



Bachelorarbeit

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die
therapeutische Beziehung

Gabriela Hirsiger

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Dr. med. René Hefti

Bern, Mai 2016

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Pfingstweidstrasse 96, Postfach 707, CH-8037 Zürich.

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich herzlich bei allen Personen, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben. Insbesondere danke ich der Klinik SGM Langenthal für die Zusammenarbeit. Ein spezieller Dank gilt Dr. med. René Hefti für seine Betreuung meiner Arbeit sowie Franz Fischer und Lars Kägi für ihre geduldige Hilfestellung zu all meinen Fragen in Bezug auf die Testdiagnostik der Klinik SGM.

Abstract

Die therapeutische Beziehung ist eines der am meist untersuchtesten Forschungsgebiete der Psychologie. Die konsistenten Ergebnisse des aktuellen Forschungsstands zeigen einen massgeblichen Einfluss auf das Therapieergebnis, wobei vermittelnde Faktoren, wie Patientenmerkmale, noch wenig untersucht sind und uneinheitliche Studienresultate zeigen.

Die vorliegende empirische Arbeit untersucht den Einfluss verschiedener Patientenmerkmale auf die therapeutische Beziehung aus Patienten- und Therapeutesicht anhand Patientendaten der Klinik SGM Langenthal. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse legen einen massgeblichen Einfluss der Patientenmerkmale auf die therapeutische Beziehung nahe. Vor allem die Krankheitsschwere, die mittels BDI, BSCL/BSI sowie HoNOS-D gemessen wurde, ist bei der Beurteilung der Qualität der therapeutischen Beziehung aus Sicht des Patienten wie auch des Therapeuten von Bedeutung. Aus Patientensicht sind zudem existenzielle Kompetenzen (ESK-8) und Spiritualität (Spiritualitäts-Skala des WHOQOL) relevant. Soziodemografische Variablen wurden aufgrund fehlender signifikanter Korrelation nicht in die Regressionsanalyse aufgenommen, religiöse (R-S-T Zentralität und RCOPE) sowie interpersonelle (IIP-D) Variablen klären einen Anteil der Varianz in der vorliegenden Stichprobe auf, die zugehörigen Regressionskoeffizienten sind aber nicht signifikant.

Die Studienergebnisse können genutzt werden, um personalisierte Schemata zur Etablierung einer qualitativ guten therapeutischen Beziehung zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, dass Therapeuten auch Patientenmerkmale mit Einfluss auf die therapeutische Beziehung zu ihrer Beurteilung der Qualität der Beziehung hinzuziehen, um mögliche Fehleinschätzungen zu vermeiden. Zudem müsste das Patientenbedürfnis nach Sinnsuche als Ressource im therapeutischen Setting vermehrt genutzt werden. Weitere Forschung, vor allem im Hinblick auf Moderations- und Mediationseffekten auf die therapeutische Beziehung ist nötig, um den Einfluss auf das Therapieergebnis zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Therapeutische Beziehung, therapeutische Allianz, Patientenmerkmale, Patientenvariablen, soziodemografisch, Schwere der Krankheit, Existenzialität, existenzielle Kompetenzen, Spiritualität, Religiosität, interpersonelle Probleme

Inhalt

Einleitung.....1

Ausgangslage und Ziel der Arbeit 1

Aufbau der Arbeit 1

Theoretischer Hintergrund2

Forschungsstand und Forschungslücke.....4

Fragestellung und Hypothese.....7

Methode7

Forschungsdesign.....7

Stichprobe8

Datenerhebung9

Erhebungsinstrumente.....10

Ergebnisse.....15

Datenaufbereitung.....15

Statistische Verfahren16

Darstellung der Ergebnisse19

Diskussion29

Zusammenfassung.....29

Beantwortung der Fragestellung30

Interpretation der Ergebnisse30

Methodenkritik.....32

Schlussfolgerungen und Ausblick.....33

Literatur.....36

Anhang.....41

Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Linearität- und Homoskedastizitätsprüfung FTB-P	26
<i>Abbildung 2.</i> Linearität- und Homoskedastizitätsprüfung FTB-T	26
<i>Abbildung 3.</i> Prüfung Normalverteilung der Residuen FTB-P	29
<i>Abbildung 4.</i> Prüfung Normalverteilung der Residuen FTB-T	29

Tabellen

Tabelle 1 <i>Prozentuale Verteilung von Altersgruppen und Geschlecht</i>	8
Tabelle 2 <i>Prozentuale Verteilung von Ausbildungsstufen und Bedeutung der Religiosität</i>	9
Tabelle 3 <i>Korrelationen nach Pearson zwischen Patientenmerkmalen und therapeutischer Beziehung aus Patienten- und aus Therapeutensicht</i>	20
Tabelle 4 <i>Kennwerte Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht</i>	21
Tabelle 5 <i>Kennwerte Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht</i>	22
Tabelle 6 <i>Koeffizienten Regression der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht</i>	23
Tabelle 7 <i>Koeffizienten Regression der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht</i>	24
Tabelle 8 <i>Multikollinearitäts-Prüfung der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung</i>	27

Abkürzungen

BDI	Beck Depressions-Inventar
BSCL	Brief Symptom Checklist
BSI	Brief Symptom Inventory
BSCL/BSI-GSI	Global Severity Index aus BSCL (ehem. BSI)
ESK	Existenzskala
ESK-8	Existenzskala Kurzversion
FTB	Fragebogen zur therapeutischen Beziehung
FTB-P	Fragebogen zur therapeutischen Beziehung Patientensicht
FTB-T	Fragebogen zur therapeutischen Beziehung Therapeutensicht
GSI	Global Severity Index
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales Deutsch
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme Deutsch
RCOPE	Religious Coping
RCOPE negative	negatives religiöses Coping
RCOPE positive	positives religiöses Coping
R-S-T	Der Religiositäts-Struktur-Test
R-S-T Zentralität	Religiositäts-Struktur-Test Zentralitätswert
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life
WHOQOL Spiritualität	World Health Organisation Quality of Life – Skala Spiritualität

Einleitung

Ausgangslage und Ziel der Arbeit

Es gibt unzählige Faktoren, die den therapeutischen Prozess beeinflussen können. In der vorliegenden Arbeit werden die Qualität der therapeutischen Beziehung sowie die Bedeutung verschiedener Patientenvariablen untersucht. Die therapeutische Beziehung und deren Wirkung innerhalb der Psychotherapie beschäftigt Kliniker und Forscher schon seit über einem Jahrhundert. Dabei stellt die Thematik eines der meistuntersuchten Gebiete der psychologisch begründeten Wissenschaften dar und die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der stärksten Prädiktoren für das Therapieergebnis ist. Demgegenüber ist die Frage hinsichtlich Faktoren, welche vermittelnd auf die therapeutische Beziehung einwirken oder diese vermindern, noch relativ wenig beforscht oder führte zu uneinheitlichen Ergebnissen. Einer dieser Faktoren sind Patientenmerkmale (Horvath & Bedi, 2002). Die Erkenntnisse der aktuellen Forschung sowie der Mangel an Studien zum Einfluss von Patientenvariablen zeigt die Wichtigkeit weiterer Forschung zu diesem Thema. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll daher der Einfluss verschiedener Patientenmerkmale auf die Qualität der therapeutischen Beziehung untersucht werden. Zusätzlich interessieren hierbei auch allfällige Unterschiede aus der Sicht von Patienten und Therapeuten sowie deren Vorhersagestärke. Die aus dieser Fragestellung resultierenden Ergebnisse erlauben es dem Therapeuten, den Merkmalen Rechnung zu tragen, die ein Patient ins therapeutische Setting mitbringt. Damit kann auch der individuelle Aufbau der therapeutischen Beziehung spezifischer gestaltet werden.

Aufbau der Arbeit

Zu Beginn dieser Arbeit werden die theoretischen Grundlagen zu den Begriffen therapeutische Beziehung und Patientenvariablen erläutert. Danach wird ein Überblick zum aktuellen Stand der Forschung im Bereich der therapeutischen Beziehung im Allgemeinen, als auch bezüglich des Einflusses verschiedener Patientenvariablen auf die therapeutische Beziehung gegeben, worauf die Fragestellung und die Hypothese aufbauen. Anschliessend beschreibt der Methodenteil das Studiendesign, die Stichprobe und deren Datenerhebung sowie die Erhebungsinstrumente. Weiter werden im Ergebnisteil die Datenaufbereitung, die für die Auswertungen angewandten statistischen Verfahren und die Ergebnisse selber dargestellt.

Der letzte Teil widmet sich der Diskussion. Dieser beginnt mit einer Zusammenfassung, danach werden die Fragestellung und die Hypothese überprüft, die Ergebnisse interpretiert sowie die Methodik kritisch begutachtet. Der Diskussionsteil schliesst mit einem Ausblick auf weiterführende Überlegungen für künftige Forschungsansätze und die klinische Tätigkeit.

Zur erleichterten Lesbarkeit werden die Begriffe Patient und Therapeut geschlechtsneutral verwendet, es sind dabei immer beide Geschlechter gemeint.

Theoretischer Hintergrund

Therapeutische Beziehung. Ob und wie sich ein tragfähiges Arbeitsbündnis entwickelt, ist von vielen Einflüssen abhängig und verschiedene Forscher haben sich in den vergangenen Jahrzehnten damit beschäftigt. Bereits Freud (1999) erkannte Anfang des 20. Jahrhunderts, dass eine gute Arbeitsbeziehung für eine erfolgreiche Analyse entscheidend ist. Weiter hat er sich mit den Zusammenhängen dieses Konzepts und den Übertragungs- und Gegenübertragungs-Ansätzen auseinandergesetzt.

Der Begriff therapeutische Beziehung wurde erstmals durch Zetzel (1956) geprägt. Sie sah darin eine wichtige Voraussetzung für therapeutische Interventionen und deren Effizienz. Die Fähigkeit von Patienten, therapeutische Arbeitsbündnisse eingehen zu können, hängt ihrer Ansicht nach in grossem Masse vom Erleben einer stabilen und hilfreichen Mutter-Kind-Beziehung ab. Diese frühkindliche Erfahrung ermöglicht wiederum das Erlernen der Fähigkeiten, stabile und vertrauensvolle Beziehungen einzugehen. Beim Fehlen dieser Fertigkeiten ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Beziehung aktiv zu fördern.

Greenson (1966) ergänzte schliesslich den Begriff der therapeutischen Beziehung durch den Begriff des Arbeitsbündnisses. Er war der Ansicht, dass das Arbeitsbündnis die rationale Fähigkeit des Patient darstellt, erfolgreich mit dem Therapeuten zusammenzuarbeiten, so dass die Therapieziele erreicht werden können. Als therapeutische Beziehung, welche Greenson (1966) Übertragungsbeziehung nannte, beschrieb er hingegen den Bindungscharakter dieser Verbindung.

Luborsky (1976) differenzierte den Beziehungscharakter noch weiter, indem er zwei Typen unterschied, die auch als Phasen betrachtet werden können. Innovativ an seiner Arbeit war auch das erstmalige Operationalisieren des bislang rein theoretischen Konzepts. Typ 1 der Konzept-Phasen beruht auf der positiven Erfahrung des Patienten, den Therapeuten als

unterstützend und hilfreich zu betrachten. Gestützt auf seine wissenschaftliche Untersuchung schlug Luborsky (1976) für den Beziehungstyp 1 vier Faktoren vor: (a) Der Patient glaubt an die Fähigkeiten des Therapeuten, (b) der Patient ist überzeugt, dass die Therapie zu Veränderung führt, (c) der Patient fühlt sich verstanden und unterstützt sowie (d) der Patient sieht den Therapeuten als hilfreich an. Als Typ 2 deklariert der Forscher die Zusammenarbeit der beiden Parteien, wobei diese ähnliche Vorstellungen über die Ursachen der Probleme des Patienten sowie über die Ziele der Behandlung haben und Verantwortung dafür übernehmen. Luborsky (1976) ist aufgrund seiner Arbeit der Ansicht, dass nur wenige Patienten Beziehungen des Typs 2 eingehen.

Auch Bordin (1979) lieferte eine wichtige Präzisierung der therapeutischen Beziehung, welche er als therapieschulenübergreifenden Schlüssel zum Erfolg betrachtete. In seinem Modell unterschied er drei Komponenten einer erfolgreichen therapeutischen Beziehung: (a) Übereinstimmung in Bezug auf die Therapieziele, (b) Übereinstimmung in Bezug auf Arbeitsfelder und -bedingungen sowie (c) eine positive emotionale Bindung zwischen Therapeut und Patient. Beide Parteien müssen dabei Verantwortung für die damit verbundenen Handlungen übernehmen.

Gaston (1990) leitet aus den bisherigen theoretischen Arbeiten ein vierteiliges Modell ab. Es beinhaltet (a) die therapeutische Beziehung als Aufbau einer affektiven Bindung zwischen Patient und Therapeut, (b) das Arbeitsbündnis im Sinne der Fähigkeit, die der Patient mitbringt, gezielt in der Therapie arbeiten zu wollen, (c) ein empathisches Verständnis für die emotionalen Bedürfnisse des Patienten auf der Seite des Therapeuten und (d) dass sich beide Parteien in Bezug auf die Therapieinhalte und -ziele einig sind. Die Dimensionen des Modells sind voneinander relativ unabhängig, können sich jedoch ergänzen.

Dieser Überblick über die wesentlichsten Modellvorstellungen zeigt die grosse Vielfalt und damit auch die Schwierigkeit, diese elementare therapeutische Komponente erfassen zu können. Trotz einer jahrzehntelangen Forschungsgeschichte existiert bis heute keine eindeutige und konsensfähige Begriffsdefinition.

Patientenvariablen. In der Psychotherapieforschung wurde eine immense Fülle an allgemeinen Wirkfaktoren identifiziert. Darunter werden Therapievariablen verstanden, die Bestandteil jeder psychotherapeutischen Interaktion bilden, ungeachtet welche Therapie-Methode zum Tragen kommt (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012).

Bereits Rosenzweig (1936) entwickelte die These, dass nebst spezifischen Therapiemethoden implizite therapeutische Faktoren wirksam seien. Frank (1971, zit. nach Pfammatter et al., 2012) entwickelte aus dieser Idee sein Common Component Model, in welchem die Remoralisierungs-Hypothese im Zentrum steht. Der zufolge bildet der Kern einer Psychotherapie die Bekämpfung der Demoralisierung des Patienten, was über den Aufbau einer positiven Erwartungshaltung auf Seiten des Patienten erfolgt.

Einen Bereich dieser allgemeinen Wirkfaktoren stellen gemäss Grencauge und Norcross (1990) die Patientenmerkmale dar, sie beinhalten die Eigenschaften und Verhaltensweisen von Patienten. Horvath und Bendi (2002) kategorisierten Patientenmerkmale, welche die Therapie beeinflussen, in zwei Hauptkategorien. Dies sind einerseits Variablen wie Erfahrungen und Fähigkeiten und andererseits die Belastbarkeit, die den Patienten unabhängig von der Therapiesituation prägen. Die Fülle an Patientenmerkmalen, die Einfluss auf den Therapieprozess haben können, ist gemäss Clarkin und Levy (2004) grenzenlos und zwingt daher Forscher und Kliniker, eine Auswahl für diejenigen Merkmale zu treffen, die für die Therapie am relevantesten erscheinen. Die Autoren haben in ihrer Arbeit aus diesem Grund Gruppen von Patientenvariablen unterschieden. Dazu gehören (a) soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und die ethnische Zugehörigkeit, (b) Persönlichkeitsfaktoren, (c) Art und Schwere der Krankheit sowie funktionelle Einschränkungen, (d) interpersonelle Probleme und (e) therapiebedingte Variablen. In der vorliegenden Arbeit werden soziodemografische Variablen, Persönlichkeitsfaktoren, die Krankheitsschwere und interpersonelle Probleme berücksichtigt.

Forschungsstand und Forschungslücke

Nachstehend wird als erstes der aktuelle Forschungsstand zur therapeutischen Beziehung als Einflussfaktor des Therapieprozesses betrachtet. Danach werden Forschungsbeiträge erläutert, die den Einfluss von Patientenmerkmalen auf das Therapieergebnis untersuchen, sowie zum Schluss deren Auswirkung auf die therapeutische Beziehung, dem Kern dieser Arbeit. Es werden ausschliesslich Arbeiten zu denjenigen Patientenvariablen berücksichtigt, welche in dieser Arbeit überprüft werden.

Therapeutische Beziehung. Eine Suche in der Literaturlatenbank Psynindex bestätigt die weit verbreitete Auffassung, dass die therapeutische Beziehung einer der am bestuntersuchten Forschungsbereiche ist. Mit der Stichwortsuche *working alliance OR therapeutic*

alliance erscheinen über 2300 empirische Studien allein für den Zeitraum von 1990 bis 2016. Diese Fülle an Forschungspublikationen zeigt nicht nur die Wichtigkeit, sondern stellt auch ein Argument für deren Bedeutung innerhalb der Psychotherapie dar. Verschiedene Übersichtsarbeiten ermitteln einen kleinen aber konsistenten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis. Horvath und Symonds (1991) begutachteten 24 Studien und fanden einen mittleren Effekt von $r = .26$. Eine neuere Metaanalyse von Martin, Garske und Davis (2000) zeigte anhand von 79 untersuchten Studien einen homogenen Einfluss der therapeutischen Beziehung mit einem etwas kleineren Effekt von $r = .22$. Beide Arbeiten wählten ähnliche Selektionskriterien und ihre Daten überlagerten sich teilweise. Die Autoren verwendeten jedoch leicht unterschiedliche statistische Vorgehensweisen für die Zusammenfassung ihrer Resultate (Horvath & Bedi, 2002). Vor wenigen Jahren untersuchten Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds und Horvath (2012) 190 unabhängige Stichproben und fanden einen mittleren Effekt von $r = .29$ sowie signifikante Heterogenität zwischen den einzelnen Effektgrößen der Studien. Dabei ist zu beachten, dass der Zusammenhang bei der patientenseitigen Einschätzung und dem Resultat einer Psychotherapie höher als bei der Einschätzung durch die Therapeuten ist (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Des Weiteren legen die aufgeführten Übersichtsergebnisse nahe, dass die Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis relativ robust gegenüber unterschiedlichen krankheitsspezifischen Therapiemethoden als auch gegenüber verschiedenen Studiendesigns sind (Flückiger et. al., 2012).

Patientenmerkmale. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass der grösste Anteil der Varianzaufklärung des Psychotherapieergebnisses auf Patientenmerkmale zurückzuführen ist (Bergin & Lambert, 1979; zit. nach Clarkin & Levy, 2004) und dass nahezu 40% des Therapiefortschritts diesen Variablen zugeschrieben werden kann (Lambert, 1992; zit. nach Clarkin & Levy, 2004). Inwiefern jedoch solche Patientenvariablen die therapeutische Beziehung beeinflussen, ist noch wenig erforscht (Johansson & Eklund, 2006; Lorenzo-Luaces, DeRubeis & Webb, 2014) und ergab uneinheitliche Studienergebnisse.

So zeigt der Einfluss soziodemografischer Variablen ein widersprüchliches Bild. Johansson und Eklund (2006) fanden einen signifikanten Einfluss höheren Alters auf die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung durch den Patienten. In der Studie von Lazine et al. (2005) attestieren Therapeuten ihren Patienten eine bessere therapeutische Beziehung, wenn deren Alter mehr als 45 Jahre betrug, aber auch, wenn sie jünger als 25

Jahre waren. Aus Sicht des Patienten hatte das Alter allerdings keinen Einfluss. Weiter fanden Lazignac et al. (2005) signifikante Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und dem Schulniveau. Dabei zeigte sich, dass je schlechter das Schulniveau war, desto besser wurde die therapeutische Beziehung eingeschätzt. Die Autoren machen dabei keine Aussage darüber, ob sie Unterschiede in der Sicht der Therapeuten und der Patienten feststellten. Darüber hinaus konnten die Autoren keine weiteren signifikanten Zusammenhänge bei insgesamt 23 überprüften Patientenmerkmalen finden. Keinerlei signifikanten Zusammenhang hingegen konnten Lorenzo et al. (2014) zwischen soziodemografischen Patientenmerkmalen und einer besseren therapeutischen Beziehung finden. Gibbons et al. (2003) wiesen bei den untersuchten soziodemografischen Variablen Geschlecht, Ausbildung und ethnische Herkunft lediglich einen positiven Einfluss des weiblichen Geschlechts auf die therapeutische Beziehung nach.

Auch der Einfluss des Schweregrades einer Krankheit zeigt diskrepante Studienergebnisse. Eine Vielzahl von Forschern untersuchte die Auswirkungen dieses Patientenmerkmals. Einige geben an, dass Patienten mit grösserer psychischer Beeinträchtigung schlechtere therapeutische Beziehungen haben (Gaston, Thompson, Gallager, Cournoyer & Gagnon, 1998; zit. nach Horvath & Bedi, 2002; Johansson & Eklund, 2006; Lorenzo et al., 2014; Zurroff et al., 2002; zit. nach Horvath & Bedi, 2002), während andere Studien keinen oder nur einen geringen Einfluss finden konnten (Joyce & Piper, 1998; zit. nach Horvath & Bedi, 2002; Paivio & Bahr, 1998; zit. nach Horvath & Bedi, 2002).

Einheitliche Forschungsbefunde zeigen sich bei der Merkmalskategorie interpersonelle Probleme, das gemäss Saunders (2011) am meisten untersuchte Patientenmerkmal. Die Studien von Gibbons et al. (2003), Horvath und Luborsky (1993), Johansson und Eklund, (2006) sowie Saunders (2001) zum Beispiel zeigen einen massgeblichen Einfluss auf die therapeutische Beziehung auf. Je grössere Schwierigkeiten ein Patient im interpersonellen Bereich hat, desto schwieriger fällt es ihm, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen.

In der Kategorie der persönlichkeitsbedingten Patientenmerkmale werden in dieser Arbeit spezifisch der Einfluss existenzieller Kompetenzen sowie Spiritualität und Religiosität auf die therapeutische Beziehung näher untersucht. In den vergangenen Jahrzehnten wurde in verschiedenen Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen spirituellen sowie religiösen Merkmalen und psychischer Gesundheit gefunden (z.B. Bergin, Masters & Richards, 1987; Koenig, 1997; Schumaker, 1992). Diese Ergebnisse legen nahe, dass diese Merkmale wertvolle Ressourcen für die Therapie darstellen können. Eine Überprüfung der Literatur in

den psychologischen Literaturdatenbanken bezüglich des Einflusses auf die therapeutische Beziehung in diesem Bereich ergab keine Resultate. Dies stellten auch Shumway und Waldo (2012) in Bezug auf Religiosität und Spiritualität fest.

Fragestellung und Hypothese

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der therapeutischen Beziehung und deren Zusammenhang mit bestimmten Einflussfaktoren auf Seite der Patienten auseinander. Dabei soll überprüft werden, ob und welche Patientenmerkmale aus verschiedenen Gruppierungen die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflussen. Daraus ergeben sich folgende Fragestellung und die daraus abgeleitete Hypothese.

Fragestellung. Welche soziodemografischen, persönlichkeitsbezogenen, krankheitsbedingten und interpersonellen Patientenmerkmale beeinflussen die therapeutische Beziehung?

Hypothese. Soziodemografische (Alter, Geschlecht, Bildungsstand) und persönlichkeitsbezogene Patientenmerkmale (existenzielle Kompetenzen, Spiritualität, Religiosität), der Schweregrad der Krankheit sowie interpersonelle Probleme des Patienten beeinflussen die Qualität der therapeutischen Beziehung.

Methode

In diesem Kapitel werden das Forschungsdesign der Arbeit aufgezeigt, die Stichprobe sowie die Erhebung der Daten beschrieben und nicht zuletzt die Erhebungsinstrumente, die zur Datengewinnung hinzugezogen wurden, vorgestellt.

Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Studie, welche auf einem naturalistischen Studiendesign basiert. Die Studie beruht auf der Weiterverwendung von quantitativ erhobenen Patientendaten durch die Klinik SGM Langenthal. Für die statistischen Auswertungen dieser Arbeit werden die bei Austritt aus der Klinik erhobenen Daten verwendet. Es können ausschliesslich Patientendaten aus der Gesamtstichprobe einbezogen werden, bei denen die Austrittsdaten aller in dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumente vorhanden sind.

Stichprobe

Beschreibung der Stichprobe. Die Stichprobe umfasst insgesamt 579 Personen. Sie wird nachstehend aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtszusammensetzung sowie ihres Bildungsgrades analysiert. Zusätzlich wird der Ausprägungsgrad von Religiosität anhand der Auswertungen der Zentralitätsskala des Religion-Struktur-Tests (R-S-T) aufgezeigt, da Religiosität in dieser Stichprobe relevant ist. Die Personen sind zwischen 17 und 78 Jahre alt, das Durchschnittsalter beträgt 41.5 Jahre ($M = 41.5$, $SD = 14.056$, $N = 579$). Die Meisten haben ein Alter zwischen 45 und 54 Jahren (29.4%). Am zweithäufigsten sind die Personen zwischen 35 und 44 Jahre alt (19.5%). 68.2% der Stichprobe sind weiblich, 31.8% männlich. 2.2% haben keine abgeschlossene Ausbildung, 24.7% verfügen über einen Abschluss der Sekundarstufe I, 49.9% haben die Sekundarstufe II abgeschlossen und 23.1% haben einen Tertiär-Abschluss. Gemäss den Konventionen von Huber und Huber (2012), welche im Kapitel «Erhebungsinstrumente» beschrieben werden, sind 5.2% Personen der Stichprobe nicht religiös, 46.8% sind religiös und 48% hochreligiös. In Tabelle 1 sind die Häufigkeitsverteilung der beschriebenen Altersgruppe und des Geschlechts, sowie in Tabelle 2 die Ausbildungskategorien und die Bedeutung von Religiosität abgebildet.

Tabelle 1

Prozentuale Verteilung von Altersgruppen und Geschlecht

	Alter			Geschlecht	
	<i>N</i>	%		<i>N</i>	%
17 – 24 Jahre	101	17.4	männlich	184	31.8
25 – 34 Jahre	102	17.6	weiblich	395	68.2
35 – 44 Jahre	113	19.5			
45 – 54 Jahre	170	29.4			
55 – 64 Jahre	68	11.7			
65 – 78 Jahre	25	4.3			
Total	579	100.0		579	100.0

Tabelle 2

Prozentuale Verteilung von Ausbildungsstufen und Bedeutung der Religiosität

Ausbildung			Religiosität (R-S-T)		
	<i>N</i>	%	Zentralität	<i>N</i>	%
ohne	13	2.2	0 – 10	30	5.2
Sek I	143	24.7	11 – 29	271	46.8
Sek II	289	49.9	30 – 40	278	48.0
Tertiär	134	23.1			
Total	579	100.0		579	100.0

Poweranalyse. Die optimale Stichprobengrösse wurde mittels der Computersoftware G*Power, Version 3.1.9, a priori berechnet. Eine ausreichende Stichprobengrösse ist Voraussetzung für eine angemessene Teststärke, um mit einer genügend hohen Wahrscheinlichkeit einen Effekt in der Population finden zu können (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Für die Poweranalyse in G*Power wurde das Verfahren F-test für lineare multiple Regressionen („fixed model R^2 deviation from zero“) ($p = 0.8$, $\alpha = 0.05$, $df_{zw} = 12$) angewendet (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007). Dieses Verfahren berechnete bei einer gemäss Cohen (1992) mittleren Effektstärke von $f^2 = 0.15$ eine minimale Stichprobengrösse von 189 Personen.

Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden durch die Klinik SGM Langenthal im Rahmen der regulären Diagnostik bei Klinikeintritt und -austritt erhoben, wobei hier nur die Austrittsdaten verwendet werden. Diese personenbezogenen Patientendaten werden bei allen Patienten durchgeführt, sofern dies der Gesundheitszustand zulässt und die Patienten damit einverstanden sind. Für diese Arbeit wurden ausschliesslich Daten verwendet, bei denen Patienten ihre schriftliche Einverständniserklärung zur Weiterverwendung ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken gegeben haben. Dieses Vorgehen gehört ebenfalls zum Diagnostik-Standardprozedere der Klinik SGM, die unterzeichneten Dokumente sind in der Klinik SGM archiviert.

Erhebungsinstrumente

Die Patientendaten wurden durch verschiedene Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebogen ermittelt. Im Folgenden werden die für diese Arbeit verwendeten Fragebogen genauer erläutert sowie Kennwerte zur Reliabilität der einzelnen Instrumente beurteilt. Die Reliabilität eines Testverfahrens zeigt, mit welcher Messgenauigkeit ein Test das Merkmal misst (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Das Reliabilitätsmass Cronbachs Alpha sollte dabei mindestens einen zufriedenstellenden Wert von .7 erreichen. Werte über .8 gelten als gut, Werte unter .5 sind nicht akzeptabel (Hossiep, 2016).

Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung (FTB). Der FTB basiert auf dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ). Der HAQ erfasst die Qualität der therapeutischen Beziehung mit 12 Items auf einer 6-stufigen Likert-Skala (Alexander & Luborsky, 1986). Die Konstruktion des HAQ basierte auf dem von Luborsky (1976) entwickelten Modell der therapeutischen Beziehung, welches in dieser Arbeit im Kapitel «Theoretischer Hintergrund» erläutert wurde. Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) haben den Fragebogen auf Deutsch übersetzt und ermöglichen dabei neben der patientenseitigen Einschätzung nun auch eine Einschätzung des Therapeuten mit leicht abgewandelten Items aus der Patientenversion. Nebst der Summenskala aller Items kann der HAQ in zwei Subskalen eingeteilt werden. Die erste Subskala (HAQ1) erfasst die affektive Beziehungszufriedenheit vom Patienten zum Therapeuten anhand 6 der 12 Items, die zweite Subskala (HAQ2) ermittelt die Erfolgswzufriedenheit, also die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg anhand 4 der 12 Items (Bassler et al., 1995; Brähler, Schuhmacher & Strauss, 2003). Besonders die Subskala HAQ2 zur Erfolgswzufriedenheit kann als Indikator für den allgemeinen Therapierfolg gelten. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der hohen Interkorrelation die beiden Subskalen in engem Zusammenhang liegen und sich gegenseitig bedingen. Auf einen subjektiv wahrgenommenen Erfolg nimmt auch die Beziehung Einfluss (Bassler et al., 1995). Der HAQ kann zur Evaluation von Therapieverfahren unterschiedlicher theoretischer Konzepte herangezogen werden. Die interne Konsistenz der Reliabilität liegt bei allen Items bei guten Cronbachs Alpha von $r = .89$. Die Subskala HAQ1 erreicht ebenso einen Wert von $r = .89$, bei der Subskala HAQ2 liegt er bei $r = .84$ (Brähler et al., 2003).

Die Klinik SGM hat zusammen mit der Universität Heidelberg eine deutsche Übersetzung des HAQ für Therapeuten angefertigt, da diese von Bassler et al. (1995) nicht veröffentlicht wurde. Ausserdem wurde beim Fragebogen für Patienten die Frage 12 weggelassen

und es erfolgte eine Namensänderung des Fragebogens in Fragebogen zur therapeutischen Beziehung FTB. Die Abkürzung für den Patienten-Fragebogen lautet FTB-P, beim Fragebogen für Therapeuten FTB-T. Im Folgenden werden daher in der vorliegenden Arbeit die von der Klinik SGM angewendeten Abkürzungen verwendet. Warum es zu einer Streichung der Frage 12 sowie der Namensänderung kam, konnte nicht eruiert werden.

Existenzskala (ESK). Die ESK misst als Selbsteinschätzungsfragebogen eigene personale und existenzielle Kompetenzen. Darunter sind die Fähigkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung zu verstehen. Die ESK wurde theoriegeleitet aus der existenzanalytischen Anthropologie entwickelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass personale Fähigkeiten weder zustandsgebunden noch persönlichkeitsbedingt oder zeitlich stabil sind, sondern eine weitere Dimension darstellen, die situative Einflüsse als auch persönlichkeitsbedingte Anlagen einschließt. Dies ermöglicht ein existenziell erfülltes Leben auch dann, wenn ein Mensch z.B. psychisch krank ist. Die ESK erfasst mit einer 6-stufigen Likert-Skala anhand 64 Items bei der Lang-Version, respektive mittels 8 Items bei der Kurzversion die vier Subskalen (a) Selbst-Distanzierung (SD), (b) Selbst-Transzendenz (ST), (c) Freiheit (F) und (d) Verantwortung (V). Die Subskalen SD und ST bilden zusammen den persönlichen Umgang mit sich selber, was als Personen-Faktor bezeichnet wird. Die Subskalen F und V stellen als sogenannter Existenz-Faktor die Interaktion mit der Umwelt dar. Diese beiden Faktoren bilden zusammen das Globalmass, das den Grad an innerer Erfüllung darstellt (Längle, Orgler & Kundi, 2000). In der vorliegenden Arbeit wird die Kurzversion ESK-8 verwendet.

Die interne Konsistenz des Globalmasses bei der Langversion ist mit einem Cronbachs Alpha von $r = .93$ sehr hoch. Bei den Subskalen belaufen sich die Werte zwischen $r = .70$ und $r = .83$ (Längle et al., 2000). Auch die Kurzversion verfügt über eine sehr gute interne Konsistenz des Globalmasses mit einem Cronbachs Alpha von $r = .92$. Bei den einzelnen Subskalen betragen die Werte zwischen $r = .73$ und $r = .97$ (Konkolý Thege & Martos, 2008).

World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL). WHOQOL ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und erfasst mit einer 5-stufigen Likert-Skala die individuelle Lebensqualität Erwachsener. Der Fragebogen wurde von der World Health Organisation WHO zur gesundheitsbezogenen Erfassung der Lebensqualität in einem internationalen Projekt entwickelt. Er ist nicht auf spezifische Anwendungsbereiche beschränkt und wurde in 15 verschiedenen kulturellen Settings erarbeitet. WHOQOL-100 beinhaltet 100 Items in den 6

Domänen (a) physisches Wohlbefinden, (b) psychisches Wohlbefinden, (c) Unabhängigkeit, (d) soziale Beziehungen, (e) Umwelt sowie (f) Spiritualität. WHOQOL-BREF bildet die Kurzversion des Tests, die 24 Items umfasst. Die Items werden den 4 Domänen (a) physisch, (b) psychisch, (c) soziale Beziehungen und (d) Umwelt zugeordnet. Für die vorliegende Arbeit wird ausschliesslich die Dimension Spiritualität verwendet, mit deren Items religionsübergreifende Sinnhaftigkeit abgefragt wird. Die interne Konsistenz des WHOQOL-100 liegt für die einzelnen Skalen je nach Stichprobe bei unzureichenden bis sehr guten Werten von $r = .59$ bis $r = .92$, die des WHOQOL-BREF bei ungenügenden bis guten Werten zwischen $r = .57$ und $r = .88$. Die Skala Spiritualität erreicht eine sehr gute interne Konsistenz von $r = .86$ bis $r = .91$ (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000).

Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Der R-S-T dient der differenzierten Erfassung religiösen Erlebens und Verhaltens und baut theoretisch auf ein allgemeines Modell zur Messung von Religiosität auf. Auf dieser Basis ermöglicht der Fragebogen eine theoriegeleitete Definition unterschiedlicher Aspekte von Religiosität aus verschiedenen Kulturen (Huber, 2008). Der R-S-T besteht aus den 6 Kerndimensionen (a) Intellekt, (b) Ideologie (Glaube), (c) öffentliche Praxis, (d) private Praxis (e) Erfahrung und (f) Konsequenzen, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala erfragt werden. Aus den ersten 5 Kerndimensionen wird mit Gewichtung zu gleichen Teilen die Dimension der Zentralität gebildet, welche die Hauptachse des R-S-T darstellt. Inhaltlich bildet die Zentralitäts-Dimension das religiöse und spirituelle Selbstkonzept ab. Sie bezieht sich auf die Frage, welche Position das religiöse System in der Psyche innehat. Dazu werden drei Idealtypen formuliert: (a) Die Religiosität bildet eine zentrale Position mit einem starken Einfluss auf die psychischen Systeme, diese Personen werden als hochreligiös eingestuft. (b) Religiosität nimmt eine untergeordnete Position ein, das heisst, Erleben und Handeln werden nur gelegentlich von religiösen Aspekten beeinflusst. Diese Individuen werden als religiös charakterisiert. (c) Religiosität bildet eine marginale Position, religiöse Inhalte kommen im Leben einer Person kaum vor. Diese Personen werden daher als nicht religiös bezeichnet (Huber, 2008). Die interne Konsistenz des R-S-T zeigt gute Werte, sie liegen mit einem Cronbachs Alpha zwischen $r = .85$ bis $r = 0.93$ (Huber & Huber, 2012).

Religious Coping (RCOPE). RCOPE ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und dient der differenzierten Erfassung religiöser Bewältigungsstrategien. Aufgrund theoretischer Überlegungen haben die Autoren fünf Schlüsselfunktionen differenziert: (a) Sinnsuche, (b)

Kontrollgefühl in schwierigen Lebenssituationen, (c) Trost und Spiritualität, mit der sich die Unberechenbarkeit der Welt besser bewältigen lässt, (d) Vertrautheit und Spiritualität, die den sozialen Zusammenhalt erleichtert sowie (e) Lebensübergänge und Transformationen. In Bezug auf diese Schlüsselfunktionen wurden 17 Dimensionen religiöser Bewältigungsstrategien entwickelt, die mit je 5 Items anhand einer 4-stufigen Likert-Skala erfragt werden (Pargament, König & Perez, 2000).

In dieser Arbeit wird der Brief RCOPE in deutscher Übersetzung von Lehr, Fehlberg, Hess und Fix (2007) verwendet. Der Brief RCOPE wurde aus den RCOPE-Skalen mit je 7 Items entwickelt und dient der Erfassung von positiven (RCOPE positive) und negativen (RCOPE negative) Coping-Mustern (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998). Die beiden Dimensionen des Brief RCOPE Deutsch weisen mit einem Cronbachs Alpha von $r = .79$ (negatives religiöses Coping) sowie $r = .91$ (positives religiöses Coping) zufriedenstellende bis hohe innere Konsistenzen auf (Fehlberg, 2014).

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D). Der HoNOS-D ist ein diagnostisches Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer psychischen Erkrankung. Das Verfahren wurde in Grossbritannien entwickelt, um einerseits differenziert den Schweregrad sowie die soziale Funktionsfähigkeit zu messen und andererseits im Routineinsatz den Therapieerfolg überprüfen zu können (Andreas et al., 2007; Wing et al. 1998). Die Messung besteht aus 12 Items, welche je einen spezifischen Problembereich einer psychischen Erkrankung beschreiben und deren Ausprägung auf einer 5-stufigen Likert-Skala vom Rater beurteilt werden kann. Die Items werden in vier Funktionsbereiche eingeteilt: (a) Verhaltensproblem, (b) symptomatische Probleme, (c) allgemeine kognitive und körperliche Beeinträchtigungen sowie (d) soziale Probleme. Die Reliabilität liefert bei allen Items bis auf eines beachtliche Ergebnisse von $r = .72$ bis $r = .91$ (Andreas et al., 2007).

Brief Symptom Checklist (BSCL) – ehem. Brief Symptom Inventory (BSI). Vor der Beschreibung des Tests sollen hier zuerst namensbedingte Unklarheiten geklärt werden. Der BSI wird aus markenrechtlichen Gründen 2016 neu als BSCL mit einem neuen Manual erscheinen, wie lic. phil. Psych. C. Hiltbrand vom Hogrefe Verlag (persönliche E-Mail-Kommunikation, 10. August 2015) mitteilte. Der BSCL beinhaltet gegenüber der alten Version BSI keine inhaltlichen Änderungen. Bei der Itemreihenfolge und den Testinstruktionen hingegen seien leichte Korrekturen vorgenommen worden. Da das aktuelle vorliegende Manual unter dem Namen BSI veröffentlicht wurde, wird im Folgenden darauf Bezug genom-

men. Bei der Bezeichnung werden jedoch beide Abkürzungen berücksichtigt und es wird in der vorliegenden Arbeit der Ausdruck BSCL/BSI verwendet.

Der BSCL/BSI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, mit dem die subjektive Beeinträchtigung durch physische und psychische Symptome erfasst werden kann. BSCL/BSI wurde aus der Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (1975; zit. nach Franke, 2000) entwickelt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der zeitliche Aufwand des SCL-90-R als zu hoch empfunden wurde. Im Manual sind keine theoretischen Hintergründe zur Testentwicklung aufgeführt. Patienten geben im BSCL/BSI bei 53 Items auf einer 4-stufigen Likert-Skala an, in welcher Ausprägung die im Item beschriebenen Symptome mit einem zeitlichem Bezug auf die letzten sieben Tage auf sie zutreffen. Die Items unterliegen neun Subskalen, welche gleichzeitig neun Syndrome abbilden. Der daraus resultierende Summenwert bildet den globalen Kennwert Global Severity Index GSI, der die generelle psychische Belastung widerspiegelt (Franke, 2000).

Die internen Konsistenzen der deutschsprachigen BSCL/BSI-Skalen liegen in einer grossen Bandbreite zwischen mangelhaften Werten von $r = .39$ bis guten Werten von $r = .85$. Beim Gesamtwert GSI hingegen zeigen sich sehr gute Werte von $r = .92$ bis $r = .96$ (Franke, 2000). In der vorliegenden Arbeit werden ausschliesslich Daten des Globalwerts GSI verwendet.

Beck Depressions-Inventar (BDI). Der Selbstbeurteilungsfragebogen BDI dient der Erfassung depressiver Symptome. Der BDI verpflichtet sich keiner ätiologischen Depressionstheorie. Anhand einer 4-stufigen Likert-Skala werden 21 Items erfragt, die sich je auf einen Bereich depressiver Symptomatik und deren Schweregrad beziehen. Die daraus ermittelten Werte geben als Summenwert den Schweregrad der Depression an. Das Verfahren misst mit einer guten internen Konsistenz von $r = .88$ (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995).

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Der IIP ist ein Persönlichkeitsfragebogen zur Selbsteinschätzung von Problemen im Umgang mit anderen Personen und wird vor allem im klinischen Kontext angewandt. Theoretisch basiert das Diagnostik-Instrument auf dem Modell des interpersonalen Circumplex von Leary (1957, zit. nach Horowitz et. al., 2000). Dieses betrachtet die Integration interpersoneller Prozesse als reziproken Vorgang, bei dem bestimmtes Verhalten beim Gegenüber bestimmte Reaktionen provozieren. Der Autor schuf gemäss Horowitz et al. (2000) mit diesem Modell eine Grundlage für die Klassifikation interpersonalen Verhaltens. Der interpersonale Circumplex kann als

ätiologisches Modell für die Entstehung von psychischen Störungen aber auch als Interventions-Instrument in der Psychotherapie eingesetzt werden. Den IIP-D gibt es als Kurz- und Langversion mit 64 respektive 127 Items. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala werden Verhaltensdefizite im Sinne von Handlungen, die dem Probanden schwer fallen, sowie Verhaltensexzesse, also Verhaltensweisen, die der Proband übermässig zeigt, erfragt. Die Items werden zu den Skalen (a) zu autokratisch, (b) zu streitsüchtig, (c) zu abweisend, (d) zu introvertiert, (e) zu selbstunsicher, (f) zu ausnutzbar, (g) zu fürsorglich und (h) zu expressiv zusammengefasst. Zusätzlich ist aus allen Items ein Gesamtwert ermittelbar. Die Reliabilität liegt bei den einzelnen Skalen mit einem Cronbachs Alpha zwischen guten bis sehr guten Werten von $r = .81$ und $r = .91$ (Horowitz, Strauss & Kordy, 2000). In der vorliegenden Arbeit wird die Kurzversion des Tests verwendet.

Ergebnisse

Nach der Präsentation der methodischen Komponenten dieser Arbeit, werden nun die Forschungsergebnisse der vorliegenden Studie vorgestellt, sowie die Datenaufbereitung und die statistischen Verfahren erläutert. Hauptteil des Kapitels bilden die Ergebnisse.

Datenaufbereitung

Datenmigration und -auswertung. Die Daten, welche durch das Diagnostikerfassungssystem XPsy erhoben worden waren, konnten automatisiert als SPSS SAV-Format exportiert werden. Sämtliche statistischen Auswertungen wurden danach im Statistikprogramm SPSS für Windows vorgenommen.

Missings und Ausreisser. Es werden ausschliesslich Daten aus Befragungen der Klinik SGM verwendet, welche alle in dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumente ausgefüllt haben. Grund dafür ist, dass nur diese Datensätze in die Regressionsanalyse einbezogen werden können und der Stichprobenunterschied zu gross wäre, wenn die Korrelationsberechnungen anhand der gesamten Stichprobe erstellt werden würden. Dies könnte wiederum die Ergebnisse der Regressionsanalyse verfälschen. Ausreisser wurden mittels Box-Wisker-Plots (Sedlmeier & Renkewitz, 2013) identifiziert und in die Berechnungen einbezogen, da diese nicht ohne hinreichende Begründung ausgeschlossen werden dürfen (Eid et al. 2010). Es ist nicht davon auszugehen, dass die Messverfahren fehlerhaft sind und aufgrund der anonymisierten Datensätze können keine Rückschlüsse auf vorsätzlich unkorrektes Ausfüllen der Fra-

gebogen gemacht werden. Gemäss Tabachnick und Fidell (2014) sind einige Ausreisser in grossen Stichproben zudem nicht ungewöhnlich.

Aufbereitung der Variablen. Von der Klinik SGM wurden zum Bildungsstand zwei verschiedene Variablen mit unterschiedlichen Skalen erhoben. Eine davon wurde bis 2013, die andere ab 2013 verwendet. Um die Daten aus allen Jahren einbeziehen zu können, wurde eine neue Variable zum Bildungsstand entwickelt, welche sich an der Kategorisierung in die Stufen Sek I, Sek II und Tertiär des Bildungssystems Schweiz (2015) orientiert. Die beiden ursprünglichen Variablen wurden in diese neue Variable transferiert. Alle weiteren Variablen wurden ohne weitere Aufbereitung übernommen.

Statistische Verfahren

Die Stichprobe wurde im Kapitel «Methode» in einem ersten Schritt mit deskriptiver Statistik der Lagemasse und der Streuungsmasse beschrieben.

In einem zweiten Schritt wurde der gerichtete Zusammenhang zwischen den folgenden Variablen mittels einseitiger Pearson-Korrelation untersucht:

- Therapeutische Beziehung: aus Patientensicht, aus Therapeutensicht
- Soziodemografische Variablen: Alter, Geschlecht und Bildungsstand
- Krankheitsbezogene Variablen: generelle psychische Belastung und die Schwere einer Depression
- Persönlichkeitsbedingte Variablen: existenzielle Kompetenzen, Spiritualität, religiöses Erleben und Verhalten sowie religiöses Coping
- Interpersonelle Variablen: Interpersonelle Probleme

Der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient (r), auch Pearson-Korrelationskoeffizient genannt, dient dabei als Mass, um die Stärke und Richtung des Zusammenhangs darzustellen. Von einer positiven Korrelation ist die Rede, wenn beide Variablen mit hohen Ausprägungen einhergehen, von einer negativen Korrelation, wenn die niedrige Ausprägung einer Variablen mit der hohen Ausprägung einer anderen korreliert (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Gemäss Cohen (1992) gelten dabei Effektstärken mit $r = .10$ als klein, $r = .30$ als mittel und $r = .50$ als grosse Zusammenhänge.

In einem dritten Schritt wurde eine multiple Regressionsanalyse angewendet, die dazu dient, den Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen (Prädiktoren) auf eine abhängige Variable (Kriterium) zu überprüfen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000). Als Kriterium ist hier die therapeutische Beziehung aus Sicht des Patienten sowie aus Sicht des Therapeuten festgelegt. Als Prädiktoren wurden die Variablen hinzugezogen, die signifikante Effekte aus der Korrelationsanalyse aufweisen. Aufgrund der Fragestellung, die bereits eine Gruppierung der Merkmale vorwegnimmt, wurden die unabhängigen Variablen blockweise in das Regressionsmodell aufgenommen, um die einzelnen Anteile an der Varianzaufklärung aufzeigen zu können.

Die für die Interpretation in der Regressionsanalyse wichtigste statistische Grösse zur globalen Überprüfung der Regressionsfunktion ist der Regressionskoeffizient (R), denn R gilt als Mass zur Bestimmung der Wirkung des Prädiktors auf das Kriterium. Das Bestimmtheitsmass (R^2) gibt dabei die Güte der Anpassung an die empirischen Daten an. Somit zeigt R^2 auf, welcher Anteil der Varianz mit dem berechneten Modell aufgeklärt wird und damit, wie gut das Kriterium durch die Prädiktoren bestimmt wird (Backhaus et al., 2011). Da R^2 basierend auf der Stichprobengrösse berechnet wird, wird die Güte der Vorhersage vermindert. Diesem Problem wird in Statistikprogrammen mit der Ausgabe des korrigierten Bestimmtheitsmasses ($R^2_{\text{kor.}}$) entgegengewirkt, welches die Anzahl Prädiktoren berücksichtigt. Bei grossen Stichproben unterscheidet sich das korrigierte R^2 unwesentlich von R^2 (Eid et al., 2010). Zur Überprüfung der Signifikanz des durch die Regressionsbeziehung postulierten Zusammenhangs mit einem Signifikanzniveau von $p < .05$ dient der F-Test. Dieser prüft die Gültigkeit des Modells über die Stichprobe hinaus auf die Grundgesamtheit (Backhaus et al., 2011).

Nach der oben erläuterten globalen Überprüfung werden die Regressionskoeffizienten einzeln begutachtet, um den Einfluss pro Prädiktor zu untersuchen. Dies erfolgt einerseits wiederum durch Signifikanz-Prüfung bei $p < .05$ mittels t-Test für jeden Koeffizienten, andererseits wird der Grad des Einflusses mittels der standardisierten Regressionskoeffizienten (β), auch *Beta* genannt, ersichtlich. Die Standardisierung β ist nötig, um den Einfluss der unterschiedlichen Masseinheiten der einzelnen Variablen auszugleichen (Backhaus et al., 2011).

Innerhalb der Regressionsanalyse ist es des Weiteren essenziell, Modellprämissen zu berücksichtigen, um eruieren zu können, ob die Annahmen zur Berechnung des Verfahrens erfüllt sind. Gemäss Backhaus et al. (2011) wirken sich kleine Verletzungen der Modellprä-

missen nur gering auf die Regressionsanalyse aus. Es müssen folgende theoretische Prämissen überprüft werden:

- **Linearität:** Vorliegen einer linearen Beziehung zwischen Prädiktoren und Kriterium. Dies lässt sich anhand des Punktdiagramms der Residuen der abhängigen Variablen darstellen. Linearität ist gegeben, wenn die Gesamtform des Punktdiagramms rechteckig ist und keine Krümmung aufweist. Eine Verletzung der Prämisse führt zu verzerrten Schätzwerten, die Regressionsanalyse verliert dabei jedoch nicht ihre Gültigkeit (Tabachnick & Fidell, 2014).
- **Homoskedastizität:** Die Residualvarianzen unterscheiden sich nicht innerhalb der gemessenen Daten, um die Verzerrung der Konfidenzintervalle zu verhindern. Dabei schwanken die Residualwerte unsystematisch und ohne grosse Varianzen um 0. Heteroskedastizität zeigt sich meist als trichterförmiges Muster, welches sich bei grösseren Werten ausweitet. Die Regressionsanalyse wird auch durch Heteroskedastizität nicht ungültig, sie schwächt aber ebenfalls die Aussagekraft der Analyse (Tabachnick & Fidell, 2014).
- **Geringe Multikollinearität:** Multikollinearität tritt bei Korrelation zwischen Prädiktoren in einem gewissen Grad immer auf. Mit zunehmender Multikollinearität ist es möglich, dass das Bestimmtheitsmass R^2 zwar signifikant ist, jedoch keiner der Regressionskoeffizienten signifikante Werte aufweist. Oder es besteht die Gefahr, dass die Regressionskoeffizienten erheblich verändert sind. Multikollinearität kann anhand des Toleranzfaktors (TOL_j) sowie des Varianzinflationsfaktors (VIF_j) beurteilt werden (Backhaus et al., 2011). Die Literatur ist sich über die Grenzwerte allerdings uneinig. Gemäss Eid et al. (2010) sollte $TOL_j > .10$ und $VIF_j < 10$ sein, Urban und Mayerl (2008) empfehlen geringere Grenzwerte von $TOL_j > .25$ und $VIF_j < 5$.
- **Unabhängigkeit der Residuen:** Es wird vorausgesetzt, dass die Residuen nicht korrelieren. Die sogenannte Autokorrelation führt zu Verzerrungen des Standardfehlers der Regressionskoeffizienten und kann anhand des Durbin-Watson-Tests überprüft werden. Dieser kann einen Wert zwischen 0 und 4 annehmen. Eine vollständige positive Autokorrelation liegt bei 0 vor, eine vollständig negative bei 4. Demnach besteht bei Werten um 2 keine Autokorrelation (Backhaus et al., 2011).

- Normalverteilung: Die Residuen sind normal verteilt. Dies wird anhand des Probability-Probability-Plots überprüft, wobei die Punkte bei einer Normalverteilung auf einer diagonalen Geraden liegen. Eine Verletzung dieser Annahme führt dennoch zu unverzerrten Schätzungen der Regressionsgewichte, bei grossen Stichproben wirkt sie sich auch nicht gravierend auf die Signifikanztests aus (Eid et al., 2010).

Darstellung der Ergebnisse

Korrelationsanalyse. Wie im Kapitel «Statistische Verfahren» erläutert, wurden die Korrelationen zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht sowie dem Kriterium der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht überprüft. Die komplette Korrelationsanalyse ist in Tabelle 3 ersichtlich.

Aus Patientensicht besteht ein signifikanter Zusammenhang mit mittleren bis grossen Effekten zwischen der Schwere der Krankheit und der Qualität der therapeutischen Beziehung bei allen drei Variablen dieser Gruppe. Dabei weisen die durch die Selbstbeurteilung der Patienten gewonnenen Daten BSCL/BSI-GSI und BDI grössere Effekte auf, als die mittels HoNOS-D durch die Therapeuten ermittelte Krankheitsschwere (HoNOS-D $r = -.263$, $p < 0.01$; GSI aus BSCL/BSI-GSI $r = -.438$, $p < 0.01$; BDI $r = -.454$, $p < 0.01$). Weiter hängen aus Sicht des Patienten die persönlichkeitsbedingten Merkmale wie existenzielle Kompetenzen (ESK-8 $r = .452$, $p < 0.01$) und Spiritualität (WHOQOL Spiritualität $r = .416$, $p > 0.01$) mit der Qualität der therapeutischen Beziehung bei mittleren bis grossen Effektstärken zusammen. Religiöse Zentralität sowie positives und negatives Coping korrelieren ebenfalls mit einer besseren Beziehung zum Therapeuten, jedoch in geringerem Mass als die anderen Variablen (R-S-T Zentralität $r = .189$, $p < 0.01$; RCOPE positive $r = .156$, $p < 0.01$; RCOPE negative $r = -.238$, $p < 0.01$). Auch interpersonelle Schwierigkeiten korrelieren mit der therapeutischen Beziehung. Je mehr Schwierigkeiten dieser Art ein Patient hat, desto schlechter wird die therapeutische Beziehung wahrgenommen ($r = -.281$, $p < 0.01$). Weiter ist festzuhalten, dass aus Sicht des Patienten kein Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand und der Qualität der therapeutischen Beziehung besteht.

Therapeuten schätzen die Beziehung zum Patienten ebenfalls als signifikant schlechter ein, je kränker der Patient ist. Alle drei Merkmale, die zur Überprüfung der Krankheits-

schwere herangezogen wurden, weisen kleine bis mittlere Effektstärken auf (HoNOS-D $r = -.36$, $p < 0.01$; GSI aus BSCL/BSI-GSI $r = -.167$, $p < 0.01$; BDI $r = -.18$, $p < 0.01$). Bei den persönlichkeitsbedingten Merkmalen besteht eine geringe Korrelation in Bezug auf existenzielle Kompetenzen (ESK-8 $r = .165$, $p < 0.01$) und Spiritualität (WHOQOL Spiritualität $r = .148$, $p < 0.01$). Keine signifikanten Zusammenhänge konnten hingegen hinsichtlich religiöser Zentralität sowie religiösem Coping und der therapeutischen Beziehung festgestellt werden. Interpersonelle Problem weisen einen Zusammenhang mit geringer Effektstärke bei einem Signifikanzniveau von .05 ($r = -.072$, $p < 0.05$) auf. Auch bei den Therapeuten konnten keine signifikanten Korrelationen hinsichtlich der soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht und Bildungsstand) und der therapeutischen Beziehung festgestellt werden.

Tabelle 3

Korrelationen nach Pearson zwischen Patientenmerkmalen und therapeutischer Beziehung aus Patienten- und aus Therapeutesicht

Patientenmerkmale	Therapeutische Beziehung aus Patientensicht (FTB-P)	Therapeutische Beziehung aus Therapeutesicht (FTB-T)
Alter	-.007	.032
Geschlecht ^a	-.038	.058
Ausbildung	.024	.063
HoNOS-D	-.263**	-.360**
BSCL/BSI-GSI	-.438**	-.167**
BDI	-.454**	-.180**
ESK-8	.452**	.165**
WHOQOL Spiritualität	.416**	.148**
R-S-T Zentralität	.189**	.062
RCOPE positiv	.156**	.065
RCOPE negativ	-.238**	-.043
IIP-D	-.281**	-.072*

Anmerkung. ** $p < .01$, * $p < .05$, 1-seitig getestet. ^a männlich = 0, weiblich = 1

Regressionsanalyse. Zur Überprüfung der Richtung des Einflusses der Prädiktoren auf die Qualität der therapeutischen Beziehung im Sinne der Hypothese aus Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Therapeuten, wurden multiple Regressionsanalysen angewandt. Die Prädiktoren wurden dabei blockweise entsprechend den aus der Fragestellung bestimmten Gruppen, in das Modell aufgenommen. Das blockweise Hinzufügen von Variablen dient dazu, den spezifischen Anteil der Gruppen an der Varianzaufklärung sichtbar zu machen. Es wurden nur diejenigen Prädiktoren aufgenommen, welche bei der Korrelationsanalyse signifikante Zusammenhänge aufwiesen. Die Reihenfolge der Blöcke ergab sich in erster Linie aus theoretisch begründeten Überlegungen, aber auch aufgrund der Ergebnisse der Korrelationsanalyse. Wie im aktuellen Stand der Forschung beschrieben, zeigen zahlreiche Studien den signifikanten Einfluss krankheitsbedingter Variablen auf die therapeutische Beziehung, weshalb diese Merkmalsgruppe als erster Block ausgewählt wurde. Gemäss verschiedenen Studien haben interpersonelle Probleme ebenfalls einen grossen Einfluss. Da dieser Prädiktor in der vorliegenden Arbeit jedoch nur kleine bis mittlere Effektstärken in der Korrelationsanalyse aufwies und sich bei den persönlichkeitsbedingten Variablen grössere Effektstärken zeigten, wurde entschieden, die persönlichkeitsbedingten Variablen als zweiten und die interpersonellen Probleme als dritten Block in die Regressionsanalyse aufzunehmen.

Bei der Regressionsanalyse aus Patientensicht (Tabelle 4) wurden die krankheitsbedingten Einflussvariablen HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI und BDI im Modell 1 aufgenommen. Das Bestimmtheitsmass (R^2) zeigt, dass diese Merkmalsgruppe 21.9% der Varianz aufklärt ($R^2_{korr} = .219$, $F(3, 575) = 55.0$, $p = .000$). Mit dem Modell 2 wurden zusätzlich die persönlichkeitsbedingten Merkmale ESK-8, WHOQOL Spiritualität, R-S-T Zentralität sowie RCOPE positive und RCOPE negative hinzugezogen, was zu einer Verbesserung der Vorhersage um 3.5% auf 25.4% ($R^2_{korr} = .254$, $F(8, 570) = 25.59$, $p = .000$) führt. Der Einfluss interpersoneller Probleme in Modell 3 führt nur noch zu einer sehr geringfügig verstärkten Vorhersage um 0.3% auf 25.7% ($R^2_{korr} = .257$, $F(9, 569) = 23.17$, $p = .000$). Gemäss Cohen (1992) zeigt dieses Modell mittlere bis grosse Effektstärken.

Tabelle 4

Kennwerte Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht

Modell	R	R^2	R^2_{korr}
1 ^a	.472	.223	.219

2 ^b	.514	.264	.254
3 ^c	.518	.268	.257

Anmerkung. ^a beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI. ^b beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, ESK-8, WHOQOL Spiritualität, R-S-T Zentralität, RCOPE positive, RCOPE negative. ^c beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, ESK-8, WHOQOL Spiritualität, R-S-T Zentralität, RCOPE positiv, RCOPE negative, IIP-D.

Bei der multiplen Regression aus Therapeutensicht wurden im Modell 1 ebenfalls die krankheitsbedingten Einflussmerkmale HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI und BDI aufgenommen. Diese Merkmalsgruppe klärt dabei 12.6% der Varianz auf ($R^2_{\text{korr}} = .126$, $F(3, 575) = 28.75$, $p = .000$). Das Modell 2 beinhaltet zusätzlich die persönlichkeitsbedingten Merkmale ESK-8 und WHOQOL Spiritualität, was zu keiner Verbesserung der Vorhersage ($R^2_{\text{korr}} = .126$, $F(5, 573) = 17.62$, $p = .000$) führt. Der zusätzliche Einfluss interpersoneller Probleme in Modell 3 führt wiederum nur zu einer sehr geringfügig verbesserten Vorhersage um 0.2% auf 12.8% ($R^2_{\text{korr}} = .128$, $F(6, 572) = 15.12$, $p = .000$), was kleine bis mittlere Effektstärken nach Cohen (1992) darstellt. In Tabelle 5 sind die Werte der Gesamtstatistik über die verschiedenen Modelle ersichtlich.

Tabelle 5

Kennwerte Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht

Modell	<i>R</i>	R^2	R^2_{korr}
1 ^a	.361	.130	.126
2 ^b	.365	.133	.126
3 ^c	.370	.137	.128

Anmerkung. ^a beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI. ^b beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, ESK-8, WHOQOL Spiritualität. ^c beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, ESK-8, WHOQOL Spiritualität, IIP-D.

Zusätzlich zur globalen Überprüfung des Modells lässt sich anhand der Regressionskoeffizienten der spezifische Einfluss jeder unabhängigen Variablen überprüfen. Ausserdem werden mit der Signifikanzprüfung eine allfällige Generalisierbarkeit der Ergebnisse in der Population dargestellt (Backhaus et al., 2011). Tabelle 6 zeigt, dass aus Sicht von Patienten im Modell 3 die Schwere depressiver Symptomatik (BDI) den grössten Einfluss auf die therapeutische Beziehung hat, gefolgt von den existenziell begründeten Persönlichkeitsmerkmalen (ESK-8, WHOQOL Spiritualität). Alle anderen Prädiktoren weisen keine signifikanten Regressionskoeffizienten auf, da sie das Signifikanzniveau von $p < .05$ nicht erreichen

(Backhaus et al., 2011). Im Modell 1 zeigt zusätzlich die Schwere der Krankheit (BSCL/BSI-GSI) einen signifikanten Einfluss, dieser verliert sich sobald die persönlichkeitsbedingten Merkmale dem Modell hinzugefügt werden.

Tabelle 6

*Koeffizienten Regression der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patien-
tensicht*

Prädiktor	B	SE	β	t	Sign.
Modell 1					
HoNOS-D	-.133	.077	-.071	-1.723	.085
BSCL/BSI-GSI	-.053	.019	-.186	-2.834	.005
BDI	-.257	.063	-.271	-4.090	.000
Modell 2					
HoNOS-D	-.127	.076	-.068	-1.684	.093
BSCL/BSI-GSI	-.019	.020	-.067	-.947	.344
BDI	-.158	.065	-.167	-2.425	.016
ESK-8	.193	.067	.170	2.899	.004
WHOQOL Spiritualität	.282	.129	.119	2.189	.029
R-S-T Zentralität	-.046	.059	-.044	-.778	.437
RCOPE positive	.213	.122	.097	1.744	.082
RCOPE negative	-.074	.088	-.035	-.838	.403
Modell 3					
HoNOS-D	-.123	.076	-.065	-1.629	.104
BSCL/BSI-GSI	-.029	.021	-.101	-1.371	.171
BDI	-.154	.065	-.162	-2.369	.018
ESK-8	.234	.070	.205	3.320	.001
WHOQOL Spiritualität	.282	.129	.119	2.194	.029

R-S-T Zentralität	-.059	.059	-.057	-.998	.318
RCOPE positive	.229	.122	.105	1.874	.061
RCOPE negative	-.090	.088	-.043	-1.015	.311
IIP-D	.152	.086	.088	1.759	.079

Aus Sicht der Therapeuten beeinflusst der Schweregrad einer psychischen Erkrankung (HoNOS-D) die Beurteilung der therapeutischen Beziehung am stärksten, gefolgt von interpersonellen Problemen (IIP-D) und existenziellen Fähigkeiten (ESK-8), wobei diese beiden Prädiktoren nur sehr kleine Regressionskoeffizienten haben. Zudem weist nur der Wert des HoNOS-D Signifikanz auf, alle anderen Prädiktoren erreichen das Signifikanzniveau ($p < .05$) nicht (Tabelle 7).

Tabelle 7

Koeffizienten Regression der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht

Prädiktor	B	SE	β	t	Sign.
Modell 1					
HoNOS-D	-.611	.076	-.347	-8.004	.000
BSCL/BSI-GSI	.002	.018	.006	.090	.928
BDI	-.033	.062	-.037	-.525	.600
Modell 2					
HoNOS-D	-.612	.077	-.348	-7.996	.000
BSCL/BSI-GSI	.008	.020	.031	.404	.687
BDI	-.003	.066	-.003	-.040	.968
ESK-8	.026	.067	.025	.397	.692
WHOQOL Spiritualität	.130	.122	.059	1.066	.287
Modell 3					
HoNOS-D	-.609	.076	-.346	-7.965	.000

BSCL/BSI-GSI	-.001	.021	-.002	-.027	.978
BDI	.001	.066	.001	.019	.985
ESK-8	.063	.071	.059	.887	.375
WHOQOL Spiritualität	.127	.122	.057	1.039	.299
IIP-D	-.133	.086	-.083	1.539	.124

Modellprämissen der Regressionsanalyse. Ob die Ergebnisse der dargestellten Regressionsanalysen Gültigkeit haben, unterliegt, wie im Kapitel «Statistische Verfahren» erläutert, verschiedenen Prämissen, die nachfolgend überprüft werden.

Linearität wird anhand des Punktdiagramms der Residuen der abhängigen Variablen geprüft und ist dann gegeben, wenn das Punktediagramm eine rechteckige Form und keine Krümmung aufweist (Tabachnick & Fidell, 2014). Die Punktediagramme in den Abbildungen 1 und 2 zeigen eine rechteckige Form auf. Im rechten oberen Teil ist eine leichte Krümmung vorhanden. Durch die Abwesenheit einer eindeutigen Krümmung in der Gesamtform der Diagramme, wird bei beiden abhängigen Variablen von einem linearen Modell ausgegangen.

Homoskedastizität ist gegeben, wenn die Residualwerte unsystematisch und ohne grosse Varianzen um 0 schwanken. Liegt Heteroskedastizität vor, zeigt sich meist ein trichterförmiges Muster, welches sich zu den grösseren Werten hin ausweitet (Tabachnick & Fidell, 2014). Die Residuen der Regressionsanalyse aus Patientensicht (Abbildung 1) streuen unsystematisch und es zeichnet sich keine Trichterform bei steigenden Werten der abhängigen Variable. Es zeigen sich Varianzen im oberen rechten Bereich und im oberen linken Bereich sowie grösseren Varianzen im unteren rechten Bereich gegen die Mitte hin.

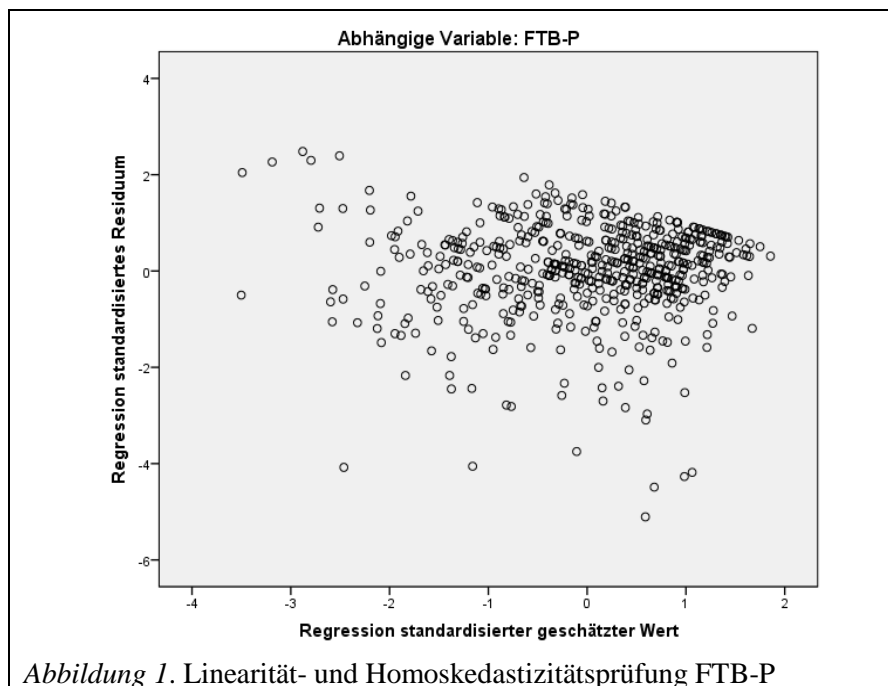


Abbildung 1. Linearität- und Homoskedastizitätsprüfung FTB-P

Die Residuen der Regressionsanalyse aus Therapeutensicht (Abbildung 2) zeigen ebenfalls eine unsystematische Streuung und keine Trichterform. Das Diagramm weist vor allem im unteren Teil eine grössere Varianz sowie eine geringfügig grössere Varianz im oberen linken Bereich auf.

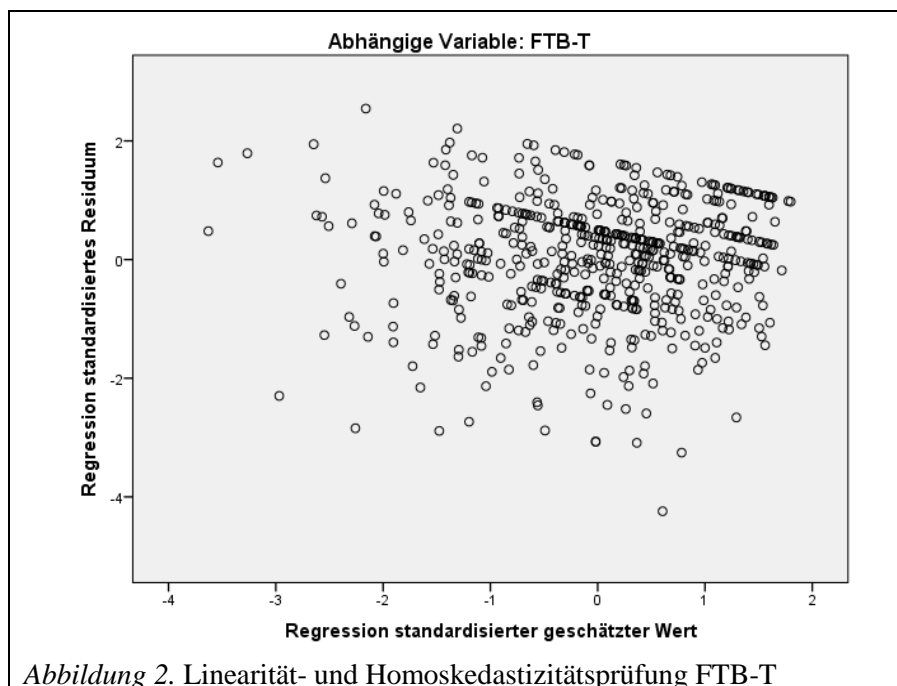


Abbildung 2. Linearität- und Homoskedastizitätsprüfung FTB-T

Aufgrund der beschriebenen visuellen Analyse, wird die Varianzhomogenität für beide abhängigen Variablen angenommen.

Für die Erfüllung der Modellprämissen muss des Weiteren eine geringe Multikollinearität vorliegen. Wie im vorherigen Kapitel erklärt, erfüllen die vorliegenden Daten die Grenzwerte von $TOL_j > .25$ und $VIF_j < 5$ gemäss Urban und Mayerl (2008). In Tabelle 8 ist der höchste Toleranzfaktor bei der Regressionsanalyse der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht im Modell 3 beim Prädiktor BSCL/BSI-GSI mit $VIF = 4.184$ vorhanden, der niedrigste Wert beträgt $VIF = 1.256$ bei der Variable HoNOS-D. Bei der Regressionsanalyse aus Sicht des Therapeuten liegt der höchste Toleranzfaktor ebenfalls bei HoNOS-D mit $VIF = 4,128$ im Modell 3, der niedrigste Wert liegt mit $VIF = 1.241$ im Modell 1 bei der Variable HoNOS-D. Generell weisen die Werte mit durchschnittlich $VIF = 2.521$ bei der Regression aus Patientensicht und durchschnittlich $VIF = 2.630$ bei der Regression aus Therapeutensicht eine akzeptabel geringe Multikollinearität auf.

Tabelle 8

Multikollinearitäts-Prüfung der Prädiktoren zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung

Prädiktoren	Therapeutische Beziehung aus Patientensicht		Therapeutische Beziehung aus Therapeutensicht	
	<i>TOL</i>	<i>VIF</i>	<i>TOL</i>	<i>VIF</i>
Modell 1				
HoNOS-D	.806	1.241	.806	1.241
BSCL/BSI-GSI	.314	3.185	.314	3.185
BDI	.309	3.237	.309	3.237
Modell 2				
HoNOS-D	.797	1.255	.800	1.249
BSCL/BSI-GSI	.256	3.904	.261	3.827
BDI	.274	3.651	.274	3.647
ESK-8	.377	2.650	.387	2.586
WHOQOL Spiritualität	.436	2.291	.501	1.995
R-S-T Zentralität ^a	.398	2.512		

RCOPE positive ^a	.413	2.419		
RCOPE negative ^a	.726	1.377		
Modell 3				
HoNOS-D	.796	1.256	.800	1.250
BSCL/BSI-GSI	.239	4.184	.242	4.128
BDI	.274	3.656	.274	3.653
ESK-8	.337	2.967	.344	2.909
WHOQOL Spiritualität	.436	2.291	.501	1.996
R-S-T Zentralität ^a	.392	2.554		
RCOPE positive ^a	.411	2.433		
RCOPE negative ^a	.718	1.392		
IIP-D	.510	1.961	.524	1.909

Anmerkung. ^aNicht in die Regressionanalyse zur therapeutische Beziehung aus Therapeutensicht aufgenommen

Auch eine geringe Autokorrelation ist, wie bereits erklärt, wichtig. Bei den vorliegenden Regressionsanalysen zeigt der Durbin-Watson-Test (Backhaus et al., 2011), dass bei beiden Regressionsanalysen zur therapeutischen Beziehung keine Autokorrelation ($d = 2.087$; $d = 1.906$) vorkommt.

Schlussendlich gilt es noch zu überprüfen, ob die Residuen normalverteilt sind. In den P-P-Diagrammen zur Regression des standardisierten Residuums in den Abbildungen 3 und 4 zeigt sich bei beiden Regressionsanalysen eine gute Annäherung an die Gerade, mit einer leichten kurvilinearen Abweichung, welche bei der abhängigen Variable FTB-P etwas grösser ausfällt als bei FTB-T. Aufgrund dessen, dass die kurvilineare Abweichung minimal ist, kann von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden.

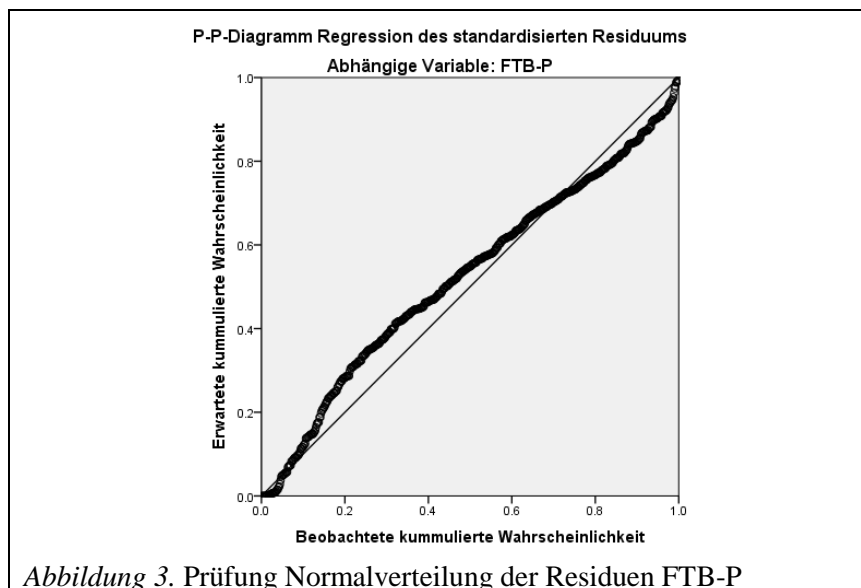


Abbildung 3. Prüfung Normalverteilung der Residuen FTB-P

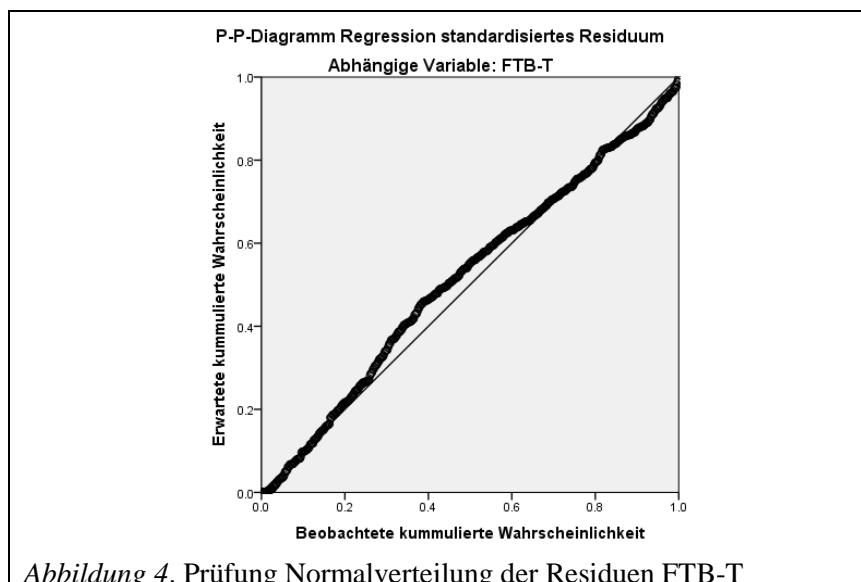


Abbildung 4. Prüfung Normalverteilung der Residuen FTB-T

Diskussion

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die empirische Untersuchung von verschiedenen patientenseitigen Faktoren, welche Einfluss auf die therapeutische Beziehung aus der Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Therapeuten nehmen. Aufgrund der Tatsache, dass dieser Zusammenhang bis anhin nur geringfügig untersucht wurde, und basierend auf den Ergebnissen bisheriger Studien, die ein uneinheitliches Bild zeigen, wurde eine quantitative Untersuchung anhand der Daten von insgesamt 579 Patienten der Klinik SGM Langenthal durchge-

führt. Anhand dieser Analyse werden nachfolgend die Fragestellung beantwortet, die Ergebnisse interpretiert und die Methode kritisch beleuchtet. Die Arbeit schliesst mit Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sowie einem Ausblick mit Empfehlungen für weitergehende Forschung auf diesem Gebiet und die klinische Praxis.

Beantwortung der Fragestellung

Anhand der theoretischen Grundlagen zur Definition von Patientenmerkmalen und zur therapeutischen Beziehung wurde zu Beginn dieser Arbeit die Fragestellung festgelegt, welche soziodemografischen, persönlichkeitsbezogenen, krankheitsbedingten und interpersonellen Patientenmerkmale die therapeutische Beziehung beeinflussen. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass Patientenmerkmale die therapeutische Beziehung signifikant prägen. Die Überprüfung der einzelnen Prädiktoren zeigt aber, dass nicht alle Patientenmerkmale gleichermassen Einfluss nehmen. Vor allem die krankheitsbedingten Patientenmerkmale, also der Schweregrad einer Erkrankung, der mittels BDI, BSCL/BSI und HoNOS-D gemessen wurde, zeigen einen signifikanten Einfluss in der Regressionsanalyse und erklären zugleich den grössten Anteil der Varianz. Signifikanz innerhalb der Regressionskoeffizienten zeigt sich auch bei den „existentiellen“ Persönlichkeitsmerkmalen (ESK-8 und WHOQOL Spiritualität), aber nur aus Sicht der Patienten, nicht aus Sicht der Therapeuten. Religiöse Merkmale (R-S-T Zentralität, RCOPE) aus Patientensicht als auch interpersonelle Probleme (IIP-D) aus Patienten- und Therapeutensicht weisen zwar signifikante Korrelationen auf, verlieren aber in der vorliegenden Stichprobe ihre Gültigkeit in der Regressionsanalyse. Aufgrund der fehlenden Signifikanz der Regressionskoeffizienten von R-S-T Zentralität, RCOPE und IIP-D kann der Einfluss dieser Merkmale auf die therapeutische Beziehung nicht verallgemeinert werden, wie im Kapitel «Statistische Verfahren» erläutert wurde. Die soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht und Bildungstand korrelierten nicht mit der therapeutischen Beziehung und wurden daher von der Regressionsanalyse ausgeschlossen.

Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen bestätigen die Ergebnisse der im Kapitel «Forschungsstand und Forschungslücke» aufgeführten Studien.

Bereits anhand der Korrelationsanalyse wird erkennbar, dass der Schweregrad der Krankheit den grössten Effekt auf die Qualität der therapeutischen Beziehung aufweist, was

sich in der Regressionsanalyse bestätigt. Patienten orientieren sich dabei an ihrer eigenen Beurteilung des Krankheitsschweregrades, der mittels BDI und BSCL/BSI ermittelt wurde. Ebenso orientieren sich auch die Therapeuten an ihrem eigenen Messinstrument. Je kränker sie ihre Patienten mittels HoNOS-D einschätzen, desto schlechter stufen sie auch die Qualität der therapeutischen Beziehung ein. Dies kann auf beiden Seiten zu einer verzerrten Einschätzung der therapeutischen Beziehung führen, was wiederum Diskrepanzen in Bezug auf Therapieinhalte und -ziele fördert.

Persönlichkeitsmerkmale im Sinne existenzieller Kompetenzen (ESK-8), Spiritualität (WHOQOL Spiritualität) und religiösen Variablen (R-S-T Zentralität und RCOPE) weisen ebenfalls einen, wenn auch geringen, Anteil an der Varianzaufklärung auf. Auf Patientenseite erlangen die existenziellen Kompetenzen (ESK-8) und die Spiritualität (WHOQOL Spiritualität) signifikante Regressionskoeffizienten, was die Schlussfolgerung zulässt, dass diese Effekte verallgemeinert werden können. Keine Signifikanz findet sich hinsichtlich der Religiosität (R-S-T Zentralität, RCOPE) in der Regressionsanalyse. Es ist daher anzunehmen, dass der Einfluss dieser Prädiktoren nicht verallgemeinert werden kann. Dies erstaunt insofern, da 78.6% der in der Schweiz lebenden Bevölkerung einer Konfession zugehörig sind (Statistik Schweiz, 2015). Diese Diskrepanz könnte jedoch so gedeutet werden, dass Religionszugehörigkeit nicht automatisch gelebte Religiosität voraussetzt. Aufgrund des hohen Anteils an Personen mit religiöser Lebensführung in dieser Stichprobe ist es daher gut vorstellbar, dass die religiöse Masse hier mit der therapeutischen Beziehung korreliert und einen Anteil an der Varianzaufklärung haben. Bemerkenswert ist dabei, dass für die Therapeuten die Religiosität ihrer Patienten keinen Einfluss auf die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung hat, obwohl die Therapeuten der Klinik SGM ebenfalls überwiegend eine aktive religiöse Lebensführung praktizieren. Dies deutet auf die Fähigkeit der Therapeuten hin, persönliche Überzeugungen im therapeutischen Prozess zurückstellen und den Patienten neutral gegenüberzutreten. Obwohl die Religiosität die Arbeit der Therapeuten hinsichtlich der Beziehungsgestaltung nicht beeinflusst, spielt für die Patienten ihre eigene Religiosität für die Qualität der therapeutischen Beziehung eine Rolle.

Der signifikante Einfluss der existenziellen und spirituellen Prädiktoren deutet auf einen hohen Sinnbedarfs im Leben von Patienten hin, Krisensituationen können Fragen nach dem Sinn aufwerfen (Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014). Der Wunsch nach Sinnhaftigkeit scheint aber nicht zwingend mit der Religiosität gekoppelt zu sein. So können auch nicht re-

ligiöse Personen an ein grosses Ganzes und an eine Sinnhaftigkeit glauben. Der Glaube an Sinnfragen, welcher umfassender ist als Religiosität (Utsch et al., 2014), könnte erklären, warum die existenziellen und spirituellen Prädiktoren im Gegensatz zu den religiösen Variablen in dieser Studie Signifikanz in der Regressionsanalyse erreichen. Das Fehlen signifikanter Werte bei den existenziellen, spirituellen und religiösen Prädiktoren auf Therapeutenseite könnte daher rühren, dass sich die Therapeuten einer wertneutralen und wissenschaftlichen Haltung verpflichtet fühlen, bei welcher existenzielle Fragen und Einstellungen bewusst oder unbewusst in den Hintergrund gestellt werden. Bleibt die Frage, ob dies bei einer Klientel, bei der Sinnfragen stark in der Haltung verankert sind, hilfreich ist.

Überraschend ist die Tatsache, dass in der vorliegenden Studie interpersonelle Probleme einen äusserst geringfügigen Anteil an der Varianzaufklärung haben. Zudem fehlt auch in der Regressionsanalyse auf Patienten wie auch auf Therapeutenseite ein signifikanter Einfluss. Diese Ergebnisse widersprechen der aktuellen Studienlage, die einen konsistenten signifikanten Einfluss zeigt (Gibbons et al., 2003; Horvath & Luborsky, 1993; Johansson & Eklund, 2006; Saunders, 2001). Eine mögliche Erklärung ist, dass sich die interpersonellen Probleme der Patienten im Verlaufe der Therapie verringert haben. Einerseits durch den Therapieprozess selber, andererseits aufgrund der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Eine weitere Erklärung könnte in dem hohen Anteil an Personen mit spirituellem oder religiösem Lebenshintergrund liegen. Eine positive Ausprägung von Religiosität hat gemäss verschiedenen Studien im Allgemeinen einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit (Bergin, Masters & Richards, 1987; Koenig, 1997; Schumaker, 1992). Es wäre möglich, dass diese Persönlichkeitseigenschaft nebst einem solchen positiven Effekt auf die Gesundheit auch interpersonelle Probleme verringert und sich damit der geringe Einfluss auf die therapeutische Beziehung in dieser Stichprobe erklären lässt. So fand zum Beispiel Ross (2007) heraus, dass die Stichprobe aus zwei christlichen Gemeinden in seiner Studie deutlich geringere IIP-D Gesamtwerte zeigten, als die Normstichprobe im Test-Manual des IIP-D.

Methodenkritik

Die quantitativen statistischen Verfahren sowie die verwendeten Erhebungsverfahren haben sich für die vorliegende Fragestellung als geeignet erwiesen. Es muss jedoch beachtet werden, dass sich der Fragebogen zur therapeutischen Beziehung aus Sicht des Therapeuten (FTB-T) hinsichtlich der Struktur der Fragen in grösserem Masse vom Fragebogen zur thera-

apeutischen Beziehung aus Sicht des Patienten (FTB-P) unterscheidet. Ausserdem konnte nicht eruiert werden, ob diese aus dem HAQ entwickelten Fragebogen auf ihre Gütekriterien hin überprüft wurden. Dieser Umstand könnte zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen.

Die Regressionsanalyse ist ein vielseitig anwendbares und flexibles Verfahren, das der Überprüfung von Kausalbeziehungen dient (Backhaus et al., 2011). Es ist jedoch anfällig gegenüber Ausreisserdatenpunkten, die die Ergebnisse stark verzerren können (Eid et al. 2010). Der vorliegende Datensatz weist einige solche Ausreisser auf und die vorliegenden Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung dieses Aspekts betrachtet werden. Ein weiterer kritischer Punkt stellt die in der Praxis gängige Überprüfung der Modellprämissen anhand von Diagrammen dar. Denn dieses Vorgehen erfordert gewisse Erfahrung bei der Interpretation. Grund dafür ist, dass nur marginal Beispiele in der Literatur vorhanden sind, respektive diese Interpretationsbeispiele immer sehr klar dargestellt und somit einfach zu interpretieren sind. Die Diagramme können in der Realität aber weitaus komplexer sein, was bei fehlender wissenschaftlicher Praxiserfahrung möglicherweise zu Fehlinterpretationen führt. Es ist jedoch auch zu beachten, dass die Verletzung der Modellprämissen keine gravierenden Konsequenzen hat (Eid et al., 2010), weil die multiple Regression gegen kleinere Verletzungen der Modellannahmen unempfindlich ist (Backhaus et al., 2011).

Die Ergebnisse der statistischen Berechnungen sind aufgrund der Stichprobengrösse von 579 Personen, die den mittels Poweranalyse berechneten Stichprobenumfang bei weitem übertrifft, sowie aufgrund des naturalistischen Studiendesigns gut abgestützt.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse legen nahe, dass Patientenmerkmale einen grossen Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben. Damit werden die bisherigen Forschungsergebnisse bestätigt. Dennoch reihen sich die Ergebnisse dieser Arbeit in die inkonsistente Befundlage vorgängiger Studien ein. So zum Beispiel hinsichtlich der fehlenden Korrelation bei den soziodemografischen Prädiktoren sowie des geringen Einflusses interpersoneller Probleme (IIP-D) sowie der.

Um erklären zu können, warum interpersonelle Probleme in der vorliegenden Stichprobe einen geringen Einfluss ausüben, im Gegensatz zur bisherigen einheitlichen Forschungslage, bedarf es weiterer Untersuchungen. Es müsste überprüft werden, ob in der vorliegenden Stichprobe interpersonelle Probleme in geringem Masse vorhanden sind und aus

diesem Grund der Einfluss auf die therapeutische Beziehung gering ist. Die IIP-D Werte könnten dazu mit denjenigen der Normstichprobe des IIP-D Manuals verglichen werden. Ist in der vorliegenden Stichprobe eine geringe Ausprägung an dieser Art von Problemen vorhanden, sollte in einem zweiten Schritt eruiert werden, ob dies mit einem spirituellen oder religiösen Lebensstil zusammenhängen könnte, wie dies Ross (2007) herausgefunden hat. Dazu kann in der vorliegenden Stichprobe geprüft werden, ob religiöse oder hochreligiöse Personen weniger interpersonelle Probleme zeigen als nicht-religiöse Personen. Um diesen Erklärungsansatz zu untermauern, könnte danach untersucht werden, ob die erläuterten Zusammenhänge einerseits im Vergleich mit einer Stichprobe einer anderen religiösen psychiatrischen Klinik repliziert und andererseits anhand einer Stichprobe mit weniger ausgeprägter religiöser Lebensweise falsifiziert werden können.

Die Resultate der Regressionsanalyse zeigen weiter, dass auf Patientenseite Sinnfragen und existenzielle Kompetenzen für eine gute therapeutische Beziehung von Bedeutung sind, die Therapeuten dies aber nicht als elementar für die Qualität der Beziehung betrachten. Hauser (2004, zit. nach Utsch et al., 2014) hat in seiner Metaanalyse verschiedener empirischer Untersuchungen herausgefunden, dass eine Krise bei Patienten zu einer aktiven Sinnsuche führen kann und dass diese Fähigkeit der Sinnsuche eine persönliche Ressource ist. Ausserdem zeigt sich, dass wer nach einem bestimmten Lebensereignis Sinn fassen kann, sich schneller und nachhaltiger an die neuen Lebensumstände anpasst. Therapeuten sollten diese Erkenntnisse berücksichtigen und die Ressourcen in der therapeutischen Arbeit nutzen.

Die Befunde von Horvath und Symonds (1991) sowie Martin et al. (2000) postulieren, dass die patientenseitige Einschätzung zur Qualität der therapeutischen Beziehung besser mit dem Therapieergebnis korreliert als die Einschätzung durch Therapeuten. Die grössere Varianzaufklärung im Regressionsmodell der Patientenseite in dieser Arbeit könnte nahelegen, dass auch die Qualität der therapeutischen Beziehung durch Patienten besser beurteilt werden kann als durch die Therapeuten. Weitere Forschung in diesem Bereich ist nötig, um die genauen Unterschiede, Wirkmechanismen und Folgen aber auch Chancen für das therapeutische Setting zu ermitteln. Diese sind insofern von Bedeutung, um mögliche Verzerrungen bei der Einschätzungen der Beziehungsqualität durch die Therapeuten aufzudecken. In diesem Zusammenhang ist für die klinische Praxis von grosser Bedeutung, dass sich die Therapeuten in dieser Studie nur an ihrer eigenen Beurteilung des Schweregrad der Krankheit (HoNOS-D) orientieren, um die Qualität der therapeutischen Beziehung zu beurteilen. Um keiner einseitig-

gen Beziehungseinschätzung zu unterliegen, ist es wichtig, dass sich die Therapeuten der Relevanz der Beurteilung ihrer Patienten bewusst sind und dabei ihren eigenen Eindruck des Schweregrads der Krankheit mit demjenigen der Patienten vergleichen. Dazu könnten die Therapeuten diese Patienteninformationen zu BDI und BSCL/BSI aus der Eintrittsdiagnostik nutzen, um eine personalisierte und strategische Etablierung der therapeutischen Beziehung zu ermöglichen. Aber auch hier benötigt es weitere Forschung, um Vorgehensweisen sowie spezifische Supervisionssettings entwickeln zu können, die die therapeutische Arbeit unterstützen.

Nicht zuletzt ist weitere Forschung im Bereich der Moderations- und Mediationseffekte der therapeutischen Beziehung, die vermittelnd zwischen Patientenmerkmalen und dem Therapieergebnis wirken elementar. Denn schlussendlich ist nicht die therapeutische Beziehung das Mass aller Dinge für die klinische Arbeit, sondern das Therapieergebnis.

Literatur

- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S. 325-356). New-York: Guilford.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-10. WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (13. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 4, 23-32.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1979). Counseling the researcher. *Counseling Psychologist*, 8, 53-56.
- Bergin, A.E., Masters, K.S. & Richards, P.S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.
- Bildungssystem Schweiz. (2015). verfügbar unter http://www.edudoc.ch/static/web/bildungssystem/grafik_bildung_d.pdf
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß B. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 194-226). New York: Wiley.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Basel: Beltz.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39, 175-191. doi: 10.3758/BF03193146
- Fehlberg E. (2014). *Wege religiöser Bewältigung: Deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE* (Dissertation, Philipps-Universität Marburg). Verfügbar unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2014/0286/>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? - A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (BSI). Kurzform der SCL-90-R. deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Freud, S. (1999). Zur Einleitung der Behandlung. In A. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke aus den Jahren 1909-1913. Band 8* (S. 454-478). Frankfurt: Fischer.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.143
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy research*, 8, 190-209. doi: 10.1080/10503309812331332307
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L. & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76. doi: 10.1093/ptr/kpg007
- Greenson, R. R. (1966). Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. *Psyche*, 2, 81-103.
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology Research and Practice*, 21, 372-378.

- Hauser, J. (2004). *Vom Sinn des Leidens: die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituelle Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Hautzinger, M., Bailer M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck Depressions-Inventar (BDI)* (2. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561–573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Deutsche Version* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Hossiep, R. (2014). Cronbachs Alpha. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (17. Überarb. Aufl., S. 359). Bern: Verlag Hans Huber.
- Huber, S. (2008). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. In W. Gräber & L. Charbonnier (Hrsg.), *Individualisierung – Spiritualität – Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive* (S. 137-171). Münster: Lit-Verlag.
- Huber, S. & Huber, O. W. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions, 3*, 710-724. doi:10.3390/rel3030710
- Johansson, H. & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 140-147. doi: 10.1007/s00127-005-0009-z
- Joyce, A. S. & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 236-248.
- Konkolý Thege, B. & Martos, T. 2008. Reliability and validity of the Shortened Version of the Existence Scale. *Existenzanalyse 25*, 70-74.

- Koenig, H.G. (1997). *Is religion good for your health? The effects of religion on physical and mental health*. New York: Haworth Press.
- Lambert, M. J. (1992) Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94-129). Oxford: Oxford University Press.
- Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *Existenzskala (ESK)*. Göttingen: Beltz.
- Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. & Moro, M. R. (2005). Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163, 53-57. doi: 10.1016/j.amp.2004.11.010
- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K. & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung – deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie*, 17 (Suppl. 1), S. 1-61.
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J. & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82, 368-373. doi: 10.1037/a0035994
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Hrsg.), *Successful psychotherapy* (S. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450. doi: 10.1037//0022-006X.68.3.438
- Paivio, S. & Bahr, L. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 392-407. doi: 10.1080/10503309812331332487
- Pargament, K. I., König, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie*, 17, 17-31.

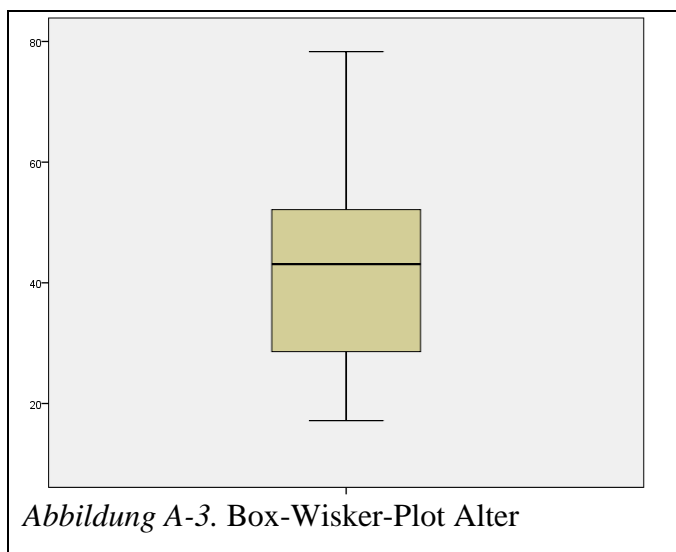
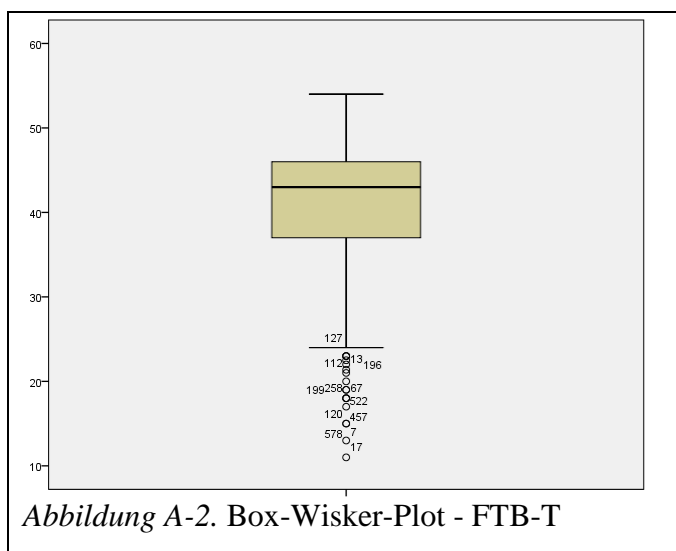
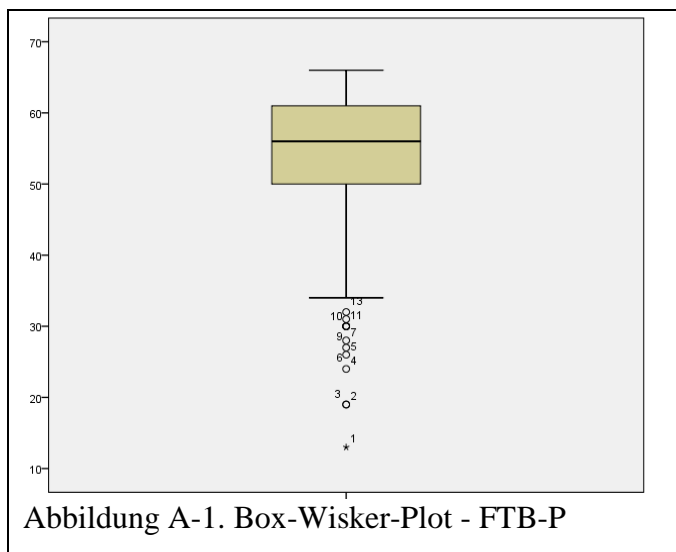
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Ross, T. (2007). Attachment and Religious Beliefs. Attachment Styles in Evangelical Christians. *Journal of Religion and Health*, 46, 75-84. Doi: 10.1007/s10943-006-9091-0
- Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1339–1352. doi: 10.1002/jclp.1101
- Schumaker, J. F. (Hrsg.). (1992). *Religion and mental health*. New York: Oxford University Press.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik: Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2. überarb. Aufl.). München: Pearson.
- Shumway, B. & Waldo, M. (2012). Client's religiosity and expected working alliance with theistic psychotherapists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4, 85-92. doi: 10.1037/a0028111
- Statistik Schweiz. (2015). Zugriff am 13.3.2016, verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/05/blank/key/religionen.html>
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6. Aufl.). Essex: Pearson.
- Urban, D. & Mayerl, J. (2008). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (2014). *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S. & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18. doi: 10.1192/bjp.172.1.11
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A. & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114 – 124. doi: 10.1037/0022-006X.68.1.114

Anhang

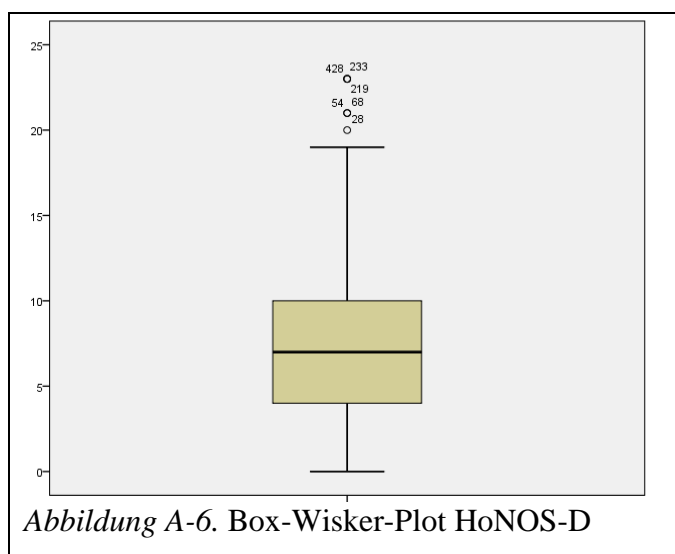
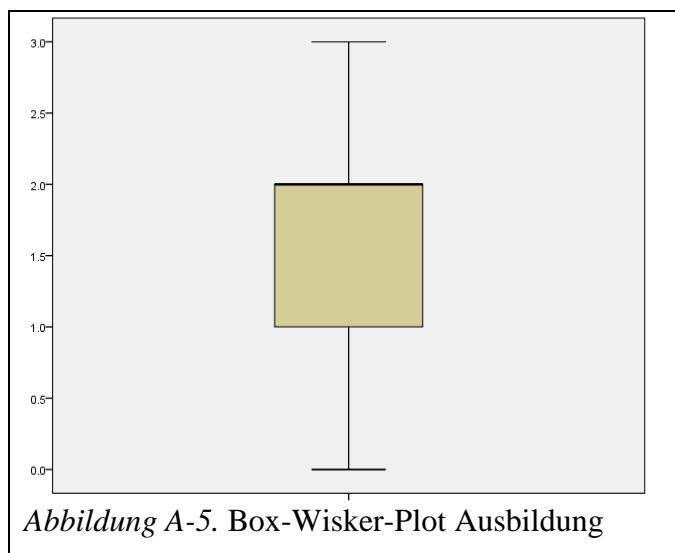
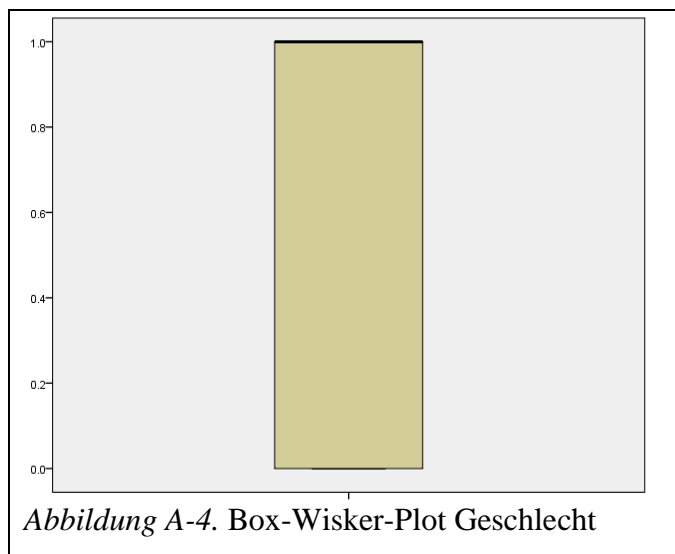
Anhang A: Box-Wisker-Plots

Anhang B: Fragebogen

Anhang A



PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG



PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

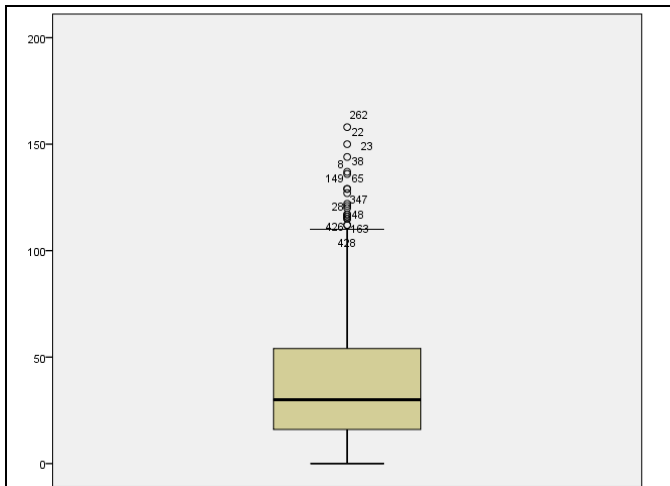


Abbildung A-7. Box-Wisker-Plot BSCL/BSI-GSI

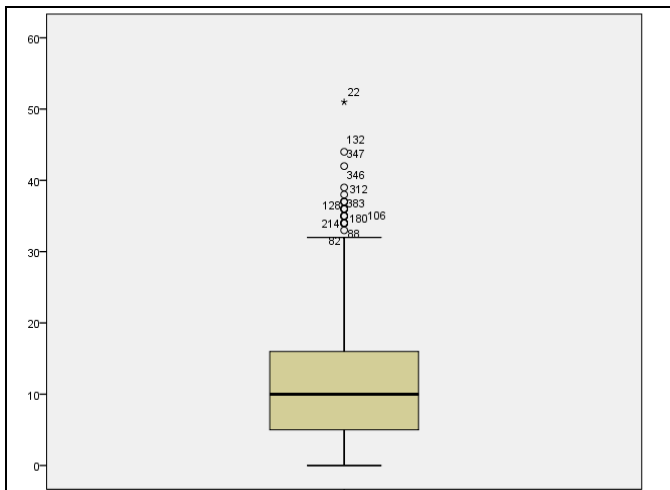


Abbildung A-8. Box-Wisker-Plot BDI

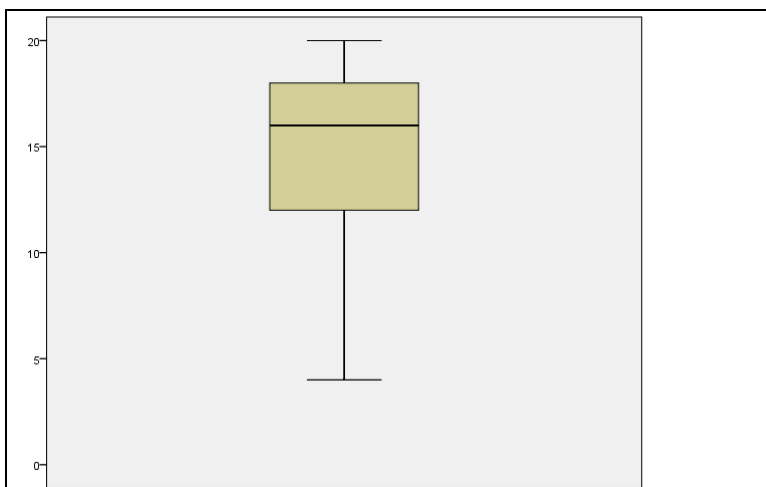
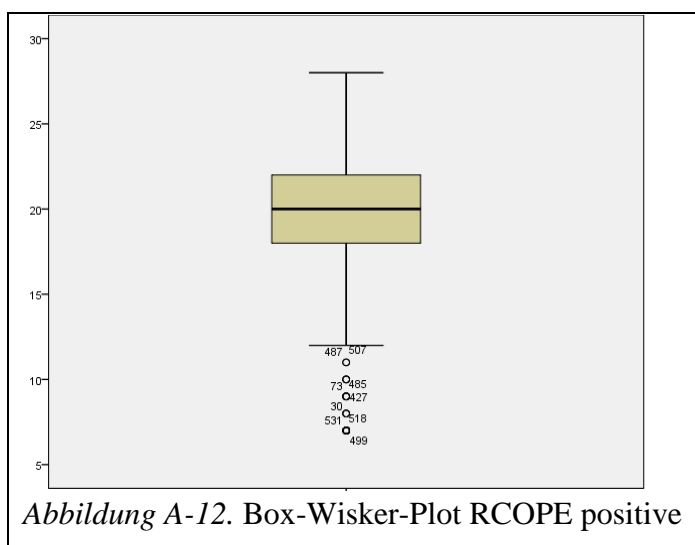
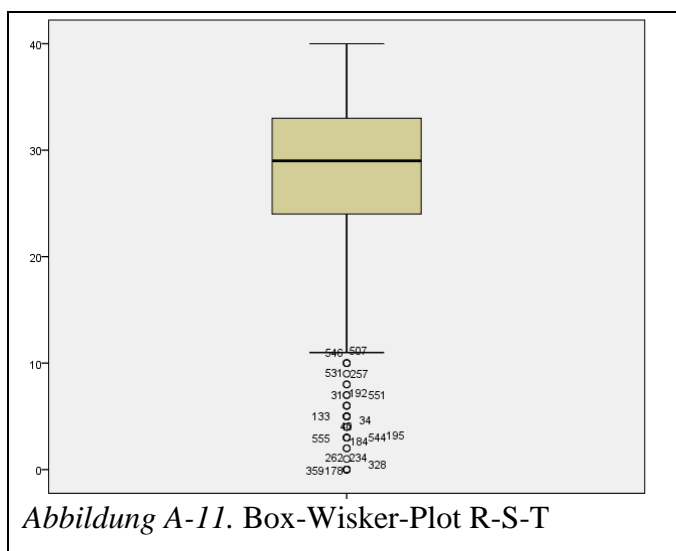
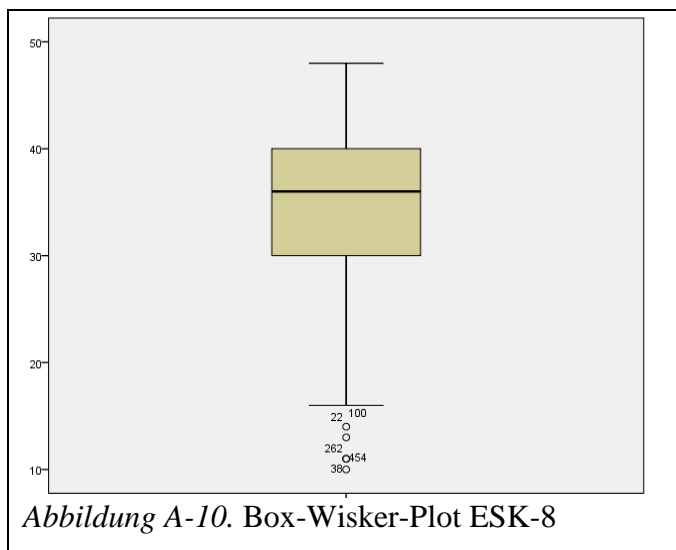
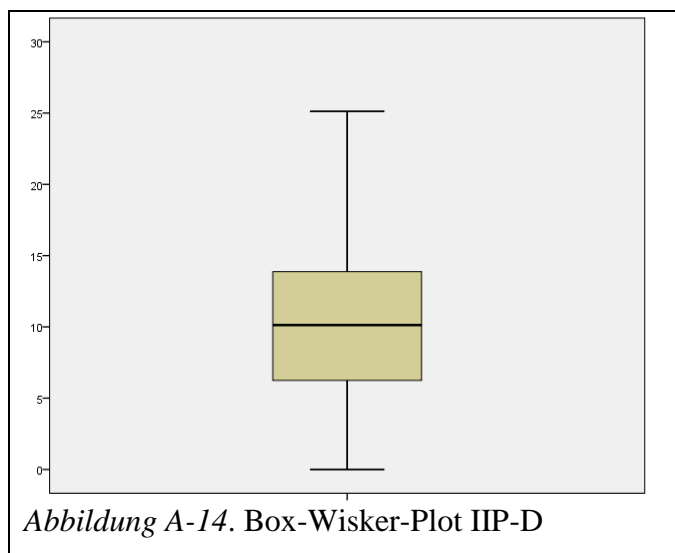
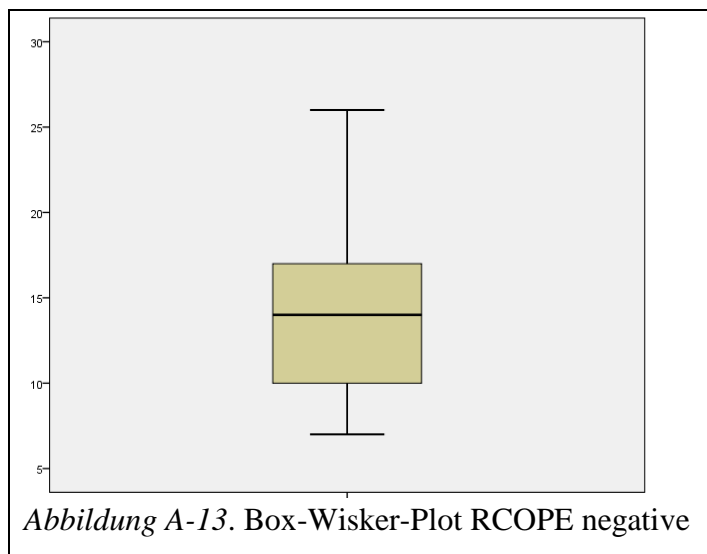


Abbildung A-9. Box-Wisker-Plot WHOQOL Spiritualität

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG



PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG



Anhang B

Tabelle B-1

Fragebogen FTB-P

Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie den gegenwärtigen Kontakt zu Ihrem Therapeuten einschätzen. Bitte geben Sie zu jeder aufgeführten Möglichkeit Ihr Urteil ab.							
	Ja, ich halte dies für sehr zutreffend	Ja, ich halte dies für zutreffend	Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend	Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend	Nein, ich halte dies für unzutreffend	Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend	nicht beurteilbar
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.							
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.							
3. Ich habe einige neue Einsicht gewonnen.							
4. Seit kurzem fühle ich mich besser.							
5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen denen ich zur Behandlung kam.							
6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.							
7. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut mich versteht.							
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.							
9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an ei-							

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

nem Strang ziehen.							
10. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann.							

Tabelle B-2

Fragebogen FTB-T

Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie den gegenwärtigen Kontakt zu Ihrem Patienten einschätzen. Bitte geben Sie zu jeder aufgeführten Möglichkeit Ihr Urteil ab.							
	Ja, ich halte dies für sehr zutreffend	Ja, ich halte dies für zutreffend	Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend	Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend	Nein, ich halte dies für unzutreffend	Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend	nicht beurteilbar
1. Ich habe den Eindruck, dass ich mich in den Patienten einfühlen kann.							
2. Ich glaube, dass der Patient für die Behandlung ausreichend motiviert ist.							
3. Ich glaube, dass der Patient für die Behandlung ausreichend introspektionsfähig ist.							
4. Ich glaube, dass zwischen dem Patienten und mir ein tragfähiges Arbeitsbündnis besteht.							
5. Ich glaube, dass der Patient und ich							

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

ähnliche Vorstellungen über das Ziel der Behandlung haben.							
6. Ich habe den Eindruck, dass der Patient für meine therapeutischen Interventionen affektiv zugänglich ist.							
7. Ich habe den Eindruck, dass mich das Schicksal bzw. einzelne Schwierigkeiten des Patienten persönlich näher berühren.							
8. Ich glaube, dass ich dem Patienten bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten (wegen denen er in die Behandlung kommt) helfen kann.							
9. Ich erlebe die therapeutische Arbeit als angenehm							

Tabelle B-3

Fragebogen HoNOS-D

Der Bewertungszeitraum bezieht sich auf die letzten 7 Tage der Behandlung.
<p>1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beziehen Sie Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache mit ein (z.B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.). <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.</p> <p>2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z.B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.</p> <p>3 Körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren; bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.</p> <p>4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z.B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder</p>

<p>obszönes Verhalten.</p> <p>NA nicht bekannt</p>
<p>2. Absichtliche Selbstverletzung</p> <p>- Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen/Alkoholkonsum mit ein.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.</p> <p>2 Mässiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schliesst ungefährliche Selbstverletzung (z.B. Kratzen der Handgelenke) ein.</p> <p>3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schliesst vorbereitende Handlungen (z.B. das Sammeln von Tabletten) ein.</p> <p>4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p> <p>NA nicht bekannt</p>
<p>3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Gelegentlich übermässiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.</p> <p>2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.</p> <p>3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.</p> <p>4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht.</p> <p>NA nicht bekannt</p>
<p>4. Kognitive Probleme</p> <p>- Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z.B. vergisst gelegentlich Namen).</p>

2	Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z.B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt.
3	Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung.
4	Schwere Desorientierung (z.B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseinstäubung oder Stupor.
NA	nicht bekannt
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	
-	Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache mit ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.
-	Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.
0	Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.
1	Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z.B. Erkältung, leichter Sturz usw.).
2	Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.
3	Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.
4	Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen.
NA	nicht bekannt
6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	
-	Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.
-	Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind, mit ein.
0	Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.

1	Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.
2	Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.
3	Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.
4	Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.
NA	nicht bekannt
7. Gedrückte Stimmung	
0	Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.
1	Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.
2	Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z.B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).
3	Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.
4	Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.
NA	nicht bekannt
8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	
-	Schätzen Sie das schwerste klinische Problem ein.
-	Spezifizieren Sie, falls vorhanden, die Art des Problems, indem Sie das entsprechende Feld wählen oder ein nicht aufgelistetes Problem als Text eingeben.
A	Phobisch
B	Angst
C	Zwangsgedanken/ -handlungen
D	Psychische Belastung, Anspannung
E	Dissoziativ
F	Somatoform

G	Essen
H	Schlaf
I	Sexuell
J	Andere (Spezifizieren)
NA	nicht bekannt
Schätzen Sie das schwerste klinische Problem ein, das Sie eben ausgewählt oder genannt haben.	
0	Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.
1	Nur klinisch unbedeutende Probleme.
2	Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z.B. Patient hat ein gewisses Ausmass an Kontrolle).
3	Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z.B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.
4	Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.
NA	nicht bekannt
9. Probleme mit Beziehungen	
0	Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums.
1	Geringe nicht-klinische Probleme.
2	Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.
3	Persistierendes grösseres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.
4	Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen.
NA	nicht bekannt
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	
-	Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z.B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Orga-

nisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).

- Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.
- 0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.
- 1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z.B. unordentlich, unorganisiert).
- 2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).
- 3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.
- 4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten.
- NA nicht bekannt

11. Probleme durch Wohnbedingungen

- 0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche bei der Frage »Probleme mit alltäglichen Aktivitäten« eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z.B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)
- 2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z.B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).
- 3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z.B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbes-

sern.

- 4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z.B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar).

NA nicht bekannt

12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

- Schätzen Sie das Ausmass der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen? Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z.B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.

0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche bei der Frage »Probleme mit alltäglichen Aktivitäten« eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.

1 geringfügige oder vorübergehende Probleme: angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.

2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z.B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.

3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmass der bestehenden Behinderung herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.

4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

NA nicht bekannt

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Tabelle B-4

Fragebogen BSCL/BSI

<p>Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort «den besten Eindruck» machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.</p>					
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...					
Nervosität oder innerem Zittern					
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen					
der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind					
Gedächtnisschwierigkeiten					
dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein					
Herz- oder Brustschmerzen					
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse					
Gedanken, sich das Leben zu nehmen					
dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann					
schlechtem Appetit					
plötzlichem Erschrecken ohne Grund					
Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren					
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

sind					
dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen					
Einsamkeitsgefühlen					
Schwermut					
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren					
Furchtsamkeit					
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen					
dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können					
Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen					
Übelkeit oder Magenverstimmung					
dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden					
Einschlafschwierigkeiten					
dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun					
Schwierigkeiten, sich zu entscheiden					
Furcht vor Fahrten im Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug					
Schwierigkeiten beim Atmen					
Hitzewallungen oder Kälteschauern					
der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden					
Leere im Kopf					
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
Einschlafschwierigkeiten					
dem Gefühl, dass sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Konzentrationschwierigkeiten					
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					
dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein					
Gedanken an den Tod und ans Sterben					
dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen					
dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					
starker Befangenheit im Umgang mit anderen					
Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino					
dem Eindruck, sich anderen Personen nie so richtig nahe fühlen zu können					
Schreck- oder Panikanfällen					
der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten					
Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden					
mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					
so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können					
dem Gefühl, wertlos zu sein					
dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					
Schuldgefühlen					
dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

Tabelle B-5

Fragebogen BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt,

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

<p>wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.</p>	
A	<p>0 Ich bin nicht traurig. 1 Ich bin traurig. 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.</p>
B	<p>0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.</p>
C	<p>0 Ich fühle mich nicht als Versager. 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt, 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p>
D	<p>0 Ich kann die Dinge genauso genießen wiefrüher. 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen. 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.</p>
E	<p>0 Ich habe keine Schuldgefühle. 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. 3 Ich habe immer Schuldgefühle.</p>
F	<p>0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p>
G	<p>0 Ich bin nicht von mir enttäuscht 1 Ich bin von mir enttäuscht. 2 Ich finde mich fürchterlich. 3 Ich hasse mich.</p>

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

H	<p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.</p> <p>1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.</p> <p>2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.</p> <p>3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.</p>
I	<p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.</p> <p>1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.</p> <p>2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.</p> <p>3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.</p>
J	<p>0 Ich weine nicht öfter als früher.</p> <p>1 Ich weine jetzt mehr als früher.</p> <p>2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.</p> <p>3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.</p>
K	<p>0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.</p> <p>1 Ich bin jetzt leichter verärgern oder gereizt als früher.</p> <p>2 Ich fühle mich dauernd gereizt.</p> <p>3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.</p>
L	<p>0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.</p> <p>1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.</p> <p>2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.</p> <p>3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.</p>
M	<p>0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.</p> <p>1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.</p> <p>2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.</p> <p>3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.</p>
N	<p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.</p> <p>1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.</p> <p>2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.</p> <p>3 Ich finde mich häßlich.</p>
O	<p>0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.</p> <p>1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.</p> <p>2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.</p>

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

	3 Ich bin unfähig zu arbeiten.
P	0 Ich schlafe so gut wie sonst. 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher. 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen. 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	0 Ich ermüde nicht stärker als sonst 1 Ich ermüde schneller als früher. 2 Fast alles ermüdet mich. 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun
R	0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst. 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen. 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
S	0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen. 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen. 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen. 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen. Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
T	0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst. 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung. 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken. 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.
U	0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher. 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex. 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Tabelle B-6

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Fragebogen ESK-8

Bitte bewerten Sie auf der Skala, wieweit die jeweilige Aussage, abgesehen von kurzfristigen, momentanen Schwankungen, auf Sie zutrifft.						
	stimme völlig zu	stimme überwiegend zu	Stimme ziemlich zu	stimme etwas zu	stimme kaum zu	stimme nicht zu
2. Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen.						
13. Ich glaube, dass mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist.						
18. Womit ich den ganzen Tag über beschäftigt bin, tue ich nur, weil ich es tun muss, und nicht, weil ich es tun will.						
19. Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.						
26. Ich fühle mich innerlich frei.						
30. Bei vielen Dingen, die ich tue, habe ich das Gefühl, mich zu wenig auszukennen.						
39. Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will.						
43. Ich finde meine Umwelt eintönig.						
47. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsstand an.	Pflichtschule		Matura / Abitur		Hochschulabschluss	

Tabelle B-7

Fragebogen WHOQOL Spiritualität

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitten denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen. Lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und klicken Sie auf die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmässig	ziemlich	Äusserst
27. Verleihen Ihre persönlichen Überzeugungen Ihrem Leben einen Sinn?					
28. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
29. Geben Ihnen Ihre Überzeugungen Kraft, um Schwierigkeiten durchzustehen?					
30. In welchem Masse helfen Ihnen Ihre persönlichen Überzeugungen, die Schwierigkeiten des Lebens zu verstehen?					

Tabelle B-8

Fragebogen R-S-T

Wie interessant, wichtig oder wahrscheinlich sind für Sie die folgenden Inhalte?					
	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1. Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?					
2. Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?					
3. Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Sie...					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

lichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?					
4. Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?					
5. Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?					
Wie oft kommen die folgenden Ereignisse und Situationen bei Ihnen vor?					
	Nie	selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
6. Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?					
7. Wie oft beten Sie?					
8. Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten teil?					
9. Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?					
10. Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift?					
Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Gefühle Gott gegenüber:					
	Nie	selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
11. Vertrauen					
12. Ehrfurcht					
13. Furcht - Schrecken					
14. Freude					
15. Schuld					
16. Geborgenheit					
17. Ärger					
18. Glück					
19. Scham					
20. Hoffnung					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

21. Zorn					
22. Dankbarkeit					
23. Versagen					
24. Verehrung					
25. Angst					
26. Befreiung von Schuld					

Tabelle B-9

Fragebogen RCOPE brief

Wenn Sie daran denken, wie Sie mit Schwierigkeiten in Ihrem Leben umgegangen sind: Inwiefern ist dann die folgende Aussage für Sie persönlich zutreffend?				
	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft zu	Trifft stark zu
27. Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt.				
28. Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft.				
29. Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht mich zu stärken.				
30. Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen				
31. Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat.				
32. Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist.				
33. Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt.				
34. Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat.				
35. Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten.				

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

36. Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht.				
37. Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken.				
38. Ich hab mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt				
39. Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen.				
40. Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht.				

Tabelle B-10

Fragebogen IIP-D

<p>Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielt. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter leiden.</p>					
<p>Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.</p>					
<p>Es fällt mir schwer...</p>					
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1. anderen Menschen zu vertrauen					
2. anderen gegenüber „nein“ zu sagen					
3. mich Gruppen anzuschliessen					
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten					
5. andere wissen zu lassen, was ich will					
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll					
7. mich fremden Menschen vorzustellen					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren					
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten					
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin					
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen					
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen					
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert					
14. mit anderen etwas zu unternehmen					
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen					
16. mit anderen zurechtzukommen					
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen					
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äussern					
19. wenn nötig, standfest zu sein					
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden					
21. anderen Grenzen zu setzen					
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen					
23. mich anderen nahe zu fühlen					
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern					
25. mich mit jemand anderem zu streiten					
26. alleine zu sein					
27. jemandem ein Geschenk zu machen					
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag					
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen					
30. mich aus den Angelegenheiten anderer heraus zu					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

halten					
31. Anweisungen von Personen entgegen zu nehmen, die mir vorgesetzt sind					
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen					
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen					
34. mich über andere zu ärgern					
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen					
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war					
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist					
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze					
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin					
Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermass tun.					
40. Ich streite mich zuviel mit anderen					
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich					
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden					
43. Ich öffne mich anderen zu sehr					
44. Ich bin zu unabhängig					
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv					
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen					
47. Ich spiele zu oft den Clown					
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden					
49. Ich vertraue anderen zu leicht					
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren					
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen					

PATIENTENMERKMALE & THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern					
53. Ich bin zu leichtgläubig					
54. Ich bin anderen gegenüber zu grosszügig					
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst					
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch					
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will					
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge					
59. Ich streite zu oft mit anderen					
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz					
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen					
62. Ich bin vor anderen Menschen verlegen					
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr					
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen					

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: