



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Intrasession-Prozesse in der Psychotherapie“
Operationalisierung und psychometrische
Eigenschaften der Intrasession-Skalen sowie
bedeutende Einflussfaktoren

verfasst von / submitted by

>Christina Maria Zettler, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the de-
gree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066840<

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Dank an alle lieben Menschen aussprechen, die mich in den letzten beiden Jahren meines Studiums begleitet haben und mich in vielerlei Hinsicht bereichert haben.

Danke an Herr Tim Kaiser und Herr Prof. Dr. Laireiter für die unterstützende und greifbare Betreuung.

Danke an den lieben Bernd für den statistischen Austausch und Motivation.

Danke an meine lieben Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, die mir Wien zur schönsten meiner Heimaten gemacht haben und mir mit intellektuellen und kulinarischen Ratschlägen, vor allem aber mit zwischenmenschlicher Größe, stets zur Seite standen: Armin, Philip, Mathias und Alina

Danke meinen Freundinnen und Freunden, besonders meiner Freundin Lou, denen ich ganz viel Motivation, Energie, Lebensfreude und neue Blickwinkel zu verdanken habe.

Danke an meine Familie für ihre nicht abreißende Unterstützung und ihr Vertrauen in mich.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Der Intrasession-Prozess.....	8
Theoretische Annäherung.....	9
Aktueller Forschungsstand.....	10
Negative und unerwünschte Intrasession-Prozesse	13
Bedingungen und Ausprägungen	14
Zusammenhänge der Intrasessionprozesse mit therapeutischer Beziehung und Bindungs- und Beziehungsverhalten	16
Zusammenhang von Intrasession-Prozess und therapeutischer Beziehung.....	16
Zusammenhang von Intrasession-Prozess und Bindungs- und Beziehungsverhalten ...	20
Zielsetzung der Studie.....	23
Fragestellung und Hypothesen.....	24
Intrasession-Prozess und subjektives Therapieergebnis.....	24
Intrasession-Prozess und therapeutische Beziehung.....	24
Intrasession-Prozess und Bindungs- und Beziehungsverhalten	25
Untersuchungsdesign und Methode	26
Untersuchungsablauf.....	26
Stichprobenbeschreibung	27
Beschreibung der Messinstrumente.....	32
Der Intrasession-Fragebogen.....	32
Entwicklung der Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse.....	34
Working Alliance Inventory- short revised (WAI-SR)	37
Der Bochumer Veränderungsfragebogen- 2000 (BVB-2000)	37
Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene (BEE)	38
Statistische Analyseverfahren.....	38
Ergebnisdarstellung	43
Psychometrische Eigenschaften des Intrasession-Fragebogens	43
Reliabilitätsanalysen zu den Skalen von Kaiser (2014)	44
Skalen und Itemanalysen zur Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse	45
Konfirmatorische Faktorenanalyse.....	49
Hypothesenprüfungen	53
Intrasessionprozesse und subjektives Therapieereignis	53

Intrasessionprozesse und therapeutische Beziehung.....	57
Intrasessionprozesse und Beziehungs- und Bindungsverhalten.....	59
Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	61
Psychometrische Eigenschaften des Intrasession-Fragebogens	61
Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und subjektiven Therapieergebnissen.....	65
Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und therapeutische Beziehung	71
Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und Beziehungs- und Bindungsverhalten	73
Limitation und Ausblick	74
Literaturverzeichnis	77
Abbildungsverzeichnis.....	87
Tabellenverzeichnis	88
Zusammenfassung	90
Abstract.....	91
Anhang A	93
Anhang B	98
Anhang C	99
Anhang D	102
Anhang E	105
Anhang F	106
Anhang G.....	109
Eidesstaatliche Erklärung.....	111

Einleitung

Psychotherapie hat sich über die letzten Jahre als nachweislich wirksame Behandlungsmethode vieler psychischer Erkrankungen erwiesen (Lambert, 2004). Dabei geht die erfolgreiche Wirkung einer psychotherapeutischen Behandlung über die bloße Genesung und den Abbau der Symptomatik hinaus. Vielmehr können, über die eigentliche Verbesserung der psychischen Störung hinweg, positive Auswirkungen auf das generelle Wohlbefinden, die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen oder das Selbstwertgefühl beobachtet werden (vgl. Gelo, Pritz & Rieken, 2015; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

Die Psychotherapieforschung ist darum bemüht, mit Hilfe einer Vielzahl an unterschiedlichen Methoden die nachhaltige Wirkung von Psychotherapie zu bestätigen und, sah sich gleichsam über verschiedene Forschungsphasen hinweg dazu veranlasst, die Wirkung von Psychotherapie immer wieder zu rechtfertigen (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Begonnen mit einer Phase der Therapie-Outcome Forschung um 1920, über eine Phase der Suche nach wissenschaftlicher Genauigkeit mittels objektiver Messmethoden, lag der Fokus der Psychotherapieforschung Anfang der 70er Jahre, im Zuge der beginnenden Prozessforschung auf der Expansion und Differenzierung von Forschungsergebnissen. Darüber hinaus galt das Interesse vermehrt den Ereignissen innerhalb einer Therapiesitzung. Die Frage, auf welche Art und Weise Psychotherapie wirkt, stand dabei im Mittelpunkt der Forschung (Orlinsky et al., 2004). Um bedeutende Ereignisse in einer Psychotherapie zu identifizieren und zu operationalisieren, entstanden Anfang 1950 erste objektive Messinstrumente: Mit Hilfe von Audioaufnahmen und Videos wurden die Gespräche innerhalb einer Therapiesitzung mitgeschnitten, um sie anschließend zu analysieren und zu archivieren. Darauf folgte die Entwicklung von Fragebögen zur Erfassung des subjektiven Therapieerlebens von PatientInnen aber, auch TherapeutInnen.

Auf Grundlage des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987), das eine Übersicht über die Einflussfaktoren auf eine erfolgreiche Psychotherapie darstellt, erfolgte die Entwicklung von Therapiesitzungsbögen, wie etwa der „Therapy-Session Report“ von Kolden (1993), der „Session Evaluation Questionnaire“ (Stiles, 1980) oder die „Session-Impacts Scale“ (Elliott & Wexler, 1994). Dabei ging es im Wesentlichen um die Erfassung der erlebten Auswirkungen

innerhalb einer Therapiesitzung. Auf dieser und weiteren Grundlagen wurde das Konzept der *Intrasession-Prozesse*, den mentalen Repräsentationen des/-r KlientIn zu verschiedenen Aspekten des Erlebens innerhalb einer Therapiesitzung, von Kaiser (2014) erstmals theoretisch begründet. Zu dessen Operationalisierung wurde ein Fragebogen entwickelt, der „*Intrasession-Fragebogen*“ (Kaiser, 2014), der sich in angegangenen Untersuchungen als valides und reliables Messinstrument relevanter Therapieprozesse erwiesen hat.

Trotz der positiven Auswirkungen von Psychotherapie ist es dennoch wichtig zu betonen, dass es bei jeder Therapieform auch Misserfolge, beispielweise aufgrund unerwünschter Therapieereignisse im Sinne einer nicht erreichten Symptomreduktion oder eines nicht zufriedenstellenden Therapieergebnisses geben kann (Grawe et al., 1994; Lambert, Hawkins & Hafield, 2002, Lambert & Ogles, 2004). Forschungen in diesem Bereich spiegeln sich zwar in unterschiedlichen Reviewartikeln und Metaanalysen der letzten Jahrzehnte wieder (vgl. Costonguay et al., 2010; Shapiro & Shapiro, 1982) jedoch in deutlich geringerem Ausmaß als die Forschung zur generellen Wirksamkeit der Psychotherapie. Über die Ausprägungen und Bedingungen negativer Therapieerfahrungen bedarf es demnach noch weiterer Forschung.

Die theoretische Erweiterung des „*Intrasession-Fragebogens*“ von Kaiser (2014) um eine Skala zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen, auf Grundlage relevanter Forschungsergebnisse, soll einen Beitrag zur Vervollständigung des Konzepts der Intrasession-Prozesse leisten. Zusätzlich soll der Fragebogen anhand einer aussagekräftigen Stichprobe überprüft werden, um weitere Generalisierungen zu ermöglichen.

Im Rahmen der Prozessforschung beschäftigt sich die Psychotherapieforschung auch mit weiteren relevanten Konstrukten wie beispielsweise der therapeutische Beziehung (vgl. Levy, 2000; Orlinsky et al., 2004, Zimmer & Ackermann, 1983), das subjektive Therapieergebnis (vgl. Orlinsky et al., 2004) oder dem Bindungs- und Beziehungsverhalten des/der PatientIn (vgl. Bowlby, 1988; Levy, 2013; Mikulincer, Shaver & Berant, 2013). Die Überprüfung der Zusammenhänge dieser Konstrukte mit dem erweiterten Konzept der Intrasession-Prozesse stellt die zweite Aufgabe der Arbeit dar.

Anmerkung: Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der Prävalenz weiblicher Psychotherapeutinnen und Klientinnen, wird in dieser Arbeit nur die weibliche Form als geschlechtsneutrale Form für beide Geschlechter benutzt. Ist eine explizite Unterscheidung der Geschlechter notwendig, wird eine gendergerechte Formulierung verwendet.

Der Intrasession-Prozess

Intrasession-Prozesse sind *unmittelbare, kurzfristige therapeutische Veränderungen, innerhalb einer Therapiesitzung* (Kaiser, 2014, 2015). Sie sind reale und beobachtbare Ereignisse, Erfahrungen oder Interaktionen innerhalb einer Psychotherapiestunde, die positive therapeutische Veränderungen (vgl. Elliott, 1985; Lambert & Ogles, 2004, Timulak, 2007; 2010) aber auch negative und unerwünschte Prozesse beinhalten können. (vgl. Constonguay, 2010, Mohr, 1994, Tiedemann, 2007). So kann eine Patientin Einsicht in Zusammenhänge erhalten, Erleichterung oder Selbstwirksamkeit erleben aber auch Missverständnis, Verwirrung oder Zurückweisung.

Kaiser (2014) versuchte in seiner Forschungsarbeit erstmals das Konzept der Intrasession-Prozesse theoretisch zu verorten, indem er faktorenanalytische Auswertungen verschiedener Therapiestundenbögen heranzog, um bedeutsame Prozesse in der Psychotherapie zu identifizieren. Auf dieser Grundlage entwickelte er den „*Intrasession Fragebogen*“, ein reliables und valides Messinstrument positiver therapeutischer Veränderungen innerhalb einer Therapiesitzung.

In dieser Arbeit soll das Konzept der Intrasession-Prozesse sowohl theoretisch weiter begründet, als auch um mögliche negative Erfahrungen in der Psychotherapie ergänzt werden. Des Weiteren sollen die für diese Forschungsarbeit relevanten Zusammenhänge von Intrasession-Prozessen mit einem erfolgreichen Psychotherapieergebnis, der therapeutischen Beziehung und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin dargestellt werden. Als Basis für die theoretische Herleitung der Intrasession-Prozesse sollen einige Überlegungen aus vergangenen und aktuellen Forschungsarbeiten zu mentalen Repräsentationen verschiedener Aspekte des Erlebens innerhalb von Therapiesitzungen herangezogen werden. Darüber hinaus sollen ergänzend Forschungsarbeiten zu negativen und unerwünschten Erfahrungen im psycho-therapeutischen Prozess näher betrachtet werden.

Theoretische Annäherung

Seinen theoretischen Ursprung hat der Intrasession-Prozess als „*In-Session Impact*“ im „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987). Das Modell ermöglicht „die Einordnung empirischer Befunde aus der Psychotherapie in einen allgemeinen, schulenübergreifenden Bezugsrahmen“ (Zeeck, Hartmann & Orlinsky, 2004, S.237). Unterteilt wird der psychotherapeutische Prozess hierbei in Determinanten/Inputvariablen, Prozess und Outputvariablen. „Determinanten“ beziehungsweise „Inputvariablen“ beziehen sich auf den Behandlungsrahmen sowie Patientinnen- und Therapeutinnenmerkmale. Der „Prozess“ umfasst die psychotherapeutische Intervention mit ihren spezifischen Techniken und Interventionen, therapeutische Vereinbarungen, formale Beziehungen zwischen Patientinnen und Therapeutinnen und die Dimensionen Offenheit/Selbstbezogenheit von Patientinnen und Therapeutinnen. Die unmittelbaren kurzfristigen Auswirkungen der Therapiesitzung („in-session-impact“) zählen ebenfalls zu den Merkmalen des therapeutischen Veränderungsprozesses. „Outputvariablen“ umschreiben die kurz- oder langfristigen Effekte der Therapie, soziale und personale Rahmenbedingungen sowie soziale Beziehungen (Kolden, 1996; Zeeck et al., 2004).

Kaiser (2014) nutze dieses Verständnis der „In-Session-Impacts“ zur Beschreibung der Intrasession-Prozesse. Der „*In-Session-Impact*“, beziehungsweise der Intrasession-Prozess, beschreibt demnach therapeutische Veränderungen, die während der Therapiesitzung als Reaktion auf das Geschehen in der Sitzung auftreten, und sich dabei sowohl positiv als auch negativ äußern können. Positive Einflüsse sind etwa *Einsicht in Zusammenhänge, Katharsis, Erleichterung, Ermutigung* und *Erfahrung von Selbstwirksamkeit* und *das Lösen von inneren Konflikten* sowie *das Erleben von Hoffnung*. Negative Auswirkungen können *Angst, Verwirrung, Stress, Demoralisierung, Verlegenheit* oder *Abhängigkeit* sein. Der „*In-Session Impact*“, der unmittelbare Einfluss der Sitzung, ist hier ein wichtiges Bindeglied im Therapieprozess und als solcher eine Voraussetzung für den Erfolg einer Therapie (Lambert & Ogles, 2004).

Zu diesen theoretischen Überlegungen konnten in den vergangenen Jahren innerhalb der Psychotherapieforschung einige bedeutsame und hilfreiche Ereignisse im psychotherapeutischen Prozess identifiziert werden, die eine weitere Grundlage für das Konzept der Intrasession-Prozesse bilden. Ausgewählte Ergebnisse sollen im Folgenden angeführt werden.

Aktueller Forschungsstand

Robert Elliott legte 1985 den Grundstein für die Erforschung bedeutsamer Ereignisse in der Psychotherapie und identifizierte in seiner Pionierstudie das *Erreichen einer neuen Perspektive, Problemlösung* und *Problemklärung* sowie *Bewusstseinsfokussierung* als wichtige Ereignisse in der Psychotherapie.

Einige Studien versuchten die Ergebnisse von Elliott zu präzisieren und fortzuschreiben (vgl. Booth, Cushway & Newnes, 1997; Llewelyn, 1988; Richard & Timulak, 2012; Timulak, 2007, 2010). Dabei zeigte sich, dass Prozesse wie beispielsweise Problemlösetechniken, „Awareness“, das Bereitstellen von neuen Informationen, die Planung des therapeutischen Prozesses und Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen von Klientinnen als hilfreich erfahren werden, und als solche eine positive Auswirkung auf die therapeutische Beziehung haben und einen wichtigen Beitrag zu „in-session-outcomes“ leisten können.

Timulak (2007, 2010) erforschte in den letzten Jahren intensiv den Einfluss signifikanter und hilfreicher Ereignisse in der Psychotherapie. In einer Metaanalyse identifizierte er neun Kernkategorien hilfreicher Ereignisse in Therapiesitzungen. Diese Ereignisse stellen die Grundlage für die therapeutischen Veränderungen beziehungsweise die „Intrasession-Prozesse“ *„Einsicht“*, *„Klärung“*, *„Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz“*, *„Emotionale Erleichterung/Katharsis“*, *„Emotionales Erleben“*, *„Containment“*, *„Unterstützung“*, *„Problemaktualisierung“* und *„Loyalität/Sympathie“* bei Kaiser (2014, 2015) dar.

In Tabelle 1 werden die Kernkategorien von Timulak (2007) und die dazugehörigen Prozesse von Kaiser (2015) angeführt. Dabei betonte Timulak (2007), dass einige dieser therapeutischen Auswirkungen mit der therapeutischen Beziehung verbunden sind und andere mit kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen „in-session-outcomes“ zusammenhängen. Kaiser (2015) verwendete dafür den übergeordneten Begriff „Intrasession-Prozess“ und untergliederte in problembezogene und emotionale Prozesse sowie Beziehungserfahrungen.

Tabelle 1

Signifikante Ereignisse in der Psychotherapie bei Timulak (2007) und Intrasession-Prozesse bei Kaiser (2014, 2015)

Timulak (2007)	Kaiser (2014, 2015)	Beschreibung
<i>Problembezogene Prozesse</i>		
„Awareness/insight, self-understanding“	Einsicht, Klärung	<i>Die Klientin erhält ein tieferes emotionales, kontextuelles Verständnis der Probleme oder der Lebenssituation</i>
„Behavioral change/problem solution“	Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz	<i>Die Klientin erlernt neue Strategien um die gewünschte Ziele zu erreichen.</i>
„Empowerment“	Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz	<i>Die Klientin erfährt ein neues Gefühl persönlicher Stärke und erlangt Vertrauen ihre Probleme eigenständig lösen zu können</i>
„Client involvement“	Problemaktualisierung	<i>Die Klientin erlangt Klarheit darüber, an welchen Problemen sie arbeiten und wie groß der bisherige Fortschritt ist.</i>
<i>Emotionale Prozesse</i>		
„Relief“	Emotionale Erleichterung/Katharsis	<i>Die Klientin erfährt ein Gefühl von Sicherheit in der therapeutischen Beziehung. Sie kann sich dadurch von belastenden Gefühlen befreien.</i>
„Exploring feelings/emotional experience“	Emotionales Erleben/Containment	<i>Die Klientin erfährt Emotionen auf eine neue Art und Weise</i>
<i>Beziehungserfahrungen</i>		
„Feeling understood“	Unterstützung	<i>Die Klientin fühlt sich verstanden, was besonders tiefe persönliche Erfahrungen ermöglicht</i>
„Reassurance/support/safety“	Selbstwertstützung	<i>Die Klientin fühlt sich von der Therapeutin „beruhigt“, unterstützt und wertgeschätzt.</i>
„Personal contact“	Loyalität und Sympathie	<i>Die Klientin erlebt die Beziehung zur Therapeutin als authentisch und kongruent.</i>
-	Konflikte/Übertragung	<i>Klientin überträgt bestehende Wünsche und Konflikte in die therapeutische Beziehung</i>

Auch nachfolgende Forschungen von Richards und Timulak (2012) untersuchten hilfreiche und hinderliche Ereignisse in verhaltenstherapeutischen Onlinetherapien. und konnten zeigen, dass sich das Bereitstellen von neuen Informationen, Beobachtung, Planen, Umstrukturierung oder Problemlösetrainings positiv auf Copingstrategien sowie Verhaltensänderung, Erkenntnis, Einsicht und Selbstwirksamkeit auswirken.

Obwohl die Methodik der angeführten Studien sehr heterogen ist, kann angenommen werden, dass über die von den Patientinnen als hilfreich wahrgenommenen Ereignisse eine relativ große Klarheit besteht. Einsicht, Entlastung, Verhaltensveränderung, Problemlösung, Empowerment und neue Gefühle treten immer wieder als Antwort auf verschiedene Prozesse innerhalb der Psychotherapie auf und stehen in Wechselwirkung mit einer vertrauensvollen und unterstützenden therapeutischen Beziehung (Richards & Timulak, 2012; Timulak, 2007, 2010).

Der Zusammenhang dieser unterschiedlichen emotionalen, beziehungsbezogenen und problemorientierten Prozesse innerhalb einer Therapiesitzung mit einem erfolgreichen Psychotherapieergebnis wurde bereits eingehend erforscht (für einen Überblick, siehe Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Dabei konnten positive Zusammenhänge erfolgreicher Psychotherapieergebnisse mit Einsicht und emotionaler Erleichterung/Katharsis (Archer, Forbes, Metcalfe & Winter, 2000), kognitiven Prozessen und dem Erleben von Unterstützung, Ermutigung und Hoffnung (Hoffart & Sexton, 2002), Problemlösung (Stiles, 2001), Selbstwirksamkeit und persönlichem Wachstum (Tschacher, Baur & Grawe, 2000), sowie Stresshabituation (Jaycox, Foa & Morral, 1998) gezeigt werden. Auch negative Prozesse wie Zurückweisung und Dysphorie (Hatcher & Barends 1996; Sexton, 1996) sind beinhaltet.

In neueren Forschungen zu bedeutsamen Ereignissen in der Psychotherapie, zeigen sich zwar ebenfalls Zusammenhänge zwischen Ereignissen wie Einsicht, Bewusstsein, Problemklärung und emotionaler Erleichterung und einem positiven Therapieergebnis, jedoch wird gleichzeitig kritisiert, dass diese Zusammenhänge durch allgemeine Outcome-Messungen, wie beispielweise Symptom-Checklisten, erhoben wurden und es somit an detaillierter Forschung mangelt. Es fehlt Erkenntnis darüber, ob es einen spezifischen, für den Erfolg der Therapie relevanten, Prozess gibt (Timulak, 2007, 2010).

Die angeführten theoretischen Überlegungen gelten als theoretische Grundlage für das Konzept der Intrasession-Prozesse. Darauf aufbauend entwickelte Kaiser (2014)

ein reliables und valides Messinstrument, den „Intrasession-Fragebogen“. Jedoch treten neben den genannten positiven klinischen Veränderungen innerhalb der Psychotherapie auch unerwünschte therapeutische Ereignisse im therapeutischen Prozess auf, die wiederum Auswirkungen auf das Ergebnis einer Psychotherapie haben können. Als Beitrag zur Vervollständigung des Konzepts der Intrasession-Prozesse soll im Folgenden versucht werden, jene negativen Ereignisse theoretisch zu fassen und zu begründen, welche im späteren Verlauf der Arbeit als Grundlage für die Konzeption einer neuen Skala des Intrasession- Fragebogens zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen dienen sollen.

Negative und unerwünschte Intrasession-Prozesse

Über die generelle Wirksamkeit von Psychotherapien besteht, wie bereits dargestellt, aufgrund einer Vielzahl von Forschungsarbeiten aus den letzten Jahrzehnten kein Zweifel (Hubble, Duncan, Miller, 1999; Lambert, 2004) Dennoch lassen sich nicht immer bei allen Patientinnen Verbesserungen beobachten, zuweilen bleibt der Zustand unverändert oder verschlechtert sich sogar. Eine Ursache dafür können unerwünschte und negative Erfahrungen in der Psychotherapie sein (Lambert, Hawkins & Hafield, 2002, Lambert & Ogles, 2004).

Wie verschiedene Reviewartikel und Metaanalysen darstellen konnten (Shapiro & Shapiro, 1982; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977), ist das Problem negativer und unerwünschter Ereignisse in der Psychotherapie Therapeutinnen wie ForscherInnen gleichermaßen bekannt und kann über eine Vielzahl von Behandlungsmodalitäten und theoretischen Orientierungen hinweg beobachtet werden (Lambert & Ogles, 2004). Schätzungen zu deren Auftretungshäufigkeit variieren zwischen 5 und 15 Prozent (Lambert & Ogles, 2004). Mohr (1995) sieht in seiner Überblicksarbeit zu negativen Auswirkungen in der Psychotherapie einen durchschnittlichen Wert von 10 Prozent als realistisch an.

Die Forschungslage ist jedoch aufgrund auftretender Schwierigkeiten wie verzerrten Publikationspraktiken, theoretischen Konzeptualisierungen und methodischen Problemen immer noch unbefriedigend und hinterlässt einige Lücken (Jacobi, 2001).

Um aussagekräftige Ergebnisse darüber zu erhalten, welche Prozesse sich in einer „typischen“ Therapiestunde für gewöhnlich ereignen, müssen auch jene Ereignisse betrachtet werden, die für die Patientinnen unangenehm sind, beziehungsweise anhaltende negative Gefühle oder gar eine Verschlechterung des Zustandes der Patientin bewirken. Die im Folgenden angeführten Ergebnisse vergangener und aktueller Forschung sollen einen genaueren Überblick über die Bedingungen und Ausprägungen negativer Psychotherapieeffekte geben und im späteren Verlauf der Arbeit als Grundlage für die Konzeption einer neuen Skala des Intrasession Fragebogens dienen.

Bedingungen und Ausprägungen

Welcher Art sind also unerwünschte und negative Ereignisse bei Patientinnen in einer Psychotherapie?

Die Forschung der letzten Jahrzehnte gibt auf diese Frage, auch über unterschiedliche Methoden und psychotherapeutische Schulen hinweg, eine relativ einheitliche Antwort.

Die meisten früheren empirischen Analysen beinhalteten, bis auf wenige Hinweise, noch keine Kategorie für Verschlechterungen oder negative Veränderungen innerhalb des therapeutischen Settings (Lambert & Ogles, 2004). Strupp et al. (1977) setzten sich erstmals mit der Problematik negativer Effekte in der Psychotherapie auseinander und fassten ihre Ergebnisse in Form einer Monographie zusammen. Die wichtigsten Faktoren negativer Auswirkungen in der Psychotherapie waren hier Patientinnenvariablen wie geringer Selbstwert, labile psychische Ressourcen und Schwierigkeiten in der Therapeutin-Klientin-Beziehung. Darüber hinaus stand fehlende Empathie vonseiten der Therapeutin im direkten Zusammenhang mit negativen Effekten in der Psychotherapie und war verbunden mit einer Verschlechterung des Zustandes der Patientin. Elliott (1985) postulierte in seiner Pionierarbeit zu signifikanten Ereignissen in der Psychotherapie auch nicht-hilfreiche Ereignisse. Die auftretenden negativen Prozesse in seiner Arbeit können auf Mängel in der therapeutischen Kompetenz zurückgeführt werden. Beispielsweise nannten die Patientinnen Fehleinschätzung und negative Reaktionen der Therapeutinnen sowie ungewollte Verantwortung aufgrund

fehlender Unterstützung und Wiederholung von Themen, um auftretendes Schweigen zu vermeiden, als hinderliche Ereignisse. Des Weiteren wurden Fehlgeleitet sein und ungewollte Gedanken, ausgelöst durch unerwünschte Fragen und mangelnder Technik der Therapeutinnen, von Patientinnen als hinderlich empfunden.

Mohr (1995) erweiterte die vorangegangenen Forschungsergebnisse um weitere Ereignisse und verfasste ein Review zu negativen Ereignissen bei Patientinnen, um weitere Faktoren zu identifizieren. Er fand einen Zusammenhang zwischen Enttäuschung, Feindseligkeit, sowie Irritation durch die Therapeutin mit unerwünschten Erfahrungen bei Patientinnen. Unterschätzung der Ernsthaftigkeit der Problematik der Patientin, negative Gegenübertragung und mangelnde Technik, sowie Uneinigkeit mit der Patientin über den therapeutischen Prozess wirkten sich ebenfalls negativ auf den therapeutischen Prozess und die Entwicklung der Patientin aus.

Pope und Tabachnik (1994) näherten sich auf eine andere Art und Weise der Problematik negativer und unerwünschter Therapieerfahrungen an. Sie baten angehende Psychotherapeutinnen, ihre verletzendsten und negativsten Ereignisse in ihrer Eigentherapie oder Selbsterfahrung zu berichten. Die sechs am häufigsten genannten Ereignisse waren eine kalte, kritisierende und abweisende Therapeutin, Probleme in der technischen Durchführung, sexuelle Annäherung oder gar Missbrauch durch die Therapeutin sowie emotionaler Missbrauch oder Sadismus. Ebenso hatten das Gefühl, nicht verstanden zu werden, sowie Grenzüberschreitungen beziehungsweise Machtmissbrauch der Eigentherapeutin negative Auswirkungen auf den Therapieprozess.

Tiedemann (2007) beschäftigte sich mit dem Thema Scham in psychodynamisch orientierten Psychotherapien. Schamgefühl tritt meist nicht in direkter Form auf, sondern zeigt sich eher in verdeckter oder abgewehrter Form und kann an äußerlich erkennbaren Signalen festgestellt werden. Sie entsteht beispielweise durch Asymmetrie in der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin, der Idealisierung der Therapeutin durch die Patientin, das Aufkommen unangenehmer, schwieriger Themen oder aufgrund von verletzten Wertvorstellungen und Selbstbildern.

Neuere Forschungsarbeiten (vgl. Castonguay, 2010; Timulak, 2010; Timulak & Richards, 2012) knüpften an die vorangegangenen Studien an und kamen im Wesentlichen zu gleichen Ergebnissen. Missverständnisse zwischen Therapeutin und Patientin, Enttäuschung und Frustration über den therapeutischen Prozess, ungewollte

Gedanken und Verwirrung, ausgelöst durch aufgezwungene Konfrontationen, sowie therapeutische Unterlassung durch fehlende Struktur und emotionale Unterstützung, wurden am häufigsten als unerwünschte Ereignisse berichtet. Zudem zeigten sich Abschweifen von wichtigen Aufgaben und Themen und mangelnde Übereinstimmung über den Verlauf des therapeutischen Prozesses zwischen Patientin und Therapeutin als negative Aspekte innerhalb der Therapie.

Grundsätzlich wird demnach in der Literatur von ähnlichen unerwünschten und negativen Erfahrungen ausgegangen. Hierzu zählen zusammenfassend ein negatives Therapeutinnenverhalten, Mängel in der Therapiedurchführung, Probleme in der Therapeutin-Klientin Beziehung und ethische Probleme.

Zusammenhänge der Intrasessionprozesse mit therapeutischer Beziehung und Bindungs- und Beziehungsverhalten

Neben dem Zusammenhang von Intrasession-Prozessen mit einem erfolgreichen Psychotherapieergebnis (Orlinsky, Ronnestad und Willutzki, 2004), lassen sich aus der Literatur Zusammenhänge mit weiteren, für den therapeutischen Prozess relevanten Konstrukten, ableiten. Dazu zählen unter anderem die therapeutische Beziehung und das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin. Die bedeutsamsten und für die Arbeit relevanten Forschungsergebnisse sollen im Folgenden dargestellt werden.

Zusammenhang von Intrasession-Prozess und therapeutischer Beziehung

Zu Beginn werden die unterschiedlichen Ebenen und Komponenten der therapeutischen Beziehung kurz umschrieben. Anschließend sollen die Zusammenhänge mit den Intrasession-Prozessen auf Grundlage dieser Sichtweisen herausgearbeitet werden.

Die *therapeutische Beziehung* oder die *therapeutische Allianz* kann als eine professionelle Kommunikation im Sinne eines interaktionellen Prozesses verstanden werden (Strotzka, 1975) und bezieht sich auf die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit. Sie beinhaltet nicht nur die Übereinstimmung über das therapeutische

Vorgehen, sondern auch die emotionale Verbundenheit zwischen Patientin und Therapeutin im therapeutischen Prozess (Horvath & Bedi, 2002).

Nach Horvath und Luborsky (1993) kann die Auffassung des Konzepts der therapeutischen Beziehung auf Freud's (1913) Theorie der Übertragung zurückgeführt werden. Anfänglich betrachtete Freud das Übertragen von Emotionen, Affekten, Wünschen oder Erwartungen auf neue Beziehungspersonen rein negativ. In seinen späteren Arbeiten nahm er aber eine andere Haltung gegenüber der *Übertragung* an. Er interpretierte sie als eine heilsame Bindung, die sich zwischen Therapeutin und Patientin im Verlauf der Therapie entwickelt, und nicht als Projektion.

Greenson (2008) sieht in der therapeutischen Beziehung eine *Realbeziehung*, beziehungsweise eine realitätsbasierte Zusammenarbeit, zwischen Klientin und Therapeutin. Dazu zählen die Rahmenbedingungen der Therapie, beispielsweise die therapeutischen Vereinbarungen und Abkommen, sowie ein angemessener Umgang mit der Patientin als reale Partnerin, aber auch die eigene Verhaltensweisen und Eigenschaften der Therapeutin (Janssen & Beutel, 2009).

Bordin (1979) fasst die therapeutische Beziehung als eine *Arbeitsbeziehung* auf, deren Definition für jeden therapeutischen Zugang gültig ist. Der kooperativen Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin liegt der Versuch zu Grunde, das Leid der Patientin zu vermindern und ihren dysfunktionalen Verhaltensweisen zu minimieren. Nach Bordin setzt sich die therapeutische Beziehungen im Wesentlichen aus drei Elementen zusammen: *Übereinstimmung über die Ziele einer Therapie*, *Übereinstimmung über die Aufgaben* und die *Entwicklung einer persönlichen Beziehung* auf Basis beidseitig positiver Gefühle. Die ersten beiden Komponenten können sich nur dann entwickeln, wenn die persönliche Beziehung zwischen den beiden Personen vertraut und wertschätzend ist. Jede Übereinstimmung über Ziel und Aufgabe verlangt von der Patientin das Vertrauen in die Therapeutin ihre Probleme lösen zu können, und umgedreht muss die Therapeutin von den persönlichen Ressourcen der Patientin überzeugt sein.

Die therapeutische Beziehung umfasst demnach verschiedene Ebenen. Sie kann Arbeitsbeziehung, Realbeziehung, eine persönliche Beziehung oder Übertragungsbeziehung sein.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass es zwei wichtige Phasen in der Entwicklung der therapeutischen Beziehung gibt. In der ersten Phase wird ein

geeignetes Maß an Vertrauen und Zusammenarbeit gefördert. Patientin und Therapeutin werden sich dabei über ihre gemeinsamen Ziele einig und die Patientin entwickelt Vertrauen in das therapeutische Geschehen, was den Rahmen der Therapie darstellt. In der zweiten Phase beginnt die Therapeutin dysfunktionale Gedanken, Affekte und Verhaltensmuster in Frage zu stellen, mit der Intention diese zu verändern. In dieser Phase kann es zu Spannungen in der therapeutischen Beziehung kommen, da die Patientin die aktiven Interventionen als Zurücknahme der Unterstützung und Empathie interpretieren kann. Diese Konflikte müssen jedoch überwunden werden, wenn die Therapie erfolgreich sein soll (Ardito & Rabellino, 2011).

Der Zusammenhang der therapeutischen Beziehung mit dem Psychotherapieergebnis wurde in den letzten Jahren bereits vielfach erforscht. Die meisten Forschungsarbeiten berichten einen moderaten aber konsistenten Zusammenhang zwischen einer guten therapeutischen Beziehung und einer erfolgreichen Psychotherapie (Hovarth & Symonds, 1991; Lambert & Barley, 2001; Martin, Garske & Davis, 2000).

Weniger Erkenntnisse gibt es jedoch darüber, welchen Einfluss die therapeutische Beziehung auf spezifische Prozesse innerhalb der Therapiesitzung ausübt, die ihrerseits bestimmte therapeutische Veränderungen hervorrufen und einen Einfluss auf den Erfolg der Psychotherapie haben können (Ackermann, Hilsenroth, Baity & Blagys, 2000; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Oder umgekehrt, welche förderlichen Einflüsse des therapeutischen Prozesses als Indikatoren für die Qualität der laufenden Interaktion zwischen Patientin und Therapeutin dienen können (Hartmann, Orlinsky, Weber, Sanholz & Zeeck, 2010).

Grundsätzlich gestaltet sich die Abgrenzung der beiden Phänomene therapeutische Beziehung und Intrasession-Prozess schwierig, da die therapeutische Beziehung immer auch Teil des therapeutischen Prozesses ist. Die Qualität einer Therapiesitzung wird sich zudem über die Zeit verändern und nicht jede Sitzung wird bei der Klientin Resonanz erzeugen. Das gleiche gilt für die therapeutische Beziehung, die sich in einer Sitzung wertvoll anfühlen und in der nächsten aufwühlend und bedrohlich wirken kann. Die wahrgenommenen therapeutischen Veränderungen sowie die therapeutische Beziehung können folglich durchaus ambivalent sein und je nach Zeit und Umstand positiv oder negativ interpretiert werden (Hartmann et. al, 2011).

Trotz dieser Schwierigkeiten soll nun versucht werden die Zusammenhänge der beiden Konstrukte herauszuarbeiten.

Nach Bordins (1979) drei Elementen der therapeutischen Beziehung (Übereinstimmung über die Ziele einer Therapie, Übereinstimmung über die Aufgaben, Entwicklung einer persönlichen Beziehung) ist das Erleben positiver Therapieprozesse nur dann möglich, wenn eine stabile persönliche Bindung zwischen der Therapeutin und der Patientin aufgebaut wurde. Wenn die Gefühle der Patientin zur Therapeutin weitgehend positiv sind, werden wahrscheinlich eher positive Emotionen hervorgerufen, die zu therapeutischen Veränderungen beitragen können.

Umgekehrt können Unstimmigkeiten zwischen Klientin und Therapeutin negative Emotionen hervorrufen und das Gefühl von Sympathie oder Unterstützung vermindern, was schließlich weniger positive Übertragungsprozesse zur Folge haben wird. Ein Review-Artikel von Ackerman und Hilsenroth (2003) verwies auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer ehrlichen, respektvollen, vertrauenswürdigen, warmen und interessierten Beziehungserfahrung innerhalb des therapeutischen Prozesses und einer positiven Patientin-Therapeutin-Beziehung.

Ferner ist es naheliegend, dass die Erfahrungen innerhalb einer Sitzung für die Klientin kaum bedeutsam und nachhaltig sind, wenn die Therapeutin wenig Eindruck bei der Patientin hinterlässt (Hartmann, Orlinksy & Zeeck, 2011).

Darüber hinaus lässt sich ableiten, dass die Übereinstimmung über die Aufgaben der Therapie und das Hinterfragen von dysfunktionalen Gedanken- und Verhaltensmustern die Voraussetzung für problembezogene Therapieprozesse, wie beispielsweise die Klärung des Problems, die Entwicklung von Selbstwirksamkeit, die Vergegenwärtigung der Problematik aber auch für Einsichtserlebnisse, darstellt. Dieser Zusammenhang lässt sich auch auf das Erleben von Emotionen, die emotionale Erleichterung sowie die Reflexion von Gedanken und Gefühle übertragen. So betonten Ackermann & Hilsenroth (2003) den signifikant positiven Einfluss von therapeutischen Techniken, die Exploration, Reflexion, treffende Interpretation oder Unterstützung des Affektausdruckes beinhalten, auf eine gute therapeutische Beziehung. Negative Therapieprozesse wie etwa Verwirrung über das therapeutische Geschehen, Zurückweisung durch die Therapeutin oder Missverständnis zwischen den Beziehungspersonen werden demnach umso häufiger auftreten, je schlechter das Verhältnis zwischen Klientin und Therapeutin ist. Ackerman, Hilsenroth, Baity und Blagys (2000)

sehen signifikante Zusammenhänge zwischen Techniken wie Überstrukturierung, unangebrachte Selbstoffenbarung, starre Übertragungsinterpretationen oder unpassendes Schweigen und einer schlechten therapeutischen Beziehung.

Zudem wird angenommen, dass Patientinnen, die eine starke positive emotionale Beziehung zur Therapeutin empfinden, an die Therapiesitzung mit einer positiven Erwartungshaltung herangehen und die Interaktion mit ihrer Therapeutin als positiv betrachten (Hartmann et al., 2011). Dies kann wiederum das Erfahren therapeutischer Veränderungen begünstigen beziehungsweise erschweren, wenn die Erwartungshaltung aufgrund negativer Emotionen zur Therapeutin negativ ist und keine gute Zusammenarbeit stattfinden kann. Dieser Prozess kann auch reziprok für die Therapeutin übernommen werden, die bei einer guten therapeutischen Beziehung der Klientin mit mehr Motivation und Zuversicht begegnen wird.

Ein weiteres Konstrukt, das einen Einfluss auf die Intensität und Häufigkeit der Intrasession-Prozesse, aber auch auf die Qualität der therapeutischen Beziehung haben kann, ist das von der Patientin mitgebrachte Bindungs- und Beziehungsverhalten (Levy, 2013). Damit verbundene Forschungsarbeiten und Überlegungen sollen im Folgenden dargestellt werden.

Zusammenhang von Intrasession-Prozess und Bindungs- und Beziehungsverhalten

Bowlby's (1969) Bindungstheorie ist eine der einflussreichsten Perspektiven auf den lebenslangen Entwicklungsprozess in der Psychologie. Seine Implikationen beziehen sich dabei nicht nur auf das Verständnis von Persönlichkeitseigenschaften und Psychopathologie, sondern auch auf den psychotherapeutischen Prozess (Davila & Levy, 2006).

In seinen wegweisenden Schriften zur Bindungstheorie postulierte Bowlby (1973; 1981), dass Säuglinge evolutionsbedingt über ein angeborenes Repertoire an Bindungsverhalten (z.B. schreien, klammern) verfügen, um die Nähe von unterstützenden Personen in schwierigen Zeiten sicherzustellen. Diese psychologischen und behavioralen Reaktionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, vor körperlichen und psychischen Bedrohungen geschützt zu werden, und fördern die Entwicklung von

Copingstrategien in Bezug auf Emotionsregulation und einer gesunden Exploration der physischen und sozialen Umwelt (Mikulincer, Shaver & Berant, 2013).

Das Bindungssystem ist darüber hinaus über die gesamte Lebensspanne gültig und über eine Vielzahl von Beziehungen aktiv. Es manifestiert sich in Gedanken, Verhalten und Emotionen und ist stets auf der Suche nach Angeboten der Unterstützung (Mikulincer, Gillath, & Shaver, 2002). Obwohl alle menschlichen Wesen mit dieser Kapazität geboren werden, existieren hinsichtlich der Beziehungen wichtige individuelle Unterschiede. Idealerweise fördert der Austausch mit verfügbaren, einfühlsamen und verantwortungsvollen Bindungsfiguren in schwierigen Zeiten ein dauerhaftes Gefühl von Bindungssicherheit. Dieses kennzeichnet das Vertrauen, sich auf enge, unterstützende und beschützende Beziehungspersonen verlassen zu können, um so die Umwelt sicher erkunden und mit Anderen in Beziehung treten zu können. Umgekehrt wird dieses Gefühl von Sicherheit nicht erreicht, wenn die Bindungsfigur nicht verfügbar ist und daher nicht unterstützend handelt. Daraus können wiederum Zweifel über die eigene Liebenswürdigkeit und Sorgen über die Intention des Anderen entstehen (Mikulincer & Shaver, 2004).

Darüber hinaus postulierte Bowlby (1988), dass die Qualität der Beziehung mit späteren Bindungspersonen in jedem Alter das Sicherheitsgefühl eines Menschen verändern kann und er sich variabel auf der ängstlichen oder vermeidenden Dimension des Bindungsverhaltens bewegen kann. Es kann also eine Vielzahl von Beziehungspersonen als Bindungsfiguren während der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter fungieren, wenn diese eine verlässliche Bezugsquelle für Unterstützung und Schutz darstellen. Dazu gehören Geschwister, andere Verwandte, TrainerInnen oder LehrerInnen sowie enge FreundInnen oder romantische PartnerInnen (Mikulincer et al., 2013).

Bowlby (1982) formulierte hierzu drei Voraussetzungen, die ein/e BeziehungspartnerIn erfüllen muss, wenn er oder sie als BindungspartnerIn dienen soll. Zunächst sind Bindungsfiguren Ziel der Aufrechterhaltung von Nähe. Menschen jeden Alters, zumindest jene, welche über eine sichere Bindung verfügen, tendieren dazu, Nähe zu Bindungspersonen zu suchen und diese zu genießen, wenn sie gebraucht wird, sowie Leid zu empfinden, wenn sie von den Bindungspersonen getrennt werden. Zweitens stellen Bindungspersonen einen sicheren physischen und emotionalen Hafen dar. Sie ermöglichen Leidlinderung und sind eine Quelle für Unterstützung und

Wohlbefinden. Zuletzt fungieren Bindungspersonen als sichere Basis, von der aus exploriert werden kann und sich so die eigene Persönlichkeit und Fähigkeiten ausbilden können.

Nach Bowlby (1988) können diese drei Kriterien auch durch Psychotherapeutinnen erfüllt werden. Folglich kann also die Therapeutin im therapeutischen Prozess als Bindungsperson für die Patientin dienen. Die Therapeutin kann einen sicheren Hafen und eine Basis für die Patientin darstellen, von der aus die Klientin schmerzhaftes Erinnerungen und Erfahrungen erforschen und reflektieren kann. Die Therapeutin sollte Sicherheit geben und Trost spenden, ermutigen und der Klientin mit positiver Wertschätzung gegenüberstehen, um ihr die Bewältigung von Angst und Verzweiflung zu ermöglichen. Die Therapeutin kann das positive Potential der Klientin verstärken, eine neue Perspektive auf ihre Probleme eröffnen und der Klientin helfen ihre Gefühle und Handlungen und die Reaktionen anderer auf diese Handlungen besser zu verstehen. Die Therapeutin kann also, wie eine gute Bindungspartnerin, unterstützen und Sicherheit geben, während die Klientin immer mehr Kompetenzen erlangt, um mit Emotionen und sozialen Beziehungen besser umgehen zu können (Mikulincer et al., 2013).

Auf diesem Gebiet wurde in den letzten Jahren umfangreiche Forschung betrieben. So konnten Studien zeigen, dass sich ein unsicherer Bindungsstil bei Patientinnen negativ auf die therapeutische Beziehung auswirkt und umgekehrt ein sicherer Bindungsstil eine bessere Therapeutinnen-Klientinnen-Beziehung zur Folge hat (Smith, Msetfi & Golding, 2010). Jedoch zeigten Metaanalysen von Diener, Hilsenroth und Weinberg (2009) beziehungsweise Diener und Moore (2011) lediglich kleine Effektstärken für den Zusammenhang eines sicheren Bindungsverhaltens bei Patientinnen und einer guten therapeutischen Beziehung. Es bleiben also Zweifel über die Aussagekraft dieses Zusammenhangs, woraus sich die Frage ergibt, ob die aufgebaute Bindung im psychotherapeutischen Prozess mit der Therapeutin wichtiger ist, als das vorher manifestierte Bindungsverhalten. Abgeleitet aus Bowlby's Bindungstheorie (1988) wäre es demnach auch für unsicher gebundene Patientinnen möglich, zusammen mit der Therapeutin im Therapieprozess ein sicheres Bindungsverhältnis aufzubauen und positive Veränderungen zu erreichen.

Abgesehen von Beziehungserfahrungen mit der Therapeutin innerhalb der Therapie, gibt es wenig Forschung zur Auswirkung des Bindungsverhaltens der

Patientin auf Prozesse innerhalb der Therapie. So konnten Marmarosh et al. (2009) zeigen, dass ein vermeidender Bindungsstil in romantischen Beziehungen mit mehr Angst vor Scham und Demütigung in Gruppentherapien verbunden ist. Shechtman und Rybko (2004) verwiesen auf einen Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungsstil in engen Beziehungen und mehr Selbstoffenbarung in Gruppentherapien. Gelso, Palma und Bhatia (2013) beschreiben den Zusammenhang zwischen dem Bindungsverhalten der Patientin und Übertragungsprozessen innerhalb der Therapie, wobei sie eine Abhängigkeit der Qualität des Übertragungsprozesses vom generellen Bindungsstil der Patientin formulierten.

Zielsetzung der Studie

Das Ziel der vorliegenden Studie lässt sich in zwei wesentliche Bereiche untergliedern. Einerseits soll im Rahmen dieser Masterarbeit der Intrasession-Fragebogen von Kaiser (2014) anhand einer aussagekräftigen Stichprobengröße psychometrisch überprüft werden und um eine Skala zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen erweitert werden. Die dafür erhobenen Daten sollen Hinweise auf die interne Konsistenz und die faktorielle Struktur des Intrasession-Fragebogens liefern. Die teststatistischen Analysen beinhalten demnach mehrere Untersuchungen zur Faktorenstruktur und zur Reliabilität des Fragebogens.

Andererseits stehen weitere, für das therapeutische Geschehen relevante Konstrukte und deren Zusammenhänge mit den Intrasession-Prozessen im Vordergrund. Hierzu zählen das subjektive Therapieergebnis, die therapeutische Beziehung und das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin. Die vorliegende Arbeit soll bereits bekannte Zusammenhänge, wie die zwischen bestimmten Intrasession-Prozessen und dem subjektiven Therapieergebnis, neu beleuchten und prüfen. Im Hinblick auf die therapeutische Beziehung bilden insbesondere die Untersuchungen zu negativen Therapieereignissen anhand der neu entwickelten Skala und der größeren Stichprobe den Mehrwert der Untersuchung.

Neue Erkenntnisse sollen für die Überprüfung der Zusammenhänge von Intrasession-Prozessen mit dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientinnen erzielt werden. Auf diesem Gebiet wurde bisher wenig Forschung betrieben.

Fragestellung und Hypothesen

Im Folgenden werden die inhaltlichen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Zunächst werden die Fragestellungen hinsichtlich der Intrasession-Prozesse und dem subjektiven Therapieergebnis angeführt, gefolgt von den Fragestellungen hinsichtlich des Zusammenhangs der Intrasessionprozesse und der therapeutischen Beziehung beziehungsweise des Bindungs- und Beziehungsverhaltens der Klientin.

Intrasession-Prozess und subjektives Therapieergebnis

Fragestellung 1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und dem subjektiven Therapieergebnis?

H1.1 Patientinnen mit einem besseren subjektiven Therapieergebnis berichten häufiger positive Intrasession-Prozesse (Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen, Emotionale Prozesse)

H1.2 Patientinnen mit einem schlechteren subjektiven Therapieergebnis berichten häufiger negative, unerwünschte Intrasession-Prozesse.

Fragestellung 1a. Können bestimmte Intrasession-Prozesse identifiziert werden, die das subjektive Therapieergebnis vorhersagen?

H1.1a Ein gutes subjektives Therapieergebnis kann durch positive Intrasession-Prozesse vorhergesagt werden.

H 1.2a Ein schlechtes subjektives Therapieergebnis kann durch negative und unerwünschte Intrasession-Prozesse vorhergesagt werden.

Intrasession-Prozess und therapeutische Beziehung

Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und der Qualität der therapeutischen Beziehung?

H2.1 Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den Aspekten der Qualität der therapeutischen Beziehung und positiven Therapieerfahrungen.

H2.2 Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einer schlechten therapeutischen Beziehung und unerwünschten, negativen Therapieprozessen.

Fragestellung 2a: Können die verschiedenen Komponenten des Intrasession-Prozesses durch die Aspekte der therapeutischen Beziehung vorhergesagt werden?

H2.1a Positive Therapieprozesse können durch eine gute therapeutische Beziehung vorhergesagt werden.

H2.2a Negative Therapieprozesse können durch eine schlechte therapeutische Beziehung vorhergesagt werden.

Intrasession-Prozess und Bindungs- und Beziehungsverhalten

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin?

H3.1. Patientinnen mit einem sicheren bzw. unabhängigen Bindungsstil berichten häufiger positive Therapieprozesse als Patientinnen mit einem ängstlichen bzw. abhängigen Bindungsstil.

H3.2 Patientinnen mit einem ängstlichen bzw. abhängigen Bindungsstil berichten häufiger negative und unerwünschte Therapieprozesse als Patientinnen mit einem sicheren bzw. unabhängigen Bindungsstil.

Fragestellung 3a Können die Komponenten des Intrasession-Prozesses durch das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin vorhergesagt werden?

H3.1a Positive Therapieprozesse können durch ein sicheres-unabhängiges Bindungsverhalten der Patientin vorhergesagt werden.

H3.2a Negative Therapieprozesse können durch ein ängstliches-abhängiges Bindungsverhalten der Patientin vorhergesagt werden.

Untersuchungsdesign und Methode

Im Folgenden werden der zeitliche und inhaltliche Untersuchungsablauf, seine Durchführung und die herangezogene Stichprobe sowie die verwendeten Messinstrumente beschrieben. Dabei wird die Entwicklung der neuen Skala des Intrasession-Fragebogens zu unerwünschten und negativen Therapieerfahrungen skizziert.

Untersuchungsablauf

Die in dieser Studie verwendeten Daten wurden im Rahmen einer Onlinestudie im Querschnittsdesign im Zeitraum zwischen 08.05.2016 und 08.08.2016 erhoben. Die für die Beantwortung der formulierten Fragestellungen notwendigen Daten wurden mittels der angeführten Messinstrumente erfasst. Die Rekrutierung der ProbandInnen erfolgte ebenfalls online über die unten angeführten Foren zum Thema Psychiatrie und Psychotherapie sowie über schriftliche Aushänge an der Universität Wien (Anhang E)

www.schizophrenie-netz.info

www.hoffnungsschimmer-forum.de

www.borderline-forum.org

www.borderline-forum.net

www.chaos-linie.de

www.sockenschein.de

www.psychologie-heute.de/service/mitmachen

www.diskussionsforum-depression.de

www.psychic.de/forum

www.restrealitaet.de/rr/index.html

www.forum-depressionen.de

Über das soziale Netzwerk „Facebook“ wurden ebenfalls mehrere TeilnehmerInnen in den folgenden Gruppen mobilisiert:

„Masterstudium Psychologie Uni Wien“, „Masterstudium Psychologie Uni Innsbruck“, „Psychologie“, „Philosophie Uni Wien“, „Master Erziehungs- und Bildungswissenschaften Uni Wien“, „Technische Physik II TU WIEN“, „Geographie“, „Erstis Psychologie Uni Halle 2013/14“, „Erstis Psychologie Uni Halle 2012/13“, „Uni Bielefeld“, „TU WIEN ARCHITEKTUR“, „Lehramt an der Uni Hamburg“, „Psychologie Uni Hamburg WS 12/13“, „Psychologie Uni Wien“, „Psychologie Erstis Uni Freiburg WS14/15“, „BSc Psychologie FU Berlin WS 13/14“, „Technische Universität Wien-TU“, „Erstsemester Psychologie Uni Halle WS 2015/16“, „Technische Physik II WS15 II TU Wien“, „TU WIEN – ARCHITEKTUR“, „Buchhaltung und Bilanzierung :)“, „Fernuni Hagen Psychologie Lerngruppe München FUH BA Ma“, „PöbelPsychologen Uni Wien“, „Verfahrenstechnik TU Wien“, „Erstsemester Psychologie Uni Halle WS 2014/15“, „2. Semester Bauingenieurwesen Tu Wien“, „FG Psychologie Basel“, „TU WIEN Architektur | ARCHITEKTT“, „Psychotherapeutisches Propädeutikum“, „Philosophie Uni Wien“, „Erstsemester Architektur 2015WS // TU WIEN“, „Psychologische Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Kongresse/Seminare/Workshop“, „Psychologie Uni Hamburg WS 15/16“, „Ausbildung klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie“, „BSc Psychologie FU Berlin WS 14/15“, „Psychologie Uni Hamburg WS 13/14“, „Strömungsmechanik SS2016 TU Wien“, „Biomedical Engineering @ TU Wien“, „Master Psychologie Uni Hamburg WS 13/14“, „Algorithmen und Datenstrukturen1 (ALGO 1) TU Wien“, „IBWL“, „Stochastik TU Wien“

Stichprobenbeschreibung

Voraussetzung für den Einschluss in die vorliegende Studie war die Inanspruchnahme einer Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit in einem Ausmaß von mindestens 20 Therapiesitzungen.

Abbildung 1 Flussdiagramm für die Zusammensetzung und Veränderung der Stichprobe

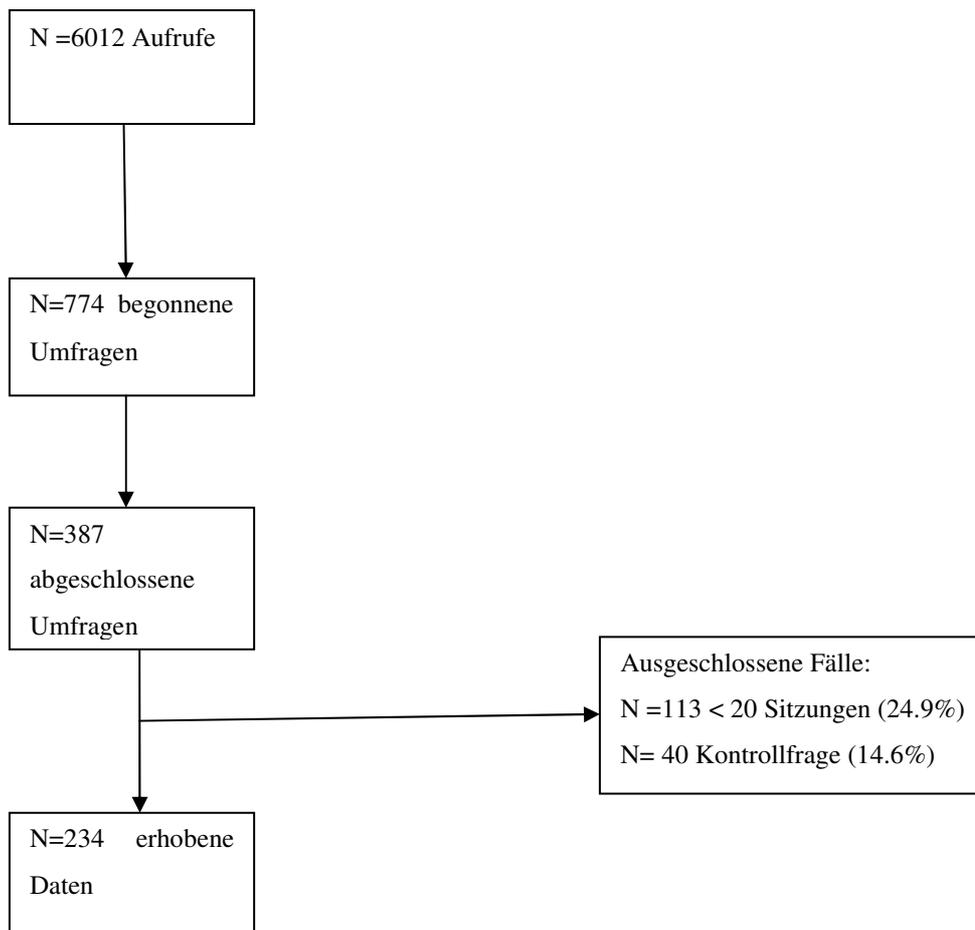


Abbildung 1. Gewinnung, Zusammensetzung und Dropout (49.5%) der ProbandInnen in der Online-Befragung.

Die theoretische Ausrichtung der Psychotherapie spielte keine Rolle. Außerdem wurden jene Fälle ausgeschlossen, die aufgrund der Beantwortung einer Kontrollfrage („In jeder Psychotherapie findet eine vollständige körperliche Untersuchung statt?“) zur Vermeidung von Antwortverfälschungen vorzeitig aus der Befragung genommen wurden. Diese Auswahl führte zu einem Ausschluss von 153 (39.5%) Personen und ergab einen Stichprobenumfang von N= 234 Personen. Abbildung 1 zeigt einen Überblick über den Verlauf der Festlegung der endgültigen Stichprobengröße.

Allgemeine soziodemographische Angaben. Die Geschlechterverteilung zeigte eine überwiegende Mehrheit weiblicher Versuchsteilnehmerinnen mit 202 (86.3%)

Fällen und eine geringere Anzahl von 29 (12.4%) männlichen Teilnehmern. Drei Personen (1.3%) ordneten sich einem androgynen oder neutralen Geschlecht zu.

Das Alter der TeilnehmerInnen betrug bei den Frauen $M = 29.04$ Jahre ($SD = 8.65$; Min = 16; Max = 54) und bei Männern $M = 30.86$ Jahre ($SD = 9.24$; Min = 23; Max = 64), innerhalb des androgynen oder neutralen Geschlechts $M = 28.33$ Jahre ($SD = 7.77$; Min = 22; Max = 37). Knapp die Hälfte der TeilnehmerInnen (Männer = 41.4%; Frauen = 45.5%, Andere=33.3%) verfügten über die allgemeine Hochschulreife. Ein Viertel der weiblichen (20.3%) und männlichen (20.7%) TeilnehmerInnen hatten einen Hochschulabschluss (Bachelor/Vordiplom).

Angaben zur Psychotherapie der TeilnehmerInnen. Die Anzahl der gestellten Diagnosen bei den ProbandInnen betrug im Durchschnitt $M = 2.19$ ($SD = 1.39$; Min = 1; Max = 9) (Tabelle 2).

Tabelle 2

Anzahl der ausgewählten Diagnoseoptionen (N=234)

Anzahl Diagnosen	Häufigkeit	Prozent
1	103	44.0
2	51	21.8
3	37	15.8
4	26	11.1
5	13	5.6
6	3	1.3
9	1	0.4
Gesamt	234	100.0

Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen ist, waren die häufigsten Angaben zum Therapiegrund „affektive Störungen“ (61.4%), „Angststörungen“ (29.9%) und „Traumafolgestörungen“ (29.5%). Die Kategorie „Sonstige“ fasste 33 ProbandInnen zusammen, die eine „Anpassungsstörung“, „Genderdysphorie“ oder „selbstverletzendes Verhalten“ als Diagnose angegeben haben.

Tabelle 3

Häufigkeiten und Anteilswerte (%) der Nennungen zu den Diagnoseoptionen. Mehrfachnennungen waren möglich (N=234)

Diagnose	Häufigkeit	Anteilswerte (%)
Affektive Störung (z.B. Depression)	150	64.1
Angststörung	70	29.9
Traumafolgestörung	69	29.5
Persönlichkeitsstörung	51	21.8
Essstörung	47	20.1
Sonstige	33	14.1
Somatoforme Störung	27	11.5
Schlafstörung	25	10.7
Burnout	18	7.7
Zwangsstörung oder Zwänge	9	3.8
Alkohol- und Substanzmissbrauch	7	3.0
Bipolare Störung	4	1.7
Schizophrenie	2	0.9

Wie in Tabelle 4 dargestellt, absolvierte ein relativ großer Anteil der ProbandInnen mindestens eine oder zwei Psychotherapien.

Darüber hinaus geht aus Tabelle 5 hervor, dass die meisten PatientInnen aktuell oder in der vergangenen eine tiefenpsychologisch (41.9%) oder verhaltenstherapeutisch (34.6%) orientierte psychotherapeutische Behandlung erhalten haben. Die tiefenpsychologische Orientierung fasst dabei die Therapieformen Psychoanalyse, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie und Individualpsychologie zusammen. Die Systemische Orientierung meint unter anderem die systemische Familientherapie. Die humanistisch-existentielle Orientierung beinhaltet Gestalttheoretische Psychotherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie und Psychodrama. In die Kategorie „Andere“ fallen Traumatherapie, Körperorientierte Psychotherapie und Coaching

Tabelle 4

Häufigkeiten und Anteilswerte der bisher absolvierten Psychotherapien (N=234)

Therapieanzahl	Häufigkeit	Prozent
1	116	49.6
2	58	24.8
3	35	15.9
4	12	5.1
5	5	2.1
6	3	1.3
7	1	0.4
8	2	0.9
9	1	0.4
10	1	0.4
Gesamt	234	100

Tabelle 5

Häufigkeiten und Anteilswerte (%) der therapeutischen Orientierung der aktuellen oder letzten Psychotherapie (N=234)

Orientierung	Häufigkeit	Prozent
Systemische Orientierung	14	6.0
Verhaltenstherapeutische Orientierung	81	34.6
Tiefenpsychologische Orientierung	98	41.9
Humanistisch-existenzielle Orientierung	34	14.5
Andere	7	3.0
Gesamt	234	100

Beschreibung der Messinstrumente

Es folgt die Darstellung der im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Messinstrumente. Dabei wird zunächst auf den Intrasession-Fragebogen in der Version von Kaiser (2014) und auf die für diese Arbeit neu entwickelte Skala zu „negativen und unerwünschten Therapieereignissen“ eingegangen. Im Anschluss folgen die für die Beantwortung der inhaltlichen Fragestellungen relevanten Ergebnisinstrumente.

Der Intrasession-Fragebogen

Der von Kaiser (2014) entwickelte Intrasession-Fragebogen erfasst mittels der drei Grundkomponenten *Problembezogene Prozesse*, *Beziehungserfahrungen* und *Emotionale Prozesse* elf verschiedene, für das therapeutische Geschehen relevante Intrasession-Prozesse (Klärung, Erlebte Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung, Einsicht, Loyalität und Sympathie, Selbstwertstützung, Unterstützung, Konflikte und Übertragung, Emotionale Erleichterung/ Katharsis, Emotionales Erleben, Containment), die mit insgesamt 49 Items beschrieben werden. In Tabelle 6 findet sich eine Übersicht über die drei Grundskalen und die dazugehörigen Subskalen mit Beispielitems. Jede Subskala enthält dabei drei bis sechs Items die auf einer siebenstufigen Likertskala in ihrer Häufigkeit beschrieben werden. Die Skalierung der Items lautet wie folgt: (1) - „nie“, (2) - „fast nie“, (3) - „selten“, (4) - „manchmal“, (5) - „oft“, (6) - „sehr oft“, (7) - „immer“.

Die Beantwortung der Fragen bezog sich in dieser Untersuchung auf das durchschnittliche Erleben der jeweiligen Ereignisse innerhalb einer Therapiestunde der aktuellen oder vergangenen Psychotherapie. Die Befragung wurde mit folgender Instruktion eingeleitet:

„Es folgen einige Erlebnisse und Erfahrungen, die man in Psychotherapiestunden haben kann. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie diese Erlebnisse durchschnittlich innerhalb ihrer Psychotherapiestunden durchlebt haben“.

In meiner Therapiestunde...

	nie	fast nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
...habe ich das Gefühl, dass meine Psychotherapeutin an meinem Wohlergehen interessiert ist.	<input type="radio"/>						

Abbildung 2 Beispielitem des Intrasession-Fragebogens in der Online-Erhebung

Tabelle 6

Skalen und Subskalen des Intrasession-Fragebogens in der Version von Kaiser (2014), Itemanzahl und Beispielitems

Skala und Subskala	Itemanzahl	Beispielitem
<i>Problembezogene Prozesse</i>	15	
Klärung	3	<i>...habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe.</i>
Erlebte Selbstwirksamkeit	3	<i>...traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.</i>
Problemaktualisierung	4	<i>...erkenne ich, woran ich arbeiten muss.</i>
Einsicht	5	<i>...wird mir klar, weshalb ich auf bestimmte Menschen so und nicht anders reagiere.</i>
<i>Beziehungserfahrungen</i>	20	
Loyalität und Sympathie	5	<i>...fühle ich mich in der Beziehung zu meiner Therapeutin wohl.</i>
Selbstwertstützung	6	<i>...erlebe ich mich als wertvolle Person</i>
Unterstützung	5	<i>...finde ich, dass die Therapeutin meine Probleme richtig einschätzt.</i>
Konflikte und Übertragung	4	<i>...bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meiner Therapeutin und anderen mir vertrauten Personen.</i>
<i>Emotionale Prozesse</i>	14	
Emotionale Erleichterung/ Katharsis	5	<i>...kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken.</i>
Emotionales Erleben	4	<i>...stehen meine Gefühle im Vordergrund.</i>
Containment	5	<i>...kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist.</i>

Anmerkung. . Alle Items der Skala beginnen mit der Phrase „In meiner Therapiestunde...“.

Die Skala *Problembezogene Prozesse* enthält 15 Items und erhebt vier Prozesse, die direkt mit dem Problem der Patientin zusammenhängen. Dabei geht es um das bloße Verständnis ihrer Probleme auf emotionaler (Einsicht) und kognitiver Ebene (Klärung) bis hin zum Gefühl, das Problem lösen zu können (Selbstwirksamkeit), sowie um die Einschätzung des eigenen Erlebens des Problems (Problemaktualisierung).

Die Skala *Beziehungserfahrungen* erhebt über weitere vier Skalen die Häufigkeiten verschiedener Empfindungen und Erlebnisse, die mit der Beziehung zur Therapeutin in Zusammenhang stehen. Beispielsweise kann die Beziehung der Patientin zur Therapeutin als loyal beschrieben werden und von Sympathie geprägt sein (Loyalität/Sympathie). Sie kann darüber hinaus angeben, wie sehr sich die Patientin auf Problemebene (Unterstützung) und auf der emotionalen Ebene (Selbstwertstützung) durch die Beziehung gestärkt fühlt, aber auch ob durch Übertragungsprozesse (Übertragung) frühere Beziehungserfahrungen und Wünsche für die aktuelle therapeutische Beziehung eine Rolle spielen.

Die dritte Skala *Emotionale Prozesse* erfasst auf drei Subskalen das bloße Erleben von Emotionen (Emotionales Erleben) oder das Entlasten von belastenden Emotionen (Katharsis/emotionale Erleichterung) und das Erkennen und Verbalisieren von Emotionen, die bisher eher diffus und unausgesprochen waren (Containment) (Kaiser, 2014).

Die Reliabilitäten der einzelnen Skalen werden anhand der Gesamtstichprobe berechnet und finden sich im Ergebnisteil.

Entwicklung der Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse

Nach genauerer Durchsicht der einschlägigen Literatur zu therapeutischen Veränderungen in der Psychotherapie zeigte sich, dass Bedarf an einer Erweiterung des Intrasession-Fragebogens von Kaiser (2014) um eine Skala zu „negativen und unerwünschten Therapieereignissen“ besteht. Das Interesse gilt hier, wie auch bei den bereits vorhandenen Skalen, der Erhebung der Häufigkeit des Auftretens dieses Therapieprozesses.

Die folgenden fünf Dimensionen wurden auf Grundlage der angeführten Literatur zu hinderlichen und negativen Therapieereignissen im Punkt „negative und unerwünschte Intrasession-Prozesse“ formuliert:

- *Missverständnis*
- *Scham*
- *Verwirrung*
- *Zurückweisung/Missachtung*
- *Verletzung/Missbrauch*

Die erste Version der neuen Skala beinhaltet insgesamt 21 Items verteilt auf die fünf angeführten Subskalen Missverständnis, Scham, Verwirrung, Zurückweisung/Missachtung und Verletzung/Missbrauch.

Die Items wurden zum Teil aus bestehenden Verfahren (Hatcher & Barents, 1996; Gruber, 2015) entnommen oder selbst generiert. Die genaue Formulierung der Items sowie die jeweilige Quellenangabe können im Anhang F Tabelle F eingesehen werden.

Wie bereits bei Kaiser sind die Items als Feststellungen formuliert, worauf die zutreffende Empfindung mittels einer siebenstufigen Likertskala (1) „nie“; (2) „fast nie“; (3) „selten“; (4) „manchmal“; (5) „oft“, (6) „sehr oft“, (7) „immer“ angegeben werden kann. Jeder Aussage geht wieder folgende Instruktion voran. *„Es folgen einige Erlebnisse und Erfahrungen, die man in Psychotherapiestunden haben kann. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie diese Erlebnisse durchschnittlich innerhalb ihrer Psychotherapiestunden durchlebt haben. In meiner Therapiestunde...“*

Eine genauere Beschreibung der Subskalen zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen ist aus Tabelle 7 zu entnehmen.

Die Reliabilitäten wurden hier für die Arbeit erstmals anhand der Gesamtstichprobe berechnet und finden sich im Ergebnisteil.

Tabelle 7

Bezeichnung der Skalen zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen, Quellenangaben, Itemanzahl, Beschreibung und Beispielitem

Bezeichnung	Itemanzahl	Beschreibung	Beispielitem	Quelle
Missverständnis	4	Die Patientin hat das Gefühl, die Therapeutin versteht ihre Aussagen nicht so wie sie sie gemeint hat.	<i>...hatte ich das Gefühl, meine Therapeutin und ich reden aneinander vorbei</i>	Costonguay (2010); Timulak (2010); Timulak & Richards (2012)
Scham	4	Die Patientin fühlt sich verlegen oder bloßgestellt.	<i>...fühle ich mich oft schüchtern, verschämt und entblößt</i>	Tiedemann (2007)
Verwirrung	4	Die Patientin fühlt sich alleine gelassen ohne klares Verständnis.	<i>...konnte ich kein klares Verständnis meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen.</i>	Costonguay (2010); Elliott (1985); Mohr (1995), Richard & Timulak (2012)
Zurückweisung/ Missachtung	4	Ausmaß, in dem das therapeutische Vorgehen Missachtung bzw. Nichtbeachtung auslöst.	<i>...verhielt sich meine Therapeutin mir gegenüber kalt und distanziert.</i>	Pope & Tabachnick (1994), Tschaker & Endtner (2007)
Verletzung/ Missbrauch	5	Die Patientin fühlt sich durch das therapeutische Vorgehen emotional missbraucht oder verletzt.	<i>...fühle ich mich durch meine Therapeutin erpresst</i>	Mohr (1995); Pope & Tabachnick (1994)

Anmerkung. Alle Items der Skala beginnen mit der Phrase „In meiner Therapiestunde...“;

Working Alliance Inventory- short revised (WAI-SR)

Die Qualität der Beziehung zur Therapeutin wurde mit dem „Working Alliance Inventory-Short Revised“ (WAI-SR; Hatcher & Gillapsy, 2006) in der deutschen Version erhoben (Wilmers et al., 2008). Die therapeutische Allianz beinhaltet die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen Patientin und Therapeutin und wird auf den drei Dimensionen *Bindung*, *Aufgabe* und *Ziel* beschrieben. Das WAI-SR hat sich als reliables und valides Instrument zur Erhebung der emotionalen Beziehung der Klientin mit der Therapeutin (Bindung), der Übereinstimmung der Klientin und der Therapeutin bezüglich des Vorgehens (Aufgabe) und der Übereinstimmung bezüglich der Ziele (Ziel) der Therapie erwiesen (Wilmers et al., 2008). Die interne Konsistenz (Cronbach α) lag bei Hatcher und Gillapsy (2006) bei .90 und für die deutschsprachige Version (Wilmers et al., 2008) bei .81 bis .91.

Der Bochumer Veränderungsfragebogen- 2000 (BVB-2000)

Die subjektiv empfundene Therapieveränderung wurde anhand des „Bochumer Veränderungsbogen- 2000“ (BVB-2000, Willutzki, Ülsmann, Schulte & Veith, 2013) ermittelt. Der Fragebogen wurde als überarbeitete und gekürzte Version des „Veränderungsbogen der Erlebens und Verhaltens“ (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) entwickelt. Auf Basis der drei Subskalen „*Explizit positive Veränderungen*“, „*Reduktion von Belastungen*“ und „*Interaktionsveränderungen*“ können die Patientinnen retrospektiv eine komparative, subjektive Einschätzung der Veränderung („schlechter“/ „besser“) seit Beginn der Psychotherapie, beziehungsweise seit einem anderen spezifizierten Zeitpunkt angeben. Insgesamt 26 Items können zwischen zweier Gegenpole auf einem Wertebereich von eins bis sieben beantwortet werden. Ein Beispiel für die beiden Gegenpole der Skala „explizit positive Veränderung“ ist die Bewertung der Selbstzufriedenheit auf der Dimension „unzufriedener“ bis „zufriedener“ (Willutzki et al., 2013). Der BVB-2000 wies in der Untersuchung von Willutzki et al. (2013) eine hohe interne Konsistenz (Cronbach α) von .96 auf.

Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene (BEE)

Für die differenzielle Einschätzung des Bindungsverhaltens von Erwachsenen gegenüber wichtigen Bezugspersonen (z.B. Mutter, Vater, PartnerIn) wurden die „Beziehungsspezifischen Bindungsskalen für Erwachsene“ (BEE; Asendorpf, Banse, Wilpers, Neyer, 1997) verwendet. Die Qualität der Bindung an wichtige BezugspartnerInnen im Erwachsenenalter wird mittels der Achsen „sicher-ängstlich“ und „abhängig-unabhängig“ erfasst. Die Achse "sicher-ängstlich" wird von je drei Sicherheits- und drei Ängstlichkeitsitems repräsentiert. Beispielsweise wird für die Achse "sicher" das Item "Ich fühle mich von meinem/-r PartnerIn akzeptiert" verwendet. Die Achse "abhängig-unabhängig" repräsentieren jeweils vier Abhängigkeits- und vier Unabhängigkeitsitems. Für die Achse "abhängig" wäre "Ich kann Probleme nur mit meinem/-r PartnerIn lösen" ein Beispielitem. Die Items werden in spezifischer Form für die jeweils gefragte Bezugsperson angewendet. Die Anzahl der zu beantwortenden Items beträgt 14 Items pro Bindungsperson. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Zustimmungsskala von „gar nicht“ bis "völlig" angekreuzt. Die interne Konsistenz (Cronbach α) liegt für die Skala „sicher-ängstlich“ zwischen .74 und .86. Für die Skala „abhängig-unabhängig“ zwischen .71 und .87. (Asendorpf et al., 1997). Für die vorliegende Arbeit wurde das Bindungsverhalten zu den Bezugspersonen Mutter und PartnerIn erfragt.

Statistische Analyseverfahren

Die statistische Aufbereitung und Datenanalyse zur Berechnung der Hypothesenprüfung der inhaltlichen Fragestellungen erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS® 20.0. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ vorab festgelegt. Ergebnisse, deren Signifikanzniveau innerhalb der 5%-Grenze ($p \leq .05$) der Irrtumswahrscheinlichkeit liegen, werden folglich als statistisch signifikant angenommen. Für die Beschreibung der Stichprobe wurden Häufigkeiten mit entsprechenden Anteilswerten herangezogen. Eine Normalverteilung der Daten kann, aufgrund der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems das für Stichproben von größer 30 gilt, angenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

Zur Erfassung der Reliabilitäten der verwendeten Erhebungsinstrumente wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Eine ausreichende interne Konsistenz (Cronbach α) kann dann angenommen werden, wenn der Koeffizient von Cronbach's Alpha $\geq .65$ beträgt (DeVellis, 2003).

Zur statistischen Analyse der Fragestellungen 1, 2 und 3 wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet. Die Darstellung erfolgt mittels der Angabe von Signifikanz und der Korrelationskoeffizienten. Ein Korrelationskoeffizient r gibt die Stärke und Richtung des Zusammenhangs an.

Zu detaillierten Analysen wurden im Anschluss an die Korrelationen in den Fragestellungen 1,2 und 3 multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Mittels multipler linearer Regressionsanalysen wurden Modellprüfungen berechnet, um die Erklärungswerte von potentiellen Prädiktor-Variablen auf die jeweiligen, für die Fragestellung relevanten Kriterien, zu untersuchen. Als Indikatoren galten dabei die Skalen der therapeutischen Beziehung, des Bindungs- und Beziehungsverhaltens und der Intrasession-Prozesse. Als Kriterium dienten in Abhängigkeit von der Fragestellung sowohl die Komponenten des subjektiven Therapieergebnisses als auch die vier Skalen des Intrasession-Fragebogens.

Da mehrere unabhängige Variablen vorlagen, wurde nicht die voreingestellte Einschlussmethode gewählt, sondern eine schrittweise vorgehende Ausschlussmethode. Bei dieser werden nach jedem Schritt die jeweils aufgenommenen Variablen nach der Rückwärtsmethode untersucht. Für den Einschluss eines Prädiktors wurde als Signifikanzniveau die in SPSS vorliegende Grundeinstellung von $\leq .10$ herangezogen (Bühl & Zöfel, 2000). Die in Field (2009) angeführten Voraussetzungen für die Durchführung der Analyse wie die Intervallskalierung, der Kriteriumsvariablen, die Normalverteilung der standardisierten Residuen (Verteilungsannahme anhand Streudiagramm), das Vorliegen von Homoskedastizität (Varianzhomogenität im Streudiagramm), keine Multikollinearität der Prädiktoren (Toleranz $\geq .20$) und keine Autokorrelation der Residuen (Durbin-Watson Statistik im Normbereich zwischen 1.0 und 3.0) wurden für jedes Modell überprüft und waren erfüllt. Fehlende Messwerte im Rahmen der multiplen linearen Regression (Fragestellung 3) wurden anhand der unter SPSS verfügbaren Option „fehlende Daten durch Mittelwert ersetzen“ ergänzt.

Die teststatistischen Analysen des Intrasession-Fragebogens erfolgten mittels IBM SPSS® 20.0. und des Programmpakets Amos 24. Für die Item- und Skalenanalyse

wurden auch Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Die korrigierte Itemtrennschärfe gibt Aufschluss darüber, wie prototypisch ein Item für die entsprechende Skala ist (Fisseni, 1997). Um die Zusammenhänge der einzelnen Skalen des Intrasession-Fragebogens zu erfassen, wurde der Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Hier gelten die oben genannten Interpretationswerte nach Cohen (1988).

Mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse wurde die angenommene Faktorenstruktur des Intrasession-Fragebogens überprüft. Die konfirmatorische Faktorenanalyse ist ein Prüfmodell für hypothetische Konstrukte, deren Formulierung auf Basis theoretisch fundierter Überlegungen erfolgt. Dabei ist die Anzahl der Faktoren und die Zuordnung der empirischen Indikatoren zu den Faktoren a priori festzulegen beziehungsweise bekannt (Backhaus, Erichson & Weiber, 2015). Die Berechnung konfirmatorischer Faktorenanalysen wurde mittels Amos 24 in SPSS durchgeführt. Entsprechend der verschiedenen Modellannahmen erfolgte bei den durchgeführten konfirmatorischen Faktorenanalysen die Schätzung der Modellparameter mittels Maximum-Likelihood-Methode anhand der Kovarianzmatrix. Die Varianzen der latenten Variablen wurden mit 1 festgelegt (Moosbrugger & Schermelleh-Engel, 2012). Die Parameter sind restringiert, da angenommen wurde, dass der Einfluss der latenten Variablen auf die Messvariablen gleich ist (Backhaus, 2006). Zur Bewertung der Modellfits, der jeweiligen Anpassungsgüte des Modells an die empirischen Daten, wurden bestimmte Fit-Indizes herangezogen, die nach Hu und Bentler (1999) folgendermaßen interpretiert werden können: Comparative Fit Index (CFI): $\geq .90$ akzeptabler Fit, $\geq .95$ guter Fit; Standardized Root Mean Residual (SRMR): $\leq .10$ akzeptabler Fit, $\leq .08$ guter Fit; Roots Mean Square Error of Approximation (RMSEA): $\leq .08$ akzeptabler Fit, $\leq .06$ guter Fit. Darüber hinaus wird eine Kombinationsregel von Tucker-Lewis Index (TLI) $< .95$ und SRMR $> .09$ (oder $.10$) als bevorzugt vorgeschlagen, sofern der Stichprobenumfang $N \leq 500$ ist.

In der vorliegenden Untersuchung wurden vier Modelle (Modell 1, 1a, 2, 3) auf eine hinreichende Übereinstimmung der empirischen Daten mit dem jeweiligen theoretischen Modell überprüft (Tabelle 8).

Tabelle 8

Überblick über die getesteten Modelle mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse

Modell	Faktoren 2. Ordnung	Faktoren 1. Ordnung
	Problembezogene Prozesse	Klärung, Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung, Einsicht ^a
	Beziehungserfahrungen	Loyalität/Sympathie, Selbstwertstützung ^a , Unterstützung, Konflikte und Übertragung
Modell 1 und 1a	Emotionale Prozesse	Emotionale Erleichterung/Katharsis, Emotionales Erleben ^a , Containment
	Negative und unerwünschte Therapieereignisse	Missverständnis, Scham ^a , Verwirrung ^a , Zurückweisung/Missachtung, Verletzung/Missbrauch ^a

Problembezogene Prozesse	Klärung, Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung, Einsicht, <i>Missverständnis, Verwirrung</i>
--------------------------	--

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 8

Modell 2	Beziehungserfahrungen	Loyalität/Sympathie, Selbstwertstützung, Unterstützung, Konflikte und Übertragung, <i>Zurückweisung,</i> <i>Verletzung/Missbrauch</i>
	Emotionale Prozesse	Emotionale Erleichterung/Katharsis, Emotionales Erleben, Containment, <i>Scham</i>
		Klärung, Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung, Einsicht, Loyalität/Sympathie, Selbstwertstützung,
Modell 3	Intrasession-Prozess	Unterstützung, Konflikte und Übertragung, Emotionale Erleichterung/Katharsis, Emotionales Erleben, Containment, Missverständnis, Scham, Verwirrung, Zurückweisung/Missachtung, Verletzung/Missbrauch

^a Es wurden Items der Skala mit zu geringen korrigierten Itemtrennschärfen $ri(t-i) < .30$, nicht signifikanter Regressionsgewichtungen und Faktorladungen unter $.30$ in Modell 1a entfernt.

Modell 1 und 1a überprüfen die theoretischen Annahmen von Kaiser (2014) mit drei übergeordneten Faktoren (Problembegleite Prozesse, Beziehungserfahrungen, Emotionale Prozesse) und 11 Faktoren 1. Ordnung, zusammen mit einem neuen übergeordneten Faktor (negative und unerwünschte Therapieereignisse) und 5 Faktoren 1. Ordnung. Modell 1 repräsentiert dabei die für die Untersuchung

herangezogene Fragebogenstruktur mit vier übergeordneten Skalen mit allen Items. Für Modell 1a wurden Items mit zu geringen korrigierten Itemtrennschärfen $ri(t-i) < .30$ (Item 6 „Selbstwertstützung“, Item 2 „Verwirrung“, Item 4 der „Verletzung/Missbrauch, Item 4 „Emotionales Erleben“) und nicht signifikanten Regressionsgewichtungen oder einer Faktorladung unter .30 (Item 3 „Scham“, Item 2 „Einsicht“) aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

Modell 2 repräsentiert ebenfalls ein hierarchisches Modell, jedoch mit drei Faktoren 2. Ordnung (Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen und Emotionale Prozesse). Die Subskalen der Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse wurden dabei den ursprünglichen Faktoren auf Basis inhaltlicher Zusammenhänge zugeordnet. Die Subskalen Zurückweisung und Verletzung/Missbrauch wurden der Skala Beziehungserfahrungen untergeordnet. Die Subskala Scham wurde in die Skala Emotionale Prozesse eingegliedert. Die verbleibenden Dimensionen Missverständnis und Verwirrung fielen in die Skala Problembezogene Prozesse. In Modell 1, 1a und 2 korrelierten die Faktoren untereinander.

Aufgrund der Ergebnisse der Produkt-Moment-Korrelationen der Intrasession-Skalen und den hohen Faktorkorrelationen in Modell 2 wurde noch ein weiteres Modell 3 mit einem zugrundeliegenden Generalfaktor „Intrasession-Prozess“ getestet. Die genaue Herleitung dieses Modells findet sich im Ergebnissteil.

Ergebnisdarstellung

Psychometrische Eigenschaften des Intrasession-Fragebogens

Anhand der Gesamtstichprobe (N=234) wurden teststatistische Analysen zum Intrasession-Fragebogen vorgenommen. Für die ursprünglichen Skalen Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen und Emotionale Prozesse sowie für die neue Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt sowie Skaleninterkorrelationen berechnet. Zusätzlich wurden Item- und Skalenanalysen für die neu erstellte Skala vorgenommen.

Reliabilitätsanalysen zu den Skalen von Kaiser (2014)

Die interne Konsistenz (Cronbach α) der drei ursprünglichen Gesamtskalen Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrung und Emotionale Prozesse sowie der 15 Subskalen des Intrasession-Fragebogens wurde anhand der Gesamtstichprobe (N=234) überprüft.

Tabelle 9

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$), für die ursprünglichen 11 Subskalen und die drei Gesamtskalen (N=234)

Skala	Cronbach α	$Md r_{it}$	Itemanzahl
Klärung	.89	.78	3
Erlebte Selbstwirksamkeit	.80	.75	3
Problemaktualisierung	.77	.60	4
Einsicht	.85	.71	5
Loyalität und Sympathie	.89	.81	5
Selbstwertstützung	.87	.77	6
Unterstützung	.93	.80	5
Konflikte und Übertragung	.86	.70	4
Emotionale Erleichterung/Katharsis	.85	.71	6
Emotionales Erleben	.73	.54	4
Containment	.88	.73	5
Problembezogene Prozesse	.94	.75	15
Beziehungserfahrungen	.95	.78	20
Emotionale Prozesse	.93	.71	14

Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, weisen die drei Gesamtskalen eine hohe interne Konsistenz (Cronbach α) von .93 bis .95 auf. Die Subskalen weisen ebenfalls eine hohe interne Konsistenz zwischen $\alpha=.73$ und .93 auf.

Skalen und Itemanalysen zur Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse

Zur Veranschaulichung der Datenverteilung wurden deskriptivstatistische Analysen der vier Subskalen aus der neuen Skala „negative und unerwünschte Therapieereignisse“ durchgeführt.

Item und Skalenanalysen Als Maß für die Itemschwierigkeit wird bei mehrstufigen Antwortskalen nach Bühner (2006) der Mittelwert aller Personen auf diesem Item herangezogen. Hier gilt, je höher der Mittelwert eines Items ausfällt, desto eher stimmen die Personen dem jeweiligen Item zu, desto „leichter“ ist dieses Item also (Moosbrugger & Kelava, 2012). Wie aus Tabelle 10 hervorgeht, wurde die deutlichste Zustimmung ($M > 3.0$) bei Items der Skalen Scham und Verwirrung beobachtet. In den Skalen Missverständnis, Zurückweisung/Missachtung und Verletzung/Missbrauch zeigte sich ein unterschiedliches Antwortverhalten. Die Mittelwerte der Probanden lagen unter der mittleren Antwortkategorie ($M=1.18$ bis 2.55). Den Items dieser Skalen wurde folglich weniger zugestimmt. Die stärkste Ablehnung wurde in der Skala Verletzung/Missbrauch festgestellt ($M=1.18$ bis 1.96).

Als Maß zur Beurteilung der Trennschärfe der Items wurde die korrigierte Itemtrennschärfe $ri(t-i)$ herangezogen. Hier wird die Korrelation des Items mit dem ohne das Item gebildeten Skalenwert berechnet, um einschätzen zu können, wie gut jedes Item die entsprechende Skala widerspiegelt (Bühner, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2012). Die Trennschärfen sollten einen Wert von $ri(t-i) \geq .30$ erreichen (Mummendey & Grau, 2008).

Tabelle 10 zeigt, dass die korrigierten Trennschärfen der Items der Skalen *Missverständnis*, *Zurückweisung/Missachtung* und *Scham* oberhalb des geforderten Mindestwertes von .30 lagen. Innerhalb der Skala *Verwirrung* konnten zwei Items nicht die notwendige Trennschärfe erreichen (Item 59: $ri(t-i) = .21$; Item 58: $ri(t-i) = .23$) sowie ein Item innerhalb der Skala *Verletzung/ Missbrauch* (Item 70: $ri(t-i) = .27$).

Tabelle 10

Deskriptive Statistiken (M , SD) und part-whole korrigierte Itemtrennschärfen der Items der Skala "negative und unerwünschte Therapieereignisse" (N=234)

Item	M	SD	r_{it}
Missverständnis			
In meiner Therapiestunde...			
50. ...hatte ich das Gefühl wir reden aneinander vorbei	2.53	1.39	.73
51. ...hatte ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über meine Gedanken und Gefühle missverstanden wurden	2.49	1.37	.72
52. ... fiel mir auf, dass meine Therapeutin und ich uns missverstehen	2.34	1.45	.74
53. ... schätzt mich meine Therapeutin falsch ein	2.55	1.31	.70
Scham			
54. ... fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt	2.95	1.60	.53
55. ... habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen	2.75	1.61	.42
56. ... wird mit meinen Schamgefühlen sehr einfühlsam und verständnisvoll umgegangen	2.39	1.44	.45
57. ... schäme ich mich	3.35	1.60	.43
Verwirrung			
58. ... konnte ich kein klares Verständnis meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen	3.34	1.85	.23
59. ... habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben	3.71	1.52	.21
60. ... hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt	2.89	1.48	.62
61. ... fühle ich mich verwirrt	3.26	1.50	.44

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 10

Zurückweisung/ Missachtung			
62. ... verhielt sich die Therapeutin mir gegenüber kalt und distanziert	1.67	1.30	.64
63. ... hatte ich das Gefühl, die Therapeutin hätte kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen	1.71	1.32	.71
64. ... fühle ich mich zurückgewiesen und missachtet	1.56	1.20	.73
65. ... habe ich mich von meiner Therapeutin nicht richtig ernst genommen gefühlt	1.87	1.50	.70
Verletzung/ Missbrauch			
66. ... fühle ich mich durch die Therapeutin erpresst	1.18	0.77	.61
67. ... fühle ich mich von der Therapeutin emotional missbraucht	1.77	0.88	.59
68. ... machte die Therapeutin manche Aussagen, die mich verletzen	1.96	1.33	.68
69. ... fühle ich mich emotional ausgenutzt	1.21	0.72	.61
70. ... kamen sexuelle oder erotische Anzüglichkeiten vor	1.21	0.72	.27

Anmerkung. Alle Items der Skala beginnen mit der Instruktion: „Es folgen einige Erlebnisse und Erfahrungen, die man in Psychotherapiestunden haben kann. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie diese Erlebnisse durchschnittlich innerhalb ihrer Psychotherapiestunden durchlebt haben“. In meiner Therapiestunde...Skalenausprägungen: (1) nie, (2) fast nie, (3) selten, (4) manchmal, (5) oft, (6) sehr oft, (7) immer

Interne Konsistenz Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse aus der Überprüfung der internen Konsistenz der Skala „negative und unerwünschte Therapieereignisse“ anhand der Gesamtstichprobe N=234.

Tabelle 11

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$), für die Gesamtskala "negative und unerwünschte Therapieereignisse" und die fünf Subskalen (N=234)

Skala	Cronbach α	$Md r_{it}$	Itemanzahl
Missverständnis	.92	.80	4
Scham	.73	.36	4
Verwirrung	.60	.26	4
Zurückweisung/Missachtung	.88	.71	4
Verletzung/Missbrauch	.80	.66	5
Negative und unerwünschte Therapieereignisse	.91	.61	21

Für die fünf Subskalen lagen akzeptable bis gute interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .60$ und $\alpha = .92$ vor. Für die Gesamtskala ergab sich ein hoher Wert von .91.

Interkorrelationen der Intrasession-Skalen Tabelle 12 stellt die Koeffizienten der Skaleninterkorrelationen der vier Grundskalen des Intrasession-Fragebogens dar.

Tabelle 12

Korrelationskoeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen r zwischen Intrasession-Skalen (N=234)

Intrasession-Prozess	1	2	3	4
(1) Problembezogene Prozesse		.75**	.81**	-.52**
(2) Beziehungserfahrungen			.80**	-.61**
(3) Emotionale Prozesse				-.54**
(4) negative/unerwünschte Therapieereignisse				

Anmerkung.**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Zwischen den drei Skalen Problembezogenen Prozesse, Beziehungserfahrungen und Emotionale Prozesse ergaben sich hohe, positive Korrelationen. Aufgrund der inhaltlichen Formulierung der Items korrelierte die Skala 4 negativ mit den weiteren Skalen des Intrasession-Fragebogens. Die Stärke der Korrelation ist niedriger als die der Skalen Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrung und Emotionale Prozesse, was für eine stärkere Unabhängigkeit dieser Skala spricht.

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Anhand des Gesamtdatensatzes wurden mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen unter Verwendung des Programms Amos 24 drei Modelle für den Intrasessionfragebogen berechnet. Modell 1 und 1a beinhaltet ein hierarchisches Modell mit vier Faktoren 2. Ordnung und 16 Faktoren 1. Ordnung. Modell 2 setzte sich aus drei Faktoren 2. Ordnung zusammen, wobei die latenten Variablen des 4. Faktors den jeweiligen Faktoren 2. Ordnung inhaltlich passend zugeordnet wurden. In allen Modellen korrelierten die Faktoren untereinander. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse sind in Tabelle 13 dargestellt. Der Goodness of Fit (χ^2/df) in *Modell 1* gilt mit dem Wert von 2.6, nach Moosbrugger und Schermelleh-Engel (2012), noch als akzeptabel. Der RMSEA-Wert von .082 überschreitet jedoch den festgestellten Schwellenwert und auch der CFI und TLI Wert liegen deutlich unterhalb des Soll-Bereichs ($CFI \geq .95$; $TLI \geq .95$). Nach Ausschluss der Items mit einer part-whole korrigierten Trennschärfe unter $ri(t-i) = .30$ und einer Faktorladung $> .30$ in *Modell 1a* zeigt sich eine Verbesserung der Anpassungsgüte gegenüber Modell 1. Der χ^2/df Wert von 2.0 spricht für einen guten Fit, jedoch fällt die Kombination des TLI-Wertes mit dem SRMR-Wert nicht ausreichend aus. Das hierarchische *Modell 2* der drei korrelierenden Faktoren 2. Ordnung stellt eine Verbesserung gegenüber Modell 1 und 1a dar und weist mit einem RMSEA von .068 und einem TLI $< .95$ in Kombination mit $SRMR = .09$ einen annehmbaren Fit auf.

Tabelle 13

Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse (Maximum Likelihood-Schätzung) zum Intrasession-Fragebogen, Modelfitindices (N=234)

Modell	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
1. 16 Faktoren 1. Ordnung und vier korrelierende Faktoren 2. Ordnung (PP, BZE, EP, NEGТ – alle Items)	6017.42*	2343	.733	.725	.082	.09
1a. 16 Faktoren 1. Ordnung und vier Faktoren 2. Ordnung (PP, BZE, EP, NEGТ – entfernte Items ^a)	3719.17*	1934	.869	.845	.063	.08
2. 16 Faktoren 1. Ordnung und drei korrelierende Faktoren 2. Ordnung (PP, BZE, EP^a)	3992.48*	1936	.869	.832	.068	.09
3. 16 Faktoren 1. Ordnung und ein genereller Faktor 2. Ordnung ^a	4224.78*	1936	.821	.813	.071	.09

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse, NEGТ = negative und unerwünschte Therapieereignisse ; CFI = Comparative Fit Index (guter Fit: $\geq .95$), RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation (guter Fit: $\leq .06$), TLI = Tucker-Lewis Index (guter Fit: $\geq .95$); SRMR = Standardized Root Mean Square Residual (guter Fit: $\leq .08$).

* $p < .05$

^aItems die aufgrund $ri(t-i) < .30$ oder Faktorladung $< .30$ entfernt wurden

Die Interkorrelationen der Faktoren in Modell 2 waren generell relativ hoch. Der Faktor Emotionale Prozesse und Problembezogene Prozesse sowie der Faktor Emotionale Prozesse und Beziehungserfahrungen korrelieren deutlich und lassen sich schwer voneinander unterscheiden. Eine etwas bessere Unterscheidung findet sich zwischen den Faktoren Problembezogene Prozesse und Beziehungserfahrungen, dennoch korrelieren sie hoch (Tabelle 14).

Aufgrund der hohen Korrelationskoeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen der Intrasession-Skalen ($r = -.61$ bis $r = .85$; $p < .001$) und der hohen Faktorinterkorrelationen in Modell 2 könnte auch eine einfache Struktur eines zugrundeliegenden Generalfaktors angenommen werden, indem in den verschiedenen Komponenten des Intrasession-Prozesses ein allgemeiner Intrasession-Faktor mitwirkt. *Modell 3* beinhaltet demnach als ergänzende Interpretationsmöglichkeit 16 Faktoren 1. Ordnung und einen übergeordneten Faktor, den Intrasession Prozess, der die gemeinsame Varianz der unterliegenden Faktoren erklärt. Das Maß für den globalen Modellfit $\chi^2/df = 2.2$ in Modell 3 weist eine ähnlich gute Anpassungsgüte wie Modell 2

($\chi^2/df = 2.1$) auf. Die Faktorladungen der Faktoren 2. Ordnung auf den Generalfaktor lagen zwischen -.32 für den Faktor Scham und .94 für den Faktor Unterstützung. In Bezug auf die Beurteilung der Anpassungsgüte der Teilstruktur fallen in Modell 3 der RMSEA-Wert von .071 und der CFI-Wert von .821 etwas schlechter aus als in Modell 2.

Tabelle 14

Faktorinterkorrelationen in Modell 2

Faktor	EP	BZE
BZE	.88*	
PP	.90*	.80*

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse
* $p < .001$

Die Faktorladungen der Faktoren 2. Ordnung des *Modell 2* sind in Tabelle 15 angeführt. Die Ladungen der Konstrukte 2. Ordnung auf die Subskalen waren mit Ausnahme der Skala Konflikte/Übertragungen für die ursprünglichen Subdimensionen relativ hoch (.87. bis .97). Die Ladungen der Faktoren 2. Ordnung auf die neu konstruierten Subskalen lagen im durchschnittlichen Bereich (-.29 bis -.74). Die niedrigste Ladung wurde bei der Skala Scham erreicht. Die negativen Vorzeichen sind durch die inhaltliche Ausrichtung der Itemformulierungen erklärbar. Die Faktorladungen der Faktoren 1. Ordnung erreichten Werte zwischen .23 und 1.0, wobei die niedrigste Ladung von .23 dem Item 1 der Skala Verwirrung zuzuordnen ist.

Tabelle 15

Faktorladungen der Faktoren 2.Ordnung (Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen, Emotionale Prozesse, Generalfaktor) in Modell 2 und Modell 3

	Faktoren 2. Ordnung			
		Modell 2		Modell 3
Faktoren 1. Ordnung	PP	BZE	EP	IA
Einsicht	.97			.96
Klärung	.94			.84
Problemaktualisierung	.91			.85
Erlebte Selbstwirksamkeit	.88			.85
Verwirrung	-.42			-.41
Missverständnis	-.63			-.73
Sympathie/Loyalität		.97		.94
Unterstützung		.97		.97
Selbstwertstützung		.94		.91
Konflikte/Übertragung		.37		.39
Verletzung/Missbrauch		-.56		-.59
Zurückweisung/Missachtung		-.74		-.74
Containment			.98	.95
Emotionales Erleben			.88	.83
Katharsis			.87	.82
Scham			-.29	-.31

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse; IA=Intrasession-Prozess, alle geschätzten Parameter sind statistisch signifikant ($p < .001$).

Für das hierarchische *Generalfaktormodell 3* ergaben sich Ladungen zwischen -.31 und .97 für die Faktoren 2. Ordnung. Die höchste Ladung zeigte der Faktor 1. Ordnung Unterstützung .97, die niedrigsten Ladungen die Komponenten Scham -.31 und Konflikte/Übertragung .40 (Tabelle 15). Die graphische Darstellung der Modelle 2 und 3 findet sich im Anhang G Abbildung G2 und G3.

Hypothesenprüfungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragestellungen dargestellt. Dabei wird zuerst auf die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der Komponenten des Intrasession-Prozesses und des subjektiven Therapieereignisses sowie der therapeutischen Beziehung eingegangen, gefolgt von den Fragestellungen zum Zusammenhang der Intrasession-Prozesse mit dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientinnen. Es folgen zuerst die Erläuterung der Ergebnisse der Korrelationen und anschließend der Ergebnisbericht der Regressionsanalysen.

Intrasessionprozesse und subjektives Therapieereignis

Fragestellung 1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und dem subjektiven Therapieergebnis?

Wie aus Tabelle 16 entnommen werden kann, zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Intrasession-Prozess *Problembezogene Prozesse* ($r = .58$ bis $.60$, $p < .001$), *Beziehungserfahrungen* ($r = .54$ bis $.58$, $p < .001$) und *Emotionale Prozesse* ($r = .51$ bis $.54$, $p < .001$) und den Komponenten des *subjektiven Therapieergebnisses*.

Es zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den *negativen und unerwünschten Therapieereignissen* ($r = -.40$ bis $-.41$, $p < .001$) und den Skalen des *subjektiven Therapieergebnisses*.

Für das gesamttherapeutische Ergebnis ergaben sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge. Genauer zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen dem Intrasession-Prozess *Problembezogene* und *Emotionale Prozesse* sowie *Beziehungserfahrungen* und dem subjektiv erlebten *gesamttherapeutischen Ergebnis* ($r = .56$ bis $.63$, $p < .001$). Signifikant negative Zusammenhänge wurden erwartungsgemäß zwischen dem Intrasession-Prozess *negative und unerwünschte Therapieereignisse* und dem *Gesamt-Wert* des Therapieergebnisses beobachtet ($r = -.43$, $p < .001$).

Tabelle 16

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und dem subjektiven Therapieergebnis zu Fragestellung 1 (N=234)

Intrasession	Positive Veränderungen	Belastungsreduktion	Interaktionsveränderung	BVB Gesamt
PP	.60**	.61**	.58**	.63**
BZE	.57**	.58**	.54**	.60**
EP	.54**	.54**	.51**	.56**
NEGT	-.41**	-.41**	-.40**	-.43**

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse; NEGT = negative und unerwünschte Therapieereignisse

* ** $p < .001$ (zweiseitig)

Fragestellung 1a: Können bestimmte Intrasession-Prozesse identifiziert werden, die das subjektive Therapieergebnis vorhersagen?

Auf Grundlage der ermittelten, hohen Zusammenhänge der Produkt-Moment-Korrelationen wurden für diese Fragestellung alle Subskalen der vier Grundkomponenten des Intrasession-Prozesses zur Vorhersage herangezogen, um exaktere Ergebnisse zu erhalten.

Hinsichtlich des Kriteriums *explizit positive Veränderungen* konnten sechs signifikante Prädiktoren gefunden werden. Die Therapieprozesse *Klärung*, *Selbstwirksamkeit*, *Problemaktualisierung*, *Selbstwertstützung* und *Katharsis* sowie *emotionales Erleben* erklärten insgesamt 53% der Varianz. Die signifikanten Prädiktoren *Problemaktualisierung* und *Katharsis* sagten das Kriterium dabei *negativ* vorher.

Das bewusst werden der Problematik der Klientin sowie das Ausdrücken von belastenden Gefühlen hatte demnach einen signifikant negativen Einfluss auf das Erleben positiver Veränderungen wie etwa Gelassenheit oder dem Gefühl von innerer Ruhe. Hingegen hatte das Gefühl die Probleme aus eigener Kraft lösen zu können den stärksten Vorhersagewert für das Kriterium *explizit positive Veränderungen* (Selbstwirksamkeit, $\beta = -.57$).

Tabelle 17

Zusammenfassung der Modellprüfung zu Fragestellung 1a für die Kriterien des subjektiven Therapieergebnisses, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 - und korrigierte R^2 - Werte, Durbin- Watson Statistik und Toleranzwert (Ausschlussmodus backward, N=234).

Prädiktor	Kriterium			
	Explizit positive Veränderungen	Reduktion von Belastungen	Interaktionsveränderungen	Gesamt-BVB
	β (p)	β (p)	β (p)	β (p)
Problembezogene Prozesse				
Klärung	.15 (.06*)	.16 (.06*)		.12 (.08*)
Selbstwirksamkeit	.57 (<.001***)	.57 (<.001***)	.45 (<.001***)	.51 (<.001***)
Problemaktualisierung	-.17 (.02**)	-.12 (.08*)		-.15 (.05**)
Einsicht			.13 (.08*)	
Beziehungserfahrungen				
Loyalität/Sympathie			-.23 (.01**)	
Selbstwertstützung	.22 (.002**)		.32 (.001***)	.23 (<.001***)
Unterstützung				
Konflikte/Übertragung			.09 (.09*)	
Emotionale Prozesse				
Katharsis	-.16 (.04**)	-.18 (.01**)		
Emotionales Erleben	.12 (.07*)			
Containment		.26 (.002***)		
Negative und unerwünschte Therapieereignisse				
Missverständnis		.16 (.04**)		
Scham				.13 (.02**)
Verwirrung				-.09 (<.10*)
Zurückweisung/Missachtung		-.21 (.005**)		
Verletzung/Missbrauch				
R^2 (R^2_{kor})	53,2% (52,0%)	52,6% (51,2%)	46,4% (45,2%)	55,9% (54,7%)
F (df1, df2)	43.07(6, 227)	35.90 (7, 226)	39.45 (5, 228)	47.82 (6, 227)
Durbin - Watson	1.953	1.826	1.942	1.878
Toleranzwert	$\geq .15$	$\geq .15$	$\geq .15$	$\geq .15$

Anmerkung. * $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .001$

Hinsichtlich der *Reduktion von Belastungen* konnten sieben signifikante Prädiktoren beobachtet werden. Dazu zählten erneut die Prozesse *Klärung*, *Selbstwirksamkeit*, *Problemaktualisierung* und *Katharsis*. Hinzu kamen die Prädiktoren *Containment*, *Missverständnis* und *Zurückweisung/Missachtung*. Insgesamt konnten 53% der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden. Wieder waren die Prozesse

Problemaktualisierung und *Katharsis* sowie zusätzlich der Prozess *Zurückweisung/Missachtung* negative Prädiktoren für das genannte Kriterium.

Die Klarheit über die Probleme, sowie der freie Ausdruck von Gefühlen hatten auch in Bezug auf die Reduktion von Belastungen einen negativen Einfluss. Belastungen können dabei in Form von Stimmungsschwankungen oder dem Gefühl von Perspektivenlosigkeit auftreten. Der Prädiktor *Selbstwirksamkeit* stellte auch hier den vergleichsweise stärksten Prädiktor dar ($\beta=.57$).

Darüber hinaus waren *Selbstwirksamkeit*, *Einsicht*, *Loyalität/Sympathie*, *Selbstwertstützung* und *Konflikte/Übertragungen* die stärksten Prädiktoren für das Kriterium *Interaktionsveränderungen*, wobei der Prädiktor *Loyalität/Sympathie* das Kriterium *negativ* vorhersagte. Das fehlende Verständnis und Interesse zwischen Klientin und Therapeutin schien demnach einen negativen Einfluss auf die Kommunikations- und Interaktionsveränderung der Klientin zu haben. Es konnten hier gemeinsam 46% der Varianz aufgeklärt werden. Stärkster Prädiktor war wieder der Prozess der *Selbstwirksamkeit* ($\beta=.45$).

Für das gesamttherapeutische Ergebnis zeigten sich sechs signifikante Prädiktoren. Dazu zählten von neuem die Prozesse *Klärung*, *Selbstwirksamkeit* und *Problemaktualisierung* sowie *Selbstwertstützung*. Hinzu kamen die Prädiktoren *Scham* und *Verwirrung*. Der Prozess *Problemaktualisierung* ergab sich wiederholt als *negativer* Prädiktor des Kriteriums, ebenso der Prozess *Verwirrung*.

Das fehlende Verständnis von Gedanken, Gefühlen und Handlungen schien im Bezug auf die negativen und unerwünschten Therapieereignisse einen besonderen Einfluss auf das subjektiv erlebte gesamttherapeutische Ergebnis zu haben.

Insgesamt wurden 56% der gemeinsamen Varianz aufgeklärt. Für das gesamte Therapie-Outcome hatte der Prozess der *Selbstwirksamkeit* den stärksten Vorhersagewert ($\beta=.51$).

Tabelle 17 veranschaulicht die aussagekräftigsten Prädiktoren mit Koeffizienten.

Intrasessionprozesse und therapeutische Beziehung

Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und der Qualität der therapeutischen Beziehung?

Es zeigten sich sehr hohe positive Zusammenhänge zwischen den Intrasession-Skalen *Problembezogene Prozesse* ($r = .62$ bis $.80$; $p < .001$), *Beziehungserfahrungen* ($r = .65$ bis $.83$; $p < .001$) und *Emotionale Prozesse* ($r = .61$ bis $.70$; $p < .001$) und den Komponenten der therapeutischen Beziehung *Ziel*, *Aufgabe* und *Bindung*.

Hohe negative Zusammenhänge wurden zwischen der neuen Skala „*Negative und unerwünschte Therapieereignisse*“ und den WAI-Skalen beobachtet ($r = -.55$ bis $-.64$; $p < .001$). Tabelle 18 zeigt die Koeffizienten zu den betreffenden Zusammenhängen.

Tabelle 18

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und Aspekten der therapeutischen Beziehung zur Fragestellung 2 (N=234)

Intrasession	Ziel	Aufgabe	Bindung
PP	.66**	.80**	.62**
BZE	.65**	.73**	.83**
EP	.61**	.70**	.68**
NEGT	-.56**	-.55**	-.64**

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse; NEGT= negative und unerwünschte Therapieereignisse

* * $p < .001$ (zweiseitig)

Fragestellung 2a: Können die verschiedenen Komponenten des Intrasession-Prozesses durch die Aspekte der therapeutischen Beziehung vorhergesagt werden?

Die Komponenten der Intrasession-Prozesse konnten durch jeweils zwei Prädiktoren vorhergesagt werden. Hinsichtlich des Kriteriums *Problembezogene Prozesse* zeigten sich die Aspekte der therapeutischen Allianz Übereinstimmung bezüglich der *Ziele* und *Aufgabe* als signifikante Prädiktoren. Es konnten 65% der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden. Stärkster Prädiktor war hierbei der Aspekt der Übereinstimmung in den therapeutischen *Aufgaben* ($\beta = .70$).

Tabelle 19

Zusammenfassung der Modellprüfung zur Fragestellung 2a der Kriterien der Intrasession-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierte R^2 -Werte; Durbin-Watson Statistik und Toleranzwerte (Ausschlussmethode backward, N=234)

Prädiktoren	Kriterium			
	PP	BZE	EP	NEGT
	β (p)			
WAI-Ziel	.14 (.02**)			-.23(<.001***)
WAI-Aufgabe	.70 (<.001***)	.29 (<.001***)	.45 (<.001***)	
WAI-Bindung		.63 (<.001***)	.37 (<.001***)	-.49 (<.001***)
R^2 (R^2_{kor})	64.9 % (64.6%)	72.8 % (72.6%)	56.4% (56%)	44.3% (43,8%)
F (df1, df2)	213.648 (2,231)	309.111 (2,231)	213.648 (2,231)	213.648 (2,231)
Durbin-Watson	1.939	1.888	1.936	1.999
Toleranzwert	$\geq .37$	$\geq .37$	$\geq .37$	$\geq .37$

Anmerkung. PP =Problembezogene Prozesse, BZE= Beziehungserfahrungen, EP= Emotionale Prozesse, NEGT= negative und unerwünschte Therapieereignisse. * $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .001$

Bezüglich des Intrasession-Kriteriums *Beziehungserfahrungen* waren die Aspekte *Aufgabe* und emotionale *Bindung* signifikante Prädiktoren. 73% der gemeinsamen Varianz konnten hier erklärt werden. Stärkster Prädiktor war die Entwicklung einer emotionalen *Bindung* zur Therapeutin ($\beta=.63$).

Das Kriterium *Emotionale Prozesse* konnte ebenfalls durch die Prädiktoren *Aufgabe* und *Bindung* vorhergesagt werden. Insgesamt konnten 56% der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden. Der vergleichsweise stärkste Prädiktor war die Übereinstimmung in den *Aufgaben* ($\beta=.45$).

Darüber hinaus waren die Aspekte der therapeutischen Allianz *Ziel* und *Bindung* stärkste Prädiktoren für das Kriterium *negative und unerwünschte Therapieereignisse*. Es konnten 44% der gemeinsamen Varianz erklärt werden. Stärkster Prädiktor war der Aufbau von *Bindung* ($\beta=-.49$) (Tabelle 19).

Intrasessionprozesse und Beziehungs- und Bindungsverhalten

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Komponenten des Intrasession-Prozesses und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin?

Insgesamt fanden sich in dieser Analyse nur sehr wenig signifikante Zusammenhänge. Dennoch konnte Es zeigte sich lediglich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Intrasession-Prozess *Problembezogene Prozesse* und der *partnerschaftlichen* Bindungsdimension *sicher-ängstlich* ($r = .18$; $p = .013$). Darüber hinaus zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Intrasession-Prozess *Emotionale Prozesse* und der *partnerschaftlichen* Bindungsdimension *abhängig-unabhängig* ($r = .20$, $p = .005$). Für das Bindungsverhalten zur Mutter konnten keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden. Tabelle 20 zeigt die Koeffizienten der entsprechenden Zusammenhänge der Fragestellung 3.

Tabelle 20

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin zu Fragestellung 3 (N=234)

Intrasession	sicher-ängstlich	abhängig-unabhängig	sicher-ängstlich	abhängig-unabhängig
	Mutter	Mutter	Partner	Partner
PP	.01	.01	.18*	.12
BZE	-.07	.03	.09	.09
EP	-.00	.00	.10	.20**
NEGT	-.09	-.09	-.13	-.09

Anmerkung. PP = Problembezogene Prozesse, BZE = Beziehungserfahrungen, EP = Emotionale Prozesse; NEGТ= negative und unerwünschte Therapieereignisse

* $p < .05$ (zweiseitig)

** $p < .001$ (zweiseitig)

Fragestellung 3a: Können die Komponenten des Intrasession-Prozesses durch das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin vorhergesagt werden?

Das Kriterium *Problembezogene Prozesse* konnte lediglich durch den Prädiktor der *partnerschaftlichen* Bindungsdimension *sicher-ängstlich* vorhergesagt werden. Es konnten 2 % Varianz erklärt werden. Bezüglich des Kriteriums *Emotionale Prozesse* zeigte sich die *partnerschaftliche* Bindungsdimension *abhängig-unabhängig* als signifikanter Prädiktor. Es konnten 3 % der gemeinsamen Varianz aufgeklärt werden. Darüber hinaus war die partnerschaftliche Bindungsdimension *sicher-ängstlich* ein signifikanter negativer Prädiktor für *negative und unerwünschte Therapieereignisse*. Hier konnte 1 % Varianz erklärt werden. Für das Kriterium *Beziehungserfahrungen* konnte *kein Prädiktor* mit signifikantem Erklärungswert identifiziert werden (Tabelle 21).

Tabelle 21

Zusammenfassung der Modellprüfung zu Fragestellung 3a. der Kriterien der Intrasession-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierte R^2 -Werte; Durbin-Watson Statistik und Toleranzwerte (Ausschlussmethode backward, N=234)

Prädiktoren	Kriterium			
	PP	BZE	EP	NEGT
	β (p)	β (p)	β (p)	β (p)
BBE s-a Mutter				
BBE a-u Mutter				
BBE s-a Partner	.16 (.02**)			-.12 (.07*)
BBE a-u Partner			.18 (.007**)	
R^2 (R^2_{korr})	2.4% (2.0%)		3.1% (2.7%)	1.4% (1%)
F (df1, df2)	5.715 (1,232)		7.399 (1,232)	3.276 (1,232)
Durbin-Watson	1.929		1.836	2.205
Toleranzwert	$\geq .66$		$\geq .66$	

Anmerkung. PP =Problembesogene Prozesse, BZE= Beziehungserfahrungen, EP= Emotionale Prozesse, NEGT= negative und unerwünschte Therapieereignisse. * $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .001$

Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in Bezug auf die jeweiligen Fragestellungen getrennt voneinander diskutiert werden. Dabei soll auch auf mögliche Forschungsimplicationen eingegangen werden. Im letzten Teil der Arbeit werden die Grenzen der Arbeit und weitere Ausblicke dargestellt.

Psychometrische Eigenschaften des Intrasession-Fragebogens

Eine erste Konzeptualisierung der Intrasession-Prozesse in der Psychotherapie wurde von Kaiser (2014) vorgestellt, zu deren Untersuchung reliable und valide Messinstrumente notwendig sind. So entwickelte Kaiser (2014) die erste Version des Intrasession-Fragebogens, der mittels der drei Grundkomponenten *Problembesogene*

Prozesse, Beziehungserfahrungen und *Emotionale Prozesse* bedeutsame Ereignisse in der Psychotherapie erfasst. Nach genauerer Durchsicht der einschlägigen Literatur zeigte sich, dass es einer Erweiterung des Konzepts um eine Skala zur Erfassung negativer und unerwünschter Therapieereignisse bedarf. Mittels teststatistischer Analyseverfahren wurden die theoretischen Annahmen von Kaiser und die Erweiterung des Konzepts überprüft.

Sowohl die Konsistenzanalysen zur Ermittlung der Skalenreliabilitäten und ihrer Itemkennwerte als auch die konfirmatorisch geprüfte Faktorenstruktur des Intrasession-Fragebogens erreichten überwiegend zufriedenstellende Ergebnisse. Die Subskalen von Kaiser (2014) erzielten sehr gute interne Konsistenzen (Cronbach α) zwischen .93 und .95. Die Trennschärfekoeffizienten nahmen durchwegs hohe Werte an, sodass die Items folglich als angemessene Repräsentation der zugehörigen Skalen angesehen werden können.

Etwas kritischer ist die selbst konstruierte Skala *negative und unerwünschte Therapieereignisse* zu bewerten. So kam die interne Konsistenz der Gesamtskala mit .91 als hoch angesehen werden, jedoch zeigte sich insbesondere bei der Subskala „Verwirrung“ eine relativ niedrige interne Konsistenz von .60, womit das geforderte Kriterium gemäß DeVellis (2003) mit Cronbach's $\alpha \geq .65$ nicht erreicht wird. Die part-whole korrigierten Trennschärfekoeffizienten der zugehörigen Items lagen für das Item „In meiner Therapiestunde konnte ich kein klares Verständnis meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen“ ($ri(t-i) = .23$) und Item „... habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben“ ($ri(t-i) = .21$) unter dem geforderten Cut-Off Wert von .30 (Mummendey & Grau, 2008). Einerseits zeigte sich eine hohe Zustimmungsrates zu diesen Items und andererseits besteht der Verdacht, dass die geringe Trennschärfe dieser Items aufgrund der inhaltlich zu ähnlichen Formulierung verursacht wurde (Bühner, 2006). Zu Gunsten der Messgenauigkeit dieser Skala sollten diese Items im Hinblick auf die Formulierung überarbeitet werden oder weitere hinzugefügt werden (Rost, 2004).

Interkorrelationen zwischen den Intrasession-Skalen waren zu erwarten, da sie allesamt die Dimensionen der Intrasession-Prozesse abbilden, welche sich gegenseitig beeinflussen können. Die beobachteten Korrelationen, insbesondere zwischen den drei Gesamtskalen *Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen* und *Emotionale Prozesse* waren daher relativ hoch ($r = .75$ bis $.81$), sodass die Differenzierbarkeit der

Skalen aufgrund ihrer Redundanz kritisch gesehen werden muss. Für die weitere Anwendung des Fragebogens im Rahmen der Psychotherapieforschung sollten diese Erkenntnisse Berücksichtigung finden, sei es in Form einer Überarbeitung der Items oder auch in Form von Skalenzusammenfassungen. Die im Rahmen dieser Masterarbeit neu erstellte vierte Skala *negative und unerwünschte Therapieereignisse* zeigte gegenüber den drei positiven Skalen eine höhere Unabhängigkeit.

Die hohen Interkorrelationen spiegeln sich zum Teil auch in den Ergebnissen der konfirmatorischen Faktorenanalyse wider. Wurde das Verhältnis von $\chi^2/df \leq 2.5$ als Kriterium zur Beurteilung der Ergebnisse der Faktorenanalyse für einen akzeptablen globalen Modellfit herangezogen, so konnten sowohl dem *Modell 1a* (16 Faktoren 1. Ordnung und vier korrelierende Faktoren 2. Ordnung) und *Modell 2* (16 Faktoren 1. Ordnung und 3 korrelierende Faktoren 2. Ordnung), welches die theoretisch angenommene Struktur von Kaiser (2014) repräsentiert, als auch dem *Modell 3* (Generalfaktormodell) eine ausreichende Anpassungsgüte zugesprochen werden. Wurden jedoch die Modelfit-Indizes für die Teilstruktur herangezogen, so erscheint die Qualität von *Modell 1a* (RMSEA=.06; TLI=.85; SRMR=.08) etwas adäquater als die des *Modell 2* (RMSEA = .07; TLI =.83; SRMR = .09).

Unter Berücksichtigung der Koeffizienten, einerseits der Produkt-Moment-Korrelationen ($r = -.61$ bis $.81$) für die Skalenzusammenhänge und andererseits der Faktorinterkorrelationen ($r = .80$ bis $.90$) in *Modell 2*, könnte ein Generalfaktormodell, entsprechend einer einfaktoriellen Struktur, vertreten werden. Abgeleitet aus Spearman's Theorie eines „Generalfaktors der Intelligenz“ (vgl. Sternberg & Grigorenko, 2002) erscheint es auf Grundlage der Ergebnisse der Modellprüfung naheliegend, dass den einzelnen klinischen Veränderungen innerhalb einer Therapiesitzung eine gemeinsame latente Dimension, der „Intrasession-Faktor“, zugrunde liegen könnte.

Für die Annahme von *Modell 2*, mit drei korrelierenden Faktoren 2. Ordnung, spricht zum einen die Kombinationsregel (TLI<.95 und SRMR>.09 bei $N \leq 500$) und die Komplexität des Modells. Nach Loehlin (1987) kann davon ausgegangen werden, dass die Modellanpassungsgüte umso besser ausfällt, je weniger Restriktionen ein Modell aufweist und je mehr Komplexität aufgegeben wird. Das Generalfaktormodell verfügt über weniger Parameter als das *Modell 2* mit drei korrelierenden Faktoren 2. Ordnung, die es zu schätzen gilt, und kann folglich einen ähnlich guten Modellfit erzielen. Zur

Beurteilung der Komplexität von Modellen gibt es einige Fit-Indizes, darunter den Parsimonious Normed Fit Index (PNFI) von Mulaik et al. (1989). Dieser „bestraft“ die Modellkomplexität und war für Modell 2 (PNFI =.701) besser als für das Generalfaktormodell 3 (PNFI= .686) geeignet.

Die auf Grundlage der theoretischen Erweiterung des Intrasession-Konzepts angenommene vierfaktorielle Lösung konnte weitestgehend nicht bestätigt werden. Die Zuordnung der Subskalen der 4. Skala zu den bereits bestehenden Skalen erscheint im Hinblick auf die Modellfit-Indizes des Modells 2 sinnvoll.

Das Modell 2, welches auf den theoretischen Annahmen von Kaiser (2014) eines bipolaren, dreifaktoriellen Konstrukts basiert, konnte demnach, aufgrund der besseren Modellanpassungsgüte der Teilstruktur und der Komplexität, angenommen werden. Die Prozesse *Klärung, erlebte Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung, Einsicht, Missverständnis* und *Verwirrung* laden auf dem bipolaren Faktor „Problembezogene Prozesse“. Die Ereignisse *Sympathie/Loyalität, Selbstwertstützung, Unterstützung, Konflikte/Übertragung* sowie *Zurückweisung/Missachtung* und *Verletzung/Missbrauch* laden auf dem übergeordneten bipolaren Faktor „Beziehungserfahrungen“. Die Therapieprozesse *Katharsis, emotionales Erleben, Containment* und *Scham* liegen der latenten bipolaren Dimension „Emotionale Prozesse“ zu Grunde. Folglich stehen jene unmittelbaren kurzfristigen, aber auch langfristigen klinischen Veränderungen, die sich als Antwort auf das Geschehen in einer Therapiesitzung ergeben, wechselseitig miteinander in Beziehung und können auf drei übergeordneten Dimensionen zusammengefasst werden, wenngleich diese strukturell schwer differenzierbar sind.

Überdies soll auch festgehalten werden, dass die Modellfit-Indizes zwar auf einen annehmbaren Fit hinweisen, die zugehörigen Werte (CFI = .869, TLI= .832, RMSEA= .068, SRMR= .09) jedoch im unteren Bereich des Akzeptablen liegen. So könnte über weitere Modifizierungen, beispielsweise durch den Ausschluss und Überarbeitung weiterer Items und Skalen, ein besserer Modellfit erzielt werden.

Die korrelativen Zusammenhänge der Intrasession-Skalen *Beziehungserfahrung* und *Problembezogene Prozesse* mit den Skalen der therapeutischen Beziehung (WAI-SR) *Bindung* und *Aufgabe* stellen einen Hinweis auf die konvergente Validität des Fragebogens dar. Die Skala *Beziehungserfahrung* des Intrasession-Fragebogens sowie die inhaltlich korrespondierende Skala *Bindung* des WAI-SR (Wilmers et al., 2008) erfassen beide die Entwicklung einer emotionalen Bindung zur Therapeutin. Dazu zählt

das Gefühl, sich von der Therapeutin wertgeschätzt, gemocht oder respektiert zu fühlen (Willmers et al., 2008; Kaiser, 2014). Die Skala *Aufgabe* des Fragebogens zur Therapeutischen Allianz und die Skala *Problembezogene Prozesse* des Intrasession-Fragebogens beinhalten analog das Erkennen und die Klärung des Problems sowie den Wunsch nach Verhaltensänderung (Willmers et al., 2008; Kaiser, 2014).

Auf Basis der durchgeführten testtheoretischen Analysen kann der Intrasession-Fragebogen in seiner erweiterten Form als valides und reliables Messinstrument zur Erfassung therapeutischer Veränderungen innerhalb einer Therapiesitzung angesehen werden. Allerdings ist aufgrund der Befunde eine weitere Überarbeitung und erneute Validierung des Fragebogens in Betracht zu ziehen.

Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und subjektiven Therapieergebnissen

Bei Orlinsky et al. (2004) findet sich ein Überblick über verschiedene, für ein erfolgreiches Psychotherapieergebnis relevante Prozesse, die in der Vergangenheit vielfach erforscht und auch schon bei Kaiser (2014) anhand des Intrasession-Fragebogens untersucht und bestätigt wurden. Mittels der erweiterten Form des Fragebogens wurden diese Prozesse in der vorliegenden Arbeit erneut überprüft und konnten einen unterstützenden beziehungsweise ergänzenden Beitrag zu vorangegangenen Untersuchungen leisten. Ferner kritisierte Timulak (2007; 2010), dass die Zusammenhänge signifikanter Ereignisse in der Psychotherapie mit dem Therapie-Outcome größtenteils durch allgemeine Outcome-Messinstrumente, wie etwa Symptom-Checklisten erfasst würden, woraus keine differenzierten Aussagen über relevante Prozesse getroffen werden können. Die Methodik der vorliegenden Studie lies es zu, differenziertere Erkenntnisse darüber zu erhalten, welche spezifischen Prozesse für eine erfolgreiche Psychotherapie relevant sein könnten. Grundsätzlich wiesen die Korrelationsanalysen darauf hin, dass alle untersuchten Intrasession-Prozesse eine große Bedeutung für den Erfolg einer Psychotherapie hatten. Genauer ergaben sich, wie auch bei Kaiser (2014), positive Zusammenhänge zwischen Problembezogenen und Emotionalen Prozessen sowie zwischen Beziehungserfahrungen und den Dimensionen eines positiven Therapieergebnisses *positive Veränderungen, Reduktion von Belastungen* und *Interaktionsveränderungen* ($r = .51$ bis $.61$) Negative Zusammenhänge

zeigten sich erwartungsgemäß zwischen unerwünschten und negativen Therapieereignissen und einem positiven Therapieergebnis. Auch in Bezug auf das gesamte subjektive Therapieergebnis ergaben sich positive Zusammenhänge für die positiven Intrasession-Prozesse und negative für die unerwünschten Ergebnisse.

Betrachtet man die Regressionsanalysen zur Analyse der Prädiktoren für ein erfolgreiches Psychotherapieergebnis im Detail, so hatte das häufige Erleben von Selbstwirksamkeit ($\beta=.45$ bis $.57$) die stärkste Vorhersagekraft die die Kriterien des subjektiven Therapieergebnisses, als auch für den gesamttherapeutischen Erfolg. Die Prädiktoren Selbstwertstützung ($\beta= .23$ bis $.32$), Containment ($\beta= .26$), Klärung ($\beta =.12$ bis $.16$), Einsicht ($\beta =.13$) und emotionalen Erleben ($\beta= .12$) verfügten ebenfalls über einen hohen Vorhersagewert.

Bezüglich negativer und unerwünschter Therapieergebnisse stand der Prädiktor „Zurückweisung/Missachtung“ ($\beta= -.21$) in einem negativen Zusammenhang mit der „Reduktion von Belastungen“ als Kriterium des subjektiven Therapieergebnisses. Der Prädiktor „Verwirrung“ ($\beta= -.09$) sagte das gesamttherapeutische Ergebnis negativ vorher. Ein Gefühl von „Scham“ wirkte sich entgegen der Erwartungen positiv auf das gesamte Psychotherapieergebnis aus.

Im Einklang mit der Literatur hatte das Erleben von *Selbstwirksamkeit* einen hohen Vorhersagewert für alle Kriterien des subjektiven Therapieergebnisses. Die Überzeugung der Patientin, ihre Probleme in die Hand nehmen zu können und diese aus eigener Kraft lösen zu können, hat sich über eine Vielzahl von Behandlungsmodalitäten als stärkster Prädiktor für eine erfolgreiche Psychotherapie erwiesen (vgl. Gordon, Tonge & Melvin, 2011; Kuusisto, Knuutila & Saarnio, 2011; Tate et al., 2008). Die für diese Untersuchung herangezogenen Kriterien des subjektiven Therapieereignisses beziehen sich zum einen auf „*positive Veränderungen*“ beispielsweise im Hinblick auf mehr Selbstzufriedenheit, innerer Ruhe oder Sicherheit und auf die „*Reduktion von Belastungen*“, wie etwa mangelnde Selbstakzeptanz, Perspektivenlosigkeit oder Isolation. Zum anderen betreffen sie „*Interaktionsveränderungen*“, unter anderem durch mehr Gelassenheit und Sicherheit in der Kommunikation (Willutzki et al., 2013).

Je stärker das Selbstwirksamkeitserleben der Patientinnen ausgeprägt war, desto eher zeigten sich positive Veränderungen in den genannten Kriterien. Selbstwirksamkeit war demnach ein ausschlaggebender Indikator für Verhaltensänderungen der Patientin. Der starke Einfluss auf das gesamttherapeutische Ergebnis unterstreicht ebenfalls die

Wichtigkeit von Selbstwirksamkeitserleben. Leider liefert die vorliegende Untersuchung keine Hinweise darauf, welche therapeutische Intervention für das Selbstwirksamkeitserleben besonders bedeutsam oder wertvoll ist oder ob es Unterschiede in den verschiedenen Störungsbildern gibt. Für weiterführende Untersuchung wäre es sinnvoll, dies im Hinblick auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen zu beachten.

Neben dem Prädiktor Selbstwirksamkeit hatte das Verständnis der Probleme (*Klärung*) sowie das Gefühl von der Therapeutin angenommen und wertgeschätzt zu werden (*Selbstwertstützung*) den stärksten Vorhersagewert für das Kriterium „*explizit positive Veränderungen*“. Das Vergegenwärtigen der Problematik (*Problemaktualisierung*) sowie das freie Ausdrücken von Gefühlen (*Katharsis*) standen dabei in negativen Zusammenhang mit „*positiven Veränderungen*“ und „*Belastungsreduktion*“.

Der Prozess *Selbstwertstützung* hatte nicht nur einen hohen Einfluss auf das Kriterium der „*explizit positiven Veränderung*“ sondern ging auch mit Interaktions- und *Kommunikationsveränderungen* und einem positiven *gesamtherapeutischen Ergebnis* einher. Für die Reduktion von Belastungen schien dieser Prozess weniger von Bedeutung zu sein.

Der wertschätzende Umgang der Therapeutin mit der Klientin kann zur Förderung einer heilsamen therapeutische Beziehung beitragen (Ackermann et. al, 2013), die eine gute Kommunikation und Interaktion beinhaltet. Die Patientin kann ihre Kommunikationsfähigkeiten also im Umgang mit der Therapeutin „verbessern“ und „üben“ und diese dann verinnerlichen und im Alltag anwenden. Ferner ist es naheliegend, dass eine wertschätzende Beziehung das eigene Selbstwertempfinden fördert, und so mehr Selbstzufriedenheit oder Gelassenheit in Bezug auf Schwierigkeiten oder künftigen Herausforderungen erlangt wird.

Das Verständnis der eigenen Problematik (*Klärung*) wirkte sich in dieser Untersuchung nicht nur positiv auf das Kriterium „*positive Veränderungen*“ aus, sondern ging auch mit der „*Reduktion von Belastungen*“ und einem positiven *gesamtherapeutische Ergebnis* einher. Grawe, Donati und Bernauer (2001) sehen im funktionalen Verständnis der eigenen Problematik einen ausschlaggebenden Wirkfaktor für den Erfolg einer Psychotherapie. Durch das Bewusstwerden der aufrechterhaltenden Faktoren der Problematik können auch Bedürfnisse und Wünsche erkannt werden, die

nicht nur zur Abnahme von Belastungen wie etwa von Perspektivenlosigkeit oder Ausdauerschwächen führen, sondern ermöglichen auch mehr Entspannung, Ausgeglichenheit oder Selbstzufriedenheit (explizit positive Veränderungen).

Anders als erwartet, zeigte sich ein, wenn auch geringer, negativer Zusammenhang zwischen den Prädiktoren „*Problemaktualisierung*“ und „*Katharsis*“ für die Kriterien des subjektiven Therapieergebnisses „*positive Veränderungen*“ und „*Reduktion von Belastungen*“. Die Patientinnen verspürten demnach eine Zunahme im Erleben der Belastungen und gaben weniger positive Veränderungen an, je mehr sie sich ihre Problem vor Augen führten oder dieses „erfahren“ konnten und je freier sie ihre Gefühle äußerten, ausdrückten oder diese loslassen konnten. Jedoch ist naheliegend, dass das Bewusstwerden und der Ausdruck der eigenen Probleme und Gefühle von Trauer und Schmerz begleitet sein kann, was sich kurzfristig aber auch langfristig auf die Bewertung des Therapieerfolges auswirken könnte. So bringen hilfreiche Ereignisse in der Therapie oft hinderliche und schmerzhaft Gefühle und Ereignisse mit sich. Vor allem in psychodynamisch orientierten Psychotherapien kommt es oft zu schmerzhaften Erkenntnissen, die im späteren Verlauf der Therapie ein besseres Verständnis der Symptomatik ermöglichen und ausschlaggebend für therapeutische Veränderungen sein können (Timulak, 2010; McVea, Grow &Lowe, 2011). Da in dieser Untersuchung der Beginn und das aktuelle Therapiestadium keine Rolle spielte, kann nur darüber spekuliert werden, dass die Patientinnen sich möglicherweise zum Zeitpunkt der Erhebung in einer besonders schmerzhaften Therapiephase befanden oder abgebrochen haben.

Die Debatte über den Nutzen und die Effektivität von *Katharsis* in der Psychotherapie wird schon seit einigen Jahrzehnten geführt. Die wesentliche Frage ist dabei, ob der intensive, kathartische Ausdruck von Emotionen entweder heilend, nebensächlich aber nicht wesentlich oder kontraproduktiv ist. Die Uneinigkeiten über die Effektivität der *Katharsis* können jedoch meist auf unterschiedliche Definitionen von *Katharsis* zurück geführt werden. (Kosmicki & Glickauf-Hughes, 1997). Die vorliegende Untersuchung zeigte einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausdrücken und Loslassen von belastenden und unangenehmen Gefühlen mit einem positiven Therapieergebnis bezogen auf „*positive Veränderungen*“ und die „*Reduktion von Belastungen*“. Auf Basis dieser Ergebnisse kann also davon ausgegangen werden, dass *Katharsis* zumindest kurzzeitig, nicht förderlich für die Bewertung von

Veränderungsprozessen und Belastungen sein dürfte. Möglicherweise war das freie Ausdrücken von belastenden Gefühlen, ähnlich wie bei der Problemaktualisierung, verbunden mit schmerzhaften Erfahrungen und könnte sich so negativ für die Kriterien des Therapieergebnisses auswirken. In der vorliegenden Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen *Katharsis* und dem gesamttherapeutischen Ergebnis gefunden werden. Das Ergebnis ist aber im Hinblick auf die Komplexität des Konzepts der *Katharsis* vorsichtig zu interpretieren.

Neben den oben genannten Prozessen zeigten sich im Hinblick auf die *Reduktion von Belastungen* ein positiver Zusammenhang mit dem Prädiktor *Containment* und ein negativer Zusammenhang mit den Prozessen *Zurückweisung/Missachtung* und Missverständnis.

Ein besseres Verständnis der Bedeutung von Gedanken und Gefühlen sowie die Artikulation dieser (*Containment*) gingen in dieser Untersuchung mit weniger Stimmungsschwankungen und mehr Ausdauer oder Selbstakzeptanz einher.

Containment schließt die Fähigkeit zur Reflexion von Emotionen ein und ermöglicht es diese umfassend zu erleben (Caligor et al., 2010). Die zunehmende Selbstkenntnis kann, ähnlich wie bei der *Klärung*, ein besseres Wissen über die eigenen Wünsche und Bedürfnisse implizieren, was wiederum zur Abnahme von Belastungen führen kann.

Als negativer Prädiktor im Hinblick auf die *Belastungsreduktion* hatte der Prozess *Zurückweisung/Missachtung* einen relativ hohen Vorhersagewert. Insbesondere eine kalte, distanzierte Therapeutin, die der Patientin das Gefühl gibt, nicht beachtet oder zurückgewiesen zu werden, stand in Verbindung mit der Zunahme von Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, mangelnde Selbstakzeptanz oder Perspektivlosigkeit. Dies steht auch im Einklang einem Review-Artikel von Lambert und Barley (2001), die im Gegensatz zu diesen Ergebnissen, eine empathische, warme und übereinstimmende Psychotherapeutin als Voraussetzung für eine gelungene Psychotherapie betonen. So kann ein Desinteresse der Therapeutin an den Emotionen der Patientin das Erleben und die Reflexion darüber verhindern. Eine kalte, distanzierte und missachtende Therapeutin wird demzufolge Selbstakzeptanz und Perspektiven kaum fördern können.

Für das gesamttherapeutische Ergebnis waren zusätzlich zu den angeführten Prädiktoren noch die Prozesse *Scham* und *Verwirrung* ausschlaggebend.

Anders als erwartet bewerteten die Patientinnen ihr subjektives Therapieergebnis positiver, je häufiger sie sich beschämt oder entblößt fühlten. Einige Studien (vgl. Valentiner, McGarth, Jencius, 2010; Fergus, Orth, Berking & Burkhardt, 2006) deuten darauf hin, dass die Art und Weise, wie das auftretende Schamgefühl in der Psychotherapie reguliert wird, ausschlaggebend für die Veränderung der Symptomatik ist. Zudem wurden Hinweise darauf gefunden, dass das Erlernen von aktiven Copingstrategien für Personen, die mehr Schamgefühl erleben, hilfreich ist, um eine Abnahme der Symptomatik zu erreichen (Mills, 2005). Ein Schamgefühl kann, wenn hilfreiche Regulationsstrategien angeboten werden, Veränderungsmechanismen in der Psychotherapie hervorrufen, die sich wiederum positiv auf das Therapieergebnis auswirken (Candea & Szentagotai, 2013).

In dieser Untersuchung wurden therapeutische Strategien, die als Mediatoren des gefundenen Effekts fungieren könnten, nicht explizit untersucht. Deshalb ist dieser Zusammenhang mit Vorsicht zu betrachten.

Ein anhaltendes Unverständnis über die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen sowie Verwirrung über das therapeutische Geschehen wirkten sich im Einklang mit den Erwartungen negativ auf das gesamte Therapieergebnis aus. Hier ist es der Therapeutin nicht gelungen, auf aufkommende Emotionen der Patientin angemessen und einfühlsam zu reagieren oder es wurden Gefühle hervorgerufen, mit denen die Patientin selbst nicht umgehen konnte. Der Effekt war in der vorliegenden Untersuchung aber vergleichsweise gering.

Grundsätzlich kann zusammengefasst werden, dass für die ProbandInnen dieser Stichprobe das Erfahren von Selbstwirksamkeit, die Klärung des Problems und Selbstwertstützung im Hinblick auf das Therapieergebnis besonders wirksam erlebten. Negativ wirkten sich hingegen vor allem das Bewusstwerden der Problematik, Katharsis, Verwirrung über den therapeutischen Prozess und Zurückweisung durch die Therapeutin aus.

Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und therapeutische Beziehung

Für die Untersuchung des Zusammenhangs der Intrasession-Prozesse und der Qualität der therapeutischen Beziehung ergaben sich erwartungsgemäß und im Einklang mit den Ergebnissen von Kaiser (2014) positive Korrelationen für Problembezogene und Emotionale Prozesse sowie Beziehungserfahrungen ($r=.62$ bis $.80$) und ferner negative Korrelationen für unerwünschte Therapieereignisse ($r=-.55$ bis $-.64$).

Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Übereinstimmung von Klientin und Therapeutin über die therapeutischen Ziele und Aufgaben sowie der Aufbau einer emotionalen Beziehung ausschlaggebend für das Erleben positiver Therapieprozesse sind. Umgekehrt tragen Unstimmigkeiten über die Aufgaben und Ziele, aber auch die Unfähigkeit eine Bindung zur Therapeutin aufzubauen dazu bei, mehr negative Therapieprozesse zu erfahren.

Die stärkste Vorhersagekraft im Hinblick auf die Erfahrung problembezogener und emotionaler Therapieprozesse hatte gemäß den Ergebnissen der Regressionsanalyse die Übereinstimmung von Therapeutin und Klientin über die therapeutischen Aufgaben ($\beta=.45$ bis $.70$). Dies ist das gemeinsame Festlegen der Inhalte der Therapie, die Abstimmung über die Interventionen und die Vereinbarung von Rahmenbedingungen und Regelungen (Wilmers et al., 2008). Der Aufbau und die Festlegung dieser Rahmenbedingungen sind verbunden mit dem Aufbau von Vertrauen zwischen Patientin und Therapeutin beispielsweise durch das Erfahren von Empathie und dem Gefühl verstanden zu werden. Infolgedessen ist es der Therapeutin möglich, dysfunktionale Gedanken, Affekte oder Verhaltensmuster der Patientin zu spiegeln und diese zu hinterfragen (Ardito & Rebellino, 2011). Darüber hinaus erhalten sowohl Patientin als auch Therapeutin Wissen über den therapeutischen Prozess, was wiederum die Möglichkeit für weitere tiefgreifende Prozesse und Interaktionen erlaubt (Ackermann et al., 2000). Die Übereinstimmung hinsichtlich der Aufgaben stehen dementsprechend, in der vorliegenden Untersuchung, im engen Zusammenhang mit dem Bewusstwerden von Problemen, dem Gewinn von Einsicht und Verständnis und dem Gefühl von Selbstwirksamkeit sowie dem Erleben von Emotionen oder Erleichterung durch den Ausdruck von Gefühlen.

Stärkster Prädiktor für das Erleben von Beziehungserfahrungen im therapeutischen Prozess war der Aufbau einer emotionalen Bindung zur Therapeutin ($\beta=.63$). Umgekehrt hatte für das Erleben negativer Therapieereignisse die fehlende

gefühlmäßige Verbindung zur Therapeutin die stärkste Vorhersagekraft ($\beta = -.49$). So ist es naheliegend, dass für das Empfinden von Sympathie, Wertschätzung und Unterstützung, als auch für die Erfahrung positiver Übertragungsreaktionen von Seiten der Therapeutin eine starke gefühlmäßige Verbindung zu dieser vorliegen sollte. Hingegen ist eine schwache emotionale Bindung zur Therapeutin ausschlaggebend für die Erfahrung von Missverständnissen, Scham, Zurückweisung oder Verletzung im therapeutischen Prozess. Diese Auswirkungen stehen im Einklang mit den Ergebnissen von Ackermann und Hilsenroth (2003), die einen Zusammenhang zwischen einer ehrlichen, respektvollen, selbstsicheren und interessierten Therapeutin und einer guten therapeutischen Beziehung herausarbeiteten. Im Gegensatz dazu berichteten selbige ForscherInnen einen Zusammenhang zwischen einer starren, unsicheren, distanzierten, kritischen, angespannten und abgelenkten Therapeutin und einer schlechten therapeutischen Beziehung (Ackermann & Hilsenroth, 2001).

Hier ist jedoch anzumerken, dass sich die Items der Skala Beziehungserfahrungen des Intrasession-Fragebogens und die Items des WAI-SR zum Teil überlappen. Beispielsweise wird für das Item 7 („... ich spüre, dass meine Therapeutin mich schätzt.“) des Working-Alliance Inventory in der Skala „Selbstwertstützung“ des Intrasession-Fragebogens die Formulierung „... fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt“ verwendet. Gleiches gilt für das Item 9 des WAI-SR („... ich spüre, dass meine Therapeutin auch zu mir steht, wenn ich etwas tue, dass sie nicht gut gutheißt“) und das Item 5 der Skala Loyalität/Sympathie („... erlebe ich eine sehr starke Loyalität meiner Therapeutin mir gegenüber.“). Die Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten sind hier möglicherweise nicht durch die kausalen Beziehungen zustande gekommen, sondern aufgrund der inhaltlichen Überlappung einzelner Items.

In der Literatur taucht immer wieder die Frage auf, ob die therapeutische Beziehung in direktem Zusammenhang mit einem positiven Therapie-Outcome steht oder ob es weitere zugrundeliegende Mechanismen für die Erklärung dieses Zusammenhangs gibt (Martin, Garske & Davis, 2000). Bei der Beantwortung der vorliegenden Fragestellung wurde nicht auf den Zusammenhang der therapeutischen Allianz mit den spezifischen Komponenten der Intrasession-Prozesse eingegangen oder Mediator-Effekte in Bezug auf das Therapieergebnis untersucht. Dies wäre insbesondere für weiterführende Untersuchungen von Interesse, um möglicherweise

weitere Hinweise auf die Erklärung des Zusammenhangs der therapeutischen Beziehung mit verschiedenen Therapieprozessen oder dem Therapie-Outcome zu erhalten.

Ergebnisse zu Intrasession-Prozessen und Beziehungs- und Bindungsverhalten

Die Untersuchung der Zusammenhänge von Intrasession-Prozessen und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Klientin ergaben unerwartete Ergebnisse, die nur teilweise im Einklang mit der Literatur stehen. So konnten für den Bindungsstil an die Mutter keine Zusammenhänge mit den Intrasession-Komponenten identifiziert werden. Für den Bindungsstil an den Partner ergaben sich Zusammenhänge von problembezogenen und emotionalen Therapieprozessen und einem sicheren-unabhängigen Bindungsstil ($r=.18$ bis $.20$). Darüber hinaus konnte ein ängstliches, partnerschaftliches Bindungsmuster negative und unerwünschte Therapieprozesse ($\beta= -.12$) vorhersagen.

Das Bindungsverhalten der Patientin zu Mutter hatte in der vorliegenden Studie keinen Einfluss auf das Erleben positiver und negativer Therapieerfahrungen. In Einklang damit steht Bowlby's Bindungstheorie (1988) und dessen Annahme, dass die Patientin unabhängig vom Bindungsstil zusammen mit der Therapeutin im therapeutischen Prozess ein sicheres Bindungsverhältnis aufbauen und somit positive Veränderungen erreichen kann. Allerdings setzt diese Auffassung die Bereitstellung von Schutz, Trost und Akzeptanz von Seiten der Therapeutin voraus, wodurch es der Klientin ermöglicht wird, schmerzhaft Erfahrungen zu bearbeiten. Da in der durchgeführten Untersuchung der Einfluss der Qualität der therapeutischen Beziehung, beispielsweise mithilfe einer Mediatoranalyse, nicht berücksichtigt wurde, kann über die Annahme Bowlby's als Erklärungsgrundlage für diesen Zusammenhang jedoch nur spekuliert werden und es bedarf weiterer Forschungen.

Der Bindungsstil an den Partner schien im Gegensatz zum Bindungsstil an die Mutter einen mehr Vorhersagekraft für das Erleben positiver und negative Therapieprozesse zu haben. Auch in der Literatur gab es Hinweise darauf, dass die Bindungssicherheit der Klientin mit einer positiveren Einstellung gegenüber dem therapeutischen Prozess verbunden ist. Ein sicherer Bindungsstil scheint für

Erwachsene notwendig zu sein, um jene kognitiven Fähigkeiten zu entwickeln, die eine tiefe der Exploration in erfolgreichen Psychotherapien fördern (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2011). Darüber hinaus fanden Marmarosh et al. (2009) einen Zusammenhang zwischen einem vermeidenden Bindungsstil in romantischen Beziehungen und mehr Angst vor Scham und Demütigung in Gruppentherapien. Shechtman und Rybko (2004) konnten dagegen einen Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungsverhalten in romantischen Beziehungen und mehr Selbstoffenbarung in Gruppentherapien zeigen.

Ein großer Teil der Varianz blieb in dieser Modellprüfung jedoch unaufgeklärt, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert und in weiterführenden Studien unter Einbezug anderer psychologischer und persönlicher Variablen untersucht werden sollten. Insbesondere das Bindungsverhalten der Patientin zur Therapeutin aber auch der Bindungsstil der Therapeutin scheint gemäß der einschlägigen Literatur einen Einfluss auf Intrasession-Ereignisse zu haben (vgl. Bachelor, Meunier, Laverdière & Gamache, 2010; Bucci, Seymour-Hyde, Harris & Berry, 2016; Saypol & Farber, 2010). Darüber hinaus könnten auch Persönlichkeitseigenschaften, Werte, Glauben oder Haltung sowie kulturelle Prägungen der Patientin oder der Therapeutin den therapeutischen Prozess mitbestimmen.

Limitation und Ausblick

Zwar hat sich der Intrasession-Fragebogen in dieser und der vorangegangenen Untersuchung von Kaiser (2014) als reliables und valides Messinstrument positiver und negativer kurzfristiger, therapeutischer Veränderungen innerhalb der Psychotherapie erwiesen, jedoch soll angemerkt werden, dass für einen Validierungsprozess noch weitere Untersuchungen notwendig sind. Die Reliabilitäten der Originalskalen wies auf gute interne Konsistenzen hin, jedoch maß insbesondere die für diese Untersuchung neu erstellte Skala „negative und unerwünschte Therapieprozesse“ weniger reliabel als gewünscht. Die Koeffizienten der part-whole korrigierten Trennschärfe der Subskala „Verwirrung“ lagen für zwei Items außerhalb des akzeptablen Bereichs. Es ist unabdingbar, durch weiterführende Studien im Hinblick auf die Messgenauigkeit des Erhebungsinstruments Verbesserungen anzuregen.

Überdies wurden die Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich der Intrasession-Prozesse auf Grundlage einiger weniger Items formuliert, die möglicherweise nicht immer gänzlich der defintorischen Bezeichnung der Skalen entsprechen. Bezüglich der

negativen und unerwünschten Therapieerfahrungen muss bedacht werden, dass die Skalen Items enthalten die Ereignisse abbilden sollen, welche aus der Forschungsliteratur abgeleitet wurden. Folglich ist die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie nur unter Rücksichtnahme auf die jeweiligen Items zulässig.

Die vorliegende Untersuchung liefert darüber hinaus noch keine vollständigen Ergebnisse zur Konstruktvalidität des Fragebogens. Die Konstruktion einer Therapeutinnen-Version des Fragebogens könnte etwa methodische Verfeinerungen ermöglichen.

Die Anpassungsgüte der überprüften Modelle lag teilweise im unteren akzeptablen Bereich und auch die hohen Interkorrelationen der Skalen sollten Anlass geben, diese und die zugehörigen Items einer detaillierteren Analyse zu unterziehen und sie gegebenenfalls zu optimieren. Zudem erscheint es sinnvoll, die Überprüfung weiterer Modelle in Betracht zu ziehen.

Darüber hinaus soll erwähnt werden, dass die Schätzung der Modellparameter mittels Maximum-Likelihood-Methode in AMOS erfolgte, was inkonsistente Ergebnisse und schlechtere Modelfits liefern kann. Die WLSMV –Methode („weighted least square means and variance adjusted“) in Mplus erzielt exaktere Schätzungen bei rangskalierten Daten (Flora & Curran, 2004). Die erneute Prüfung der Modelle mittels dieser Methode ist für weitere Studien erstrebenswert.

In dieser Untersuchung konnte zwar in Bezug auf Störungsbilder und therapeutische Orientierungen eine relativ heterogene Stichprobe erreicht werden, dennoch können die Ergebnisse aufgrund der Stichprobenabhängigkeit variieren und lassen sich nicht ohne weitere umfangreiche Studien generalisieren. So waren knapp $\frac{3}{4}$ der ProbandInnen in der Untersuchung weiblich. Eine Stichprobe mit mehr männlichen Probanden könnte in weiterführenden Untersuchungen geschlechterspezifische Vergleiche ermöglichen

Des Weiteren wurden die Daten anhand einer Online-Umfrage erhoben, was zu selektiven Stichproben führen kann und nicht eruiert werden kann, ob die Angaben der TeilnehmerInnen gänzlich der Wahrheit entsprachen. Es ist anzudenken, dass die Diagnose nicht auf Grundlage eines Klassifikationssystems angegeben wurde oder sich die ProbandInnen gar nicht in Psychotherapie befanden.

Eine wesentliche Limitation der Studie ist die subjektive Einschätzung der Intrasession-Prozesse durch die Klientinnen. Auch hier wäre eine Therapeutinnen-

Version oder eine Einschätzung durch Dritte sinnvoll, um objektivere Beurteilungen zu erhalten. Zudem bezog sich die Bewertung der Intrasession-Prozesse nicht auf eine einzelne, spezifische Stunde, sondern wurde retrospektiv global erfasst. Manche TeilnehmerInnen hatten die Psychotherapie bereits beendet, andere besuchten bereits mehrere, was eine Quelle für Verzerrungen darstellen könnte. In weiteren Studien sollte besonders auf den Zeitpunkt des Psychotherapiebeginns, die Sitzungsfrequenz, die bisher absolvierten Therapiesitzungen und eventuell der Zeitpunkt des Abbruchs geachtet werden. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, den Fragebogen direkt nach der Therapiesitzung auszufüllen, um unmittelbare Erfahrungen zu erfassen.

Ferner könnte es aufschlussreich sein, die gewonnen Erkenntnisse durch ein Längsschnittdesign zu überprüfen, welche vorsieht, die relevanten Therapieprozesse mittels Intrasession-Fragebogen zu mehreren Zeitpunkten direkt nach der Sitzung zu erheben.

Mit einer Bearbeitungszeit von circa 60 Minuten kann auch die Ökonomie der Befragung kritisch betrachtet werden. Es wurden etwa Variablen erhoben, die in der Analyse keine Berücksichtigung mehr fanden. Dies gilt es in Zukunft zu vermeiden, indem die Fragebögen im Vorfeld besser ausgewählt werden.

Es muss betont werden, dass die Aussagekraft des Modells zum Bindungs- und Beziehungsverhalten der Klientin an die Mutter und den Partner stark eingeschränkt ist, nachdem der Anteil erklärter Varianz sehr gering ausfiel, zumal die Stärke des Zusammenhangs klein war. Ein großer Teil der Varianz blieb also unaufgeklärt und sollte in weiterführenden Studien, beispielsweise unter Berücksichtigung des Bindungs- und Beziehungsverhalten zu anderen nahestehenden Personen oder persönlichen Ressourcen wie soziale Unterstützung oder persönlichen Stärken, weiter ergründet werden

Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 82–109. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7501_7
- Lairaiter, A.R. (2007). Generisches Modell der Psychotherapie. In G. Stumm & M. Voracek (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S.235-235). Wien: Springer.
- Archer, R., Forbes, Y., Metcalfe, C., & Winter, D. (2000). An investigation of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counselling service. *British Journal of Medical Psychology*, 73(3), 401–412. <https://doi.org/10.1348/000711200160499>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 270(2), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Asendorpf, J. B., Banse, R., Wilpers, S., & Neyer, F.J. (1997). Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene und ihre Validierung durch Netzwerk- und Tagebuchverfahren. *Diagnostica*, 43(4), 289–313.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 454–468. <https://doi.org/10.1037/a0022079>
- Backhaus, K. (2006). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung* (11. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., & Weiber, R. (2015). *Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Booth, H., Cushway, D., & Newnes, C. (1997). Counselling in general practice: Clients' perceptions of significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(2), 175–187. <https://doi.org/10.1080/09515079708254170>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 87 Tabellen* (4. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Book
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bowlby, J., & Bowlby, J. (1981). *Loss: Sadness and depression*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance: Attachment and working alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 155–165. <https://doi.org/10.1002/cpp.1944>
- Bühl, A., & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 9: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. (6. überarb. Aufl.). München: Addison-Wesley.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. Auflage). München Harlow Amsterdam: Pearson.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Caligor-Kernberg-Clarkin. (2010). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur*. Stuttgart: Schattauer.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R. & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327–344. <https://doi.org/10.1037/a0021164>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Davila, J., & Levy, K. N. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 989–993. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.989>
- Hartmann, A., Orlinsky, D.E., Gelle, J.D. & Zeeck, A. (2003). Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) - Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapie relevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(11), 67–75. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43391>
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Okas, CA: Sage.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affects focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936–941. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.936>

- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 519–526. <https://doi.org/10.1080/10503300802491410>
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy, 48*(3), 237–248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- Dohrenbusch, R., Kaspers, F., & Scholz, O. B. (Hrsg.). (2001). *Fortschritte der klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin*. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Elliott, R., & Wexler, M.M. (1994). Measuring the impact of sessions in process experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 166–174. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.166>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 811–815. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex, drugs and rock „n“ roll)* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Auflage). Göttingen ; Seattle: Verlag für Psychologie.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods, 9*(4), 466–491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M., & Vorspohl, E. (Hrsg.). (2011). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freedheim, D. K. (ed.). (1992). *History of psychotherapy: A century of change*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment: Further recommendations on the technique of psycho-analysis. In S. Freud (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The case of schreber, papers on technique and other works* (pp.121-14)
- Gelo, O. C. G., Pritz, A., & Rieken, B. (Hrsg.). (2015). *Psychotherapy research*. Vienna: Springer Abgerufen von <http://link.springer.com/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Gelso, C. J., Palma, B., & Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy: Attachment and transference. *Journal of Clinical Psychology, 69*(11), 1160–1171. <https://doi.org/10.1002/jclp.22043>

- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A. & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 801–813. <https://doi.org/10.1037/a0016596>
- Gordon, M. S., Tonge, B., & Melvin, G. A. (2011). Outcome of adolescent depression: 6 months after treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(3), 232–239. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.538838>
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (3. Auflage). Göttingen ; Seattle: Hogrefe
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly, 34*, 155–181.
- Hartmann, A., Orlinsky, D., Weber, S., Sandholz, A., & Zeeck, A. (2010). Session and intersession experience related to treatment outcome in bulimia nervosa. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(3), 355–370. <https://doi.org/10.1037/a0021166>
- Hartmann, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2011). The structure of intersession experience in psychotherapy and its relation to the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology, 67*(10), 1044–1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.20826>
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1326–1336. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1326>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change: *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000071582.11781.67>
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy, 40*(6), 611–623. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00027-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00027-4)
- Hoffart, A., Versland, S., Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy and personality: A process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research, 26*(2), 199–219.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session-Outcomes“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26*, 129–137.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2011). The alliance. In J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd edition, pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (ed.). (1999), *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Janssen, P.L. & Beutel, M.E. (2009). Psychoanalytische und psychodynamische Verfahren. In P. L. Janssen, P. Joraschky, W. Tress, & K. Bell (Hrsg.), *Leitfaden psychosomatische Medizin und Psychotherapie: orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer ; mit 40 Tabellen* (2. aktual. und überarb. Aufl.). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185–192. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.185>
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P., & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, 20(5), 526–534. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.492807>
- Kelava, A., Moosbrugger, H. (2012). Deskriptivstatistische Evaluation von Items und Testwertverteilungen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. aktual. und überarb. Auflage). Berlin ,Heidelberg: Springer.
- Kivlighan, D. M., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 79–84. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.79>
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 489–496. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.489>
- Kolden, G.G. (o. J.). *Therapy Session Report - Generic Model, Patient version*. Madison: University of Wisconsin.
- Kosmicki, F. X., & Glickauf-Hughes, C. (1997). Catharsis in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 154–159. <https://doi.org/10.1037/h0087724>
- Kuusisto, K., Knuuttila, V., & Saarnio, P. (2011). Clients' self-efficacy and outcome expectations: Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 157–168. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31820dd4ec>

- Lambert, M. J. (ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M.J., Hawkins, E.J. & Hafield, D.R., (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In M.Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40–60). Mainz: Mathias-Grünewald-Verlag.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–194). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.K. (1992). The achievements and limitations of psychotherapy research: A century of change. In D. K. Freedheim (ed.), *History of psychotherapy: a century of change* (pp. 360–390). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Levy, S.T. (ed.). (2000). *The therapeutic alliance*. Madison, Conn: International Universities Press.
- Lewis, W. A., & Bucher, A. M. (1992). Anger, catharsis, the reformulated frustration-aggression hypothesis, and health consequences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(3), 385–392. <https://doi.org/10.1037/h0088540>
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(2), 105–114. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00758.x>
- Loehlin, J. C. (1987). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Losse, H. (1975). Treatment of renal hypertension. *Clinical Nephrology*, 4(5), 194–197.
- Marmarosh, C. L., Whipple, R., Schettler, M., Pinhas, S., Wolf, J., & Sayit, S. (2009). Adult attachment styles and group psychotherapy attitudes. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 13(4), 255–264. <https://doi.org/10.1037/a0015957>
- Märtens, M. (Hrsg.). (2002). *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verl.
- Märtens, M.M. & Petzhold, H. (2002). Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In M. Märtens (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verl.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

- McVea, C. S., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, 21(4), 416–429. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823>
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881–895. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.4.881>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes: Attachment and therapeutic processes. *Journal of Personality*, 81(6), 606–616. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., (2004). Security-based selfrepresentations in adulthood: Contents and processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (ed.), *Adult attachment: theory, research, and clinical implications* (pp. 159–195). New York: Guilford Press.
- Mills, R. S. L. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26–63. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2004.08.001>
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (Hrsg.). (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. (2., aktual. und überarb. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moosbrugger, H. & Schermelleh-Engel, K. (2012). Explorative (EFA) und Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. (2. aktual. und überarb. Auflage, S. 325–345). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.430>
- Mummendey, H. D., & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode* (5. überarb. Aufl). Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Geller, J. D., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 596–610. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.596>

- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(12), 1608–1619. <https://doi.org/10.1177/0146167206292958>
- Owen, J., Quirk, K., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2012). Working through: In-session processes that promote between-session thoughts and activities. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 161–167. <https://doi.org/10.1037/a0023616>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (ed.). (2004). *Adult attachment: theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Richards, D., & Timulak, L. (2012). Client-identified helpful and hindering events in therapist-delivered vs. self-administered online cognitive-behavioural treatments for depression in college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 251–262. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.703129>
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion* (2. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Saunders, S. M. (1999). Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: Relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 597–605. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199905\)55:5<597::AID-JCLP7>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<597::AID-JCLP7>3.0.CO;2-M)
- Saypol, E., & Farber, B. A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(4), 462–471. <https://doi.org/10.1080/10503301003796821>
- Sexton, H. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1358–1365. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1358>
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Shechtman, Z., & Rybko, J. (2004). Attachment style and observed initial self-disclosure as explanatory variables of group functioning. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(3), 207–220. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.8.3.207>
- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326–337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (ed.). (2002). *The general factor of intelligence: How general is it?* Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.

- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.2.176>
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462–465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>
- Strotzka, H. (Hrsg.). (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: J. Aronson.
- Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., & Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 47–57. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.1.47>
- Tiedemann, J.L. (2007). *Die intersubjektive Natur der Scham*. Dissertation. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Kaiser, T. (2014). *Bedeutung und Zusammenhänge psychotherapeutischer Intra- und Intersessionprozesse*. Seminararbeit. Universität Salzburg. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4838.9609>
- Kaiser, T. (2015). *Intra- und Intersessionprozesse im Verlauf der Psychotherapie: eine Zeitreihen-Panelanalyse*. Masterarbeit. Universität Salzburg. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3528.2403>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305–314. <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371–386. <https://doi.org/10.1080/09515070.2010.534329>
- Tschacher, W. (2000). Temporal interaction of process variables in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 296–309. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.296>
- Tschacher, W., Endtner, K. (o. J.). *Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten*. Forschungsbericht der Universitären Psychiatrischen Dienste. Bern.
- Willutzki, U., Ülsmann, D., Schulte, D., & Veith, A. (2013). Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie: Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 256–268. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000224>

- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR)- Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(3), 234–358.
- Winter, D., Archer, R., Spearman, P., Costello, M., Quait, A., & Metcalfe, C. (2003). Explorations of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counselling service. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(4), 261–269. <https://doi.org/10.1080/14733140312331384253>
- Yalom, I. D. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25(1), 16. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750130018002>
- Zeeck, A., & Hartmann, A. (2005). Relating therapeutic process to outcome: Are there predictors for the short-term course in anorexic patients? *European Eating Disorders Review*, 13(4), 245–254. <https://doi.org/10.1002/erv.646>
- Zeeck, A., Hartmann, A. & Orlinsky, D. (2004). Inter-Session-Prozesse: Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(6), 236–242. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814790>
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV*. Weinheim: Beltz.
- Zimmer, D., & Ackermann, J. (Hrsg.). (1983). *Die therapeutische Beziehung: Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: Ed. Psychologie.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Flussdiagramm für die Zusammensetzung und Veränderung der Stichprobe	28
Abbildung 2 Beispielitem des Intrasession-Fragebogens in der Online-Erhebung	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Signifikante Ereignisse in der Psychotherapie bei Timulak (2007) und Intrasession-Prozesse bei Kaiser (2014, 2015)</i>	11
Tabelle 2 <i>Anzahl der ausgewählten Diagnoseoptionen (N=234)</i>	29
Tabelle 3 <i>Häufigkeiten und Anteilswerte (%) der Nennungen zu den Diagnoseoptionen. Mehrfachnennungen waren möglich (N=234)</i>	30
Tabelle 4 <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der bisher absolvierten Psychotherapien (N=234)</i>	31
Tabelle 5 <i>Häufigkeiten und Anteilswerte (%) der therapeutischen Orientierung der aktuellen oder letzten Psychotherapie (N=234)</i>	31
Tabelle 6 <i>Skalen und Subskalen des Intrasession-Fragebogens in der Version von Kaiser (2014), Itemanzahl und Beispielitems</i>	33
Tabelle 7 <i>Bezeichnung der Skalen zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen, Quellenangaben, Itemanzahl, Beschreibung und Beispielitems</i>	36
Tabelle 8 <i>Überblick über die getesteten Modelle mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse</i>	41
Tabelle 9 <i>Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe (Md_{rit}), für die ursprünglichen 11 Subskalen und die drei Gesamtskalen (N=234)</i>	44
Tabelle 10 <i>Deskriptive Statistiken (M, SD) und part-whole korrigierte Itemtrennschärfen der Items der Skala "negative und unerwünschte Therapieereignisse (N=234)</i>	46
Tabelle 11 <i>Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α und Median der korrigierten Trennschärfe (Md_{rit}), für die Gesamtskala "negative und unerwünschte Therapieereignisse und die fünf Subskalen (N=234)</i>	48
Tabelle 12 <i>Korrelationskoeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen r zwischen Intrasession-Skalen (N=234)</i>	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 13 <i>Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse (Maximum Likelihood-Schätzung) zum Intrasession-Fragebogen, Modelfitindices (N=234)</i>	50
Tabelle 14 <i>Faktorinterkorrelationen in Modell 2</i>	51
Tabelle 15 <i>Faktorladungen der Faktoren 2.Ordnung (Problembezogene Prozesse, Beziehungserfahrungen, Emotionale Prozesse, Generalfaktor) in Modell 2 und Modell 3</i>	52
Tabelle 16 <i>Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelationen r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und dem subjektiven Therapieergebnis zu Fragestellung 1 (N=234)</i>	54

Tabelle 17 Zusammenfassung der Modellprüfung zu Fragestellung 1a für die Kriterien des subjektiven Therapieergebnisses, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 - und korrigierte R^2 - Werte, Durbin- Watson Statistik und Toleranzwert (Ausschlussmodus Backward, $N=234$).	55
Tabelle 18 Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und Aspekten der therapeutischen Beziehung zur Fragestellung 2 ($N=234$)	57
Tabelle 19 Zusammenfassung der Modellprüfung zur Fragestellung 2a der Kriterien der Intrasession-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierte R^2 -Werte; Durbin-Watson Statistik und Toleranzwerte (Ausschlussmethode Backward, $N=234$)	58
Tabelle 20 Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation r nach Pearson zwischen den Intrasession-Skalen und dem Bindungs- und Beziehungsverhalten der Patientin zu Fragestellung 3 ($N=234$)	60
Tabelle 21 Zusammenfassung der Modellprüfung zu Fragestellung 3a der Kriterien der Intrasession-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 und korrigierte R^2 -Werte; Durbin-Watson Statistik und Toleranzwerte (Ausschlussmethode Backward, $N=234$)	61

Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit den psychometrischen Eigenschaften des Intrasession-Fragebogens zur Erfassung von Veränderungen innerhalb einer Therapiesitzung.

Das Ziel der Arbeit ist es, weitere empirische Evidenz zur Validierung des Intrasession-Fragebogens bereitzustellen. Diesbezüglich werden Item- und Skalenanalyse zur Überprüfung der Intrasession Skalen durchgeführt. Ebenso wird die Übereinstimmung zwischen den empirischen Daten und dem theoretisch angenommenen dreifaktoriellen Modell mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse geprüft. Zusätzlich werden die Zusammenhänge zwischen Intrasession-Prozessen und dem subjektiven Therapieergebnis, der therapeutischen Beziehung sowie dem Bindungs- und Beziehungsverhalten bei 234 ProbandInnen untersucht.

Der Intrasession-Fragebogen misst in seiner Originalversion das Ausmaß Problembezogener und Emotionaler Prozesse sowie Beziehungserfahrungen in Therapiestunden. Für die durchgeführte Untersuchung wurde das Messinstrument um eine Skala zu negativen und unerwünschten Therapieereignissen erweitert.

Das subjektive Therapieergebnis wurde mit dem Bochumer Veränderungsfragebogen (BVB-2000) erhoben. Die Beziehungsspezifischen Bindungsskalen für Erwachsene (BBE) dienen der Erfassung des Bindungs- und Beziehungsverhalten. Das Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR) erfasste die therapeutische Beziehung.

Die durchgeführten Analysen sprechen für gute interne Konsistenzen der ursprünglichen Skalen (Problembezogene Prozesse, Emotionale Prozesse, Beziehungserfahrungen) und eine akzeptable interne Konsistenz der neu konstruierten Skala (negative und unerwünschte Therapieereignisse). Korrelationsanalysen weisen auf hohe Zusammenhänge zwischen den Skalen hin. Hinsichtlich der Überprüfung der Faktorenstruktur erreicht das Modell mit drei korrelierenden Faktoren 2. Ordnung (Problembezogene Prozesse, Emotionale Prozesse, Beziehungserfahrungen) und 16 Faktoren 1. Ordnung eine akzeptable Modellanpassungsgüte. Zudem erwiesen sich Intrasession-Prozesse als signifikante Prädiktoren des subjektiven Therapieereignisses

sowie teilweise als Kriterien für die therapeutischen Beziehung und das Bindungs- und Beziehungsverhaltens.

Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Literatur diskutiert, ebenso werden Limitationen und Implikationen für weitere Forschungen erörtert.

Schlüsselwörter: Intrasession-Prozess, Psychotherapie, Konfirmatorische Faktorenanalyse

Abstract

The present thesis addresses the psychometric properties of the Intrasession-Questionnaire measuring changes within therapy sessions.

This master thesis aims to provide further empirical evidence for the validity of the Intrasession-Questionnaire. In this regard, item and scale analyses are performed to examine the intrasession-scales and conformity between the empirical data and the theoretically assumed three-factorial using confirmatory factor analysis. Moreover, correlations between intrasession-events and therapy outcome, therapeutic alliance and clients' attachment and relationship behavior are examined for a sample of 234 people.

The Intrasession-Questionnaire measures, in its original form, the extent of problem-related and emotional processes as well as relationship experiences in therapy sessions. The instrument was expanded by a scale of negative and undesirable therapeutic events for the present paper. Therapy outcome was measured using the "Bochumer Veränderungsfragebogen" (BVB-2000). Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene (BBE) were used to measure attachment and relationship behavior. The Working-Alliance-short revised (WAI-SR) was used to determine the therapeutic alliance.

The conducted analyses suggest good internal consistency of the original scales (problem-related processes, emotional processes, relationship experience) and moderate internal consistency of the newly constructed scale (negative and undesirable therapeutic events). Correlation analyses indicate high correlations between the scales. Concerning the examination of the factor structure, reasonable model fit was found for the model with three second-order correlated factors (problem-related processes, emotional processes, relationship experience) and 16 first-order factors. Furthermore,

intrasession–processes were found to be significant predictors of the therapy outcome and partly criteria of the therapeutic alliance and clients' attachment and relationship behavior.

Based on the literature as well as the limitations, results and implications for further research are being discussed.

Keywords: intrasession-process, psychotherapy, confirmatory factor analysis

Anhang A

Der Intrasession-Fragebogen

Intrasession-Fragebogen

siebenstufige Skala:

1 = nie

2 = fast nie

3 = selten

4 = manchmal

5 = oft

6 = sehr oft

7 = immer

Es folgen einige Erlebnisse und Erfahrungen, die man in Psychotherapiestunden haben kann. Bitte schätzen Sie ein, wie oft Sie diese Erlebnisse durchschnittlich innerhalb ihrer Psychotherapiestunden durchlebt haben.

In meinen Psychotherapiestunden...

Klärung

...habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe.

...komme ich dem Kern meiner Probleme nahe.

...gelange ich zu einer plausiblen Erklärung meiner Probleme.

Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz

...traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

...habe ich das Gefühl, Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich sonst nicht gewachsen fühlte.

...glaube ich, dass ich mich besser so verhalten kann, wie ich möchte.

Problemaktualisierung

- ...erkenne ich, woran ich arbeiten muss.
- ...habe ich meine Probleme klar vor Augen.
- ...werde ich mit meinen Problemen konfrontiert.
- ...erlebe ich mein Problem als real.

Einsicht

- ...wird mir klar, weshalb ich auf bestimmte Menschen so und nicht anders reagiere.
- ...verbinde ich Gefühle, die ich in der Sitzung habe, mit Gefühlen aus der Vergangenheit.
- ...gewinne ich Einsichten über mich selbst.
- ...gewinne ich Verständnis und Einsicht in meine Situation
- ...verstehe ich die Hintergründe meines Verhaltens gut.

Loyalität und Sympathie

- ...fühle ich mich in der Beziehung zu meinem/r Therapeut/in wohl.
- ...verstehen der/die Therapeut/in und ich einander.
- ...habe ich das Gefühl, dass der/die Therapeut/in an meinem Wohlergehen interessiert ist.
- ...habe ich den Eindruck, dass der/die Therapeut/in mir sagt, was er/sie über mich denkt.
- ...erlebe ich oft eine sehr starke Loyalität meines/r TherapeutIn mir gegenüber

Selbstwertstützung

- ...fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt.
- ...erlebe ich mich als wertvolle Person.
- ...merke ich, dass ich trotz meiner Probleme angenommen werde.
- ...vermittelt mir mein/e TherapeutIn das Gefühl, viel von mir zu halten.
- ...fühle ich mich von meinem/r TherapeutIn wertgeschätzt
- ... habe ich Angst davor, meine Selbstachtung zu verlieren.

Unterstützung

- ...finde ich, dass der/die Therapeut/in meine Probleme richtig einschätzt.
- ...habe ich das Gefühl, dass das Vorgehen des Therapeuten richtig für mich ist.
- ...merke ich, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.
- ...fühle ich mich von meinem/r TherapeutIn sehr gut unterstützt
- ...erlebe ich viel Rückhalt und Unterstützung seitens meines/r TherapeutIn

Konflikte und Übertragung

- ...merke ich, wie ich mich dem/der Therapeut/in gegenüber oft so verhalte, wie ich es anderen Menschen gegenüber tue, die mir nahe stehen.
- ...erlebe ich meinem Therapeuten gegenüber ähnliche Gefühle, wie ich sie aus anderen engen Beziehungen kenne.
- ...bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meine/r Therapeut/in und anderen mir vertrauten Personen.
- ...habe ich meine/r Therapeut/in gegenüber ähnliche Bedürfnisse, wie ich sie aus anderen engen Beziehungen kenne.

Emotionale Erleichterung/Katharsis

- ...kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken.
- ...habe ich die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken, die mich belasten.
- ...kann ich loslassen und meine Gefühle frei äußern.
- ...entledige ich mich unangenehmen Gefühlen, indem ich sie frei ausdrücke.
- ...kann ich meine Gefühle oft einfach so rauslassen.

Emotionales Erleben

- ...stehen meine Gefühle im Vordergrund.
- ...bin ich gefühlsmäßig stark beteiligt.
- ...kann ich spüren, was emotional in mir vorgeht.
- ...geht es primär um meine Gedanken

Containment

...kann ich gemeinsam mit meine/m Therapeut/in an negativen Gefühlen und Erfahrungen arbeiten.

...kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist.

...nimmt der/die Therapeut/in meine Gefühle an und hilft mir, sie zu verstehen.

...äußere ich Gedanken und Gefühle, die ich vorher nie äußern konnte.

...kann ich meinen Gedanken und Gefühlen einen Sinn geben.

Missverständnis

... hatte ich das Gefühl, mein/e TherapeutIn und ich reden aneinander vorbei.

... hatte ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über meine Gedanken und Gefühle missverstanden wurden.

...fällt mir auf, dass mein/e TherapeutIn und ich uns missverstehen.

...schätzt mein/e Therapeut/in mich falsch ein.

Scham

... fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt.

... habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen.

...wird mit meinen Schamgefühlen sehr einfühlsam und verständnisvoll umgegangen.

...schäme ich mich.

Verwirrung

... konnte ich kein klares Verständnis für meine Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen.

... habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben.

... hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt.

...fühle ich mich verwirrt.

Zurückweisung, Missachtung

... verhielt sich der Therapeut mit gegenüber kalt und distanziert.

... hatte ich das Gefühl, der Therapeut hätte kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen.

... fühlte ich mich zurückgewiesen und missachtet.

... habe ich mich von dem Therapeuten nicht richtig ernst genommen gefühlt.

Verletzung und Missbrauch

... fühle ich mich durch den Therapeuten erpresst.

... fühle ich mich von dem Therapeuten emotional missbraucht.

... mache der Therapeut manche Aussagen, die mich verletzen.

... fühle ich mich emotional ausgenutzt.

... kamen sexuelle oder erotische Anzüglichkeiten vor.

Anhang B

Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform – PatientIn

Code: _____ Datum: _____ Sitzungsnummer: _____

Working Alliance Inventory - revidierte Kurzform - P

Anleitung: Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Erfahrungen beziehen, die Menschen in ihrer Therapie oder mit ihrer/ihrer Therapeut/in machen können. Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf ihre Therapie zur Zeit zutrifft. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = „selten“ bis 5 = „immer“. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile.

	selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1. Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.	<input type="radio"/>				
2. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.	<input type="radio"/>				
3. Ich glaube mein/e Therapeut/in mag mich.	<input type="radio"/>				
4. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	<input type="radio"/>				
5. Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.	<input type="radio"/>				
6. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind.	<input type="radio"/>				
7. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in mich schätzt.	<input type="radio"/>				
8. Mein/e Therapeut/in und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.	<input type="radio"/>				
9. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheißt.	<input type="radio"/>				
10. Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	<input type="radio"/>				
11. Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.	<input type="radio"/>				
12. Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.	<input type="radio"/>				

Item-Copyright Horvath

Klin. Diagnostik u. Evaluation, 1. Jg., 343–358, ISSN 1864-6050
© 2008 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Anhang C

Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB-2000)

Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB-2000)

Name:

Datum:

Bitte stellen Sie sich den **Zeitpunkt direkt vor Beginn der Therapie** vor.

Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten.

Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum seitdem bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraumes, also seit Beginn der Therapie, eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Geben Sie bitte durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl das Ausmaß der Änderung in die eine oder andere Richtung an. Es folgt ein Beispiel:

Ich bin ruhiger geworden.

Ich bin unruhiger
geworden.

Wenn Sie innerhalb des Zeitraumes keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, kreuzen Sie eine "4" an.

Wenn die Aussage, dass Sie ruhiger geworden sind, auf Sie voll zutrifft, kreuzen Sie bitte eine "1" an.

Wenn die Aussage, dass Sie seit Beginn der Therapie unruhiger geworden sind, voll zutrifft, kreuzen Sie bitte eine "7" an.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Therapiebeginn...

1.	...fühle ich mich gehetzter.		...fühle ich mich weniger gehetzt.
2.	...habe ich jetzt eher das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.		...habe ich jetzt weniger das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.
3.	...hat das Leben für mich an Inhalt verloren.		...erscheint mir das Leben sinnvoller.
4.	...bin ich mit mir zufriedener.		...bin ich mit mir unzufriedener.
5.	...sehe ich Schwierigkeiten gelassener entgegen.		...bin ich angesichts von Schwierigkeiten angespannter.
6.	...bin ich innerlich ruhiger geworden.		...bin ich innerlich unruhiger geworden.
7.	...habe ich weniger Ausdauer.		...habe ich mehr Ausdauer.
8.	...gebe ich schneller auf.		...gebe ich weniger schnell auf.
9.	...schwanken meine Stimmungen jetzt stärker.		...schwanken meine Stimmungen jetzt weniger.
10.	...fühle ich mich jetzt sicherer.		...fühle ich mich jetzt unsicherer.
11.	...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt ruhiger.		...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt angespannter.
12.	...fühle ich mich ruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.		...fühle ich mich unruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.
13.	...nehme ich unerwartete Ereignisse gelassener hin.		...nehme ich unerwartete Ereignisse weniger gelassen hin.

Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Therapiebeginn...

14.	...fühle ich mich stärker isoliert als früher.		...fühle ich mich weniger isoliert als früher.
15.	...weiß ich jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.		...weiß ich jetzt oft besser, wie es weitergehen soll.
16.	...kann ich jetzt freier sprechen.		...kann ich jetzt weniger frei sprechen.
17.	...fühle ich mich freier		...fühle ich mich weniger frei
18.	...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts schlechter Kontakt aufnehmen.		...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts besser Kontakt aufnehmen
19.	...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen zugenommen.		...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen abgenommen.
20.	...bin ich entspannter.		...bin ich angespannter.
21.	...fühle ich mich ausgeglichener.		...fühle ich mich weniger ausgeglichen.
22.	...fühle ich mich im Gespräch mit anderen nicht mehr so unsicher.		...fühle ich mich im Gespräch mit anderen unsicherer.
23.	...komme ich mit mir selbst schlechter aus.		...komme ich mit mir selbst besser aus.
24.	...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens besser umgehen.		...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens schlechter umgehen.
25.	...macht es mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.		...macht es mich jetzt unsicherer, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.
26.	...haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten, zugenommen.		...haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten, abgenommen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang D

Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene (BBE)

Fragebogen zu Beziehungen

Mit diesem Fragebogen sollen verschiedene Typen von engen, persönlichen Beziehungen erfasst werden. Im folgenden bitten wir Sie, den Charakter Ihrer Beziehung zu Ihrem Partner und zu Ihrer Mutter anhand der Fragen zu beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

PERSÖNLICHE DATEN

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum

Hatten Sie schon einmal eine feste Beziehung zu einem Partner/ einer Partnerin?

ja nein

Sind Sie zur Zeit in einer festen Beziehung zu einem Partner/ einer Partnerin?

ja nein

Wenn ja, wie lange besteht diese Beziehung schon?

..... Jahre und Monate

Wenn nein, wie lange bestand Ihre letzte feste Beziehung?

..... Jahre und Monate

ã Prof. Dr. Jens B. Asendorpf, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin,
Oranienburger Straße 18, D-10178 Berlin

Teil I

Dieser Teil umfasst 14 Aussagen, die sich zur Beschreibung Ihrer **Beziehung zu Ihrer Mutter** eignen könnten. Sollte Ihre Mutter nicht mehr leben, überspringen Sie bitte diesen Teil. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter in den letzten Monaten zutreffend beschreibt oder nicht. Zur Bewertung jeder der 14 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Lassen Sie bitte keine Aussage aus; wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwerfallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten zutrifft.

	stimmt:				
	gar nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	völlig
1. Ich kann mich gut auf meine Mutter verlassen	1	2	3	4	5
2. Ich mache mir Sorgen, von meiner Mutter nicht akzeptiert zu werden	1	2	3	4	5
3. Ich treffe wichtige Entscheidungen ohne meine Mutter	1	2	3	4	5
4. Um etwas richtig genießen zu können, muß meine Mutter immer dabei sein.....	1	2	3	4	5
5. Ich finde es einfach, meiner Mutter gefühlsmäßig nahe zu kommen	1	2	3	4	5
6. Ich habe Schwierigkeiten, mich auf meine Mutter ganz zu verlassen	1	2	3	4	5
7. Ich vermeide es, von meiner Mutter abhängig zu sein	1	2	3	4	5
8. Wenn ich Probleme habe, muß meine Mutter für mich da sein	1	2	3	4	5
9. Ich fühle mich unwohl, wenn ich meiner Mutter nahe komme	1	2	3	4	5
10. Wenn ich Probleme habe, kann ich sie sehr gut ohne meine Mutter lösen	1	2	3	4	5
11. Ich kann meiner Mutter nie nahe genug sein	1	2	3	4	5
12. Ich fühle mich von meiner Mutter akzeptiert	1	2	3	4	5
13. Es ist wichtig für mich, unabhängig von meiner Mutter zu sein	1	2	3	4	5
14. Ich kann Probleme nur mit meiner Mutter lösen	1	2	3	4	5

Beschreiben Sie jetzt bitte ganz analog Ihre **Beziehung zu Ihrem Partner in den letzten Monaten**.

Wenn Sie zur Zeit keine feste Beziehung haben, beschreiben Sie bitte Ihre letzte feste Partnerbeziehung. Um unnötigen Verbrauch von Papier zu vermeiden, haben wir nur eine geschlechtsneutrale Version des Fragebogens erstellt. Der allgemeine Begriff „Partner“ bezeichnet daher entweder Ihren Partner oder Ihre Partnerin. Wenn Sie in noch keiner festen Beziehung standen, füllen Sie folgende zwei Seiten bitte nicht aus.

	stimmt:				
	gar nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	völlig
1. Ich kann mich gut auf meinen Partner verlassen	1	2	3	4	5
2. Ich mache mir Sorgen, von meinem Partner nicht akzeptiert zu werden	1	2	3	4	5
3. Ich treffe wichtige Entscheidungen ohne meinen Partner	1	2	3	4	5
4. Um etwas richtig genießen zu können, muß mein Partner immer dabei sein	1	2	3	4	5
5. Ich finde es einfach, meinem Partner gefühlsmäßig nahe zu kommen	1	2	3	4	5
6. Ich habe Schwierigkeiten, mich auf meinen Partner ganz zu verlassen	1	2	3	4	5
7. Ich vermeide es, von meinem Partner abhängig zu sein	1	2	3	4	5
8. Wenn ich Probleme habe, muß mein Partner für mich da sein	1	2	3	4	5
9. Ich fühle mich unwohl, wenn ich meinem Partner nahe komme	1	2	3	4	5
10. Wenn ich Probleme habe, kann ich sie sehr gut ohne meinen Partner lösen	1	2	3	4	5
11. Ich kann meinem Partner nie nahe genug sein	1	2	3	4	5
12. Ich fühle mich von meinem Partner akzeptiert	1	2	3	4	5
13. Es ist wichtig für mich, unabhängig von meinem Partner zu sein	1	2	3	4	5
14. Ich kann Probleme nur mit meinem Partner lösen	1	2	3	4	5

ä Prof. Dr. Jens B. Asendorpf, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin,
Oranienburger Straße 18, D-10178 Berlin

Anhang E

Julie Liznar: a0902542@unet.univie.ac.at
Christina Zettler: a1019676@unet.univie.ac.at



Befindest du dich in **psychotherapeutischer Behandlung** oder hast du mal eine **Psychotherapie** gemacht? Kennst du jemanden, der in Psychotherapie ist oder war?

In unseren Masterarbeiten untersuchen wir Effekte, die durch **Charaktermerkmale von PsychotherapeutInnen** entstehen und den **Verlauf der Psychotherapie** beeinflussen können.

Falls du dich angesprochen fühlst, würden wir uns sehr freuen, wenn du an unserer **Online-Befragung** teilnehmen würdest.

Die Befragung erfolgt natürlich anonym und dient lediglich wissenschaftlichen Zwecken!

Zusätzlich verlosen wir unter allen TeilnehmerInnen zwei Thalia-Gutscheine im Wert von je 20€!

Unten kannst du dir den Link abreißen und gerne auch an jemanden weitergeben!

Vielen herzlichen Dank!

ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutenmerkmalen
<https://www.socisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/>

Anhang F

Tabelle F

Subskala der Skala negative und unerwünschte Therapieereignisse, Bezeichnung und Items

Skala	Items	Quelle
Missverständnis	<i>50....hatte ich das Gefühl wir reden aneinander vorbei</i>	Selbst generiert
	<i>51....hatte ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über meine Gedanken und Gefühle missverstanden wurden</i>	Selbst generiert
	<i>52.... fällt mir auf, dass meine Therapeutin und ich uns missverstehen</i>	Selbst generiert
	<i>53....schätzt mich meine Therapeutin falsch ein</i>	Selbst generiert
Scham	<i>54..... fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt</i>	Selbst generiert
	<i>55.... habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen</i>	Selbst generiert
	<i>56.... wird mit meinen Schamgefühlen sehr einfühlsam und verständnisvoll umgegangen</i>	Selbst generiert
	<i>57.... schäme ich mich</i>	Selbst generiert

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle F

	<i>58.... konnte ich kein klares Verständnis meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen</i>	Selbst generiert
Verwirrung	<i>59.... habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben</i>	Selbst generiert
	<i>60.... hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt</i>	Hatcher& Barends (1996)
	<i>61.... fühle ich mich verwirrt</i>	Selbst generiert
	<i>62.... verhielt sich die Therapeutin mir gegenüber kalt und distanziert</i>	Gruber (2015)
Zurückweisung /Missachtung	<i>63.... hatte ich fas Gefühl, die Therapeutin hätte kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen</i>	Selbst generiert
	<i>64.... fühle ich mich zurückgewiesen und missachtet</i>	Selbst generiert
	<i>65.... habe ich mich von meiner Therapeutin nicht richtig ernst genommen gefühlt</i>	Gruber (2015)
Fortsetzung		

Fortsetzung Tabelle F

	<i>66.... fühle ich mich durch die Therapeutin erpresst</i>	Gruber (2015)
	<i>67. ... fühle ich mich von der Therapeutin emotional missbrauch</i>	Gruber (2015)
Verletzung/Missbrauch	<i>68....machte die Therapeutin manche Aussagen, die mich verletzten</i>	Gruber (2015)
	<i>69.... fühle ich mich emotional ausgenutzt</i>	Selbst generiert
	<i>70. ... kamen sexuelle oder erotische Anzüglichkeiten vor</i>	Selbst generiert

Anhang G

Abbildung G1 Modell 2

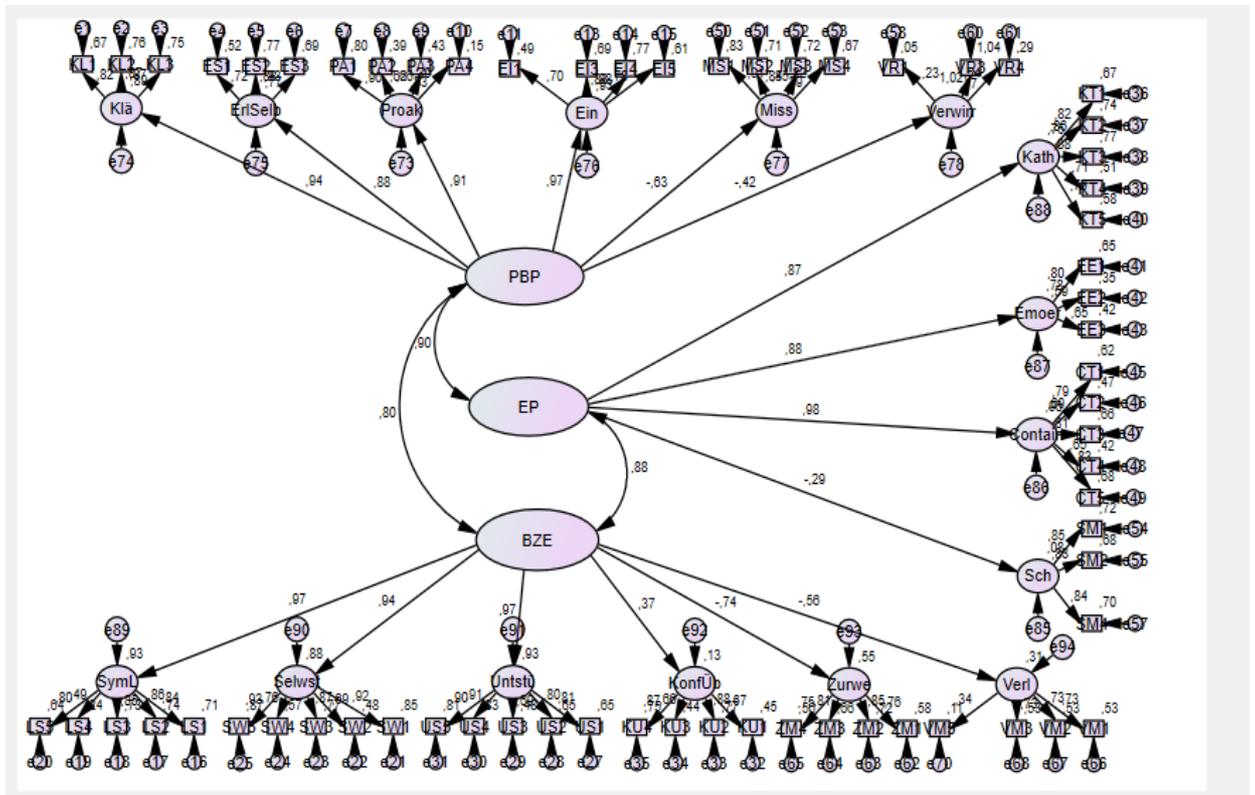


Abbildung F1. Modell 2 der konfirmatorischen Faktorenanalyse mit drei korrelierenden Faktoren 2. Ordnung und 16 Faktoren 1. Ordnung. Vollständig standardisierte Parameterschätzungen nach Maximum Likelihood. PBP=Problembezogene Prozesse; EP=Emotionale Prozesse; BZE= Beziehungserfahrungen; Klä=Klärung; ErlSelb=Erlebte Selbstwirksamkeit; Proak= Problemaktualisierung; Ein=Einsicht; Miss=Missverständnis; Verwirr= Verwirrung; Kath=Katharsis/ Emotionale Erleichterung; Emoel=Emotionales Erleben; Contai=Containment; Sch=Scham; VerL= Verletzung/Missbrauch; Zurwe= Zurückweisung/Missachtung; KonflÜb=Konflikte/Übertragung; Untstü= Unterstützung; Selwst=Selbstwertstützung; SymL= Sympathie/Loyalität

Abbildung G2 Modell 3

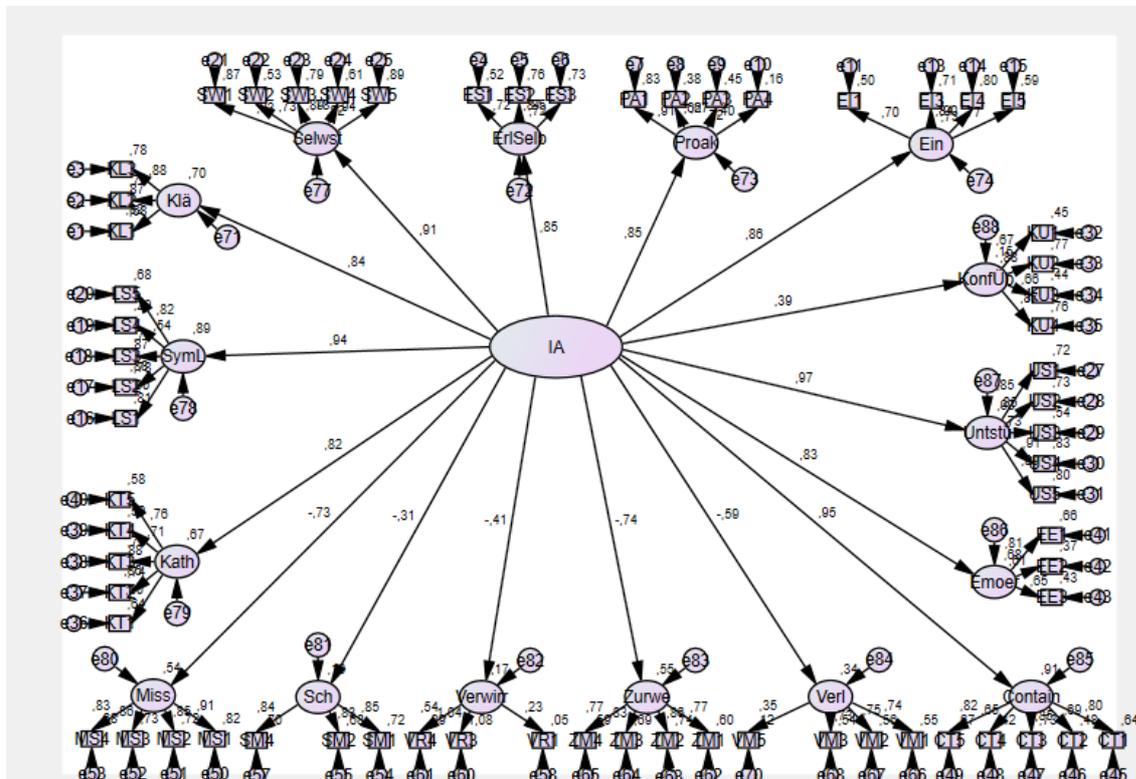


Abbildung. Modell 3 der konfirmatorischen Faktorenanalyse mit einem Generalfaktor 2. Ordnung und 16 Faktoren 1. Ordnung. Vollständig standardisierte Parameterschätzungen nach Maximum Likelihood. IA=Intrasession-Prozess; Klä=Klärung; ErlSelb=Erlebte Selbstwirksamkeit; Proak= Problematualisierung; Ein=Einsicht; Miss=Missverständnis; Verwirr= Verwirrung; Kath=Katharsis/ Emotionale Erleichterung; Emoel=Emotionales Erleben; Contai=Containment; Sch=Scham; Verl= Verletzung /Missbrauch; Zurwei= Zurückweisung/Missachtung; KonflÜb=Konflikte/Übertragung; Untstü= Unterstützung; Selwst=Selbstwertstützung; SymL= Sympathie/Loyalität

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst habe. Alle Inhalte, die direkt oder indirekt aus fremden Quellen entnommen wurden, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet.

Wien, am

Christina Maria Zettler

