischen Psychotherapiestudie. Dies bringt die Vorteile mit sich, dass eine hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose und der Behandlung homogene Stichprobe untersucht werden konnte, die im Rahmen einer Prozessforschungsstudie wie der vorliegenden nicht hätte erreicht werden können. In einem nächsten Schritt wäre zu untersuchen, ob die gefundenen Zusammenhänge auch auf andere Störungsbilder und Therapieformen übertragbar sind.

Die Verwendung des Datenmaterials einer bereits abgeschlossenen Studie ist mit einer Beschränkung bei der Variablenauswahl verbunden. Dies war jedoch bei der vorliegenden Studie weniger problematisch, da der Schwerpunkt auf den Merkmalen des Psychotherapieprozesses liegen sollte, die bislang am konsistentesten mit Therapieabbrüchen in Verbindung gebracht werden konnten. Zur Erfassung des Patienten- und Therapeutenerlebens in den Therapiesitzungen wurde der Stundenbogen der Arbeitsgruppe von Grawe verwendet, der eine relativ differenzierte Erfassung mehrerer Aspekte des Therapieprozesses erlaubt. Zur Erfassung der Prozessmerkmale aus der Beobachterperspektive wur-

den ebenfalls zwei bereits auf ihre Reliabilität und Validität hin überprüfte Instrumente ausgewählt. Ein weiteres im Rahmen einer assoziierten Studie selbst konstruiertes Instrument sollte in dieser Studie auf seine Interraterreliabilität sowie auf die verschiedenen Formen der Validität hin überprüft werden.

Als kritisch ist zu betrachten, dass die Erfassung der Therapieprozessmerkmale aus Beobachterperspektive allein durch die Autorin erfolgte. Es wäre wünschenswert gewesen, dass die Beurteilungen anhand der globalen Prozessmaße einerseits und die CIP-Codierungen andererseits von verschiedenen Personen vorgenommen worden wären, um beispielsweise Halo-Effekten vorzubeugen. Jedoch sprechen die überwiegend hohen Interraterreliabilitäten, die im Vorfeld der Ratingphase erzielt wurden, sowie die hohen Korrelationen mit den von den Therapeuten beurteilten inhaltlich verwandten Skalen für ein ausreichendes Maß an Reliabilität und Validität der Beurteilungen aus Beobachtersicht.

Die höchsten Zusammenhänge zwischen den Beurteilungen aus Beobachterperspektive und aus Therapeutenperspektive bestehen zwischen den sich inhaltlich entsprechenden Skalen zur Erfassung der Patientenmitarbeit und der therapeutischen Beziehung. Diese Ergebnisse sprechen für eine hohe konkurrente Validität dieser Beobachterratings. Zu den Skalen des Patientenstundenbogens bestanden dagegen keinerlei Zusammenhänge, wobei berücksichtigt werden muss, dass die Skalen der Patienten- und Therapeutenstundenbögen ebenfalls kaum miteinander korrelierten.

Hinsichtlich der statistischen Auswertung ist Folgendes zu bemerken. Zunächst wurde anhand von bivariaten Analysen bestimmt, hinsichtlich welcher Merkmale sich die Abbrecher und Completer dieser Studie unterscheiden. Dabei wurde an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe eine große Anzahl an Einzeltests durchgeführt, ohne eine entsprechende Anpassung des Signifikanzniveaus vorzunehmen, die das Risiko von Zufallsbefunden reduziert hätte. Dies wurde im Rahmen einer überwiegend explorativen Untersuchung als vertretbar angesehen, jedoch bedürfen die erzielten Ergebnisse einer Replikation durch weitere Studien, bevor ihre Aussagefähigkeit bewertet werden kann. Die relative Bedeutung der größtenteils interkorrelierten Prädiktoren wurde anhand binär logistischer Regressionsanalysen bestimmt, die aufgrund des dichotomen Abbruchkriteriums eingesetzt wurden. Bedingt durch die gewählten statistischen Verfahren wurde in dieser wie in der überwiegenden Zahl der vergleichbaren Studien ausschließlich lineare Zusammenhänge untersucht, obwohl anzunehmen ist, dass beispielsweise für einige der Verhaltensweisen eher ein kurvilinearere Zusammenhang mit dem Abbruchkriterium besteht. Weiterhin wurden die Aspekte des Therapieprozesses lediglich zu einem einzigen Zeitpunkt erfasst, so dass möglicherweise Unterschiede zwischen Abbrechern und Comple-

tern in der Dynamik bestimmter Prozesse nicht aufgedeckt werden konnten. Hierzu wären jedoch deutlich aufwändigere Analysen notwendig gewesen.

Die Untersuchung der Gesprächssteuerung konnte aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an Sprechereinheiten innerhalb einer einzigen Therapiesitzung pro Therapeut-Patient-Dyade nur anhand von Lag-1-Sequenzen durchgeführt werden. Damit ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse auf unmittelbare Kontingenzen beschränkt, die die Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten weniger gut abbilden können, als dies bei längeren Sequenzen der Fall gewesen wäre.

Trotz dieser Einschränkungen konnte diese Arbeit einen entscheidenden Beitrag zur Aufklärung der relativen Bedeutung der untersuchten Prozessmaße leisten und Hypothesen für weiterführende Untersuchungen liefern.

### **7.3 Überlegungen für weiterführende Untersuchungen**

In den vorangehenden Abschnitten wurden bereits einige noch zu beantwortenden Fragen diskutiert. Darüber hinaus ist es notwendig, das Erleben und Verhalten der Patienten innerhalb der Therapiesitzungen weitergehend zu erforschen und zu prüfen, unter welchen Umständen sich diese Maße als valide Prädiktoren für Therapieabbrüche erweisen. Zu überlegen wäre auch, die Patienten vor Therapiebeginn mit den auszufüllenden Fragebogen und deren weiterer Verwendung vertraut zu machen, so dass eventuelle Unklarheiten ausgeräumt werden können. Von zentraler Bedeutung erscheint schließlich, die weitere Erforschung von Therapieabbrüchen auf systematische Weise anzugehen. Dies beinhaltet die Reduktion der Vielzahl an verwandten Konstrukten auf einige wenige zentrale Dimensionen, eine multivariate Untersuchung der als relevant identifizierten Variablen sowie eine verstärkte Berücksichtigung des tatsächlichen Verhalten von Patienten und Therapeuten in den Therapiesitzungen. Hierfür können die bewusst allgemein gehaltenen Instrumente wie das verwendete Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie allerdings nur einen eingeschränkten Beitrag liefern. Stattdessen wären Instrumente vonnöten, die eine differenziertere Erfassung der innerhalb eines bestimmten Therapieansatzes typischen Verhaltensweisen ermöglichen.

## 8. Zusammenfassung

Das Ziel dieser Studie bestand darin, Merkmale des Psychotherapieprozesses zu identifizieren, anhand derer bereits früh in der Therapie ein erhöhtes Abbruchrisiko festgestellt werden kann. Für die Untersuchung dieser Fragestellung wurde eine Stichprobe von 39 remittierten Patienten mit schizophrenen Störungen herangezogen, die im Rahmen einer Psychotherapiestudie an einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsprogramm teilgenommen hatten. Die Merkmale des Psychotherapieprozesses wurden sowohl anhand globaler Beurteilungen aus Sicht der Patienten, Therapeuten und einer außenstehenden Beobachterin als auch anhand einer systematischen Verhaltensbeobachtung erfasst. Sämtliche Prozessmaße beziehen sich auf die dritte oder ersatzweise auf eine benachbarte Sitzung.

Zur Beantwortung der untersuchten Fragestellungen kann Folgendes festgestellt werden: Wie erwartet unterscheiden sich Abbrecher und Completer bei Therapiebeginn nicht hinsichtlich verschiedener soziodemografischer Merkmale oder Krankheitsmerkmale. Die Annahme, dass sich die beiden Patientengruppen in ihren Sitzungsbeurteilungen unterscheiden, ließ sich nicht bestätigen. Abbrecher beurteilten die Beziehung zum Therapeuten, die Unzufriedenheit mit diesem und den Sitzungsfortschritt nicht ungünstiger als die Completer. Aus Therapeutensicht fielen jedoch wie erwartet sämtliche untersuchten Aspekte in der Gruppe der Abbrecher ungünstiger aus. Aus Beobachtersicht waren bis auf die Kompetenz der Therapeuten beim Einsatz therapeutischer Strategien alle untersuchten Aspekte in der Gruppe der Abbrecher ungünstiger ausgeprägt. Entgegen der Erwartung erwies sich als stärkster Prädiktor aller untersuchten global beurteilten Prozessmaße die Wahrnehmung der therapeutischen Bindung aus Beobachtersicht.

Bezüglich des konkreten Verhaltens der Patienten und Therapeuten in den Sitzungen zeigte sich wiederum, dass sich Abbrecher vor allem durch eine geringere Mitarbeit von den Completern unterscheiden. Für die Vorhersage der Abbrüche erwiesen sich insbesondere zwei Interaktionsmaße als relevant. Schließlich sollte in dieser Studie untersucht werden, ob sich globale Beurteilungen des Therapieprozesses und systematisch erhobene Verhaltensmaße in ihrer Vorhersagekraft unterscheiden. In einer multivariaten Analyse erwies sich eine Kombination aus der global beurteilten therapeutischen Bindung und zwei Interaktionsmaßen als optimaler Prädiktorsatz. Jedoch kann bereits anhand der therapeutischen Bindung aus Beobachterperspektive ein beträchtlicher Anteil der Patienten korrekt klassifiziert werden. Hierfür wurde anhand einer ROC-Analyse ein Trennwert bestimmt.

Diese Ergebnisse legen nahe, in nachfolgenden Studien gezielt zu untersuchen, auf welche Weise das Entstehen einer vertrauensvollen Bindung zwischen Patienten und Therapeuten gefördert werden kann. Weiterhin ist von Interesse, unter welchen Bedingungen sich die Beurteilungen der Patienten als valide Prädiktoren eines Abbruchs erweisen.

## 9. Literatur

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251.
- Allen, J. G., Newsom, G. E., Gabbard, G. O., & Coyne, L. (1984). Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48, 383-400.
- Álvarez, J., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T. et al. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54, 710-718.
- Álvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T. et al. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54, 710-718.
- Andreasen, N. C. (1989). Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry*, 155, 53-58.
- April, D. & Nicholas, L. J. (1996). Premature termination of counselling at a university Counselling Centre. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 19, 379-387.
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N. et al. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97, 197-202.
- Aubuchon-Endsley, N. L. & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 120-126.
- Backhaus, K. (2008). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung*. (12., vollst. überarb. Aufl. ed.) Berlin: Springer.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Baer, P. E., Dunbar, P. W., Hamilton, J. E., & Beutler, L. E. (1980). Therapists' perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Bakeman, R. (2000). Behavioral observation and coding. In H.T.Reis, C. M. Judd, H. T. Reis, & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). New York, NY US: Cambridge University Press.

- Bakeman, R. & Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: Sequential analysis with SDIS & GSEQ*. New York: Cambridge University Press.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research, 16*, 317-331.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 247-267.
- Basan, A., Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2000). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. Eine 4-Jahres-Katamnese und Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 68*, 537-545.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Arvay, M. J. (2005). The Client's Perspective on Forming a Counselling Alliance and Implications for Research on Counsellor Training. *Canadian Journal of Counselling, 39*, 71-85.
- Benecke, C. (2005). Sprachinhalt und mimischer Affektausdruck in der therapeutischen Interaktion. In P. Geißler (Ed.), *Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess* (pp. 65-71). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). Therapist variables. In M.J.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bischoff, M. M. & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 487-495.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A. M., Herrero, O. et al. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research, 18*, 535-542.
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*, 105-113.
- Callahan, J. L., Aubuchon-Endsley, N., Borja, S. E., & Swift, J. K. (2009). Pretreatment expectancies and premature termination in a training clinic environment. *Training and Education in Professional Psychology, 3*, 111-119.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M. W., Yovel, I., Mueser, K. T., & Goff, D. C. (2005). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research, 74*, 201-209.

- Catty, J., Winfield, H., & Clement, S. (2007). The therapeutic relationship in secondary mental health care: A conceptual review of measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*, 238-252.
- Chamberlain, P. & Ray, J. (1988). The Therapy Process Code: A multidimensional system for observing therapist and client interactions in family treatment. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, *4*, 189-217.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). Research on client variables in psychotherapy. In M.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research*, *6*, 60-67.
- Conus, P., Lambert, M., Cotton, S., Bonsack, C., McGorry, P. D., & Schimmelmann, B. G. (2010). Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, *118*, 256-263.
- Coodin, S., Staley, D., Cortens, B., Desrochers, R., & McLandress, S. (2004). Patient Factors Associated With Missed Appointments in Persons With Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *49*, 145-148.
- Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, *102*, 1960-1970.
- de Paiva Barretto, E. M., Kayo, M., Avrichir, B. S., Sa, A. R., Camargolutti, M. d. G. M., Napolitano, I. C. et al. (2009). A preliminary controlled trial of cognitive behavioral therapy in clozapine-resistant schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 865-868.
- de Roten, Y., Darwish, J., Stern, D. J., Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). Non-verbal communication and alliance in therapy: the body formation coding system. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 425-438.
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 371-382.
- Dew, S. E. & Bickman, L. (2005). Client Expectancies About Therapy. *Mental Health Services Research*, *7*, 21-33.
- DGPPN (2006). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopf.
- Dickerson, F. B. & Lehman, A. F. (2006). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*, 3-9.

- Drews, A. (2009). *Prädiktoren und Komponenten der Mitarbeit von Schizophreniepatienten in einer rezidivprophylaktischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie*. Universität Tübingen, Psychologisches Institut.
- Drieschner, K. H. & Boomsma, A. (2008). The Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment (TMS-F): construction and psychometric evaluation. *Assessment, 15*, 224-241.
- Dunn, H., Morrison, A. P., & Bentall, R. P. (2006). The relationship between patient suitability, therapeutic alliance, homework compliance and outcome in cognitive therapy for psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 145-152.
- Dyck, R. J., Joyce, A. S., & Azim, H. F. (1984). Treatment noncompliance as a function of therapist attributes and social support. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 29*, 212-216.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 18*, 239-242.
- Elliott, R., Barker, C. B., Caskey, N., & Pistrang, N. (1982). Differential helpfulness of counselor verbal response modes. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 354-361.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R., & Margison, F. R. (1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 218-223.
- Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*, 620-630.
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Eugster, S. L. & Wampold, B. E. (1996). Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1020-1028.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 589-600.
- Farhall, J., Freeman, N. C., Shawyer, F., & Trauer, T. (2009). An effectiveness trial of cognitive behaviour therapy in a representative sample of outpatients with psychosis. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 47-62.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 262-268.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.

- Fischer-Kern, M., Slunecko, T., Leithner, K., Löffler-Stastka, H., & Ponocny-Seliger, E. (2006). Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, *77*, 309-317.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *39*, 71-79.
- Flückiger, C. & Znoj, H. (2009). Zur Funktion der nonverbalen Stimmungsmodulation des Therapeuten für den Therapieprozess und Sitzungserfolg. Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *38*, 4-12.
- Ford, J. D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 1302-1314.
- Frances, A., Pincus, H. A., & First, M. B. (1994). The Global Assessment of Functioning Scale (GAF). In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (pp. 32). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 228-236.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - (SCL-90-R)*. (1 ed.) Göttingen: Beltz-Test GMBH.
- Frohburg, I. (2008). Therapieabbruch und Therapiewechsel. In M.Hermer & B. Roehrlé (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (pp. 741-771). Tuebingen: DGVT Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie.
- Gaebel, W., Moller, H. J., Buchkremer, G., Ohmann, C., Riesbeck, M., Wolwer, W. et al. (2004). Pharmacological long-term treatment strategies in first episode schizophrenia - study design and preliminary results of an ongoing RCT within the German Research Network on Schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *254*, 129-140.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., Wölwer, W., Klimke, A., Eickhoff, M., von Wilmsdorff, M. et al. (2007). Maintenance treatment with risperidone or low-dose haloperidol in first-episode schizophrenia: 1-year results of a randomized controlled trial within the German research network on schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 1763-1774.
- Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *192*, 412-423.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E.Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 190-228). New York: Wiley.

- Garlipp, P. (2007). Aspekte des vorzeitigen Behandlungsendes in der Allgemeinpsychiatrie. *Psychotherapie im Dialog*, 8, 144-147.
- Gaston, L. & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O.Horvath, L. S. Greenberg, A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85-108). Oxford England: John Wiley & Sons.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In L.S.Greenberg, W. M. Pinsof, L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3-20). New York, NY US: Guilford Press.
- Grilo, C. M., Money, R., Barlow, D. H., Goddard, A. W., Gorman, J. M., Hofmann, S. G. et al. (1998). Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 323-332.
- Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P. et al. (2001). An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 221-233.
- Hank, P. & Krampen, G. (2008). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M.Hermer & B. Roehle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (pp. 141-168). Tuebingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hansen, A. M. D., Hoogduin, C. A. L., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harwood, M. D. & Eyberg, S. M. (2004). Therapist verbal behavior early in treatment: Relation to successful completion of parent-child interaction therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 601-612.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' Views of Treatment Alliance and Collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 405-423.

- Hatchett, G. T. & Park, H. L. (2003). Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226-231.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). The study of change in psychotherapy: A reexamination of the process-outcome correlation paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 909-914.
- Hayes, S. A. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 34-42.
- Heaton, K., Hill, C., & Edwards, L. (1995). Comparing Molecular and Molar Methods of Judging Therapist Techniques. *Psychotherapy Research*, 5, 141-153.
- Hentschel, U. (2005a). Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*, 50, 305-317.
- Hentschel, U. (2005b). Die therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. *Psychotherapeut*, 50, 385-393.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 145-159.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions, and client behaviors. *Journal of Counseling & Development*, 70, 728-739.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121-129.
- Horn, W. (1983). *Leistungsprüfsystem. LPS*. (2 ed.) Göttingen: Hogrefe.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 380-388.
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The Interaction of Motivation and Therapist Adherence Predicts Outcome in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Preliminary Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 198-204.
- Issakidis, C. & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 426-433.

- Johansson, H. & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 140-147.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. et al. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *16*, 15-28.
- Katz, H. M., Frank, A., Gunderson, J. G., & Hamm, D. (1984). Psychotherapy of schizophrenia: What happens to treatment dropouts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*, 326-331.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261-276.
- Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, *20*, 1-12.
- Keijsers, G. P. J., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. L. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 739-749.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, *24*, 264-297.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., & Lammers, M. W. (1995). Patient-therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, *19*, 491-517.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 413-419.
- Klingberg, S. (2010). Evidenzbasierte Einzelpsychotherapie bei schizophrenen Psychosen. *Zeitschrift fuer Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *58*, 95-102.
- Klingberg, S., Schaub, A., & Conradt, B. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, *34*, 80-82.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *37*, 16-21.
- Kraemer, S., Starck, J. v., Dietzel, A., & Dragon, E. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung. Erste Ergebnisse einer Einzelfallstudie. *Psychotherapie*, *4*, 57-65.
- Krupnick, J. L., Elkin, I., Collins, J., Simmens, S., Sotsky, S. M., Pilkonis, P. A. et al. (1994). Therapeutic alliance and clinical outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative

- Research Program: Preliminary findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 28-35.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. et al. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. I. Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Lampropoulos, G. K., Schneider, M. K., & Spengler, P. M. (2009). Predictors of early termination in a university counseling training clinic. *Journal of Counseling & Development*, 87, 36-46.
- Lang, K. (2003). *Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen: Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells*. Dissertation. Universität Hamburg.
- Lang, K., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 267-275.
- Langer, A. & Frank, R. (1999). Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtung: Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, 30-37.
- Langewitz, W., Nübling, M., & Weber, H. (2003). A theory-based approach to analysing conversation sequences. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 103-108.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102, 295-302.
- Lee, H. J. & Nomura, S. (2006). Clients' response modes and session outcome. *Psychological Reports*, 99, 911-922.
- Lehrl, S. (1992). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) [A multiple choice vocabulary intelligence test (MWT-B)]*. (2 ed.) Nürnberg: Perimed-spitta.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Von Witzleben, I., Schroeder, B. et al. (2005). Who Comes, Who Stays, Who Profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*, 15, 210-225.
- Linden, M., Langhoff, C., & Rotter, M. (2007). Definition, operationalization and quality assurance of psychotherapy. An investigation with the Behavior Therapy-Competence-Checklist (BTCC). *Psychiatria Danubina*, 19, 308-316.
- Linden, M., Langhoff, C., & Milew, D. (2007). Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. *Verhaltenstherapie*, 17, 52-59.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 45-53.

- Lingjaerde, O., Ahlfors, U. G., Bech, P., Dencker, S. J., & Elgen, K. (1987). The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl*, 334, 1-100.
- Löffler-Stastka, H., Bluemel, V., & Boes, C. (2010). Exploration of personality factors and their predictive impact on therapy utilization: The externalizing mode of functioning. *Psychotherapy Research*, 20, 295-308.
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., & Joober, R. (2005). First-Episode Psychosis, Early Intervention, and Outcome: What Have We Learned? *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 50, 881-891.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Martin, G. A., McNair, D., & Hight, W. (1988). Contributing factors to early premature termination at a college counseling center. *Journal of Counseling & Development*, 66, 233-236.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- McGlashan, T. H., Levy, S. T., & Carpenter, W.-T. J. (1975). Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64.
- Merinder, L. B., Viuff, A. G., Laugesen, H. D., Clemmensen, K., Misfelt, S., & Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287-294.
- Mitchell, A. J. & Selmes, T. (2007). A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialities in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58, 868-871.
- Morton, A. (1995). The enigma of non-attendance: A study of clients who do not turn up for their first appointment. *Therapeutic Communities*, 16, 117-133.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin, Supplement*, 32, 32-43.

- Murphy, P. M., Cramer, D., & Lillie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, *57*, 187-192.
- Oberlehner, F. (2006). Motive für den Abbruch einer psychologischen Beratung oder Psychotherapie. *Psychologie in Österreich*, *26*, 389-398.
- Oei, T. P. S. & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1025-1030.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Lynd, L. D., Piper, W. E., Steinberg, P. I., & Richardson, K. (2008). Predictors of Premature Termination of Day Treatment for Personality Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 365-371.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*, 57-70.
- Ong, J. C., Kuo, T. F., & Manber, R. (2008). Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 419-425.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A.E.Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M.J.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5 ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, *16*, 114-123.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, *48*, 91-98.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, *12*, 557-575.
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C. et al. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*, 302-318.
- Pinninti, N. R., Rissmiller, D. J., & Steer, R. A. (2010). Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, *61*, 940-943.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 443-452.

- Pohl, U., Richter, H., & Bohus, M. (2000). Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. Skalen zur Erfassung von adherence und competence. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 22-28.
- 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, Training*, 43, 238-243.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Quera, V. & Bakeman, R. (2001). GSEQ for Windows: New software for the analysis of interaction sequences. *DiPAV Quaderni, Semestrale di Psicologia e Antropologia Culturale*, 9-32.
- Reis, B. F. & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 123-136.
- Reneses, B. M. E. L.-I. J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry (Official Journal of the World Psychiatry Association WPA)*, 8, 173-177.
- Rodde, S., Margraf, J., El Falaky, A., & Schneider, S. (1996). Lässt sich quantitativ erfassen, was Therapeuten in Therapiestudien tun? *Verhaltenstherapie*, 6, 135-141.
- Roe, D. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 529-538.
- Rossi, A., Amaddeo, F., Bisoffi, G., Ruggeri, M., Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Dropping out of care: Inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 181, 331-338.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren : Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 185-195.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7, 126-143.
- Santiago, N. J., Klein, D. N., Vivian, D., Arnow, B. A., Blalock, J. A., Kocsis, J. H. et al. (2005). The Therapeutic Alliance and CBASP-Specific Skill Acquisition in the Treatment of Chronic Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 803-817.
- Saypol, E. & Farber, B. A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 462-471.

- Schimmelmann, B. G., Conus, P., Schacht, M., McGorry, P., & Lambert, M. (2006). Predictors of Service Disengagement in First-Admitted Adolescents With Psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*, 990-999.
- Schindler, L. (1988). Client-therapist interaction and therapeutic change. In P. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaimaat, & M. van Son (Eds.), *Advances in theory and practice in behaviour therapy* (pp. 83-96). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schindler, L. (1989). Das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): Ein Instrument zur systematischen Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Klient im Therapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18*, 68-79.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology, 28*, 213-226.
- Schindler, L., Müller, U., Hohenberger-Sieber, E., & Hahlweg, K. (1989). Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): Manual für den Beobachter. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung (unveröff. Manuskript).
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 312-328.
- Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T., & Leach, C. (2005). The relationship between social deprivation and unilateral termination (attrition) from psychotherapy at various stages of the health care pathway. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 95-111.
- Sharf, J. (2008). *Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination*. ProQuest Information & Learning.
- Sharpley, C. F., Tabary-Collins, E., Bates, R., Lee, P., & Fairne, E. (2000). The use of counsellor verbal response modes and client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly, 13*, 99-116.
- Shelef, K. & Diamond, G. M. (2008). Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research, 18*, 433-443.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A., & Katschnig, H. (2007). One-year outcome of low-intensity booster sessions versus care as usual in psychosis patients after a short-term psychoeducational intervention. *European Psychiatry, 22*, 203-210.
- Smith, K. J., Subich, L. M., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 34-39.

- Smith, S. R., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Knowles, E. S. (2003). Assessment of Patient and Therapist Perspectives of Process: A Revision of the Vanderbilt Psychotherapy Process Scale. *American Journal of Psychotherapy, 57*, 195-205.
- Startup, M., Jackson, M., & Pearce, E. (2002). Assessing therapist adherence to cognitive-behaviour therapy for psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 329-339.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Startup, S. (2006). Insight and Recovery From Acute Psychotic Episodes: The Effects of Cognitive Behavior Therapy and Premature Termination of Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 740-745.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*, 109-129.
- Stiles, W. B. (2002a). Convergent validity of the Agnew Relationship Measure and the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 14*, 209-220.
- Stiles, W. B. (2002b). Description versus evaluation of medical interviews. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 11*, 226-231.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Barkham, M., Culverwell, A., Goldfried, M. R., Halstead, J. et al. (2002). Convergent validity of the Agnew Relationship Measure and the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 14*, 209-220.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations [see comments]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 942-948.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521-543.
- Svensson, B. & Hansson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 281-287.
- Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: Insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry, 182*, 123-128.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., McCarthy, E., Kinney, C., & Wittkowski, A. (1998). Some reasons why patients suffering from chronic schizophrenia fail to continue in psychological treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 177-181.
- Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., & Munk-Jorgensen, P. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: A prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*, 266-271.

- Terraz, O., de Roten, Y., de Roten, F. C., Drapeau, M., & Despland, J. (2004). Sequential therapist interventions and the therapeutic alliance: A pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *155*, 111-117.
- Tichenor, V. & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, *26*, 195-199.
- Todd, D. M., Deane, F. P., & Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 133-147.
- Tryon, G. S. (1989). A study of engagement and premature termination in a university counseling center. *Counselling Psychology Quarterly*, *2*, 419-429.
- Tryon, G. S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *37*, 248-253.
- Tryon, G. S. (2003). A therapist's use of verbal response categories in engagement and nonengagement interviews. *Counselling Psychology Quarterly*, *16*, 29-36.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, *17*, 629-642.
- Tryon, G. S. & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, *40*, 33-36.
- Tryon, G. S. & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, *5*, 189-198.
- Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., & Corrigan, P. W. (2006). Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 561-569.
- Turner, M., Smith-Hamel, C., & Mulder, R. (2007). Prediction of twelve-month service disengagement from an early intervention in psychosis service. *Early Intervention in Psychiatry*, *1*, 276-281.
- Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A., & Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, *121*, 266-270.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 620-630.
- Watson, J. C. & McMullen, E. J. (2005). An Examination of Therapist and Client Behavior in High- and Low-Alliance Sessions In Cognitive-Behavioral Therapy and Process Experiential Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 297-310.

- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research, 20*, 423-435.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190-195.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In J. Margraf & C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 11-37). München: Röttger.
- Zimmermann, C., Piccolo, L. D., & Mazzi, M. A. (2003). Patient cues and medical interviewing in general practice: Examples of the application of sequential analysis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 12*, 115-123.

## 10. Anhang

### A. Ergänzende Abbildungen und Tabellen

**Tabelle 27:** Anzahl der abgebrochenen und regulär beendeten Therapien der einzelnen Therapeuten und Zentren

Zentrum	Therapeut	Anzahl abgebrochener Therapien (%)	Anzahl regulär beendeter Therapien (%)
1	1	1 (50,0 %)	1 (50,0%)
1	2	2 (66,7%)	1 (33,3%)
2	1	2 (28,6%)	5 (71,4%)
3	1	6 (50%)	6 (50%)
4	1	6 (66,7%)	3 (33,3%)
4	2	1 (100,0%)	0 (0,0%)
5	1	2 (50,0%)	2 (50,0%)
5	2	0 (0,0%)	1 (100,0%)

**Tabelle 28:** Interkorrelationen der Skalen des Patientenstundenbogens (Pearsons r), n=38

	Fortschritt	Unzufriedenheit	Therapeut. Beziehung	Emotionsaktualisierung
Fortschritt	1			
Unzufriedenheit	-,544 ***	1		
Therapeutische Beziehung	,739 ***	-,581 ***	1	
Emotionsaktualisierung	,625 ***	-,460 **	,512 ***	1
Mitbestimmung	,639 ***	-,449 **	,624 ***	,455 **

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 29** Interkorrelationen der Skalen des Therapeutenstundenbogens (Pearsons r), n=39

Skalen	Allianz	Fortschritt	Mitarbeit	Hausaufgabenbearb.
Allianz	1			
Fortschritt	,476 **	1		
Mitarbeit	,671 ***	,422 **	1	
Hausaufgabenbearb.	,723 ***	,443 **	,547 ***	1

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 30:** Korrelationen der Instrumente zur Erfassung der Beobachterperspektive (Pearsons r), n=39

	WAI Goal	WAI Task	WAI Bond	BEVK Bez.gest.	BEVK Strategien	BEPM Respons.	BEPM Aktivität
WAI Goal	1						
WAI Task	,930 ***	1					
WAI Bond	,631 ***	,666***	1				
BEVK Bez.gest.	,455 **	,365 *	,613 ***	1			
BEVK Strategien	,256	,183	,194	,352 *	1		
BEPM Respons.	,661 ***	,754 ***	,643 ***	,229	-,033	1	
BEPM Aktivität	,645 ***	,667 ***	,527 ***	,131	-,011	,770 ***	1
BEPM Selbstexpl.	,583 ***	,604 **	,480 **	,329 *	,148	,769 ***	,728 ***

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 31:** Korrelationen zwischen den Skalen des Patientenstundenbogens und den aus Beobachterperspektive beurteilten Instrumenten (Pearsons r), n=38

Skalen der Beobachterinstrumente	Skalen des Patienten-Stundenbogens				
	Fortschritt	Unzufriedenheit	Beziehung	Emotionsakt.	Mitbestimmung
WAI Goal	-,192	,112	-,114	-,123	-,296
WAI Task	-,196	,041	-,085	-,142	-,277
WAI Bond	,006	-,175	,168	,025	,039
BEVK Beziehungsgest.	,025	,006	,208	-,102	,127
BEVK Strategien	,137	,064	,089	,301	,080
BEPM Responsivität	-,177	-,156	,133	-,088	-,087
BEPM Aktivität	-,134	-,195	-,012	-,084	-,182
BEPM Selbstexplor.	-,247	,010	,087	-,219	-,102

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 32:** Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeuten- und des Patientenstundenbogens (Pearsons r), n=38

	PSB Fortschritt	PSB Unzufriedenheit	PSB Beziehung	PSB Emotionsakt.	PSB Mitbestimmung
TSB Allianz	,034	-,103	,340 *	-,121	,046
TSB Fortschritt	,087	,007	,155	-,169	-,235
TSB Mitarbeit des Patienten	,073	-,163	,337 *	,039	,130
TSB Hausaufgabenbearbeitung	-,071	,099	,116	-,240	-,073

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

**Tabelle 33:** Korrelationen zwischen den Skalen des Therapeutenstundenbogens und den aus Beobachterperspektive beurteilten Instrumenten (Pearsons r), n=39

Skalen	TSB Allianz	TSB Fortschritt	TSB Mitarbeit	TSB Hausaufg.
WAI Goal	,449 **	,556 ***	,317 *	,559 ***
WAI Task	,510 ***	,594 ***	,364 *	,597 ***
WAI Bond	,504 ***	,370 *	,389 *	,360 *
BEVK Beziehungsgest.	,403 *	,360 *	,329 *	,271
BEVK Strategien	-,099	,212	,038	-,064
BEPM Responsivität	,709 ***	,419 **	,609 ***	,633 ***
BEPM Aktivität	,329 *	,368 *	,539 ***	,504 ***
BEPM Selbstexplor.	,447 **	,351 *	,578 ***	,580 ***

Anmerkungen. \*\*\*  $p \leq 0,001$ , \*\*  $p \leq 0,010$ , \*  $p \leq 0,050$

## B. Instrumente zur Erfassung der Psychotherapieprozess-Merkmale

### Patientenstundenbogen

Pat.-Nr.:

Datum: .....

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohlgefühlt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

2. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

3. Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

4. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts- gekommen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

5. Der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

6. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

7. Der Therapeut und ich verstehen einander.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

8. Ich finde, der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

9. Ich glaube, der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

10. Im Moment fühle ich mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

11. Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

12. Ich finde die Sichtweise des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

13. Ich weiss jetzt besser, was ich will.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

14. Heute hatte ich das Gefühl, der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

15. Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

16. Ich spüre, dass der Therapeut mich wertschätzt.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

17. Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

18. Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

19. Ich glaube ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

20. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

21. Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

22. Der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen.

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

# Therapeutenstundenbogen

Nr.:.....

Pat.-

Code:.....

Th.-

Datum: .....

Sitzung:

## Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

- |   |                          |            |                     |                    |                 |         |                        |
|---|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| 1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohlgeföhlt.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 2. Der Patient und ich verstehen einander.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 3. Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 4. Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben.           | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 5. Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 6. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 7. Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 8. Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte.  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 9. Redete der Patient von sich aus offen über seine Geföhle und Wünsche mit Ihnen?  | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 10. Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv?   | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 11. Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?   | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |
| 12. Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben? | überhaupt<br>-3<br>nicht | -2<br>nein | eher<br>-1<br>nicht | weder<br>0<br>noch | eher<br>1<br>ja | 2<br>ja | ja, ganz<br>3<br>genau |

13. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
14. Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
15. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient für ihn schwierige Situationen besser bewältigen kann.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
16. Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
17. Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
18. Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
19. Heute habe ich an wunde Punkte des Patienten gerührt.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
20. Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
21. Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der Patient sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
22. Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
23. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
24. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
25. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |
26. Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.
- |           |            |            |            |            |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt     | stimmt     | stimmt     | stimmt     |
| 0         | 1          | 2          | 3          | 4          |
| nicht     | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

27. Heute habe ich mich ausdrücklich darum bemüht, einen Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten herzustellen.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

Wodurch?

a) Durch konkrete Simulation realer Lebenssituationen im Therapieraum (z.B. durch Rollenspiel)

0	1
nein	ja

b) Durch „Hausaufgaben“

0	1
nein	ja

c) Durch Einbezug von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie

0	1
nein	ja

d) Durch Aufsuchen von Situationen ausserhalb des Therapieraums

0	1
nein	ja

e) anderes

0	1
nein	ja

## Working Alliance Inventory – Observer Version

1	2	3	4	5	6	7
trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft etwas zu	trifft zu	trifft stark zu

- 1 There is a sense of discomfort in the relationship.
- 2 There is agreement about the steps taken to help improve the client's situation.
- 3 There is concern about the outcome of the sessions.
- 4 There is agreement about the usefulness of the current activity in therapy (i.e., the client is seeing new ways to look at his/her problem).
- 5 There is good understanding between the client and therapist.
- 6 There is a shared perception of the client's goals in therapy.
- 7 There is a sense of confusion between the client and therapist about what they are doing in therapy.
- 8 There is a mutual liking between the client and therapist.
- 9 There is a need to clarify the purpose of the sessions.
- 10 There is disagreement about the goals of the session.
- 11 There is a perception that the time spent in therapy is not spent efficiently.
- 12 There are doubts or a lack of understanding about what participants are trying to accomplish in therapy.
- 13 There is agreement about what client's responsibilities are in therapy.
- 14 There is a mutual perception that the goals of the sessions are important for the client.
- 15 There is the perception that what the therapist and client are doing in therapy is unrelated to the client's current concerns.
- 16 There is agreement that what the client and therapist are doing in therapy will help the client to accomplish the changes he/she wants.
- 17 The client is aware that the therapist is genuinely concerned for his/her welfare.
- 18 There is clarity about what the therapist wants the client to do.

- 19 The client and the therapist respect each other.
- 20 The client feels that the therapist is not totally honest about his/her feelings toward her/him.
- 21 The client feels confident in the therapist's ability to help the client.
- 22 The client and therapist are working on mutually agreed upon goals.
- 23 The client feels that the therapist appreciates him/her as a person.
- 24 There is agreement on what is important for the client to work on.
- 25 As a result of these sessions there is clarity about how the client might be able to change.
- 26 There is mutual trust between the client and therapist.
- 27 The client and therapist have different ideas about what the client's real problems are.
- 28 Both the client and therapist see their relationship as important to the client.
- 29 The client fears that if he/she says or does the wrong things, the therapist will stop working with him/her.
- 30 The client and therapist collaborated on setting the goals for the session.
- 31 The client is frustrated with what he/she is being asked to do in the therapy.
- 32 The client and therapist have established a good understanding of the changes that would be good for the client.
- 33 The therapy process does not make sense to the client.
- 34 The client doesn't know what to expect as the result of therapy.
- 35 The client believes that the way they are working with his/her problem is correct.
- 36 The client feels that the therapist respects and cares about the client, even when the client does things the therapist does not approve of.

## Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen (Langer & Frank, 1999)

fehlende Ausprägung	0	1	2	3	4	5	6	sehr starke Ausprägung
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

I) Therapeutische Beziehungsgestaltung	
Therapeutische Bindung	
- Einfühlung	
0 Zeigt kein Verständnis / lässt Empfindungen, Vorstellungen, Interessen des Patienten außer acht, geht nicht auf sie ein	6 Zeigt Verständnis / beachtet Empfindungen, Vorstellungen, Interessen des Patienten und geht empathisch auf sie ein
- Rapport	
Hört unbeteiligt zu, ist distanziert, desinteressiert, nicht anerkennend, gibt keine Rückmeldung	Hört aufmerksam zu (Nicken, mmh, zugewandte Körperhaltung), aufgeschlossen, ermutigend, anerkennend, gibt positive Rückmeldung
Ziel- und Aufgabenorientierung	
Erfragt keine Ziele, lässt Ziele außer acht, korrigiert/verstärkt nicht, setzt keinen Aufmerksamkeitsfokus	erfragt Ziele detailliert, bezieht sich auf Ziele des Patienten, korrigiert oder verstärkt zielorientiert, lenkt Aufmerksamkeit zielgerichtet
Aufbau von Wirksamkeitserwartung	
Baut keine Wirksamkeitserwartung/ Therapiemotivation auf, zeigt kein Interesse für Fortschritte des Patienten, zeigt kein Interesse am Nutzen der Therapie	Baut positive Wirksamkeitserwartung / Therapiemotivation auf, interessiert sich für Fortschritte des Patienten, interessiert sich für Nutzen der Therapie
II) Therapeutische Strategien	
Problemaktualisierung	
Keine Anregung zu Auseinandersetzung mit Problemen, fördert keine gefühlsmäßige Involviertheit, übergeht wunde Punkte, konfrontiert nicht, lässt aktuelle Lebenssituation außer acht	fördert intensive Auseinandersetzung des Patienten mit Problemen, fördert gefühlsmäßige Involviertheit, spricht wunde Punkte an, konfrontiert, schafft Problemnähe, schafft Bezug zur realen Lebenssituation
Problemlklärung	
Klärt keine Motive für eigenes Verhalten, geht nicht auf Zusammenhänge des Erlebens und Verhaltens ein, regt nicht zum Verständnis eigener Beziehungen an, entwickelt kein Bedingungsmodell	regt intensiv dazu an, Motive für eigenes Verhalten zu erkennen, klärt Zusammenhänge zwischen Erleben und Verhalten, regt dazu an, sich in Beziehung zu anderen besser zu verstehen, entwickelt verständliches Bedingungsmodell
Ressourcenaktivierung	
Geht nicht auf Ressourcen des Patienten ein, geht nicht auf Stärken des Patienten ein, unterstützt Patient nicht in seinem Idealbild, stimmt das Vorgehen nicht auf die besonderen Möglichkeiten des Patienten ab	Ermuntert intensiv zur Nutzung von Ressourcen, lässt Patient seine Stärken erfahren, unterstützt Patient in seinem Idealbild, stimmt das Vorgehen auf die besonderen Möglichkeiten des Patienten ab

<b>Problembewältigung</b>	
Hilft nicht bei Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Problemen, keine Verbesserung der Handlungskompetenzen, hilft nicht bei Zielverwirklichung, fördert keine Lösungsansätze	Unterstützt durchgängige Strategien zur Bewältigung von Problemen, verbessert Handlungskompetenzen, unterstützt Zielverwirklichung durch den Patienten, fördert Lösungsansätze, bestätigt/ lobt gute Lösung
<b>III) Strukturierung der Sitzung</b>	
<b>Formale Strukturierung</b>	
Fehlende Struktur, verwirrende Abläufe, Fehler, Sprünge im Ablauf, keine rote Linie, unklare Aufgabenstellung, gibt keine Leitlinien und Regeln vor, lässt das Geschehen laufen	sorgt für klare Struktur, manualgerechter, geplanter Ablauf, klare Aufgabenstellung, gibt Leitlinien und Regeln vor, klare Leitungsrolle, führt Regie
<b>Inhaltliche Strukturierung (Konkretheit der Intervention und pointierte Stellungnahme)</b>	
Bleibt global/ kein Bezug zum Kontext, ist mit vager Antwort zufrieden, erfragt keine Details, undifferenziert, lässt Ergebnisse unsortiert nebeneinander stehen	fragt konkret/ kontextbezogen nach, erbittet Präzisierung, erfragt Details, fasst pointiert zusammen, wertet präzise/ konkret aus, leitet Regeln ab, zeigt Parallelen auf, stellt Vergleiche an
<b>IV) Allgemeine Wirkung</b>	
<b>Attraktivität</b>	
<b>- Freundlichkeit/ Sympathie</b>	
Wirkt wenig freundlich, schafft keine Sympathie (unangenehme Stimmlage, starre Mimik, kein Blickkontakt)	wirkt sehr freundlich, warmherzig, angenehm, schafft Sympathie (angenehme Stimme, Lächeln, Blickkontakt)
<b>- Wohlwollendes Engagement</b>	
Wirkt gleichgültig, wenig zugewandt, Wohlwollen nicht erkennbar	wirkt engagiert, zugewandt, wohlwollend
<b>Vertrauenswürdigkeit</b>	
Wirkt nicht vertrauenswürdig/ wirkt verschlossen, wirkt verantwortungslos, enthüllend, wirkt nicht zuverlässig, wirkt respektlos/ selbstorientiert	wirkt sehr vertrauenswürdig/ offen, wirkt sehr verantwortungsbewusst, wirkt sehr zuverlässig, wirkt sehr respektvoll/ patientenorientiert
<b>Expertise</b>	
<b>- Sachkompetenz</b>	
Erklärt inhaltliche Aspekte dürftig, findet keine plausiblen Antworten, weicht aus, oberflächliche, allgemeine Begründungen, ist schlecht vorbereitet	Setzt ausgeprägtes Sachwissen ein, geht auf Fragen sachkundig und differenziert ein, gibt inhaltlich gute Begründungen, ist gut vorbereitet
<b>- Handlungskompetenz / autonomer Arbeitsstil</b>	
Schematischer, situativ wenig angepasster, inflexibler, einfacher / abhängiger, un kreativer Arbeitsstil, hält sich starr an Vorgaben/ Manuale	situationsbezogener, adaptiver, flexibler, sensibler/ unabhängiger, kreativer Arbeitsstil, optimiert therapeutische Strategien durch Nutzung eigener Stärken
<b>- emotionale Sicherheit</b>	
Steifes, angespanntes, unsicheres Auftreten	Locker, entspanntes, sicheres Auftreten
<b>- angemessenes Rollenverhalten</b>	
Hält therapeutische Rolle nicht ein (Machtausübung, Voyeurismus, Selbsttherapie), Freundschaftsbeziehung, missachtet berufsethische Standards	Hält die therapeutische Rolle ein, klare Arbeitsbeziehung, beachtet berufsethische Standards

## Beobachtungsbogen zur Erfassung der Patientenmitarbeit

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft etwas zu	trifft zu	trifft stark zu

<b>1. Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.</b>	
(1) Der Patient schweigt die meiste Zeit über, antwortet, wenn überhaupt, nur einsilbig und/oder nach mehrfacher Aufforderung.	(7) Der Patient zeigt ein hohes Ausmaß an Verbalisierung und Bereitschaft, Schweigen zu brechen, Themen werden wirklich durchgearbeitet; der Patient antwortet ausführlich, ergänzt Aussagen des Therapeuten, stellt Fragen.
<b>2. Der Patient verhält sich eher abwartend und reaktiv.</b>	
(1) Der Patient bringt sich ohne besondere Aufforderungen des Th. in das Gespräch ein.	(7) Der Patient sagt kaum etwas von sich aus, überlässt die Lenkung des Gesprächs vollständig dem T.; Auskünfte werden erst auf Hinweise/Fragen des Therapeuten gegeben.
<b>3. Der Patient stellt von sich aus Fragen oder bittet um Ratschläge.</b>	
(1) Der Patient stellt keine bzw. nur für die Therapie irrelevante Fragen und bittet den Therapeuten nicht um Ratschläge.	(7) Der Patient stellt häufig und zu verschiedenen Themen Fragen, bittet den Therapeuten mehrfach und zu verschiedenen Themen um Ratschläge.
<b>4. Der Patient initiiert Themen/ bringt von sich aus Themen zur Sprache.</b>	
(1) Der Patient steuert keine Themen zum Gespräch bei, beschränkt sich auf Vorgaben des Therapeuten.	(7) Der P. initiiert selbst immer wieder therapierelevante Themen, ergänzt die Ausführungen des Therapeuten um weitere Aspekte.
<b>5. Die Therapie scheint dem Patienten wichtig zu sein.</b>	
(1) Der Patient äußert, dass ihm die regelmäßigen Termine lästig sind, fragt wie viele Sitzungen noch ausstehen, ob vorzeitig Schluss gemacht werden kann. Nutzt die zur Verfügung stehende Zeit nicht dafür, neue Informationen zu erhalten oder Probleme zu besprechen. Vermittelt den Eindruck, die besprochenen Inhalte als nicht relevant oder trivial zu empfinden.	(7) Der Patient äußert direkt oder indirekt, dass die Therapie ihm wichtig ist, ihm hilft bzw. ihm neue Einsichten ermöglicht. Häufige Nachfragen, Rückversicherungen beim Therapeuten.
<b>6. Der Patient arbeitet motiviert und engagiert mit dem Therapeuten zusammen.</b>	
(1) Der Patient beteiligt sich kaum an der Therapie, greift Äußerungen des Therapeuten nicht auf, äußert Desinteresse oder Resignation.	(7) Der Patient äußert Wunsch- und Zielvorstellungen, wendet psychoedukative Inhalte oder Vorschläge des Therapeuten auf seine eigene Situation an. Wirkt darauf hin, in der Therapie voranzukommen, seine Ziele zu erreichen, berichtet von Änderungsversuchen und diskutiert die Ergebnisse sowie andere Bewältigungsmöglichkeiten mit dem Therapeuten.

7. Der Patient redet offen und ehrlich über seine Gefühle, Wünsche oder über intime Inhalte.	
(1) Der Patient spricht nicht oder nur kaum über seine Gefühle, sein Befinden oder seine Wünsche, weicht Nachfragen des Therapeuten hierzu aus oder lehnt sie ab.	(7) Der Patient spricht in der Sitzung offen über seine Gefühle, Wünsche oder intime Inhalte, wobei dies in einer vertrauensvollen Atmosphäre geschieht und nicht beispielsweise auf vorwurfsvolle Art.
8. Der Patient zeigt Einsicht in problematische Gefühle oder Verhaltensweisen.	
(1) Der Patient beschreibt während der Sitzung keinerlei eigene Gefühle oder Verhaltensweisen als problematisch, geht auf Versuche des Therapeuten, Probleme zu identifizieren, nicht ein oder weist diese zurück. Sieht, wenn überhaupt, Probleme nur extern (andere Personen, Umstände).	(7) Der Patient beschreibt während der Sitzung Gefühle oder Verhaltensweisen, die er für problematisch oder krankheitsrelevant hält und die er gern verändern würde. Dabei zeigt er ein Mindestausmaß an Eigeninitiative, bestätigt nicht nur unbeteiligt Äußerungen des Therapeuten.
9. Der Patient ist bereit, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	
(1) Der Patient lehnt eine Exploration darüber ab, welche Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen mit seinem Problemverhalten in Verbindung stehen bzw. geht darauf nicht näher ein.	(7) Der Patient geht auf Versuche des Therapeuten, für das Problemverhalten relevante Gedanken und Reaktionen zu identifizieren, interessiert ein bzw. regt dies von sich aus an.
10. Der Patient ist bereitwillig, sich zu verändern/ neue Verhaltensweisen auszuprobieren.	
(1) Der Patient weist keinerlei Bereitschaft auf, sein Verhalten zu verändern, er weigert sich/lehnt es ab, neue Verhaltensweisen auszuprobieren.	(7) Der Patient äußert eine hohe Bereitschaft, Veränderungen herbeizuführen, beteiligt sich aktiv an der Diskussion von Verhaltensalternativen oder berichtet von bereits selbstständig gestarteten Versuchen hierzu.
11. Der Patient berichtet gut durchdachte, elaborierte und klare Ziele.	
(1) Der Patient benennt keinerlei Zielvorstellungen oder Wünsche, die er mithilfe der Therapie erreichen könnte, äußert, dass ihm nichts fehle.	(7) Der Patient berichtet konkrete gut durchdachte Ziele und/oder Wünsche, die er mithilfe der Therapie erreichen möchte bzw. geht auf die vom Therapeuten angesprochenen Themen sehr interessiert ein, lässt erkennen, dass ihm diese wichtig für seine psychische Stabilität erscheinen.
12. Der Patient beobachtet sein eigenes Erleben und Verhalten.	
(1) Der Patient macht keinerlei Äußerungen zu seinem Erleben und Verhalten, beschränkt sich auf knappe sachliche Berichte.	(7) Der Patient beschreibt dem Therapeuten das eigene Erleben und Verhalten sehr differenziert, stellt Überlegungen dazu an, welche Zusammenhänge wichtig sein könnten, wendet Therapiethemen auf die eigene Situation an.
13. Der Patient ist interaktionell schwierig.	
(1) Der Patient ist im Gespräch freundlich und entgegenkommend, hört aufmerksam zu, gibt Rückmeldungen („mhm, aha, ok...“), lässt den Therapeuten ausreden, geht auf die Themen und auf die Fragen/Aufforderungen des Therapeuten ein und beantwortet diese angemessen.	(7) Der Patient verhält sich dem Therapeuten gegenüber nicht entgegenkommend, er hört nicht aufmerksam zu, fällt dem Therapeuten wiederholt ins Wort, spricht sehr laut und sehr viel, so dass der Therapeut Schwierigkeiten hat, auf das Gesagte einzugehen, antwortet nur knapp und einsilbig, reagiert gereizt auf Aussagen oder Verhaltensweisen des Th.

14. Der Patient vermittelt den Eindruck von Widerstand.	
(1) Keinerlei Anzeichen von „Widerstand“ in der unter (7) beschriebenen Form.	(7) Der Patient geht mehrfach auf Fragen oder Anmerkungen des Therapeuten nicht ein, bringt unsachliche Kritik an oder spricht in genervtem Tonfall, weicht wiederholt vom Thema ab und spricht therapieirrelevante Themen an, weist Hausaufgaben zurück oder führt sie nicht aus.
15. Der Patient setzt sich sehr selbständig mit seinen Problemen auseinander.	
(1) Der Patient äußert sich häufig sehr unsicher in Bezug auf seine Probleme, beteiligt sich nicht an Überlegungen zu möglichen Bewältigungsstrategien, verweist auf äußere Zwänge, äußert sich resignativ.	(7) Der Patient berichtet sehr konkret, welche Schwierigkeiten bei ihm vorliegen, äußert sich dabei lösungsorientiert und zuversichtlich, was die Bewältigung angeht. Stellt Überlegungen an, wie er seine Probleme bewältigen könnte, greift Anregungen des Therapeuten auf und führt sie weiter.
16. Der Patient ist gehemmt, zurückgezogen oder passiv.	
(1) Der Patient beteiligt sich ungezwungen am Gespräch, spricht laut und deutlich, bringt von sich aus Themen ein.	(7) Der Patient wirkt zurückhaltend und angespannt, er spricht nur knapp und stockend, evtl. längere Antwortlatenzen, wiederholtes Räuspern, vorschnelles unreflektiertes Zustimmung auf Aussagen des Th., keine eigenständigen Beiträge.
17. Der Patient kann sich auf die Beziehung und die Zusammenarbeit einlassen, die ihm vom Therapeuten angeboten oder abverlangt wird.	
(1) Der Patient geht nicht oder kaum auf die vom Therapeuten angebotenen Themen ein, antwortet auf Nachfragen nur knapp, unterbricht häufig mit Themen, die für die Therapie nicht relevant sind, äußert Desinteresse an den Therapiethemen.	(7) Der Patient geht auf die vom Therapeuten angebotenen Themen ein, greift dessen Aussagen auf und führt sie fort bzw. wendet sie auf die eigene Situation an, beantwortet Fragen bereitwillig, stellt selbst interessierte Nachfragen.
18. Der Patient vertraut dem Therapeuten und öffnet sich ihm gegenüber.	
(1) Der Patient zögert Nachfragen zu persönlichen Themen zu beantworten oder weist diese sogar zurück, berichtet nur sehr allgemein und knapp bzw. äußert Zweifel, ob er der Verschwiegenheit des Therapeuten trauen kann.	(7) Der Patient berichtet von sich aus oder auf Nachfrage wiederholt von seinem persönlichen Erleben und für ihn zentrale Themen und scheint sich dabei wohl zu fühlen. Bei Beschwerden bspw. über andere Personen ist es wichtig, dass hierbei ein Mindestmaß an Selbstreflexion durchscheint und nicht nur Dampf abgelassen werden soll.

## Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)

Therapeutenkategorien	Klientenkategorien
<b>1. Einfühlung</b>	<b>1. Emotionale Öffnung</b>
<p><b>Gefühlsansprache</b> Anbieten von Gefühlen oder Wiederholen: „Würden Sie sagen, Sie fühlen sich hilflos?“ / „Das macht Ihnen Angst.“ / „Wie fühlen Sie sich dabei?“</p> <p><b>Reformulieren</b> Aspekt des Hineinfühlens wichtig, auch Fortführen von Sätzen des Klienten, aber keine eigenen Schlüsse. "Sie sehen also Ihr zentrales Problem darin, ..."</p> <p><b>Verständnis</b> „Es ist verständlich, dass Sie sich darüber Gedanken machen.“ / „Das wird jeder akzeptieren“</p>	<p><b>Beschreibung positiver Gefühle</b> "Ich habe mich sehr gefreut, als mir das gelungen ist." / "Das tat mir wirklich gut, als ich das hörte"</p> <p><b>Beschreibung negativer Gefühle</b> "Als sie mir das gesagt hat, war ich am Boden zerstört." / „Ich bin in dieser Situation immer sehr angespannt.“</p>
<b>2. Unterstützung</b>	<b>2. Problembeschreibung</b>
<p><b>Zuspruch</b> Anregung etwas zu tun oder Wecken von Hoffnung. „Versuchen Sie es nur, Sie werden sehen, es gelingt Ihnen.“ / „Beruhigen Sie sich erst ein wenig, wir haben keine Eile.“</p> <p><b>Positive Rückmeldung</b> "Ich finde es sehr gut, dass Sie ..." / "Sie haben vollkommen recht." / „Das war ganz toll, wie Sie mit ihrem Ärger umgegangen sind.“ / <u>Nicht:</u> „Exakt!“, „Genau“, ..</p> <p><b>Minimale Unterstützung</b> „Gut“, „Hm“, „Ah ja“ (Nur codieren bei Auftreten zwischen zwei verschiedenen Klientenkategorien)</p>	<p><b>Sachlicher Bericht</b> „Es fing eigentlich ganz harmlos an. Zunächst hatte ich keine Beschwerden.“ / „Wir waren zu Hause fünf Kinder.“</p> <p><b>Spezifisches Problem</b> "Ich habe große Schwierigkeiten mit meinem Nachbarn, ..."</p>
<b>3. Exploration</b>	<b>3. Einfache Antworten</b>
<p><b>Informationsfrage</b> „Sind Sie damit einverstanden?“ / „Haben Sie noch Fragen dazu?“ / „Wie war die letzte Woche?“</p> <p><b>Zusammenfassung</b> Reine Wiederholung oder sachliche Inhalte, keine Schwerpunkte herausgearbeitet; „Sie haben mir bisher erzählt, ...“ / „Ich habe Ihnen des letzte Mal gesagt, ...“/ „Wir haben jetzt von der Entstehung Ihrer Schwierigkeiten gesprochen.“</p>	<p><b>Kurzantwort</b> "Ich weiß nicht." / "Vor einem Jahr." / "Ich bin Buchhalter." (Nur codiert bei Auftreten zwischen zwei verschiedenen Therapeutenkategorien)</p>
<b>4. Erklärung</b>	<b>4. Änderungsberichte</b>
<p><b>Sachliche Feststellung</b> Kurzinformation für den Klienten, z.B. "Mir ist bekannt, dass Sie bereits eine Therapie hinter sich haben."; "Nein, den Arzt kenne ich nicht."</p> <p><b>Strukturierung</b> "In den nächsten beiden Sitzungen werden wir gemeinsam versuchen, ..."</p> <p><b>Erklärung</b> „Ich frage deshalb immer nach konkreten Begebenheiten, damit ich mir Ihre Situation genau vorstellen kann.“ - Psychoedukation</p> <p><b>Selbstöffnung</b> "Ich habe ähnliche Erfahrungen gemacht." / "Ich spüre Spannungen zwischen uns." / „Ich konnte bereits anderen Klienten mit ähnlichen Problemen helfen“</p>	<p><b>Selbstkontrollversuche</b> "Ich versuche meinen Schlaf dadurch zu verbessern, dass ich ..." / „Ich führe jetzt eine Strichliste...“ / "Da habe ich versucht, mir zu sagen, bleib ganz ruhig und lass sie nur reden." Nicht: Medikamenteneinnahme</p> <p><b>Erfolgsberichte</b> "Das hat gut geklappt." / "Ich merke, wie mir der Tagesplan hilft." / „Nach der Übung fühlte ich mich sehr zufrieden“</p> <p><b>Einsicht</b> "Ich glaube jetzt, ich stelle da zu hohe Ansprüche ..." / "Es wäre besser, ich würde ..."</p>

<b>5. Direktiven</b>	<b>5. Mitarbeit/ Initiative</b>
<p><b>Direktive Führung</b></p> <p>"Erzählen Sie mir doch bitte ..." oder "Können Sie mir ein Beispiel erzählen?"</p> <p><b>Aufgabenstellung</b></p> <p>Übungen und Verhalten außerhalb der Therapiesitzungen: "Führen Sie ab jetzt ein positives Tagebuch." / "Wenn Ihnen etwas gelungen ist, gönnen Sie sich etwas Gutes." / „Sie könnten einmal ... ausprobieren."</p>	<p><b>Wunsch/ Zielvorstellung</b></p> <p>"Ich möchte lernen, wieder zuversichtlich ..." / „Ich lege großen Wert darauf, meine Ehe zu retten.“ / "Ich will meine depressiven Stimmungen loswerden."</p> <p><b>Zuversicht</b></p> <p>"Ich sehe darin eine Möglichkeit." / "Ich glaube, so könnte es gehen."</p> <p><b>Änderungsvorschläge</b></p> <p>"Ich könnte einen Sprachkurs belegen, ..." / "Ich möchte lieber erst einen kleineren Schritt probieren."</p>
<b>6. Klassifikation</b>	<b>6. Klärung</b>
<p><b>Konfrontation</b></p> <p>"Sie sind zu mir gekommen, um Hilfe zu suchen, aber über viele Dinge wollen Sie mit mir nicht sprechen." / "Sie erzählen mir sehr traurige Dinge, aber Sie lachen dabei." / „Sie geben mir immer sehr globale Antworten“</p> <p><b>Interpretation</b></p> <p>"Dann handelt es sich nur um eine kurzfristige Krise." / "Sie hatten wahrscheinlich einmal ein traumatisches Erlebnis." / "Sehen Sie nicht auch, dass das wieder das mangelnde Selbstvertrauen ist?"</p> <p><b>Kritik</b></p> <p>"Ich finde es nicht gut, dass Sie Ihr Tagebuch nicht geführt haben." / "Wenn Sie die Zeit zwischen den Sitzungen nicht nutzen, machen Sie sich einen Erfolg unmöglich."</p>	<p><b>Ansprechen der therapeutischen Beziehung</b></p> <p>Echtes Bemühen des Klienten, etwas zu erfahren oder zu erklären. "Haben Sie schon Erfahrungen mit solchen Problemen, wie ich sie habe?" "Glauben Sie, dass Sie mir in dieser relativ kurzen Zeit helfen können?"</p> <p><b>Informationsfrage/ Ratsuche</b></p> <p>"Wie kann man sich die Entstehung meiner Schwierigkeiten erklären?" / „Also, ich soll jeden Tag üben?"</p>
	<b>7. Hemmendes Verhalten</b>
	<p><b>Ablehnung/ Verweigerung</b></p> <p>"Nein, das kann ich nicht." / "Jeden Tag habe ich nicht Zeit, Entspannung zu üben."</p> <p><b>Kritik/ Provokation</b></p> <p>"Sie meinen doch nicht etwa, dass mir ein Entspannungstraining da helfen könnte?"</p> <p><b>Resignation</b></p> <p>"Es hat keinen Zweck mehr, ich schaffe es nicht."</p>
<p><b>Zuhören</b></p> <p>aus "technischen" Gründen eingeführt, um die alternierende Sequenz beibehalten zu können</p>	<b>Zuhören</b>
<b>Pause (ab 5 Sekunden)</b>	<b>Pause (ab 5 Sekunden)</b>
<p><b>Restkategorie</b></p> <p>akustisch nicht verständliche Passagen, small talk</p>	<b>Restkategorie</b>