MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Einfluss von PsychotherapeutInnenmerkmalen auf Intersession- und Intrasession-Prozesse der KlientInnen“

verfasst von / submitted by

Julie Liznar, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 066840
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Psychologie
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Danksagung

Ich möchte mich hiermit vor allem bei Herrn Professor A.-R. Laireiter für seine Betreuung während meiner Recherchearbeit bedanken.

Genauso möchte ich mich bei Frau Professor P. Deimann für die motivierenden und persönlichen Gespräche bedanken.

Ich bedanke mich auch sehr bei Oliver Dunjic, Julia Lubawinski und Janina Enachescu für die ritterliche Wegbegleitung, die freundschaftlichen Momente und intellektuellen Impulse während der Verfassung meiner Masterarbeit.

Danke auch an meine Eltern für die Unterstützung während meiner gesamten Studienlaufzeit.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und des Überwiegens weiblicher Psychotherapeutinnen und Klientinnen, wird in dieser Masterarbeit nur die weibliche Form als geschlechtsneutrale Form für alle Geschlechter benutzt und verstanden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Theoretischer Hintergrund und Zielsetzung 3

2.1 Der psychotherapeutische Prozess 3

2.1.1 Intrasession-Prozesse 4

2.1.2 Intersession-Prozesse 4

2.2 Psychotherapeutische Beziehung 6

2.3 Psychotherapeutinnenmerkmale 7

2.3.1 Interaktionale Psychotherapeutinnenmerkmale 8

2.3.2 Professionelle Psychotherapeutinnenmerkmale 13

2.3.3 Soziokulturelle Psychotherapeutinnenmerkmale 15

2.4 Zusammenfassung des wissenschaftlichen Hintergrunds 17

2.5 Zielsetzung der Arbeit 18

2.5.1 Fragestellungen und Hypothesen 18

3 Methode 22

3.1 Design und Untersuchungsablauf 22

3.2 Stichprobenkriterien 23

3.2.1 Stichprobenbeschreibung 24

3.3 Messinstrumente und gemessene Variablen 28

3.3.1 Psychotherapeutinnenmerkmale 28

3.3.2 Working Alliance Inventory - Short Revised (WAI-SR) 31

3.3.3 Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB 2000) 32

3.3.4 Intrasession-Fragebogen 33

3.3.5 Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF) 35

3.4 Statistische Verfahren 37

4 Ergebnisse 40

4.1 Deskriptive Befunde und Skalenanalysen 40

4.1.1 Item- und Skalenanalysen der Psychotherapeutinnenmerkmale 40

4.1.2 Item- und Skalenanalysen des Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR) 46

4.1.3 Item- und Skalenanalysen des Bochumer Veränderungsfragebogens 2000 (BVB 2000) 47

4.1.4 Item- und Skalenanalysen des Intrasession-Fragebogens nach Kaiser (2014, 2015) und Zettler (2016) 49

4.1.5 Item- und Skalenanalysen des Intersession-Fragebogens (AISF) 53

4.2 Hypothesenprüfung ... 58
4.2.1 Psychotherapieergebnis ... 58
4.2.2 Psychotherapeutische Beziehung ... 61
4.2.3 Intrasession-Prozesse ... 66
4.2.4 Intersession-Prozesse ... 77
4.2.5 Intrasession- und Intersession-Prozesse ... 100
5 Diskussion ... 103
5.1.1 Diskussion interaktionaler Psychotherapeutinnenmerkmale ... 103
5.1.2 Diskussion professioneller Psychotherapeutinnenmerkmale ... 111
5.1.3 Diskussion soziokultureller Psychotherapeutinnenmerkmale ... 115
5.1.4 Zusammenfassung Diskussion ... 116
5.2 Limitationen ... 117
5.3 Forschungsimplikationen ... 119
Literaturverzeichnis ... 122
Abbildungsverzeichnis ... 135
Tabellenverzeichnis ... 136
Abstract (Zusammenfassung) ... 138
Anhang A ... 140
Anhang B ... 141
Anhang C ... 144
Anhang D ... 145
Anhang E ... 148
Anhang F ... 152

1 Einleitung

Lange Zeit war das wissenschaftliche Interesse, durch den vorherrschenden Legitimationsdruck der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen gegenüber anderen Behandlungsmethoden, stark den unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen (Verhaltenspsychotherapie, Tiefenpsychologie, ...) und deren Effizienz gewidmet. Etwaige Einflussgrößen, die sich aus Merkmalen der Psychotherapeutinnen ergeben könnten, wurden konstant gehalten, um den Effekt der psychotherapeutischen Schulen isoliert untersuchen zu können (Willutzki, Reinke-Kappenstein, & Hermer, 2013). Der Grad des Einflusses der Psychotherapeutinnenmerkmale auf die Klientinnen und deren Psychotherapieausgang war folglich relativ wenig beachtet (Beutler, 1997).

Mit der Etablierung der Psychotherapie im gesundheitspolitischen Sektor und der Überwindung der Wirksamkeitsvergleiche verschiedener psychotherapeutischer Verfahren weitete sich das Blickfeld in der Forschung und begann sich den relativen Wirkfaktoren zu widmen. Beispielsweise untersucht die Prozessforschung jene Anteile am Psychotherapieerfolg, die nicht den unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zuzuschreiben sind. Hierzu können die Psychotherapeutinnen gezählt werden, die damit mehr in den Fokus der Forschung gelangt sind. Baldwin und Imel (2013) quantifizieren die Relevanz der Psychotherapeutinnenmerkmale mit durchschnittlich 5% erklärter Varianz am Psychotherapieerfolg. Wenn man bedenkt, dass die Psychotherapie in all ihren Facetten (spezifische Faktoren, allgemeine Faktoren, Psychotherapeutinnenfaktoren, psychotherapeutische Beziehung etc.) 20% der Varianz der (psychotherapeutischen) Veränderung bei Klientinnen (im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Psychotherapie) erklären, dann ergeben die 5% insgesamt einen beträchtlichen Anteil am Psychotherapieerfolg (Baldwin & Imel, 2013; Lambert & Bergin, 1994; Messer & Wampold, 2002; Pfammater & Tschacher, 2012; Wampold, 2001).

Das Verhalten, die Professionalität und die Expertise der Psychotherapeutinnen leisten laut dem *Generic Model of Psychotherapy*, welches einen Überblick über alle gemeinsame Faktoren aller Psychotherapieschulen liefert (Orlinsky, Grawe, & Parks 1994), einen Beitrag, der sich im Allgemeinen auf den psychotherapeutischen Prozess und im Speziellen auf die psychotherapeutische Beziehung zwischen Klientin und Psychotherapeutin auswirkt. Das Verhalten der Psychotherapeutin ist laut Orlinsky, Grawe und Parks (1994), neben dem Verhalten und soziokulturellen Bedingungen der Klientin, den Umweltbedingungen, den gesellschaftlichen Werten und Normen, usw., ein Faktor der die psychotherapeutische Behandlung demnach nicht nur begleitet, sondern auch den psychotherapeutischen Prozess formt und auf das Psychotherapieergebnis wirkt.

Der Psychotherapieerfolg versteht sich grundsätzlich als das Resultat des psychotherapeutischen Prozesses. Prozesse, die sich innerhalb der Psychotherapiesitzungen abspielen, sind im *Generic Model of Psychotherapy* (Orlinsky, Grawe, & Parks 1994) als *In-Session Impact* zu verstehen. Prozesse, die sich außerhalb der Psychotherapiesitzungen abspielen, wurden von Orlinsky, Geller, Tarragona und Faber (1993) als *Repräsentationen der Therapie zwischen zwei Therapiesitzungen* charakterisiert (Intersession-Prozesse).

Jedoch hat sich gezeigt, dass bislang kaum untersucht wurde, ob und welche Psychotherapeutinnenmerkmale Einfluss auf diese Intrasession- und Intersession-Prozesse haben. Der Leitgedanke dieser Arbeit liegt auf jenen Psychotherapeutinnenmerkmalen, die positiv/förderlich oder negativ/schädigend auf die Intrasession- und Intersession-Prozesse wirken können, um in weiterer Folge einen Beitrag zur Förderung der psychotherapeutischen Behandlung zu leisten.

2 Theoretischer Hintergrund und Zielsetzung

Ausgehend vom Psychotherapieergebnis, das in der vorliegenden Arbeit als Maß für die erlebte Veränderung bzw. für den Erfolg durch die Psychotherapie verstanden wird (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994), werden in diesem Abschnitt die bedeutendsten Wirkfaktoren der Psychotherapie beschrieben.

Lambert (1989; 1992) liefert ein Vier-Faktoren-Modell (*big four*) mit vier am Psychotherapieerfolg beteiligten psychotherapeutischen Wirkfaktoren und deren geschätzten Prozentanteilen an der Varianz der Verbesserung. Die angegebenen Prozentangaben unterliegen keiner genauen statistischen Analyse, sondern sind als Richtwert zu verstehen: ca. 40% der Verbesserung können auf außertherapeutische Veränderungsfaktoren (*extratherapeutic change factors*) zurückgeführt werden (Lambert, 1992). Dazu zählen Gegebenheiten die außerhalb des Einflusses der Psychotherapie stehen (z.B. unterstützende Familienmitglieder) und Fähigkeiten (z.B. Erfahrungswerte, Stärken), die die Klientin in die Psychotherapie mitbringt (Hubble, Duncan, & Miller, 1999). Ca. 15% werden durch *spezifische Wirkfaktoren* (*specific factors*) erklärt. Zu diesen Faktoren gehören Standardtechniken der verschiedenen Psychotherapieschulen und störungsspezifische Vorgehensweisen. Weitere 15% der Varianz werden durch Erwartungsfaktoren (*expectancy factors*) bzw. Placebo-Effekte von Seiten der Klientin erklärt. Die restlichen 30% werden durch *allgemeinen Wirkfaktoren* (*common factors*) erklärt, die als „inhärenter Bestandteil jeglicher Form von Psychotherapie“ verstanden werden können (Pfammater & Tschacher, 2012, S. 69). Dem Vier-Faktoren-Modell nach ist der Anteil der *allgemeinen Wirkfaktoren*, die am Psychotherapieerfolg beteiligt sind, höher als der Anteil der *spezifischen Wirkfaktoren* (Messer & Wampold, 2002). Nach Omer und London (1989) spielen die *allgemeinen Wirkfaktoren* eine substantielle Rolle in der Besserung des Befindens einer Klientin. Grencavage und Norcross (1990) unterscheiden die „[...] allgemeine[n] Wirkfaktoren von Psychotherapie: [Klientinnen]charakteristika, [Psychotherapeutinnen]merkmale, Veränderungsprozesse, Behandlungsstruktur sowie Beziehungsaspekte“ (Pfammater, M. & Tschacher, W., 2012, S. 70). So wie nach Grencavage und Norcross (1990) werden in der vorliegenden Arbeit die Psychotherapeutinnenmerkmale zu den *allgemeinen Wirkfaktoren* gerechnet, die - gemeinsam mit der psychotherapeutischen Beziehung - im psychotherapeutischen Prozess zu einem (positiven) Behandlungsergebnis führen sollen. Im Folgenden werden die Einflussgrößen beschrieben, um das theoretische Fundament für die empirische Arbeit zu legen.

2.1 Der psychotherapeutische Prozess

Als Bindeglied zwischen den Psychotherapiesitzungen und dem Psychotherapieergebnis steht der psychotherapeutische Prozess, der in seiner Ganzheit auf den Therapieerfolg wirkt (Orlinsky & Howard, 1988). Ursprünglich bezog sich der Begriff *process* auf „in-session events that lead to client change“ (Greenberg, 1986, S. 451). In der vorliegenden Arbeit wird zusätzlich auf Aktionen, Erfahrungen und den Bezug zwischen Klientin und Psychotherapeutin Bezug genommen, die sich außerhalb der Psychotherapiesitzungen abspielen „when patient and [psychotherapist] [...] are not physically together“ (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004, S. 311) und die in einem ersten Konzept

von Orlinsky et al. (1993) als „Repräsentationen der Therapie zwischen zwei Therapiesitzungen“ präzisiert wurden (Kaiser, 2015, S.5). Demnach spielt sich der psychotherapeutische Prozess innerhalb der Psychotherapiesitzungen (*within-session-process*) aber auch außerhalb der Psychotherapiesitzungen (*extra-session-process*) ab (Orlinsky et al., 1993). Die Prozessforschung unterscheidet hierbei drei *extra-session-processes*, die vor dem Beginn einer Psychotherapie (*prätherapeutische Prozesse*), während einer Psychotherapie (*peritherapeutische Prozesse*) und nach Beendigung der Psychotherapie (*posttherapeutische Prozesse*) stattfinden (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2012, zitiert nach Laireiter, Jöchler, Schilcher, Mittendorfer, & Kaiser, 2015). Dieser Kategorisierung werden die Intersession-Prozesse in die *peritherapeutischen Prozesse* eingeordnet.

2.1.1 Intrasession-Prozesse

Die psychotherapeutische Behandlung findet primär während der Psychotherapiesitzungen statt (*within-session-process*). Intrasession-Prozesse werden als unmittelbare klinische Veränderungen, die als Reaktion auf bestimmte Aktionen und Ereignisse in der Therapiesitzung auftreten, beschrieben. Zu den Ereignissen gehören beispielsweise Erfahrungen, Geschehnisse, Mikro-Effekte (Stimmung der Klientin) und Interaktionen. Diese haben unmittelbare, psychotherapeutische Veränderungen zur Folge (Greenberg, 1986; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Orlinsky, & Howard, 1978). Sie werden von den Klientinnen als bedeutsame Prozesse für ihre Psychotherapie wahrgenommen (Kaiser, 2014; Zettler 2016).

Diese Intrasession-Prozesse können laut dem *Generic Model of Psychotherapy – GMP* unterschiedliche Ausprägungen annehmen: u.a. negative Auswirkungen, wie das Erleben von Stress, Abhängigkeit, Verwirrung, Demoralisierung, aber auch positive Auswirkungen, wie erlebte Selbstwirksamkeit, Ermutigung und Erleichterung (Orlinsky & Howard, 1987; Kaiser, 2015). Das Auftreten derartiger Prozesse charakterisiert nach Orlinsky und Howard (1967) gute Psychotherapiesitzungen.

2.1.2 Intersession-Prozesse

Die Intersession-Prozesse, auch bekannt als Zwischensitzungsprozesse, sind bewusste Veränderungsprozesse zwischen zwei Sitzungen, die durch Repräsentationen der Psychotherapiesitzungen hervorgerufen werden (Orlinsky et al., 1993). Repräsentationen können beispielsweise internalisierte und/oder idealisierte Beziehungsvorstellungen zur behandelnden Psychotherapeutin darstellen, sodass sozusagen eine Repräsentationen-Psychotherapie mit der Psychotherapeutin zwischen den Sitzungen stattfinden kann. In der Alltagssprache werden Repräsentationen auch als Gedanken, Erinnerungen, Pläne und Fantasien umschrieben.

Das Konzept der Repräsentationen wurde erstmalig von Orlinsky et al. (1993) beschrieben. Demnach können bewusste Repräsentationen durch Schemata angeregt werden, welche wiederum von den Erfahrungen in einer Psychotherapiestunde beeinflusst werden (s. dazu *Abbildung 1*).

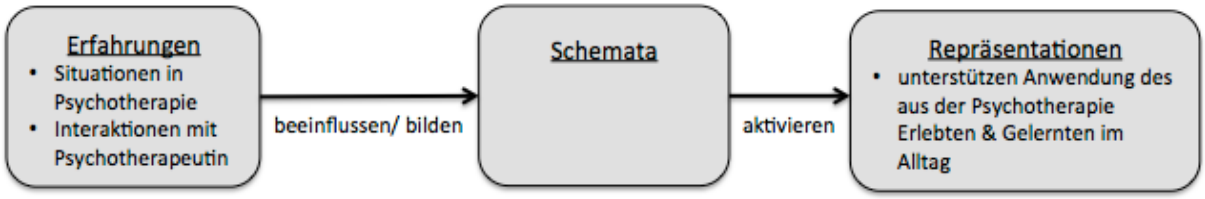

Abbildung 1. Konzept der Repräsentationen nach Orlinsky, Geller, Tarragona & Farber (1993).

Internalisierte Repräsentationen der Psychotherapie oder der Psychotherapeutin können somit einerseits Folgesitzungen, andererseits auch den Alltag der Klientin beeinflussen und damit zu Veränderungen bei der Klientin führen. Schwierige Situationen können durch die Aktivierung der internalisierten Repräsentation einer sicheren und ermutigenden Beziehung zur Psychotherapeutin gemeistert werden (Orlinsky et al., 1993). Dies bedeutet auch, dass allgemeine Wirkdimensionen der Psychotherapie, wie *Einsicht, Klärung*, *Kompetenzzuwachs* und *Problembewältigung* zwischen zwei Sitzungen stattfinden können und dass diese stark von den Erfahrungen in den Sitzungen geprägt (Grawe, 1998; Kaiser, 2014; Ohana, 2016) und von zentraler Bedeutung für den längerfristigen Psychotherapieerfolg sind (Zeeck, Hartmann, & Orlinsky, 2003).

Nach Orlinsky et al. (1993) befassen sich ca. 90% aller Klientinnen zwischen ihren Psychotherapiesitzungen mit den Psychotherapieinhalten oder mit der Psychotherapeutin selbst. Je länger eine ganze Psychotherapie andauert, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer fortwährenden Nutzung von Repräsentationen auch nach einer bereits abgeschlossenen Psychotherapie (Geller & Farber, 1993). Intersession-Prozesse treffen sogar öfter in affektiv angespannten Situationen, z.B. bei schmerzvollen Emotionen, auf. Weniger Intersession-Prozesse konnten bei Klientinnen mit einer ruhigen und entspannten Verfassung verzeichnet werden (Geller & Farber, 1993; Hartmann, 1997). Demnach erleben nicht nur viele Klientinnen Intersession-Prozesse, sie sind auch essentiell für die Fortwährung der psychotherapeutischen Beziehung und für die Verarbeitung von schwierigen Emotionen und angespannten Zuständen. Dies konnte beispielsweise durch Schilcher (2012) empirisch nachgewiesen werden. Schilcher (2012) fand eine vollständige Mediation des Zusammenhangs zwischen der Intensität der Intersession-Erfahrung und dem Psychotherapieerfolg durch die Qualität der psychotherapeutischen Beziehung.

Obwohl sich die Psychotherapieforschung bislang wenig mit Intersession-Prozessen beschäftigte, wurde deren Wichtigkeit durch die Hinzunahme in das umfangreiche *Generic Model of Psychotherapy – GMP* (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 1993), das sich ursprünglich aus fünf Hauptveränderungsprozessgruppen der Psychotherapie konstituierte (*therapeutic contract*, *therapeutic operations*, *therapeutic bond*, *self relatedness* und *in-session impacts*) verdeutlicht (Manne, Winkel, Zaider, Rubin, Hernandez, & Bergmann, 2010; Ohana, 2016). Durch die Erweiterung des Modells um das *temporal pattern* wird einerseits die prozessuale Entwicklung der Klientin während der einzelnen Sitzungen sowie im gesamten Psychotherapieverlauf berücksichtigt und andererseits wird damit die prozessuale Entwicklung in den Zwischensitzungsprozessen, die ebenso einer zeitlichen Varianz unterliegen, in das Modell aufgenommen (Orlinsky et al., 1994). Zudem wird das *Outcome* auf unterschiedlichen zeitlichen Ebenen betrachtet: Minuten bis Stunden, Tage bis Wochen und Monate bis Jahre nach der psychotherapeutischen Behandlung (Zeeck, Hartmann, &

Orlinsky, 2003). Darin spiegeln sich kurzfristige „Post-Sitzungs-Outcome[s]“ (S. 239), wie z.B. eine veränderte Stimmung kurz nach der Sitzung, und auch „Micro-Outcome[s]“ (S.239), wie z.B. eine verbesserte Bewältigungsfähigkeit von Problemsituationen, wider (Zeeck et al., 2003).

Es wird deutlich, dass Intersession-Prozesse bzw. internalisierte Psychotherapieerfahrungen als starkes Bindeglied zwischen den Intrasession-Prozessen und dem Psychotherapieergebnis fungieren („Process-Outcome-Linkage-Model“; Orlinsky, 2008; Orlinsky et al., 1993, Hartmann, Orlinsky, Geller, & Zeeck, 2003).

2.2 Psychotherapeutische Beziehung

Ein weiterer (Haupt-) Einflussfaktor auf das psychotherapeutische Ergebnis ist die psychotherapeutische Beziehung. Die psychotherapeutische Beziehung wird als bewusste, vertragsgebundene (Arbeits-) Beziehung zwischen Klientin und Psychotherapeutin gesehen, in der beide Parteien an der Problematik der Klientin arbeiten um ihr Leid zu vermindern. (Bhatia, 2009; Bordin, 1979). Sie ist als professionelle Kommunikation im Sinne eines interaktionellen Prozesses zu verstehen (Strotzka, 1975).

Nach Bordin (1979) besteht die psychotherapeutische Beziehungen aus drei essentiellen Elementen: „agreement on the goals of the treatment, agreement on the tasks, and the development of a personal bond made up of reciprocal positive feelings“ (Ardito & Rabellino, 2011, S. 2). Die Übereinstimmung über die Ziele und über die Aufgaben kann nach Bordin (1979) nur vonstatten-gehen, wenn die Beziehung gegenseitig durch Vertrauen und Achtung geprägt ist, da die Klientin den Fähigkeiten der Psychotherapeutin vertrauen, genauso wie die Psychotherapeutin von den Ressourcen der Klientin überzeugt sein muss (vgl. Ardito & Rabellino, 2011).

In der Literatur werden für die psychotherapeutische Beziehung unterschiedliche weitere Begrifflichkeiten verwendet: therapeutische Beziehung, therapeutische Allianz oder working alliance. Es hat sich gezeigt, dass die Begrifflichkeiten therapeutische Beziehung und therapeutische Allianz überwiegend synonym verwendet werden. In dieser Arbeit wird stellvertretend der Begriff psychotherapeutische Beziehung dafür genutzt.

Nahezu alle wissenschaftlichen Arbeiten, die sich der Wirkung von Psychotherapie widmen, messen der psychotherapeutischen Beziehung eine der wichtigsten Rollen bei: “Of all the common factors investigated in psychotherapy, none has received more attention and confirmation than the importance of the therapeutic relationship” (Lambert und Bergin, 1992, S. 371). Nach Fuchs, Sidiropoulou, Vennen und Fisseni (2003) ist eine Beziehung zwischen der Klientin und der Psychotherapeutin, welche auf Merkmalen, wie *Empathie*, Echtheit, *Wertschätzung* etc. aufbaut, zentral für die Wirkung von Psychotherapie. Zudem konnte mehrfach ein hoher Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Beziehung und dem Psychotherapieerfolg, unabhängig von der psychotherapeutischen Schule, nachgewiesen werden (Bachelor, 2013; Gallop, Kennedey, & Stern, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Norcross, 2010). Die psychotherapeutische Beziehung kann somit als Prädiktor für den Psychotherapieerfolg, aber auch für einen vorzeitigen Psychotherapieabbruch angesehen werden (Kokotovic & Tracey, 1990; Martin, Garske, & Davis, 2000). Verhaltensweisen von Psychotherapeutinnen, wie Wärme, *Empathie*, *Ermutigung* und *Akzeptanz* wirken nach Hubble,

Duncan und Miller (1999) und nach Ablon und Jones (1999) beziehungsfördernd. Somit kann durchaus angenommen werden, dass positive/förderliche Faktoren (s.o.) sich positiv auf die psychotherapeutische Beziehung und demnach auch positiv auf das Psychotherapieergebnis auswirken.

2.3 Psychotherapeutinnenmerkmale

Neben dem psychotherapeutischen Prozess und der psychotherapeutischen Beziehung sind die Psychotherapeutinnenmerkmale ein wesentlicher Einflussfaktor auf das psychotherapeutische Ergebnis.

In der vorliegenden Arbeit werden die Psychotherapeutinnenmerkmale zu den *allgemeinen Wirkfaktoren* gerechnet, da die Unterschiede im Psychotherapieerfolg zwischen den Psychotherapeutinnen weniger auf die berufliche Erfahrung, das Fortbildungsausmaß oder die theoretische Orientierung zurückzuführen sind (Najavits & Weiss, 1994). Der Stand der Forschung lässt den Schluss zu, dass die Unterschiede im Psychotherapieerfolg häufig im Bereich der „allgemeine[n], unspezifische[n] Wirkfaktoren“ (Jacobi, 2011, S. 632) liegen. Dies ist kongruent mit der Annahme jener Vertreterinnen, die von geringen Wirkungsunterschieden zwischen den Psychotherapieschulen ausgehen, da sie ebenso die Wirksamkeit diesen *allgemeinen Wirkfaktoren* zuschreiben. Auch nach Beutler et al. (2004) hängt die Effektivität der Psychotherapie eher von der Psychotherapeutin ab, als von speziellen psychotherapeutischen Techniken. Merkmale wie Wärme, Aufmerksamkeit und Verständnis spielen eine wichtige Rolle in der Symptomverbesserung der Klientinnen (Lambert & Bergin, 1994). Auch Norcross (2011) zählt *Empathie*, *Wertschätzung*, Zielkonsens und Zusammenarbeit zu den *allgemeinen Wirkfaktoren* der psychotherapeutischen Beziehung, die positiv mit dem Psychotherapieergebnis zusammenhängen.

Ergebnissen von Metaanalysen zufolge, können 8,6% bis 9% der Varianz des Psychotherapieerfolgs auf Psychotherapeutinnenmerkmale zurückgeführt werden (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Crits-Christoph et al., 1991). Ebenso stehen durchschnittlich 9% der Varianz der Beziehungsqualität im Zusammenhang mit der Psychotherapeutin (Willutzki et al., 2013). Da eine positive Korrelation zwischen psychotherapeutischer Beziehung und dem Psychotherapieergebnis besteht (Bachelor, 2013; Norcross & Wampold, 2011) und die Psychotherapeutin nachweislich darauf einen Einfluss hat, liegt die Grundlage dieser Arbeit auf einschlägigen Psychotherapeutinnenmerkmalen, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die psychotherapeutische Beziehung und auch auf das Psychotherapieergebnis haben können. Die Psychotherapeutinnenmerkmale werden isoliert voneinander betrachtet, um deren einzelnen Beiträge auf die Konstrukte untersuchen zu können.

Die Unterteilung der Psychotherapeutinnenmerkmale nach Beutler et al. (2004) wird als Grundgerüst verwendet (s. dazu Tabelle 1). Diese Unterteilung unterstreicht die Zugehörigkeit der Psychotherapeutinnenmerkmale zu den *allgemeinen Wirkfaktoren*, weil sie hier im Sinne einer „überdauernde[n] Eigenschaft, [...] die sich im Leben [der Psychotherapeutin] außerhalb [des psychotherapeutischen Berufes] (Beutler et al., 2004, S. 382), aber ebenso als therapiebezogen angesehen werden. Gleichzeitig wird eine Aufteilung in beobachtbare oder nicht beobachtbare

Merkmale getroffen. Der Begriff „Psychotherapeutinnenmerkmal“ wird demnach stellvertretend für Arbeitsstile, Verhaltensmerkmale und für Charakterzüge verwendet.

Tabelle 1

Psychotherapeutinnenmerkmale (Beutler et al., 2004)

Psychotherapeutinnenmerkmale	beobachtbar	nicht beobachtbar
Allgemein *(traits)*	Geschlecht	Persönlichkeit
	Alter	Bewältigungsstile
	Ethnischer Hintergrund	Wohlbefinden
		Werte und Überzeugungen
		Kulturelle Einstellungen
Therapiebezogen *(states)*	Beruf	Behandlungsmodell
	Ausbildung/ Training	Beitrag zur therapeutischen Beziehung
	Erfahrung	
	Fertigkeiten	
	Interpersoneller Therapiestil	
	Behandlungsmethoden/ Interventionen	

2.3.1 Interaktionale Psychotherapeutinnenmerkmale

Im Folgenden werden die Psychotherapeutinnenmerkmale einzeln näher beleuchtet. Es wird zunächst auf interaktionale, sodann auf professionelle und abschließend auf soziokulturelle Psychotherapeutinnenmerkmale eingegangen

2.3.1.1 Akzeptanz

Akzeptanz ist in den letzten Jahren zu einem Modebegriff in Teilbereichen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie geworden (Michalak, Heidenreich & Bohus, 2006). In dieser Arbeit ist nicht die von der Klientin auszugehende und sich selbst gewidmete akzeptierende Haltung den eigenen Erfahrungen gegenüber gemeint, sondern die akzeptierende und tolerante Haltung der Psychotherapeutinnen gegenüber ihrer Klientin. Diese *Akzeptanz* ist nach Lambert (2015) relevant für die psychotherapeutische Beziehung und wird als stringenter Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung gesehen. Nach Hubble et al. (1999) wirkt ein hohes Maß an *Akzeptanz* in einem psychotherapeutischen Setting besonders beziehungsfördernd. Lorr (1965) ließ Klientinnen den Charakter ihrer Psychotherapeutinnen beschreiben und identifizierte fünf Faktoren, zu denen eben auch *Akzeptanz* gehörte, die, unter diesen fünf Faktoren, am höchsten mit verbesserter Symptomlage korrelierte. Unter den nach Petzold (1992) zusammengefassten 14 psychotherapeutischen Wirkfaktoren wurde *Akzeptanz* in den zweiten Wirkfaktor „Emotionale Annahme und Stütze“ aufgenommen, um die Förderung positiver Gefühle und Kognitionen bei den Klientinnen insbesondere zu akzentuieren.

Außerdem zeigt sich in der Theorie der Äquilibration von Piaget (1976), welche den Prozess der Balance zwischen inneren Schemata und äußeren Strukturen beschreibt, dass eine tragfähige,

akzeptierende psychotherapeutische Beziehung für die Äquilibration bei den Klientinnen erleichternd und unterstützend wirkt.

Demnach ist eine *akzeptierende* Haltung wirksam für die Bildung einer guten psychotherapeutischen Beziehung, genauso wie für das Hervorrufen von Veränderung in den Klientinnen, und damit auch für ein gutes Psychotherapieergebnis. Die Relevanz des Psychotherapeutinnenmerkmals *Akzeptanz* auf Intrasession- und Intersession-Prozesse wird im Rahmen dieser Arbeit überprüft.

2.3.1.2 Bestätigung der Klientin

Eine weitere positive/förderliche Verhaltensweise, die „effektive" Psychotherapeutinnen in einer Studie zeigten, ist die Klientin in ihren Gedanken und Gefühlen zu bestätigen (Najavits & Strupp, 1994).

Beispielsweise ist in der klärungsorientierten Psychotherapie von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen wichtig, zunächst eine Beziehung und einen Beziehungskredit aufzubauen, um überhaupt eine (psychotherapeutische) „Chance" bei den Klientinnen zu haben. „Die [Psychotherapeutin] füttert [die Klientin], so gut [sie] kann" (S. 55), indem sie die Klientin in allen möglichen Inhalten bestätigt: in ihren Anstrengungen, in ihrer Reflexivität, in ihrer Eigenständigkeit und Kritikfähigkeit (vgl. Sachse, Sachse, & Fasbender, 2011). Nicht nur in der Behandlung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen erweist sich die *Bestätigung* als ein wichtiges Psychotherapeutinnenmerkmal: es konnte mehrfach ein positiver Zusammenhang zwischen bestätigendem Verhalten und einem positiven Psychotherapieergebnis gefunden werden (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994).

Demzufolge kann angenommen werden, dass das Psychotherapeutinnenmerkmal *Bestätigung* positiv mit der psychotherapeutischen Beziehung und mit dem Psychotherapieergebnis zusammenhängt. Daher wird weiterführend der Zusammenhang zwischen dem Merkmal *Bestätigung* und den Intrasession- und Intersession-Prozessen in der vorliegenden Arbeit untersucht.

2.3.1.3 Empathie

Empathie, im Sinne von einfühlendem Verstehen, gehört neben Echtheit und *Akzeptanz* zu den drei Rogerschen Basisvariablen einer erfolgreichen Psychotherapie (Rogers, 1985). Nach Bommert (1982) sind sie zum Einen notwendig für eine fundierte psychotherapeutische Beziehung und zum anderen sollen sie nach Rogers (1986) als Grundhaltungen von Psychotherapeutinnen verstanden und nicht als Strategien oder Techniken missverstanden werden.

Empathie erleichtert nach Elliott (2010) die Veränderung bei der Klientin und unterstützt den Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung: Nach Strupp und Binder (1984) ist die psychotherapeutische Beziehung der Grundstein für Veränderung. Somit sind Merkmale, wie *Empathie* und Aufmerksamkeit relevant für das Psychotherapieergebnis, da sie den Aufbau der Beziehung fördern (Willutzki, 2014). Wärme kann durchaus als *Empathie* verstanden werden (Emmelkamp & van Oppen, 2000; Willberg, 2010). Nach Lambert und Bergin (1994) führt die Vermittlung von Wärme in der Psychotherapie zur Verbesserung der Problematiken der Klientinnen und damit zu besseren Psychotherapieergebnissen (Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg, &

Schubert, 2000). Da wenig empathische Psychotherapeutinnen auch wenig effektiv in ihrer Behandlung waren, ist die von den Klientinnen wahrgenommene Empathiefähigkeit wichtig für den Verlauf und den Ausgang einer psychotherapeutischen Behandlung (Lafferty, Beutler, & Crago, 1989).

Zudem taucht *Empathie* immer wieder in Listen von Wirkfaktoren, wie jenen nach Rogers (1957; 1959) und Petzold (1992), auf, sodass die wissenschaftliche Grundlage für einen positiven Einfluss von *Empathie* auf die psychotherapeutische Beziehung und auf das Psychotherapieergebnis gegeben scheint. Der Zusammenhang zwischen *Empathie* und der psychotherapeutischen Beziehung, dem Psychotherapieergebnis sowie den Intrasession- und Intersession-Prozessen wird in der vorliegenden Arbeit untersucht.

2.3.1.4 Ermutigung der Klientin

Im Konzept des *aktiven Zuhörens* werden kurze Wortmeldungen wie „ja“ oder „gut“ von Seiten der Psychotherapeutin als *Ermutigungen* verstanden (Hoyer & Wittchen, 2011). Diese sollten die Klientin zum Erläutern ihres Problems ermutigen (Habschied, 2003). In dieser Arbeit sind darüber hinaus generelle und spezifische *Ermutigungen* gemeint, die positiv und bestätigend wirken, den Blick der Klientin für das Neue schärfen und sie stärken, um ihre Probleme und Schwierigkeiten aktiv und initiativ meistern zu können (Coren, 2001; Friedrich, 2002; Garfield, 1989). In einer Studie nannten 67% der Klientinnen *Ermutigung* und *Bestätigung* als die zwei Faktoren, die zu ihrem Psychotherapieerfolg führten (Murphy, Cramer & Lilie, 1984).

Gleichzeitig kann die Erwartungshaltung von Psychotherapeutinnen, dass eine Verbesserung eintreten wird, ermutigend auf die Klientinnen wirken und von ihnen übernommen werden, sodass sie ihrerseits zum Beispiel an die Sitzungen mit einer positiven Erwartungshaltung herangehen (Hartmann, Orlinsky, & Zeeck, 2011). Dies kann psychotherapeutische Veränderung begünstigen (Zettler, 2016).

Da *Ermutigung* eine zentrale Rolle im Ansatz zur psychotherapeutischen Veränderung spielt und zur Symptomreduktion führen kann (Frank 1971; Vollmann, 2009; Wampold, 2001), indem die Psychotherapeutin „[...] eine akzeptable und adaptive Erklärung der Lage“ der Klientin anbringen kann (Kawan, 2015, S. 9), wird das Psychotherapeutinnenmerkmal *Ermutigung* in die Untersuchung der vorliegenden Arbeit aufgenommen. Der Effekt auf die psychotherapeutische Beziehung, auf den Psychotherapieerfolg sowie auf die Intrasession- und Intersession-Prozessen wird hierbei untersucht.

2.3.1.5 Offenheit

In der Skala *Offenheit* wird vorrangig auf Studienergebnisse Bezug genommen, in denen Psychotherapeutinnen, die sich als offen einschätzten, ebenfalls langfristig bessere Psychotherapieergebnisse erzielen konnten (Heinonen, Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2012; Willutzki, 2014). Nach Willutzki, Reinke-Kappenstein und Hermer (2013) sind *Offenheit*, Echtheit und Authentizität wichtige Psychotherapeutinnenmerkmale, die „bei einer angemessenen Selbstöffnung [der Psychotherapeutin]“ (S. 431), einen positiven Einfluss auf den Psychotherapieerfolg haben können (Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011; Sonnenmoser, 2003). Auch nach Rogers (1985) gehört eine echte und offene Art der Psychotherapeutin zu einer der drei Basisvariablen, welche als bedeutsam für den Psychotherapieerfolg erachtet werden.

Die humanistische Psychotherapie und die kognitive Verhaltenstherapie erklären die gewisse Selbstoffenbarung der Psychotherapeutinnen als gewinnbringend, da der psychotherapeutische Prozess für die Klientinnen nachvollziehbar bzw. ergründbarer wirkt, die psychotherapeutische Beziehung gefestigt wird und „Offenheit, Vertrautheit, Vertrauen, Selbstverständnis und Veränderungsprozesse“ bei den Klientinnen fördert (Sonnenmoser, 2003, S. 472). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist vorrangig die *Offenheit* für Erfahrungen bzw. Aufgeschlossenheit nach dem Big Five Model (Fünf-Faktoren-Modell) gemeint (McCrae & Costa, 2008).

Es gibt in der Literatur zahlreiche Hinweise für einen positiven Effekts vom Psychotherapeutinnenmerkmal *Offenheit* auf das Psychotherapieergebnis, sodass der Zusammenhang zwischen *Offenheit* und den Intrasession- und Intersession-Prozessen, sowie der psychotherapeutischen Beziehung und dem Psychotherapieergebnis in der vorliegenden Arbeit näher untersucht wird.

2.3.1.6 Vertrauen

Eine Vertrauensbasis zwischen Klientin und Psychotherapeutin verstärkt nach Wampold (2001) erfolgreiche Psychotherapieausgänge. Eine gute Vertrauensbasis ist Voraussetzung für eine stabile psychotherapeutische Beziehung (Schultze, 2007; Vollmann, 2009). Eine authentische Verhaltensweise der Psychotherapeutin stellt wiederum die Basis für das Vertrauen in die Psychotherapeutin dar (Willutzki et al., 2013). Dies ist wichtig, denn nach Frank (1981) ist das wichtigste Element der psychotherapeutischen Beziehung, „dass [die Klientin] auf die Kompetenz [der Psychotherapeutin] und auf [ihren] Wunsch, [ihr] zu helfen, vertraut“ (S. 445). Das Vertrauen in das psychotherapeutische Vorgehen kann darüber hinaus durch empathische, glaubhafte und kompetente psychotherapeutische Arbeit verstärkt werden (Bozok & Bühler, 1988; Hartel, 2008). Petzold (1992) fand einen positiven Zusammenhang zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Vertrauen* und dem Psychotherapieergebnis

Daraus lässt sich schließen, dass das Vertrauen der Klientin gegenüber nachweislich wichtig für die Bildung einer psychotherapeutischen Beziehung ist, um beispielsweise bestmöglich Interventionen implementieren zu können, sodass sie von den Klientinnen angenommen werden (Textor, 1990; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975). Es kann angenommen werden, dass *Vertrauen* positiv mit dem Psychotherapieergebnis zusammenhängt. Dies und der Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Beziehung und mit Intrasession- und Intersession-Prozessen werden in der vorliegenden Arbeit näher untersucht.

2.3.1.7 Wertschätzung

Wertschätzung gehört ebenso zu den drei Rogerschen Basisvariablen, welche nach ihm die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für einen Psychotherapieerfolg darstellen (vgl. Rogers, 1957; Rogers, 1959). Früh wurde der *Wertschätzung* eine wesentliche Rolle zugeschrieben. Später konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass eine stark wertschätzende Haltung sowie eine stets positive Einstellung der Klientin gegenüber, die psychotherapeutische Beziehung fördern kann (Bordin, 1979; Garfield, 1982; Schulte, 1996). So konnte auch belegt werden, dass eine freundliche, wertschätzende Umgangs- und Arbeitsweise auch drei Jahre nach Abschluss einer Langzeittherapie

mit reduzierten Symptomen bei den Klientinnen assoziiert werden konnte (Heinonen et al., 2012). Eine reduzierte Symptomlage kann gleichgesetzt werden mit einem erfolgreichen Psychotherapieabschluss.

Insgesamt kann für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Wertschätzung* angenommen werden, dass es für die psychotherapeutische Beziehung und für ein positives Psychotherapieergebnis wichtig ist. Somit wird das Psychotherapeutinnenmerkmal *Wertschätzung* auf den Zusammenhang mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen hin im Folgenden untersucht.

2.3.1.8 Negatives Verhalten

Negatives Verhalten schwächt die Effektivität von Psychotherapie. Zu den Verhaltensweisen wenig „effektiver" Psychotherapeutinnen gehören u.a. der Klientin Vorwürfe zu machen (*blaming*), das verbale Attackieren der Klientin (*attacking*) (Najavits & Strupp, 1994) sowie zurückweisende und feindselige Verhaltensweisen. Letztere haben nachweislich negative Auswirkungen auf die psychotherapeutische Beziehung (Norcross & Wampold, 2011). Gülüm, Soygüt und Safran (2016) konnten mehrere negative Verhaltensweisen von Psychotherapeutinnen identifizieren, die vor einem Abbruch der psychotherapeutischen Behandlung oder in den Abbruchsitzungen aufgetreten sind: „therapist's judgmental expression, therapist couldn't take into account patient's point of view, and mechanical transition between subjects" (S. 10) ebenso wie „therapist's insistent behaviors" (S.10) und „patient defends self against therapist" (S.11).

Zudem könnten *Negative Verhaltensweisen* die Erwartungshaltung hinsichtlich einer Verbesserung bei den Klientinnen herabsetzen, da sie einen massiven Einschnitt in die psychotherapeutische Beziehung bedeuten. Dies könnte die Interaktion mit der Psychotherapeutin dahingehend negativ beeinflussen, dass insgesamt keine gute Zusammenarbeit stattfinden kann (Hartmann et al., 2011). Ebenso stehen negative Techniken der Überstrukturierung, unangebrachte Selbstoffenbarung, starre Übertragungsinterpretationen oder unpassendes Schweigen nach Ackerman, Hilsenroth, Baity und Blagys (2000) in einem negativen Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Beziehung.

Es wird deutlich, dass das Verhalten der Psychotherapeutinnen einen starken Effekt auf die Klientinnen haben kann. Dieser kann bis zu einem Abbruch der Psychotherapie führen und sich damit negativ auf das Wohlbefinden auswirken (Gülüm et al., 2016). Demgegenüber ist aber nach Najavits und Strupp (1994) „a minimum of attack and blame [...] the center of effective psychotherapeutic intervention" (S. 121).

Die Skala *Negatives Verhalten* subsummiert das Vorwürfe machen, feindseliges, ärgerliches und offen aggressives Verhalten der Psychotherapeutin. Das Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit näher untersucht und dessen Einfluss auf die unterschiedlichen Konstrukte, wie die psychotherapeutische Beziehung, das Psychotherapieergebnis, die Intrasession- und Intersession-Prozesse erkundet.

2.3.2 Professionelle Psychotherapeutinnenmerkmale

2.3.2.1 Berufliche Erfahrung

Studienergebnissen zufolge erzielen erfahrenere Psychotherapeutinnen bessere Psychotherapieergebnisse (Beutler et al., 2004) und können *Empathie* besser realisieren als weniger erfahrene Psychotherapeutinnen (Mullen & Abeles, 1971). In der Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005) empfanden über 4000 untersuchte Psychotherapeutinnen, dass sie sich über die Jahre in ihrem Beruf hinweg professionell weiterentwickelt haben. Ähnlich verhielt es sich in einer weiteren Studie, in der das selbst wahrgenommene psychotherapeutische Können der Psychotherapeutin mit den Jahren ihrer beruflichen Praxiserfahrung im klinischen Kontext anstieg (Orlinsky, Ronnestad, Ambühl, Willutzki, Botermans, Cierpka, Davis, & Davis 1999). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit der *beruflichen Erfahrung* der Psychotherapeutin auch bessere Veränderungen bzw. Ergebnisse durch die psychotherapeutische Behandlung erreicht werden könnten. Des Weiteren kann aus einer Studie geschlussfolgert werden, dass niedriges Selbstbewusstsein in der Arbeit eher zu niedrigen Psychotherapieergebnissen führe, was aber durch mehr *Erfahrung* und mehr Training aufgehoben werden könne (Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2012). Dies deutet nicht nur darauf hin, dass die *Erfahrung* zum Psychotherapieergebnis beitrage, sondern dass auch erfahrenere Psychotherapeutinnen beziehungsförderliche Merkmale, wie *Empathie*, besser realisieren lernen und damit bessere Psychotherapieergebnisse erreichen können.

In einer anderen Studie, in der kognitive Verhaltenstherapeutinnen analysiert wurden, erzielten erfahrenere Psychotherapeutinnen, nur dann bessere Ergebnisse, wenn das Psychotherapieergebnis mit der *Erfahrung* als tätige Psychotherapeutin an sich korreliert wurde, aber nicht mit der *Erfahrung* als kognitive Verhaltenstherapeutin (Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2001). Damit wurde gezeigt, dass das allgemeine Arbeiten als Psychotherapeutin in einem klinischen Kontext den Unterschied zwischen erfahrenen und unerfahrenen Psychotherapeutinnen erklärt. Diese beiden Studien deuten stark darauf hin, dass die *berufliche Erfahrung* im klinischen Umfeld an sich einen starken prognostischen Wert für den Psychotherapieausgang hat und dass die Fähigkeit eine geeignete Beziehung herzustellen, wichtiger für das Psychotherapieergebnis ist, als technische bzw. schulenspezifische Fertigkeiten (Willutzki, 2014).

Andere Studien hingegen entdeckten keinen Zusammenhang zwischen *Erfahrung* (Shapiro & Shapiro, 1982) bzw. Alter der Psychotherapeutin (Lambert, 2013; Willutzki et al., 2013) und dem Psychotherapieergebnis. Eine Längsschnittstudie fand hingegen über die Dauer von vier Jahren hinweg bei ca. 60% der insgesamt 170 untersuchten Psychotherapeutinnen sogar eine Verschlechterung der psychotherapeutischen Effizienz mit den Jahren der Erfahrung (Goldberg, Rousmaniere, Miller, Whipple, Nielsen, Hoyt, & Wampold, 2016). Untermauert wird das von Beutler et al. (2004), der „bestenfalls [einen schwachen]“ (S. 401) Einfluss der *Erfahrung* auf das Outcome postuliert.

Obwohl die Literatur kein einheitliches Bild hinsichtlich der Relevanz der *beruflichen Erfahrung* bei Psychotherapeutinnen liefert, gibt es Anzeichen, dass erfahren und kompetent wirkende Psychotherapeutinnen bessere Ergebnisse in der psychotherapeutischen Beziehung und im Psychotherapieerfolg erzielen als weniger erfahrenere (Willutzki, 2014). Es wird in der vorliegenden

Arbeit der Zusammenhang und Einfluss vom Psychotherapeutinnenmerkmal *berufliche Erfahrung* auf die unterschiedlichen Konstrukte untersucht.

2.3.2.2 Klarheit

Eine klare und konkrete Sprache bzw. Ausdrucksweise wird als interpersonale Kompetenz bezeichnet und ist relevant für ein positives Psychotherapieergebnis (Willutzki, 2014; Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013).

Wenn man das 5-Ebenen-Modell zur psychotherapeutischen Wirkung nach Frauchiger (1997) zugrunde legt, dann zeigen sich konkrete, gezielte Handlungen und Interventionen der Psychotherapeutin auf der vierten Ebene der Interventionen. Diese können ebenso gezielt und konkret wirken und Reaktionen auslösen, wie sie von der Psychotherapeutin transportiert wurden. Es gilt also, je klarer formuliert, umso hilfreicher werden sie von Klientinnen eingeschätzt und können besser verarbeitet, verstanden und umgesetzt werden. Das Behandlungskonzept der Integrativen Therapie beinhaltet beispielsweise den Ansatz der *konkreten Hilfen in Problemlagen*, um bestmöglich die Hauptprobleme der Klientin bearbeiten zu können (Petzold, Schay, & Ebert, 2007). Klare Formulierungen, Überzeugungskraft und eine konkrete Ausdrucksweise der Psychotherapeutin kann hierin das Verständnis füreinander erleichtern, indem damit hilfreiche Bedingungen für die Problembearbeitung geschaffen werden.

Die wahrgenommene *Klarheit* der Psychotherapeutin wird in der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf die Konstrukte der psychotherapeutischen Beziehung, des Psychotherapieergebnisses und der Intrasession- sowie Intersession-Prozesse näher untersucht.

2.3.2.3 Klientinnenbeteiligung

Nach Orlinsky, Ronnestad und Willutzki ist „die Art und Weise, wie [die Klientinnen] an der [Psychotherapie teilnehmen,] der wichtigste determinierende Faktor für das [Psychotherapieergebnis]“ (2013, S.528). Die *Klientinnenbeteiligung* in dieser Arbeit umfasst folgende Prozessvariablen: der Beitrag der Klientin zur psychotherapeutischen Beziehung, die interaktive Zusammenarbeit der Klientin, Anerkennung der Psychotherapeutin durch die Klientin und die psychotherapeutischen Realisierungen (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2013). Das sind allesamt vermittelnde Faktoren des Zusammenhangs zwischen Prozess und Outcome.

In einer Studie zu Kurzzeitpsychotherapien von Busch, Rudden und Shapiro (2004) führten hohe *Klientinnenbeteiligungen* zur schnelleren Symptomreduktion. Die Anpassung der psychotherapeutischen Behandlung an die Bedürfnisse und Eigenschaften sowie an die Erfahrungen der Klientin ist für den Erfolg relevant (Norcross, 2010). Die aktive Einbindung und Beteiligung der Klientin in und an der psychotherapeutischen Behandlung scheint somit ein wichtiger Teil des psychotherapeutischen Prozesses zu sein.

Dem entegegengesetzt wäre eine hohe „[Psychotherapeutinnen]zentriertheit“ (S. 432) eher hinderlich für die Etablierung einer fundamentalen psychotherapeutischen Beziehung; dies stellten auch Willutzki, Reinke-Kappenstein und Hermer (2013) in der Studie dar. Ein fixiertes Vorgehen in der Psychotherapie, ohne Bezugnahme auf die Klientin, hat auch nach Norcross (2010) einen negativen Einfluss auf die psychotherapeutische Beziehung.

Schlussendlich soll also die Fähigkeit der Psychotherapeutin „Verantwortung auf die Klientin zu übertragen“ mit dieser Skala überprüft werden und der Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Beziehung, mit dem Psychotherapieergebnis und dessen Effekt auf die Intrasession- und Intersession-Prozesse untersucht werden.

2.3.2.4 Strukturiertheit der Arbeit

Autoritäres und bestimmendes Verhalten der Psychotherapeutin hat negative Auswirkungen auf das Psychotherapieergebnis (Lorr, 1965), aber klare Ziele und gemeinsame Absprachen geben den Klientinnen Halt und Orientierung (Hoffmann, 2015). Als Erster konstituierte Lazarus (1971) das Vorliegen einer „graded structure“ in der psychotherapeutischen Behandlung von selbst erfolgsbringend. Nach Hoffmann (2015) verhilft „[ein übersichtlich und stringent aufgebautes psychotherapeutisches] Programm“ (S. 25) den Klientinnen ihre Probleme und Schwierigkeiten besser zu meistern. Denn ungeordnete Versuche und Bemühungen einer Koordination derselben unterliegen in der Psychotherapie strukturierten Rahmenbedingungen, wie z.B. einer festen Gesprächspartnerin und festen Terminen unter denselben Bedingungen. Hoffmann (2015) betont „zumindest am Anfang der [Psychotherapie] ständig Anregungen, präzise Instruktionen und kurzfristige Rückmeldungen“ (S. 26) zu geben, damit Klientinnen wissen „was [die Psychotherapeutin] vorhat und wie der jeweilige Stand der [Psychotherapie] ist“. Schließlich obliegen die Einzelsitzungen sowie der gesamte Psychotherapieverlauf einer gewissen Struktur, um zum einen zu verhindern, dass brennende Themen aufgeschoben oder am Ende der Sitzung von den Klientinnen genannt werden und zum anderen die Krankenkassen eine bestimmte Anzahl an Sitzungen bewilligen und der Psychotherapie damit einen Rahmen setzen.

Die *Strukturierung der Arbeit* kann der Organisationsebene im *Generic Model of Psychotherapy* zugeordnet werden (Orlinsky et al., 2004). Die Organisationsebene hat Einfluss auf das Psychotherapieergebnis und bezieht sich auf den psychotherapeutischen Vertrag, unter welchem die Psychotherapeutinnenrolle sowie „direkt vereinbarte oder [...] indirekt vermittelte Patientenrollen“ zusammengefasst sind (Delsignore, 2006, S. 20). Der Abschluss eines Vertrages bietet den Klientinnen beispielsweise eine grundlegende Struktur für die psychotherapeutische Behandlung.

Ein weiteres Indiz für die Relevanz von *Strukturiertheit der Arbeit* ist, dass bei der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter eine strukturelle Verhaltenspsychotherapie empfohlen wird, welche von den Klientinnen auch „als wirksam eingeschätzt“ wurde (Heßlinger, Philipsen, Richter & Ebert, 2003, S.281).

Eine gewisse Struktur kann den Klientinnen folglich Orientierung, Halt und Unterstützung in der Bearbeitung ihrer Symptome leisten. Das Psychotherapeutinnenmerkmal *Strukturiertheit der Arbeit* wird in der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf die vorliegenden Konstrukte näher untersucht.

2.3.3 Soziokulturelle Psychotherapeutinnenmerkmale

2.3.3.1 Ähnlicher ethnischer Hintergrund

Murphy, Faulkner, & Behrens (2004) zufolge konnten bei einer ethnischen Passung zwischen Psychotherapeutin und Klientin eine bessere psychotherapeutische Beziehung und bessere

Psychotherapieergebnisse erzielt werden als in Fällen ohne Passung. Es handelte sich hierbei um eine Studie aus den USA, die schwarze und weitere ethnische Minderheiten-Psychotherapeutinnen und Klientinnen (*BME – Black and Minority Ethnic*) untersuchte. Die Psychotherapeutinnen konnten ihre Klientinnen insgesamt besser verstehen, bewerteten das Ausmaß der Veränderung bei der Klientin positiver, waren sich sicherer, dass die Veränderung länger anhalten würde und nahmen sogar an, dass Klientinnen zufriedener mit der Psychotherapie seien.

Des Weiteren zeigten frühere Studien aus den USA, dass einerseits bei einer ethnischen Passung zwischen afroamerikanischen Klientinnen und deren Psychotherapeutinnen, die Klientinnen häufiger und regelmäßiger zur Psychotherapie gingen, als bei keiner Passung (Sue, Fujino, Hu, Takeuchi, & Zane, 1991) und andererseits ihre Abbruchrate geringer war und sie mit besserem *„psychological functioning"* entlassen werden konnten (Yeh, Eastman, & Cheung, 1994). Auch Willutzki et al. (2013) konstituieren, dass sich Klientinnen eine Passung hinsichtlich ethnischer Zugehörigkeit wünschen würden, wobei die Forschungsgruppe trotzdem auf inkonsistente Ergebnisse hinweist. Des Weiteren scheint der Effekt des ähnlichen ethnischen Hintergrunds besonders für Klientinnen mit einer depressiven Symptomatik zu gelten (Castonguay & Beutler, 2006).

Mithilfe der Skala *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* wird auch die Ähnlichkeit der religiösen Einstellung der Psychotherapeutin erkundet. Unterschiedlichen Studien zufolge kann die Einbringung religiöser Interventionen eine effektive Ergänzung zur Psychotherapie sein, unter anderem weil Klientinnen auch religiöse Fragen besprechen wollen (Post & Wade, 2009). Die Sensibilisierung des Themas Religion (und Spiritualität) in der Psychotherapie durch neuere Ansätze, wie dem *multicultural counseling* (Green & Elliott, 2010; Hage, Hopson, Siefel, Payton & DeFanti, 2006), zeigen die Relevanz einer religiösen Passung zwischen Klientin und Psychotherapeutin auf. Religiöse Psychotherapeutinnen werden von stark religiösen Klientinnen bevorzugt, da die Klientinnen annehmen, sie würden so besser verstanden und auch akzeptiert werden (Cooper, 2008). Auch nach Beutler et al. (2004) werden „Einflüsse einer Passung von [Psychotherapeutin und Klientin]" (S. 382) als bedeutsamer angesehen, als einzelne Psychotherapeutinnenvariablen. Vor allem interferieren nach Beutler et al. (2004) unterschiedliche Wertesysteme die psychotherapeutische Beziehung. Dies spricht dafür, dass gemeinsame religiöse Ansichten das psychotherapeutische Beziehungsfundament unterstützen und damit zu besseren Behandlungsergebnissen führen.

Der Fokus dieses Merkmales liegt in der (ethnischen und religiösen) Passung zwischen Klientin und Psychotherapeutin, und erweitert damit das Untersuchungsfeld der Psychotherapeutinnenmerkmale. Ein *ähnlicher ethnischer Hintergrund* wird in dem Schema der Psychotherapeutinnenmerkmale nach Beutler et al. (2004) zu den *beobachtbaren Merkmalen* zugeordnet.

Obwohl die Studienergebnisse zur ethnischen Passung zwischen Klientin und Psychotherapeutin uneinheitlich sowie vorrangig nordamerikanischen Ursprungs sind und die Forschungen zu religiösen Einstellungen in Psychotherapie zwischen 1980-2000 durchgeführt wurden, wird das Psychotherapeutinnenmerkmal der *Ähnlichkeit des ethnischen Hintergrunds* in die vorliegende Arbeit einbezogen und dessen Relevanz geprüft.

2.4 Zusammenfassung des wissenschaftlichen Hintergrunds

Das Ziel dieser Arbeit ist es den Effekt der Psychotherapeutinnenmerkmale auf die Intrasession- und Intersession-Prozesse, sei er förderlich oder schädigend, zu untersuchen. Hierbei wird zum einen die Arbeit von Kawan (2015) weitergeführt und zum anderen wird auf die gängigsten Psychotherapeutinnenmerkmale eingegangen. Demzufolge ist es wichtig zu verstehen, welche Zusammenhänge zwischen diesen Konstrukten bereits nachgewiesen wurden, um das zugrundeliegende Ziel der Arbeit zu untermauern und plausibel darzulegen. Hierfür wird im Folgenden ein zusammenfassender Überblick über die wichtigsten Studienergebnisse gegeben, um die Notwendigkeit und Bedeutung der Arbeit herzuleiten.

Im Forschungszweig der Intrasession- und Intersession-Prozesse wird der Frage nachgegangen „wie Veränderung durch Psychotherapie [erfolgt]“ (Zeeck et al., 2003, S.237). Es ist bekannt, dass verinnerlichte Psychotherapieerfahrungen aktuelle Verhaltens- und Erlebensweisen der Klientinnen beeinflussen können. So liegen wissenschaftliche Nachweise vor, dass beispielsweise eine psychotherapeutische Beziehung, die auf Merkmalen, wie *Empathie*, Echtheit, *Wertschätzung* etc. aufbaut, zentral für die Wirkung von Psychotherapie ist (Fuchs, Sidiropoulou, Vennen, & Fisseni, 2003). Demnach gibt es Psychotherapeutinnenmerkmale, die beziehungsfördernd wirken. Dazu gehören beispielsweise nach Hubble et al. (1999) Wärme, *Empathie*, *Ermutigung* und *Akzeptanz*.

Außerdem wurde nachgewiesen, dass Psychotherapeutinnenmerkmale, wie Wärme, Aufmerksamkeit und Verständnis, ebenso eine wichtige Rolle in der Symptomverbesserung der Klientinnen spielen, wie auch das Vermitteln von Hoffnung auf Besserung und von Erfolgserlebnissen (Frank, 1997; Lambert & Bergin, 1994; Lorr, 1965). Wenn sich Psychotherapeutinnenmerkmale auf die psychotherapeutische Beziehung und auf das Psychotherapieergebnis positiv auswirken können, sollten sie auch Intrasession- und Intersession-Prozesse beeinflussen, da diese Prozesse in ihrer Ganzheit auf den Psychotherapieerfolg wirken (Emmelkamp & van Oppen, 2000).

Es liegen jedoch nicht nur Studien vor, die konstant einen positiven Zusammenhang zwischen einer positiven psychotherapeutischen Beziehung und dem Psychotherapieerfolg finden konnten (Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Barley, 2001; Martin et al., 2000), sondern auch einige welche die Zusammenhänge zwischen den Intrasession- und Intersession-Prozessen und der psychotherapeutischen Beziehung sowie dem Psychotherapieerfolg belegen. Dazu gehören der positive Zusammenhang zwischen dem Erleben von Intrasession-Prozessen mit einem erfolgreichen Psychotherapieergebnis (Orlinksy et al., 2004), sowie der positive Zusammenhang zwischen Intersession-Prozessen und der Qualität der psychotherapeutischen Beziehung (Jöchler, 2010). So wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Intensität der Intersession-Erfahrung und dem Psychotherapieerfolg gefunden, welcher mediiert wird durch die Qualität der psychotherapeutischen Beziehung (Schilcher, 2012). Intrasession- und Intersession-Prozesse können demnach als wichtige, erfolgsrelevante Variablen eingestuft werden. Welche Psychotherapeutinnenmerkmale günstige Intrasession- und Intersession-Prozesse hervorrufen wurde jedoch bislang kaum untersucht.

Um eine Antwort auf die Frage zu finden, warum eine bestimmte Veränderung aufgrund einer bestimmten Erfahrung eintritt, kann man den Prozess mithilfe einer Mediationsanalyse untersuchen (vgl. Kendall, Holmbeck, Verduin, 2013). „Ein Mediator ist eine Variable, die den [...] Mechanismus näher beschreibt, durch den ein bestimmtes Behandlungsergebnis zustande kommt“ (Kendall et al., 2013, S.80). In dieser Arbeit soll der Mediatoreffekt den Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis näher beleuchten, indem als Mediatoren die Variablen psychotherapeutische Beziehung, Intrasession- und Intersession-Prozesse herangezogen werden. Ähnliches wurde bereits von Kawan (2015) untersucht. Sie fand eine vollständige Mediation zwischen den einzelnen Psychotherapeutinnenmerkmalen *Offenheit*, *Empathie*, *respektvoller und warmherziger Umgang*, *Wertschätzung*, *Fachkompetenz*, *Verständnis* sowie *Vertrauen* über Intersession-Prozesse auf den Psychotherapieerfolg. Jedoch wurde nicht untersucht, wie Intrasession-Prozesse und die psychotherapeutische Beziehung als Mediator agieren.

2.5 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist demnach Psychotherapeutinnenmerkmale und deren Einfluss auf Intrasession- und Intersession-Prozesse näher zu untersuchen. Es liegt ein besonderes Augenmerk auf jenen Merkmalen, die positiv/förderlich oder negativ/schädigend mit der psychotherapeutischen Beziehung und dem Psychotherapieergebnis korrelieren, um dann deren Einfluss auf Intrasession- und Intersession-Prozesse zu untersuchen. Bislang wurde noch nicht geklärt, welche Merkmale von Psychotherapeutinnen dies besonders begünstigen.

2.5.1 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die spezifischen wissenschaftlichen Fragestellungen und deren zugehörige Hypothesen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Zunächst werden die Fragestellungen und Hypothesen hinsichtlich der einzelnen Psychotherapeutinnenmerkmale und dem subjektiven Psychotherapieergebnis angeführt, gefolgt von den Fragestellungen und Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und der psychotherapeutischen Beziehung, ferner zum Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Intrasession-Prozessen und abschließend zum Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Intersession-Prozessen. Die Analysen um die Intrasession- und Intersession-Prozesse werden um Mediationsanalysen erweitert, die den mediierenden Effekt von Psychotherapeutinnenmerkmalen auf den Zusammenhang der Intrasession-Prozesse bzw. Intersession-Prozesse und dem Ergebnis der Psychotherapie überprüfen.

2.5.1.1 Psychotherapieergebnis

Fragestellung 1 Können Zusammenhänge zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und dem subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis festgestellt werden?

H1 (1.1) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Empathie* und dem subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis.

H1 (1.13) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* und dem subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis.

Analog zu **H1 (1.1)** sind die Hypothesen **H1 (1.2)** bis **H1 (1.12)** auch für die positiven/förderlichen Psychotherapeutinnenmerkmale: *Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* formuliert.

Fragestellung 1a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) identifiziert werden, welche das subjektiv wahrgenommene Psychotherapieergebnis vorhersagen?

2.5.1.2 Psychotherapeutische Beziehung

Fragestellung 2 Können Zusammenhänge zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und der subjektiv wahrgenommenen psychotherapeutischen Beziehung festgestellt werden?

H1 (2.1) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Empathie* und der subjektiv wahrgenommenen psychotherapeutischen Beziehung.

H1 (2.13) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* und der subjektiv wahrgenommenen psychotherapeutischen Beziehung.

Analog zu **H1 (2.1)** sind die Hypothesen **H1 (2.2)** bis **H1 (2.12)** auch für die positiven/förderlichen Psychotherapeutinnenmerkmale: *Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* formuliert.

Fragestellung 2a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) identifiziert werden, welche die psychotherapeutische Beziehung vorhersagen?

Fragestellung 2b Mediiert die psychotherapeutische Beziehung den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

2.5.1.3 Intrasession-Prozesse

Fragestellung 3 Können Zusammenhänge zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und den Intrasession-Prozessen festgestellt werden?

Fragestellung 3a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) identifiziert werden, welche die Intrasession-Prozesse vorhersagen?

Fragestellung 3b Mediieren Intrasession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

2.5.1.4 Intersession-Prozesse

Fragestellung 4 Können Zusammenhänge zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und den Intersession-Prozessen festgestellt werden?

Fragestellung 4a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) identifiziert werde, welche die Intersession-Prozesse vorhersagen?

Fragestellung 4b Mediieren Intersession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

2.5.1.5 Intrasession- und Intersession-Prozesse

Fragestellung 5 Mediieren Intrasession- und Intersession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin*, *Offenheit, Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*, berufliche *Erfahrung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung, Strukturierung der Arbeit* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

3 Methode

Im Folgenden wird die methodische Aufarbeitung der Arbeit dargelegt, indem die Untersuchungsdurchführung, der Untersuchungsablauf, die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe sowie die verwendeten Messinstrumente beschrieben werden.

3.1 Design und Untersuchungsablauf

Zur Beantwortung oben genannter Fragestellungen wurde eine Befragungsstudie mit einem Querschnittsdesign durchgeführt, die im Zeitraum vom 8. Mai 2016 bis zum 8. August 2016 stattgefunden hat. Die notwendigen Daten wurden mittels der angeführten Messinstrumente erfasst (s. dazu Abschnitt 3.3). Es wurde ein Fragebogen mithilfe des Softwarepakets für Onlinebefragungen „SoSci Survey“ erstellt und in unterschiedlichen, deutschsprachigen Online-Foren und -Austausch-gruppen unter folgendem Link: https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/ veröffentlicht (s. dazu Anhang A). Es wurden für öffentliche, wie für nicht-öffentlich zugängliche Forengruppen Anschreiben formuliert, um auch Personen befragen zu können, denen online ein geschützter Rahmen zum Austausch zur Verfügung steht. Darunter fallen:

- www.schizophrenie-netz.info
- www.hoffnungsschimmer-forum.de
- www.borderline-forum.org
- www.borderline-forum.net
- www.chaos-linie.de
- www.sockenschein.de
- www.psychologie-heute.de/service/mitmachen
- www.diskussionsforum-depression.de
- www.psychic.de/forum
- www.restrealitaet.de/rr/index.html
- www.forum-depressionen.de

Im sozialen Online-Netzwerk „Facebook“ wurde der Link in verschiedenen Gruppen veröffentlicht, um weitere Psychotherapieklientinnen zur Teilnahme an der Befragung zu animieren. Im Folgenden werden die betreffenden Gruppen aufgelistet:

- „Masterstudium Psychologie Uni Wien“, „Masterstudium Psychologie Uni Innsbruck“, „Psychologie“, „Philosophie Uni Wien“, „Master Erziehungs- und Bildungswissenschaften Uni Wien“, „Technische Physik || TU WIEN“, „Geographie“, „Erstis Psychologie Uni Halle 2013/14“, „Erstis Psychologie Uni Halle 2012/13“, „Uni Bielefeld“, „TU WIEN ARCHITEKTUR“, „Lehramt an der Uni Hamburg“, „Psychologie Uni Hamburg WS 12/13“, „Psychologie Uni Wien“, „Psychologie Erstis Uni Freiburg WS14/15“, „BSc Psychologie FU Berlin WS 13/14“, „Technische Universität Wien-TU“, „Erstsemester Psychologie Uni Halle WS 2015/16“, „Technische Physik || WS15 || TU Wien“, „TU WIEN – ARCHITEKTUR“, „Buchhaltung und Bilanzierung :)“, „Fernuni Hagen Psychologie Lerngruppe München FUH BA Ma“, „PöbelPsychologen Uni Wien“, „Verfahrenstechnik TU Wien“, „Erstsemester Psychologie Uni

Halle WS 2014/15“, „2. Semester Bauingenieurwesen Tu Wien“,„FG Psychologie Basel“,„TU WIEN Architektur | ARCHITEKTT“, „Psychotherapeutisches Propädeutikum“, „Philosophie Uni Wien“, „Erstsemester Architektur 2015WS // TU WIEN“, „Psychologische Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Kongresse/Seminare/Workshop“, „Psychologie Uni Hamburg WS 15/16“, „Ausbildung klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie“, „BSc Psychologie FU Berlin WS 14/15“, „Psychologie Uni Hamburg WS 13/14“, „Strömungsmechanik SS2016 TU Wien“, „Biomedical Engineering @ TU Wien“, „Master Psychologie Uni Hamburg WS 13/14“, „Algorithmen und Datenstrukturen1 (ALGO 1) TU Wien“, „IBWL“, „Stochastik TU Wien“.

Der Modus der Befragung bot die Möglichkeit den Link zu verschicken, sodass nach dem Schneeballprinzip eine große Anfallsstichprobe erreicht werden kann. Der Online-Link war vom 8. Mai 2016 bis zum 8. August 2016 zugänglich. Damit konnten innerhalb relativ kurzer Zeit zahlreiche Personen, die sich gerade in Psychotherapie befinden oder die bereits eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, rekrutiert werden. Um eine heterogene Stichprobe zu erhalten, wurde zusätzlich ein Aushang mit Abreißzetteln erstellt, der an schwarzen Brettern von Universitätsfakultäten und -bibliotheken („Fakultät für Psychologie“, „Institut für Romanistik“, „Institut für Philosophie“, „Institut für Geographie und Regionalforschung“, „Institut für Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie“, „Institut für Slawistik“, „Institut für Kunstgeschichte“, „Universitätsbibliothek der TU Wien“) sowie in Krankenhäusern („Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien“, „Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde“) der Stadt Wien ausgehängt wurde. Über diesen konnten sich Interessierte den Link zur Studie abreisen.

3.2 Stichprobenkriterien

Die Stichprobe setzte sich aus online, persönlich und mithilfe von Aushängen (Aushang im Anhang A) rekrutierten weiblichen und männlichen Psychotherapieklientinnen zusammen. Die Voraussetzung für den Einschluss an der Online-Befragung war, sich gerade in psychotherapeutischer Behandlung mit bereits mindestens 20 absolvierten Psychotherapiesitzungen zu befinden oder sich in der Vergangenheit befunden zu haben. Wenn bereits mehrere Psychotherapien bei verschiedenen Psychotherapeutinnen absolviert wurden, dann wurden die Studienteilnehmerinnen gebeten, sich in der Beantwortung der Fragestellungen nur auf die zuletzt absolvierte Psychotherapie zu beziehen. Bei weniger als 20 absolvierten Psychotherapiesitzungen führte dies zu einem Ausschluss aus der Online-Befragung, womit die Studienteilnehmerinnen direkt zum Ende des Fragebogens geleitet wurden. Denn 20 absolvierte Psychotherapiesitzungen waren ein Voraussetzungskriterium für die Teilnahme an der Studie. Weitere Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie gab es nicht. Auch die theoretische Ausrichtung der Psychotherapieschule war hierbei nicht relevant.

Insgesamt wurde der Online-Fragebogen 6012-mal aufgerufen, 774 Personen haben den Fragebogen begonnen und 387 Personen haben ihn vollständig bearbeitet. Von 387 abgeschlossenen Fragebögen mussten 113 Personen ausgeschlossen werden, da sie dieses Einschlusskriterium (mindestens 20 Sitzungen absolviert zu haben) nicht erfüllten. Weitere 40 Personen mussten von den übrigen 274 Studienteilnehmerinnen ausgeschlossen werden, da sie eine Kontrollfrage („*In jeder*

Psychotherapie findet eine vollständige körperliche Untersuchung statt?"), die im Verlauf des Fragebogens gestellt wurde, inkorrekt beantworteten. Diese Studienteilnehmerinnen wurden sofort zum Ende des Fragebogens geleitet, um eine mögliche Antwortverfälschung zu vermeiden. Somit mussten von 387 komplett abgeschlossenen Fragebögen insgesamt 153 Personen ausgeschlossen werden, was eine finale Stichprobe von *N* = 234 ergibt. Die Erhebung und die Analyse erfolgten anonymisiert, sodass aus den Ergebnissen kein Rückschluss auf individuelle Studienteilnehmerinnen möglich ist.

3.2.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe (N = 234) wird in den Tabelle 2 bis Tabelle 6 näher beschrieben.

Geschlecht Es haben 202 weibliche Studienteilnehmerinnen (86.3%), 29 männliche Studienteilnehmer (12.4%) und drei Personen (1.3%), die sich einem androgynen oder neutralen Geschlecht zuordneten, an der Studie teilgenommen.

Alter Die Studienteilnehmerinnen waren zwischen 16 und 61 Jahren alt (*M* = 29.26; *SD* = 8.7; *Md* = 26.00) und wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, konnten die meisten Studienteilnehmerinnen der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen zugeordnet werden.

Tabelle 2

Altersgruppen in absoluten Häufigkeiten und Prozenten aller N = 234 Studienteilnehmerinnen

Altersgruppe	n	%
≤ 19 Jährige	8	3.4
20-29 Jährige	144	61.5
30-39 Jährige	50	21.4
40-49 Jährige	24	10.3
50-59 Jährige	7	3.0
≥ 60 Jährige	1	0.4
Gesamt	234	100.0

Staatsangehörigkeit Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen (*n* = 168) stammte aus Deutschland (71.8%) und insgesamt 52 der Studienteilnehmerinnen stammte aus Österreich (22.2%). Sieben Studienteilnehmerinnen kamen aus der Schweiz und weitere sieben Studienteilnehmerinnen kamen jeweils aus Chile, Frankreich, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Russland und Ungarn.

Bildungsabschluss Je drei Studienteilnehmerinnen gaben an, über keinen Bildungsabschluss oder über einen Hauptschulabschluss zu verfügen (jeweils 1.3%), 18 Studienteilnehmerinnen gaben die Mittlere Reife als ihren höchsten erreichten Bildungsabschluss an, 105 Studienteilnehmerinnen gaben die Matura bzw. das Abitur (44.9%) als ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an, 48 Studienteilnehmerinnen verfügten jeweils über einen Bachelor bzw. ein Vordiplom (20.5%) und 44 Studienteilnehmerinnen führten einen Master bzw. ein Diplom an (18.8%). Weitere drei der 234 Studienteilnehmerinnen führten einen Doktortitel bzw. einen PhD (1.3%)

an. Zwei der 234 Studienteilnehmerinnen gaben *andere*, die undefiniert blieben, als Bildungsabschlusskategorie (0.9%) an.

Religionsbekenntnis 159 Studienteilnehmerinnen gaben an nicht gläubig (67.9%) und 75 Studienteilnehmerinnen gaben an (32.1%) gläubig zu sein. Dennoch gaben 106 der insgesamt 234 Studienteilnehmerinnen an einer Glaubensgemeinschaft anzugehören. In Tabelle 4 sind die jeweiligen Religionsbekenntnisse aller Studienteilnehmerinnen in absteigender Reihenfolge aufgelistet.

Tabelle 3

Religionsbekenntnisse in absoluten Häufigkeiten und Prozenten aller N = 234 Studienteilnehmerinnen

Religion	*n*	%
Christlich – Evangelisch	50	21.4
Christlich – Römisch katholisch	46	19.7
Andere: keine offizielle Religion	32	13.7
Andere: Atheist	8	3.4
Christlich – Freikirchlich	5	2.1
Andere: Spirituell	4	1.7
Andere: Agnostiker	3	1.3
Islamisch	2	0.9
Buddhistisch	2	0.9
Andere: Asatru	2	0.9
Mosaisch	1	0.4
Fehlend	79	33.8
Gesamt	234	100.0

Anmerkung: „Andere: ...“ entsprechen von den Klientinnen selbst eingetragene Kategorien der Religionsbekenntnis.

Anzahl absolvierter Psychotherapien Circa die Hälfte der Studienteilnehmerinnen (*N* = 116) hat sich zum Zeitpunkt der Erhebung in psychotherapeutischer Behandlung befunden (49.6%). Die andere Hälfte befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht in Behandlung, hatte aber in der Vergangenheit bereits eine oder mehrere Psychotherapien in Anspruch genommen. In letzterem Fall beurteilten die Studienteilnehmerinnen ihre zuletzt absolvierte Psychotherapie. Die Anzahl der bereits absolvierten Psychotherapien betrug im Durchschnitt *M* = 2.01 (*SD* = 1.47; *Md* = 2.00; Min = 1; Max = 10) (Tabelle 2). Sämtliche nähere Angaben hierzu sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4

Anzahl und Prozentangabe bereits absolvierter Psychotherapien (N = 234)

Anzahl Psychotherapien	*n*	%
1	116	49.6
2	58	24.8
3	35	15.0
4	12	5.1
5	5	2.1
6	3	1.3
7	1	0.4
8	2	0.9
9	1	0.4
10	1	0.4
Gesamt	234	100.0

Diagnosen Zudem gaben 103 Studienteilnehmerinnen an, eine Diagnose erhalten zu haben (44%), 51 gaben zwei Diagnosen an (22%), weitere 37 gaben an drei Diagnosen erhalten zu haben (16%), 26 gaben an vier Diagnosen erhalten zu haben (11%), 13 führten fünf Diagnosen an (6%), weitere drei gaben sechs Diagnosen an (1%) und eine Studienteilnehmerin gab neun Diagnosen an. Die Anzahl der gestellten Diagnosen bei den Studienteilnehmerinnen betrug im Durchschnitt *M* = 2.19 (*SD* = 1.39; *Md* = 2.00; *Min* = 1; *Max* = 9). Den Studienteilnehmerinnen war es ermöglicht auch Mehrfachdiagnosen im Fragebogen anzugeben (s.o.). In der folgenden Tabelle 5 werden alle angegebenen Diagnosen genannt. Die häufigsten Diagnosen sind Affektive Störungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen.

Tabelle 5

Diagnosen in absteigender Häufigkeit und mit Angaben der Prozente

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

Psychotherapieschulen der behandelnden Psychotherapeutin Zudem wurde die psychotherapeutische Schule der behandelnden Psychotherapeutinnen erfragt. Die meisten Studienteilnehmerinnen geben an eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutin (41.9%) oder eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapeutin (34.6%) konsultiert zu haben (s. dazu Tabelle 6).

Tabelle 6

Anzahl und Prozentangabe der Psychotherapieschulen der behandelnden Psychotherapeutinnen (N = 234)

Orientierung	*n*	%
Tiefenpsychologische Orientierung (Psychoanalyse, Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, Individualpsychologie)	98	41.9
Verhaltenstherapeutische Orientierung (Verhaltenstherapie)	81	34.6
Humanistisch-existenzielle Orientierung (Gestalttheoretische Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie)	34	14.5
Systemische Orientierung (systemische Familientherapie, u.a.)	14	6.0
Andere (Traumatherapie, Körperorientierte Psychotherapie, Coaching)	7	3.0
Gesamt	234	100.0

3.3 Messinstrumente und gemessene Variablen

Um die Beziehung zwischen den Variablen überprüfen zu können, wurden mehrere Messinstrumente verwendet, welche die Psychotherapeutinnenmerkmale, die psychotherapeutische Beziehung, das Psychotherapieergebnis, sowie die Intrasession-Prozesse und Intersession-Prozesse operationalisieren. Diese befinden sich im Anhang B bis F und sind dort nachzulesen (s. dazu Anhang B bis Anhang F). Die Reihung der Fragebögen im Anhang entspricht der originalen Reihung in der Online-Befragung. Die einzelnen Fragebögen werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

3.3.1 Psychotherapeutinnenmerkmale

Die Psychotherapeutinnenmerkmale wurden anhand von 13 selbstkonstruierten Skalen, die drei Kategorien zuzuordnen sind, erhoben (s. dazu Anhang B). Die Skalen umfassen insgesamt 49 Items. Einige dieser Items gehen aus einer Seminararbeit, welche an der Universität Salzburg unter der Betreuung von Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Laireiter zu *„Psychotherapeutenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen“* verfasst wurde (Kawan, 2015), hervor. Diese wurden übernommen und/oder umformuliert, während andere Items neu konstruiert wurden, sodass eine erweiterte Version für diese Befragung entstand. Hierbei wurde einerseits auf Limitationen der wissenschaftlichen Seminararbeit eingegangen und andererseits wurden weitere Merkmale aktueller wissenschaftlicher Studien einbezogen. Dies betrifft vor allem Studien in denen Psychotherapeutinnenmerkmale eruiert wurden, die erfolgreiche von nicht erfolgreichen Psychotherapeutinnen differenzieren können (Baldwin & Imel, 2013; Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Najavits & Strupp, 1994; Willutzki et al., 2013) und die positiv-förderliche Effekte auf die psychotherapeutische Beziehung und auf die Psychotherapieergebnisse haben (Lorr, 1965; Norcross, 2010; Norcross & Wampold, 2011; Wampold, 2001). Für die vorliegende Arbeit wurden einschlägige Merkmale von Psychotherapeutinnen herausgearbeitet, die einen positiven/förderlichen Effekt auf die psychotherapeutische Beziehung und auf den Psychotherapieerfolg haben können und insgesamt 12 der 13 Skalen bilden (Willutzki et al., 2013). Ebenso wurden negative/schädigende Verhaltensweisen herausgearbeitet, die für die Erstellung einer negativen Skala beitrugen. Diese Skala bezieht sich auf Merkmale, die einen negativen/schädigenden Effekt auf die therapeutische Beziehung und auf den Psychotherapieerfolg haben können (Najavits & Strupp, 1994).

Die Inhalte der gebildeten 13 Skalen werden im Folgenden erläutert. Die Itemnummerierungen beziehen sich auf den im Anhang dargestellten Fragebogen (s. dazu Anhang B).

3.3.1.1 Interaktionale Psychotherapeutinnenmerkmale

3.3.1.1.1 Akzeptanz

Die vier Items dieser Skala beziehen sich auf geduldige, verständnisvolle, akzeptierende Verhaltensweisen der Psychotherapeutin. Drei der vier Items sind invers und damit negativ formuliert, um Antworttendenzen (z.B. Akquieszenz) vorzubeugen (Moosbrugger & Kelava, 2011) (PM03_22n, PM02_22n, PM02_10n) und eines ist positiv formuliert („*Meine Psychotherapeutin zeigt mir, dass sie mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten so akzeptiert, wie ich bin.*“ (PM02_17)). Ein Item wurde selbst generiert, zwei wurden aus der Seminararbeit nach Kawan (2015)

übernommen, und eines wurde in Anlehnung an den Gießen-Test II formuliert (Beckmann, Brähler & Richter, 2012).

3.3.1.1.2 Bestätigung der Klientin

Nach Najavits und Strupp (1994) gehört die Klientin zu bestätigen zu jenen Verhaltensweisen, welche „effektive" Psychotherapeutinnen vermehrt zeigen. Weitere Untersuchungsergebnisse sprechen von einem positiven Zusammenhang zwischen bestätigendem Verhalten der Psychotherapeutin und dem Psychotherapieergebnis (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Die Skala besteht aus zwei Items (PM03_09n, PM03_08), wobei eines davon invers formuliert ist. Beide Items beziehen sich auf bestätigendes Verhalten der Psychotherapeutin und wurden von der Verfasserin selbst generiert („*Meine Psychotherapeutin bestätigt mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten.*" [PM03_08]).

3.3.1.1.3 Empathie

Empathie unterstützt die psychotherapeutische Beziehung. Diese ist Voraussetzung für Veränderung und damit relevant für das Ergebnis der Psychotherapie (Strupp & Binder, 1984; Willutzki, 2014). Empathische, warme und verständnisvolle Verhaltensweisen führen zu Verbesserungen in der Problematik der Klientin (Hartel, 2008; Lambert & Bergin, 1994; Sandell et al., 2000). Die Empathiewahrnehmung der Klientinnen ist wichtig für das Psychotherapieergebnis, denn weniger empathisch wahrgenommene Psychotherapeutinnen erwiesen sich in verschiedenen Studien auch als weniger „effektiv" (Lafferty, Beutler & Crago, 1989). Die Skala besteht aus sieben Items, zwei davon sind invers formuliert. Zwei wurden aus dem *Bonner Fragebogen zu Therapie und Beratung* (BFTB; Fuchs et al., 2003) entnommen (PM03_10, PM03_11: „*In der Regel spürt meine Psychotherapeutin was in mir vorgeht.*" [PM03_11]), weitere zwei in Anlehnung an eine Arbeit zur *„Erfassung belastender Erfahrungen und negativer Effekte von Psychotherapie"* neu generiert (Gruber, 2015) (PM03_12n, PM02_13n), zwei Items wurden aus der Seminararbeit zu *Psychotherapeutinnenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen* direkt übernommen (PM02_15, PM02_21) und eines umformuliert (PM02_14n) (Kawan, 2015).

3.3.1.1.4 Ermutigung der Klientin

Mit dieser Skala wird die Ermunterungsfähigkeit, Perspektivenvermittlung, Erwartungshaltung einer Verbesserung und Positivität der Psychotherapeutin erfragt. Zwei der insgesamt vier Items wurden aus dem Fragebogen der Seminararbeit zu *Psychotherapeutinnenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen* (Kawan, 2015) unverändert übernommen (PM03_04; PM03_05), ein Item wurde von der Verfasserin selbst entworfen (PM03_13) und ein Item (PM03_07) wurde aus dem *Bonner Fragebogen zu Therapie und Beratung* (BFTB; Fuchs, Sidiropoulou, Vennen & Fisseni, 2003) entnommen („*Meine Psychotherapeutin ermuntert mich, neue Verhaltensweisen auszuprobieren.*" [PM03_07]).

3.3.1.1.5 Offenheit

In dieser Skala wird auf Studienergebnisse Bezug genommen, in denen Psychotherapeutinnen, die sich als offen einschätzten, ebenfalls langfristig bessere

Psychotherapieergebnisse erzielten (Heinonen et al., 2012; Willutzki, 2014). Die Skala erfragt die Ehrlichkeit und *Offenheit* der Psychotherapeutin und sie besteht aus insgesamt aus drei Items. Zwei dieser Items wurden von der Verfasserin selbst entwickelt (PM02_25n, PM03_03), eines davon wurde in Anlehnung an das *NEO Persönlichkeitsinventar* nach Costa und McCrae (NEO-PI-R) (Ostendorf & Angleitner, 2004) formuliert und umgepolt (PM03_02: „*Meine Psychotherapeutin ist aufgeschlossen und tolerant für Lebensgewohnheiten anderer.*“).

3.3.1.1.6 Vertrauen

Diese Skala bezieht sich auf die Annahme, dass positive Psychotherapieergebnisse durch das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre zwischen Klientin und Psychotherapeutin gefördert werden, da eine Vertrauensbasis Voraussetzung für eine stabile psychotherapeutische Beziehung ist (Schultze, 2007; Wampold, 2001). Wenn sich die Klientin sicher fühlt kann das *Vertrauen* in die psychotherapeutische Behandlung durch authentische und glaubhafte psychotherapeutische Arbeit verstärkt werden (Bozok & Bühler, 1988). Die drei Items, von denen eines invers formuliert ist, erfragen das *Vertrauen* zur Psychotherapeutin und die Wahrnehmung des Vorliegens einer vertrauensvollen Atmosphäre. Eines (PM03_20) wurde aus der Seminararbeit zu *Psychotherapeutinnenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen* übernommen (Kawan, 2015) und die zwei anderen von der Verfasserin selbst generiert (PM03_01, PM03_19n, PM03_01: „*Ich empfinde das Verhalten und das Gesagte meiner Psychotherapeutin als authentisch.*“).

3.3.1.1.7 Wertschätzung

Eine hohe wertschätzende Haltung gegenüber der Klientin (Schulte, 1996) fördert die psychotherapeutische Beziehung (Bordin, 1979; Garfield, 1982). Eine freundliche Umgangs- und Arbeitsweise wurde auch drei Jahre nach Abschluss einer Langzeittherapie mit reduzierten Symptomen bei den Klientinnen korreliert (Heinonen et al., 2012). Die vier Items dieser Skala beziehen sich auf wertschätzende, positive und respektvolle Verhaltensweisen der Psychotherapeutin. Ein Item ist invers formuliert. Eines der Items wurde aus der Seminararbeit von Kawan (2015) direkt übernommen (PM02_19), zwei umformuliert (PM02_12, PM02_20n) und eines von der Verfasserin selbst generiert (PM02_18: „*Meine Psychotherapeutin erweist mir bedingungslose positive Achtung.*“).

3.3.1.1.8 Negatives Verhalten

Die Skala bezieht sich auf *Negatives Verhalten*, was Vorwürfe machen, feindseliges, ärgerliches und offen aggressives Verhalten und Auseinandersetzungsfreude der Psychotherapeutin gegenüber der Klientin betrifft. Insgesamt besteht die Skala aus drei Items; eines wurde selbst generiert (PM03_21: „*Meine Psychotherapeutin macht mir Vorwürfe.*“), die zwei anderen in Anlehnung an die Skala „*Erfassung belastender Erfahrungen und negativer Effekte von Psychotherapie*“ generiert (PM03_23, PM03_24) (Gruber, 2015).

3.3.1.2 Professionelle Psychotherapeutinnenmerkmale

3.3.1.2.1 Berufliche Erfahrung

Die Skala nimmt Bezug auf die „[von der Klientin wahrgenommene] fachliche Eignung der [Psychotherapeutin]“ (Vollmann, 2009, S. 150). Die zwei Items greifen die wahrgenommene *Erfahrung*

und die Demonstration von Fachwissen in der Behandlung ihrer Psychotherapeutin auf. Beide Items wurden aus der Dissertation über *Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Therapiebedingungen* (Vollmann, 2009) entnommen und umformuliert (PM02_01, PM02_02: „*Meine Psychotherapeutin zeigt ein umfangreiches Wissen bezüglich meiner psychischen Störung.*“).

3.3.1.2.2 Klarheit

Klarheit in der Sprache wird als Fähigkeit der interpersonalen Kompetenz bezeichnet und ist wichtig für ein positives Psychotherapieergebnis (Willutzki, 2014). Die drei Items dieser Skala nehmen Bezug auf die klare und eindeutige Ausdrucksweise und Überzeugungskraft der Psychotherapeutin. Zwei Items sind invers formuliert. Ein Item wurde in Anlehnung an die Seminararbeit zu *Psychotherapeutinnenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen* (Kawan, 2015) (PM02_24: „*Meine Psychotherapeutin drückt ihre Gedanken und Äußerungen klar aus.*“) formuliert und die zwei anderen Items wurden von der Verfasserin selbst konstruiert (PM02_23n, PM02_03n).

3.3.1.2.3 Klientinnenbeteiligung

Diese Skala ermittelt den Umfang, welchen die Klientin nutzt, um den Verlauf der Psychotherapie aktiv mitzugestalten und um Themen einzubringen. Die Skala besteht aus zwei Items, von denen eines von der Verfasserin selbst entworfen wurde (PM03_18: „*Ich kann den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten.*“) und das Andere in Anlehnung an eine Diplomarbeit zu *Wirkfaktoren in der E-Mail-Beratung* (Hartel, 2008) eruiert und für diese Arbeit umformuliert wurde (PM03_17).

3.3.1.2.4 Strukturierung der Arbeit

Das gemeinsame Formulieren von Regeln und Bedingungen, das Erreichen von Zielen und das gemeinsame Fokussieren auf die Arbeit der Psychotherapie ist Inhalt dieser Skala und wird mithilfe von 2 Items erfragt (Sprenkle & Blow, 2004). Beide Items wurden von der Verfasserin selbst generiert (PM03_16), wobei eines davon invers formuliert ist (PM03_15n: „*Die Ziele meiner Psychotherapie sind unklar oder fehlen.*“).

3.3.1.3 Soziokulturelle Psychotherapeutinnenmerkmale

3.3.1.3.1 Ähnlicher ethnischer Hintergrund

Unter der Annahme, dass sich Klientinnen ihre Psychotherapeutin nach deren Ähnlichkeit hinsichtlich ethnischer Herkunft und religiöser Einstellungen aussuchen, wird in dieser Skala ermittelt, ob die Psychotherapeutin einen ähnlichen ethnischen und religiösen Hintergrund wie die Klientin hat. Eines der zwei Items wurde aus der Seminararbeit zu *Psychotherapeutinnenmerkmalen und Inter-Session-Prozessen* (Kawan, 2015) übernommen (PM02_06), das andere Item wurde von der Verfasserin selbst formuliert (PM2_04: „*Meine Psychotherapeutin hat eine ähnliche ethnische Zugehörigkeit wie ich.*“).

3.3.2 Working Alliance Inventory - Short Revised (WAI-SR)

Die psychotherapeutische Beziehung zwischen Klientin und Psychotherapeutin wurde mit dem Verfahren „Working Alliance Inventory - Short Revised (WAI-SR)“ in der deutschen Version erhoben

(Hatcher & Gillapsy, 2006; Wilmers, Munder, Leonhart, Herzog, Plassmann, Barth & Linster, 2008) (s. dazu Anhang C). Die Kurzfassung des Verfahrens besteht aus 3 Skalen mit 12 Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (nie) bis 7 (immer) beantwortet werden. Die drei Skalen erfassen die Übereinstimmung zwischen Psychotherapeutin und Klientin hinsichtlich *Emotionaler Bindung* (*Bond*), der *Therapieziele* (*Goals*) und der *Therapeutischen Aufgaben* (*Tasks*) und entsprechen Bordins' schulenübergreifender Theorie zur therapeutischen Allianz (Bordin, 1979). Diese Faktoren, den *allgemeinen Wirkfaktoren* (*common factors*) zugehörig, gelten über alle psychotherapeutischen Schulen hinweg als wichtige, zentrale Elemente einer starken psychotherapeutischen Beziehung (Bordin, 1979). In der folgenden Tabelle (s. dazu Tabelle 7) werden Beispielitems je Subskala genannt.

Tabelle 7
Beispielitem und Itemanzahl je Skala für WAI-SR (N=234)

Skala	Beispielitem	Itemanzahl
Therapieziele – *Goals*	Meine Psychotherapeutin und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen. (*WA01_04*)	4
Therapeutische Aufgaben - *Tasks*	Durch die Psychotherapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann. (*WA01_01*)	4
Emotionale Bindung - *Bond*	Ich glaube meine Psychotherapeutin mag mich. (*WA01_03*)	4

Für das WAI-SR konnten gute interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha stationär (ambulant)) von α > .83 (.82) für die Subskala *Bond*, α > .86 (.85) für Subskala *Tasks* und α > .91 (.81) für Subskala *Goals* sowie α > .93 (.90) für die Gesamtskala nachgewiesen werden (Wilmers et al., 2008). Außerdem konnte mehrfach die konvergente Validität bestätigt werden (Hatcher & Gyllaspy, 2006; Stiles, Adnew-Davies, Barkham, Culverwell, Goldfried, Halstead, Hardy, Raue, Rees & Shapiro, 2002; Wilmers et al., 2008). Zudem ist das WAI-SR im internationalen Vergleich das am häufigsten genutzte Instrument zur Erfassung der Beziehung zwischen Psychotherapeutinnen und Klientinnen (Wilmers et al., 2008). Es stellt somit ein geeignetes, ökonomisches Verfahren dar, um die psychotherapeutische Beziehung aus der Sicht der Klientin in dieser Arbeit zu ermitteln.

3.3.3 Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB 2000)

Die subjektiv wahrgenommene Veränderung durch die Psychotherapie wird mithilfe des Bochumer Veränderungsfragebogens 2000 erfragt (Veith & Willutzki, 2014) (s. dazu Anhang D). Das Verfahren ist eine Weiterentwicklung des *Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens*

(VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) und wurde mit seiner Überarbeitung und Kürzung zum „Bochumer Veränderungsfragebogen-2000“ umbenannt (Willutzki, Ülsmann, Schulte & Veith, 2013, S. 258). Mit diesem Verfahren wird die, seit unmittelbar vor Psychotherapiebeginn, wahrgenommene Veränderung einzelner Symptome mithilfe von 26 Items retrospektiv eingeschätzt (Willutzki et al., 2013). Die siebenstufige Likert-Skala besitzt die Form eines Polaritätenprofils; die Polarisierung erfolgt zwischen einer Verbesserung und einer Verschlechterung. Dabei entspricht ein hoher Skalenwert bei jeweils 14 Items einer Verschlechterung (stärkste Verbesserung „1“) und bei den übrigen 12 Items einer Verbesserung (stärkste Verbesserung „7“) (Willutzki et al., 2013). Für die Auswertung sind die negativ gepolten Items umzupolen. Je höher der Skalenmittelwert, desto besser schätzt die Klientin die Veränderung ihrer Symptomatik ein. Die interne Konsistenz für das gesamte Verfahren liegt bei α = .96. Es kann auch von einer dreidimensionalen Struktur ausgegangen werden *(Explizit positive Veränderung*, *Reduktion von Belastungen* und *Interaktionsveränderung*). Für die drei Subskalen liegt das Cronbach’s Alpha zwischen α = .87 und α = .95 (Veith & Willutzki, 2014; Willutzki et al., 2013). Die erste Dimension *Explizit positive Veränderung* nimmt Bezug auf die Verbesserung von u.a. Gelassenheit, Entspannung und Ausgeglichenheit. Die Dimension *Reduktion von Belastungen* bezieht sich auf z.B. verminderte Perspektivlosigkeit, Ausweglosigkeit und erhöhte Selbstakzeptanz. Und die dritte Dimension *Interaktionsveränderung* ermittelt Verbesserungen der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit. Beispielitems und die Anzahl der Items pro Subskala sind in Tabelle 8 angegeben. Weiterhin konnten hinsichtlich der Konstruktvalidität hochsignifikante Korrelationen von r = .40 bis r = .72 (p < .01) zu anderen Psychotherapieerfolgsmessverfahren nachgewiesen werden (Willutzki et al., 2013).

Tabelle 8

Beispielitem und Itemanzahl je Skala für BVB 2000 (N=234)

Skala	Beispielitem	Itemanzahl
Explizit positive Veränderung	... bin ich mit mir unzufriedener. ⇔ ... zufriedener. (*BV01_04*)	10
Reduktion von Belastungen	... gebe ich schneller auf. ⇔ ... weniger schnell auf. (*BV01_08*)	9
Interaktionsveränderung	...kann ich jetzt weniger frei sprechen. ⇔ ...kann ich jetzt freier sprechen. (*BV01_16*)	7

3.3.4 Intrasession-Fragebogen

Unmittelbare, kurzfristige psychotherapeutische Veränderungen innerhalb einer Psychotherapiesitzung werden mithilfe des Intrasession-Fragebogens ermittelt (Kaiser, 2014, 2015) (s. dazu Anhang E). Seine ursprüngliche Version erfasste mit drei Subskalen (*Problembezogene Prozesse*, *Beziehungserfahrungen* und *Emotionale Prozesse)* elf unterschiedliche Intrasession

Prozesse (Kaiser, 2014). In der neuen Version wurden die drei Subskalen um die Skala „*negative und unerwünschte Therapieereignisse“* erweitert (Zettler, 2016). Im Folgenden werden die 16 unterschiedlichen Intra-Session-Prozesse entlang der vier Subskalen aufgegriffen, ein Beispielitem und die Itemanzahl je Subskala genannt (s. dazu Tabelle 9; vgl. dazu ausführlicher Zettler, 2016).

Tabelle 9

Itemanzahl und Beispielitem je Subskala des Intrasession-Fragebogens i.d. Version von Kaiser (2014)

Skala und Subskala	Beispielitem	Itemanzahl
Problembezogene Prozesse		15
Klärung	…habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe. (IA01_01)	3
Erlebte Selbstwirksamkeit	…traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen. (IA01_04)	3
Problemaktualisierung	…erkenne ich, woran ich arbeiten muss. (IA01_07)	4
Einsicht	…wird mir klar, weshalb ich auf bestimmte Menschen so und nicht anders reagiere. (IA01_11)	5
Beziehungserfahrungen		20
Loyalität und Sympathie	…fühle ich mich in der Beziehung zu meiner Therapeutin wohl. (IA02_01)	5
Selbstwertstützung	…erlebe ich mich als wertvolle Person. (IA02_07)	6
Unterstützung	…finde ich, dass die Therapeutin meine Probleme richtig einschätzt. (IA02_12)	5
Konflikte und Übertragung	…bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meiner Therapeutin und anderen mir vertrauten Personen. (IA02_19)	4
Emotionale Prozesse		14
Emotionale Erleichterung/ Katharsis	…kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken. (IA03_01)	5
Emotionales Erleben	…stehen meine Gefühle im Vordergrund. (IA03_06)	4
Containment	…kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist. (IA03_11)	5

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 9

Negative und unerwünschte Therapieereignisse		25
Missverständnis	… schätzt mich meine Therapeutin falsch ein. (IA04_04)	4
Scham	… fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt. (IA04_05)	4
Verwirrung	… hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt. (IA04_11)	4
Zurückweisung/Missachtung	… fühle ich mich zurückgewiesen und missachtet. (IA04_15)	4
Verletzung/Missbrauch	… fühle ich mich emotional ausgenutzt. (IA04_20)	5

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

Wie oben ersichtlich umfasst jede Subskala zwischen drei bis sechs Items; insgesamt besteht das Verfahren somit aus 70 Items. Das durchschnittliche Durchleben von verschiedenen Intrasession-Erlebnissen und -Erfahrungen wird auf einer siebenstufigen Likert-Skala (mit Werten von „1" = nie bis „7" = immer) erfasst. Alle Subskalen weisen interne Konsistenzen (Cronbach's α) zwischen α = .73 und α = .93 auf, außer der Subskala *Verwirrung*, deren interne Konsistenz bei α = .60 liegt. Nach Zettler (2016) konnte eine konvergente Validität mit dem Verfahren *WAI-SR* nachgewiesen werden. Der gesamte Fragebogen ist in Anhang E zu finden.

3.3.5 Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF)

Die Intersession-Prozesse werden mit dem Allgemeinen Inter-Session-Fragebogen (AISF; Jöchler, 2010) erhoben (s. dazu Anhang F). Dieser wurde im Rahmen einer Masterarbeitsstudie an der Universität Salzburg in Anlehnung an den Inter-Session-Fragebogen (ISF) von Hartmann et al. (2003) entwickelt. Er nimmt Bezug auf den gesamten Psychotherapieverlauf und ermittelt retrospektiv die durchschnittliche Auseinandersetzung mit den Ereignissen zwischen den Psychotherapiesitzungen (Jöchler, 2010). Der Fragebogen besteht aus sieben Dimensionen mit jeweils drei bis 13 Items. Alle Items werden mit einer fünfstufigen Likert-Skala, deren Ausprägungen sich in den einzelnen Skalen leicht voneinander unterscheiden, eingeschätzt. Das AISF hat sich in mehreren Studien als valide und reliabel zur allgemeinen retrospektiven Erfassung von Intersession-Prozessen erwiesen (Laireiter et al., 2014). In der folgenden Tabelle werden die sieben Skalen aufgelistet und pro Skala ein Beispielitem und die jeweilige Itemanzahl genannt (s. dazu Tabelle 10).

Tabelle 10

Beschreibung, Angabe von Itemanzahl und Beispielitem je Subskala des Intersession-Fragebogens (2014)

Skala und Subskala	Beispielitem	Itemanzahl
Intensität der Inter-Session-Erfahrung Hier wird die durchschnittliche Häufigkeit der Beschäftigung mit den Psychotherapieinhalten zwischen zwei Psychotherapiesitzungen und auch vor bzw. nach einer Psychotherapiesitzung erhoben.	... an einen vergangenen Dialog der Psychotherapie gedacht? (*IE01_01*)	9
Art der Beschäftigung mit der Therapie Es wird die Häufigkeit der Art der Beschäftigung, z.B. Gespräche über Therapie führen, Tagebuch schreiben, auf Tonband sprechen, etc. erfragt.	Ein Tagebuch über die Psychotherapie geführt. (*IE04_03*)	7
Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung In dieser Skala wird die Umsetzung von z.B. Hausaufgaben oder Übungen aus der Psychotherapie im Alltag erfragt, genauso, ob die Klientin z.B. selber Psychotherapeutin gespielte habe.	... eine Hausaufgabe bekommen? (*IE05_01*)	8
Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung Positive (z.B. Psychotherapeutin gelobt) und negative (z.B. sich über Psychotherapeutin geärgert) emotionale Auseinandersetzungen mit der Psychotherapie und mit der Psychotherapeutin zwischen den Psychotherapiesitzungen werden hier näher beleuchtet.	... die Psychotherapeutin als großartig empfunden? (*IE06_11*)	9
Therapiebewertungen und Therapieerfahrungen Hier wird das Ausmaß der positiven und negativen Psychotherapiebewertung erhoben.	... die Psychotherapie als nutzlos empfunden? (*IE06_19*)	8
Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie Das durchschnittliche Vorhandensein von bestimmten positiven und negativen Gefühlen und Stimmungen nach einer Psychotherapiesitzung wird erhoben.	Traurigkeit (*IE07_01*)	11
Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie Hier wird das Vorhandensein und die Intensität von 13 positiven, negativen und ambivalenten Emotionen über die Psychotherapie erfragt.	Neugierig (*IE08_08*)	12

3.4 Statistische Verfahren

Im Folgenden werden jene statistischen Verfahren beschrieben, die bei der Auswertung der Daten der vorliegenden Arbeit verwendet wurden.

Die gesamte Analyse der erhobenen Daten erfolgte mittels der Statistiksoftware IBM SPSS® 23. Das Signifikanzniveau wurde vorab, entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit, mit $\alpha = 0.5$ festgelegt. Im Rahmen der inferenzstatistischen Datenanalyse wird demnach ein Ergebnis mit $p \leq .05$ als signifikant bezeichnet.

Die Darstellung der soziodemographischen Daten der Klientinnen erfolgte anhand von Häufigkeits- bzw. Prozentangaben. Des Weiteren werden bei intervallskalierten Messwerten die dazugehörigen *Mittelwerte* und *Standardabweichungen* angegeben.

Korrelationen Die *Zusammenhangsanalyse* ermöglicht die Berechnung der Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen mittels Korrelationskoeffizient (Brosius, 1998). Das Intervallskalaniveau der Daten erlaubt die Überprüfung des vorliegenden Zusammenhangs zwischen unabhängiger und abhängiger Variable mittels Produkt-Moment- bzw. Pearson-Korrelation. Die Signifikanzwerte der Ergebnisse werden angegeben und mit dazugehörigem $p < .001$, $p < .01$ oder $p < .05$ gekennzeichnet. Zur Bewertung aller angegeben Korrelationen werden die Wertebereiche nach Cohen (1988) herangezogen.

Regressionen Die *lineare Regression* ist eine Analyse von Prädiktoren die ein bestimmtes Kriterium (abhängige Variable) erklären, um dieses möglichst genau vorherzusagen (Bortz & Döring, 2006). Dabei wird eine lineare Gleichung modelliert, die den Zusammenhang zwischen Prädiktorvariablen und Kriterium optimal beschreibt. Mit den Werten der Prädiktorvariablen aus der Gleichung kann ein Wert für die Kriteriumsvariable prognostiziert werden (Weiß, 2013). Zur Modellbildung wurde die *stepwise backward elimination-Methode* gewählt, um mögliche Suppressor-Effekte zu verhindern und um den explorativen Charakter der Arbeit widerzuspiegeln (Field, 2009). Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung von Regressionsanalysen, wie der Normalverteilung der standardisierten Residuen, Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren und Autokorrelation der Residuen, werden durchgeführt.

Mediationen Die *simple Mediationsanalyse* baut auf dem linearen Regressionsmodell auf, indem es den Mediator als dritte Variable integriert (Bortz & Döring, 2006) (s. dazu *Abbildung 2*). Demzufolge wird der Einfluss des Prädiktors auf den Mediator (a-Pfad) und der Einfluss des Mediators auf das Kriterium bzw. die Zielvariable (b-Pfad) ermittelt, weil der Mediator im kausalen Pfad zwischen der unabhängigen Variable und der abhängigen Variable liegt (Baron & Kenny, 1986; Sobel, 1990). Nach MacKinnon (2015) liegt eine Mediation vor, wenn der a-Pfad und der b-Pfad signifikant sind und eine Multiplikation derer ebenfalls signifikant ist. Die Sichtweise, dass Signifikanz im a-Pfad, b-Pfad sowie im c-Pfad vorliegen muss, um signifikante Mediationen erhalten zu können, wird als überholt betrachtet (vgl. Meule, 2017). Lediglich die Signifikanz eines indirekten Effekts (c'-Pfad) bestimmt das Vorliegen einer Mediation.

Zur Berechnung der Mediationen wurde das PROCESS-Macro für SPSS herangezogen (Hayes, 2012). Die Signifikanz des indirekten Effekts wird mithilfe des Sobel-z-Test (Sobel, 1982), auch Mediatoreffekt genannt, welcher von Baron und Kenny (1986) empfohlen wird, sowie mithilfe den

Bootstrap-Konfidenzintervallen getestet. Beide Verfahren sind im PROCESS-Tool nach SPSS verfügbar. Preacher und Hayes (2004) sowie Field (2013) empfehlen vor allem die Berechnung von Konfidenzintervallen zur Ermittlung des Grads des Effekts der statistischen Signifikanz, da sie nicht, wie der Sobel-z-Test, auf Normalverteilungsannahmen basieren und eine hohe Power haben (Fritz & MacKinnon, 2007). Nach MacKinnon (2015) und Field (2013) sei der Sobel-Test eher konservativ und nur bei größeren Stichproben angemessen. Beide Verfahren werden zur Überprüfung der Signifikanz der simplen Mediation herangezogen.

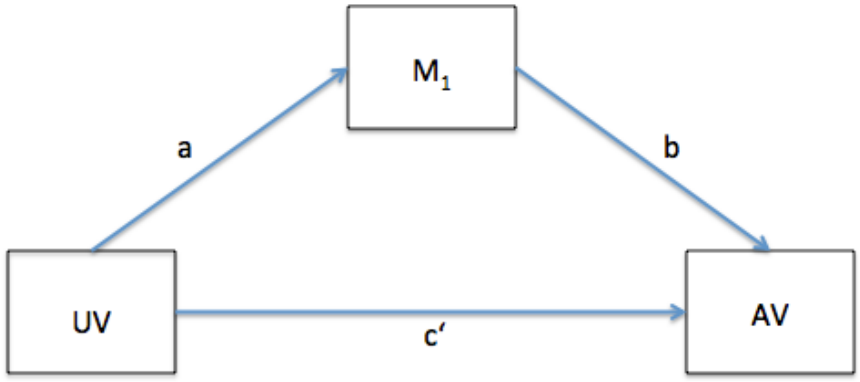

Abbildung 2. Konzeptuelles Modell der simplen Mediationsanalyse.
Anmerkung. a = a-Pfad, b = b-Pfad, c' = c'-Pfad (indirekter Effekt).

Die statistische Methode für eine *multiple Mediationsanalyse* ist nach MacKinnon (2000) geradewegs eine Erweiterung der simplen Mediationsanalyse um einen weiteren Mediator. „The goal [...] is to investigate the [...] indirect effects of X on Y while modeling a process in which X causes M_1, which in turn causes M_2 [...] concluding with Y as the final consequent" (Hayes, 2013, S.144). Das PROCESS-Tool nach Hayes bietet im Rahmen des Model-6-Templates eine Überprüfung einer seriellen Mediation. Hier werden die Mediatoren seriell hintereinander, unter der Annahme einer Kausalität, gestellt und überprüft (Meule, 2017). Die serielle Mediation wird trotz Querschnittsdesign angewendet, weil eine logische Reihenfolge zwischen X (Psychotherapeutinnenmerkmal), M_1 (Intrasession-Prozesse), M_2 (Intersession-Prozesse) und Y (Psychotherapieergebnis) vorliegt und weil sich die Ergebnisse sinnvoll interpretieren lassen.

Signifikante Zusammenhänge zwischen X und Y sind nicht Voraussetzung für eine mögliche Mediation über M_j (Hayes, 2013; Meule, 2017; Zhao, Lnych, & Chen, 2010). „The only requirement for mediation is that the indirect effect *a* x *b* be significant" (Zhao et al., 2010, S. 205). Demnach werden für alle Mediationsanalysen alle Psychotherapeutinnenmerkmale als unabhängige Variable (X) herangezogen, obgleich sie nicht signifikant mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen korrelierten. Weiterhin bedeutet dies, dass das Konzept partieller und vollständiger Mediationen nach Baron und Kenny (1986) umstritten und hinfällig ist, weswegen es für die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse nicht herangezogen wird.

Zhao et al. (2010) gehen hingegen von zwei Dimensionen aus, nämlich dem direkten Effekt und dem indirekten Effekt. Die Auswertung der Mediationsanalysen in dieser Arbeit unterliegt diesen Annahmen.

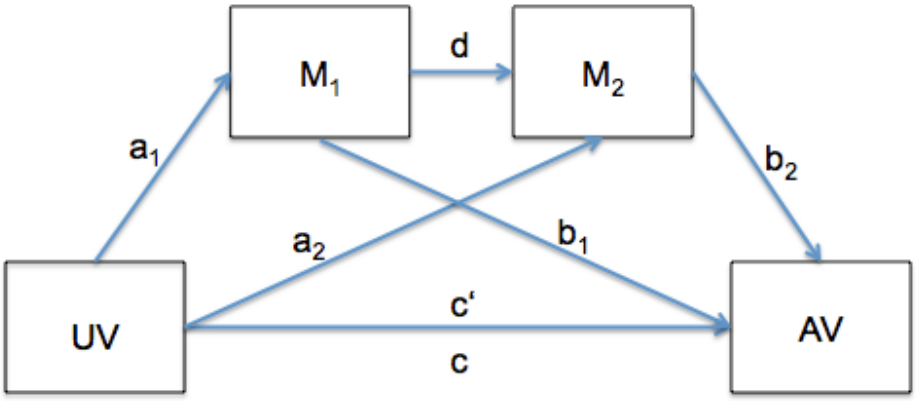

Abbildung 3. Konzeptuelles Modell der seriellen Mediationsanalyse.

Anmerkung. a_1 = a_1-Pfad, b_1 = b_1-Pfad, a_2 = a_2-Pfad, b_2 = b_2-Pfad, d = d-Pfad, c' = c'-Pfad (indirekter Effekt).

4 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten wird die Beantwortung der Fragestellungen angeführt, indem zunächst die Reliabilitäten aller verwendeten Fragebögen und abschließend die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen dargestellt werden.

4.1 Deskriptive Befunde und Skalenanalysen

Bevor auf die Beziehungen zwischen den einzelnen Konstrukten, die Analyse der Instrumente und die Fragestellungen eingegangen wird, wird auf die Konstruktion des Fragebogens zu Psychotherapeutinnenmerkmalen eingegangen. Es werden die Interkorrelationen der Psychotherapeutinnenmerkmale sowie deren interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) berichtet. Diese werden überprüft, da eine hohe Multikollinearität zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen zu verfälschten Regressionsmodellen führen kann.

Alle Fragebögen wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Diese wurde vorrangig im Fragebogen zu Psychotherapeutinnenmerkmalen durchgeführt, um mögliche redundante Items zu identifizieren und ggf. zu eliminieren, aber auch um die Zuverlässigkeit aller verwendeten Konstrukte zu bewerten.

4.1.1 Item- und Skalenanalysen der Psychotherapeutinnenmerkmale

Im Folgenden werden zur Darlegung der Datenverteilung des verwendeten Fragebogens zu Psychotherapeutinnenmerkmalen zunächst die deskriptiven Befunde sowie die Werte des Cronbach's Alpha und abschließend die Skaleninterkorrelationen und der Varianzinflationsfaktor präsentiert.

Item- und Skalenanalysen. Nach Bühner (2006) wird bei mehrstufigen Antwortskalen der Mittelwert aller Personen auf einem Item als Maß für die Itemschwierigkeit genutzt. Je höher der Mittelwert auf dem jeweiligen Item ausfällt, umso höher die Zustimmung für dieses Item (Moosbrugger & Kelava, 2012).

Der Tabelle 11 ist das Antwortverhalten zu Psychotherapeutinnenmerkmalen anhand der Deskriptivstatistik (*M*, *SD*, *Md*) zu entnehmen. Die Skalierung der Items lag zwischen (1) und (5). Die deutlichste Zustimmung erfährt das Item: *„Meine Psychotherapeutin ist mir gegenüber freundlich.*" (*PM02_14*). Das Item ist der Skala *Empathie* zuzuordnen. Insgesamt konnte für die Skalen *Bestätigung der Klientin*, *Empathie*, *Ermutigung der Klientin* und *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* das unterschiedlichste Antwortverhalten beobachtet werden. Den Items der Skala *Negatives Verhalten* wurde wenig zugestimmt, da die Mittelwerte vergleichsweise deutlich unter der mittleren Antwortkategorie lagen (*M* = 1.17 bis 1.39).

Tabelle 11

Deskriptive Statistiken (M, SD, Md) der Items aller Skalen zu Psychotherapeutinnenmerkmalen (N=234)

Item	*M*	*SD*	*Md*
Akzeptanz	4.39	.73	4.50
Meine Psychotherapeutin zeigt mir, dass sie mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten so akzeptiert, wie ich bin. (*PM02_17*)	4.34	.94	5.00
Ich habe den Eindruck, meine Psychotherapeutin ist eher ungeduldig. (*PM02_10n*)	4.37	.96	5.00
Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber nicht verständnisvoll. (*PM02_22n*)	4.34	1.17	5.00
Meine Psychotherapeutin macht meine Gedankengänge und Gefühle zunichte. (*PM03_22n*)	4.51	.86	5.00
Bestätigung der Klientin	3.80	.86	4.00
Meine Psychotherapeutin bestätigt mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten. (*PM03_08*)	3.50	.96	3.00
Ich fühle mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten von meiner Psychotherapeutin nicht bestätigt. (*PM03_09n*)	4.11	1.09	4.00
Empathie	4.29	.70	4.50
Meine Psychotherapeutin ist fähig aufmerksam und verstehend zuzuhören. (*PM02_15*)	4.50	.87	5.00
Meine Psychotherapeutin zeigt Verständnis für meine Gefühle. (*PM02_21*)	4.43	.89	5.00
Bei meinen Äußerungen kann meine Psychotherapeutin meine Gefühle „zwischen den Zeilen“ erkennen und mir mitteilen. (*PM03_10*)	3.88	1.06	4.00
In der Regel spürt meine Psychotherapeutin was in mir vorgeht. (*PM03_11*)	3.60	1.05	4.00
Meine Psychotherapeutin ist wenig empathisch. (*PM03_12n*)	4.47	.97	5.00
Meine Psychotherapeutin ist mir gegenüber freundlich. (*PM02_14*)	4.62	.68	5.00
Meine Psychotherapeutin ist kalt und distanziert. (*PM02_13n*)	4.49	.85	5.00
Ermutigung der Klientin	3.96	.77	4.00
Meine Psychotherapeutin zeigt mir die positiven Aspekte meiner Situation auf. (*PM03_04*)	3.79	1.7	4.00
Meine Psychotherapeutin vermittelt mir Perspektiven für meine Probleme. (*PM03_05*)	4.00	.97	4.00
Meine Psychotherapeutin ermuntert mich, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. (*PM03_07*)	4.14	.99	4.00
Meine Psychotherapeutin ist von der Linderung meiner Symptome überzeugt. (*PM03_13*)	3.90	.99	4.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 11

Offenheit	4.19	.71	4.33
Meine Psychotherapeutin ist aufgeschlossen und tolerant für Lebensgewohnheiten anderer. (*PM03_02*)	4.28	.92	5.00
Meine Psychotherapeutin drückt mir gegenüber nicht ihre ehrliche Meinung aus. (*PM02_25n*)	4.16	1.07	4.00
Meine Psychotherapeutin ist mir gegenüber offen. (*PM03_03*)	4.14	.93	4.00
Vertrauen	4.35	.79	4.67
Ich empfinde das Verhalten und das Gesagte meiner Psychotherapeutin als authentisch. (*PM03_01*)	4.35	.89	5.00
Ich empfinde wenig Vertrauen zu meiner Psychotherapeutin. (*PM03_19n*)	4.37	.97	5.00
Meine Psychotherapeutin schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre. (*PM03_20*)	4.33	.94	5.00
Wertschätzung	4.47	.67	4.75
Meine Psychotherapeutin ist eine wertschätzende Person. (*PM02_12*)	4.44	.83	5.00
Meine Psychotherapeutin erweist mir bedingungslose positive Achtung. (*PM02_18*)	4.08	.98	4.00
Meine Psychotherapeutin bringt mir Respekt entgegen. (*PM02_19*)	4.53	.81	5.00
Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber respektlos. (*PM02_20n*)	4.81	.64	5.00
Negatives Verhalten	1.27	.61	1.00
Meine Psychotherapeutin macht mir Vorwürfe. (*PM03_21*)	1.39	.81	1.00
Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber ärgerlich/feindselig. (*PM03_23*)	1.25	.68	1.00
Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber offen aggressiv. (*PM03_24*)	1.17	.56	1.00
Berufliche Erfahrung	4.17	.89	4.50
Meine Psychotherapeutin zeigt sich fachlich erfahren. (*PM02_01*)	4.29	.90	5.00
Meine Psychotherapeutin zeigt ein umfangreiches Wissen bezüglich meiner psychischen Störung. (*PM02_02*)	4.05	1.04	4.00
Klarheit	4.29	.73	4.50
Meine Psychotherapeutin drückt sich immer recht unkonkret und unverständlich aus. (*PM02_23n*)	4.33	.96	5.00
Meine Psychotherapeutin ist wenig kompetent und überzeugend. (*PM02_03n*)	4.47	.99	5.00
Meine Psychotherapeutin drückt ihre Gedanken und Äußerungen klar aus. (*PM02_24*)	4.08	.90	4.00
Klientinnenbeteiligung	4.40	.74	4.50
Ich kann selber entscheiden, was in der Sitzung besprochen wird. (*PM03_17*)	4.35	.83	5.00
Ich kann den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten. (*PM03_18*)	4.45	.79	5.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 11

Strukturiertheit der Arbeit	3.62	1.03	4.00
Die Ziele meiner Psychotherapie sind unklar oder fehlen. (*PM03_15n*)	3.81	1.19	4.00
Zu Psychotherapiebeginn haben meine Psychotherapeutin und ich die Regeln und Bedingungen unserer gemeinsamen Arbeit abgesprochen. (*PM03_16*)	3.42	1.34	4.00
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	3.31	1.46	3.50
Meine Psychotherapeutin hat eine ähnliche ethnische Zugehörigkeit wie ich. (*PM02_04*)	4.00	1.22	4.00
Meine Psychotherapeutin hat die gleiche religiöse Einstellung wie ich. (*PM02_06*)	2.62	1.13	3.00

Anmerkung. Folgende Skalenausprägungen konnten ausgewählt werden: (1) trifft gar nicht zu, (2) trifft wenig zu, (3) trifft mittelmäßig zu, (4) trifft ziemlich zu, (5) trifft außerordentlich zu.

Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der 13 Skalen des Fragebogens zu den Psychotherapeutinnenmerkmalen liegen zwischen α =.488 und α = .881 (s. dazu Tabelle 12). Die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* weisen interne Konsistenzen von α < .60 auf und sind grau unterlegt. Sie werden in den Regressionsanalysen aufgrund ihrer mangelnden Reliabilität nicht mehr berücksichtigt.

Tabelle 12

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α für die 13 Skalen (N = 234)

Skala	Cronbach's α	Itemanzahl
Psychotherapeutinnenmerkmale		
Akzeptanz	.722	4
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.493	2
Bestätigung	.555	2
Empathie	.881	7
Erfahrung	.804	2
Ermutigung	.760	4
Klarheit	.646	3
Klientinnenbeteiligung	.814	2
Offenheit	.550	3
Strukturiertheit der Arbeit	.488	2
Vertrauen	.806	3
Wertschätzung	.833	4
Negatives Verhalten	.852	3

Anmerkung. Die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* sind aufgrund mangelnder Reliabilität (< .60) grau unterlegt.

Gemäß Field (2013) sind Werte für Korrelationskoeffizienten $r \geq .800$ als hohe Interkorrelationen zu interpretieren, die zu fehlerhaften Regressionsmodellen führen können. Um dies

zu vermeiden, werden im Folgenden die Koeffizienten der Skaleninterkorrelationen und nachfolgend der Varianzinflationsfaktor dargelegt (s. dazu Tabelle 13 und Tabelle 14).

Tabelle 13 ist zu entnehmen, dass das Merkmal *Empathie* hoch signifikant positiv mit den zwei Psychotherapeutinnenmerkmalen *Vertrauen* und *Wertschätzung* korreliert. Zwischen *Empathie* und *Vertrauen* und zwischen *Empathie* und *Wertschätzung* liegen demnach sehr hohe Interkorrelationen vor.

Tabelle 13

Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang zwischen den Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale (N = 234)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-	.066	.510**	.606**	.770**	.322**	.547**	.489**	.579**	.311**	.687**	.750**	-.703**
2		-	.253**	.145*	.160*	.097	-.011	.229*	.142	-.025	.151*	.157*	-.127
3			-	.400**	.629**	.540**	.473**	.434**	.558**	.390**	.644**	.619**	-.407**
4				-	.602**	.471**	.437**	.381**	.509**	.363**	.566**	.563**	-.523**
5					-	.555**	.588**	.553**	.671**	.364*	.800**	.818**	-.640**
6						-	.394**	.280**	.495**	.368**	.545**	.453**	-.282**
7							-	.295**	.476**	.413**	.588**	.519**	-.523**
8								-	.486**	.204**	.527**	.555**	-.432**
9									-	.299**	.656**	.641**	-.458**
10										-	.390**	.318**	-.249**
11											-	.787**	-.657**
12												-	-.694**
13													-

Anmerkung. 1 = *Akzeptanz*, 2 = *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, 3 = *berufliche Erfahrung*, 4 = *Bestätigung*, 5 = *Empathie*, 6 = *Ermutigung der Klientin*, 7 = *Klarheit*, 8 = *Klientinnenbeteiligung*, 9 = *Offenheit* 10 = *Strukturierung der Arbeit*, 11 = *Vertrauen*, 12 = *Wertschätzung*, 13 = *Negatives Verhalten*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig).

Die Berechnung der Kollinearitätskennwerte Toleranz und Varianzinflationsfaktor (VIF) gibt Aufschluss über das Vorliegen von Multikollinearität. Die Toleranz ist der Varianzanteil des Prädiktors, der unabhängig von den anderen Prädiktoren ist. Dieser ergibt sich aus der Differenz von Eins und der quadrierten multiplen Korrelationskoeffizienten ($Tol_j = 1 - R_j^2$) (Bortz & Schuster, 2010). Je kleiner die Toleranz, umso eher weist dies auf Multikollinearität in den Daten hin. Werte kleiner als 0.1 weisen auf redundante Prädiktorwerte hin, die hiermit detektiert werden sollen (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Der VIF stellt den Kehrwert der Toleranz dar. Tabelle 14 zeigt für die Indikatoren die ermittelten Toleranz- und VIF-Werte.

Tabelle 14

Varianzinflationsfaktor der Psychotherapeutinnenmerkmale

Psychotherapeutinnenmerkmal	Toleranz	VIF
Akzeptanz	.277	3.615
ähnlicher ethnischer Hintergrund	.851	1.175
Erfahrung	.440	2.271
Bestätigung	.504	1.986
Empathie	.200	4.998
Ermutigung	.511	1.957
Klarheit	.531	1.885
Klientinnenbeteiligung	.616	1.623
Offenheit	.459	2.179
Strukturierung der Arbeit	.729	1.371
Vertrauen	.252	3.970
Wertschätzung	.231	4.323
Negatives Verhalten	.393	2.547

Anmerkung. VIF = Varianzinflationsfaktor.

Die Psychotherapeutinnenmerkmale bzw. die Prädiktorvariablen interkorrelierten mäßig, jedoch nicht stark (Toleranz > .50 bzw. VIF < 5). Durchschnittlich liegt der VIF bei M = 2.608, womit nach Bowermann und O'Connell (1990) keine ausgeprägte Multikollinearität der Variablen vorliegt und das Regressionsmodell repräsentativ und interpretierbar ist (Field, 2009). Auch die berechneten Interkorrelationen zeigen, dass die Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale nicht sehr hoch interkorrelierten (r < .90). Basierend auf den Interkorrelationen und den Kollinearitätskennwerten (Toleranz und VIF) werden keine Skalen aus den weiteren Berechnungen bzw. Interpretationen entfernt. Hingegen werden auf Basis der Reliabilitätsanalysen die Skalen Ähnl*icher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* aus den Regressions- und Mediationsanalysen ausgeschlossen, da sie zu niedrige (α < .60) Reliabilitäten aufwiesen. Diese Skalen werden in den Korrelationsanalysen jedoch berücksichtigt, aber nicht interpretiert.

Zur Überprüfung der zugrundeliegenden Struktur im Fragebogen wurde eine explorative *Faktorenanalyse* durchgeführt.

Das Kriterium zur Eignung der Interkorrelationsmatrix zur Extraktion von Faktoren gemäß Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) deutete mit .938 auf eine akzeptable Eignung der Daten für eine Hauptkomponentenanalyse hin (Hatzinger & Nagel, 2009). Der Eigenwerteverlauf im Scree-Plot unter der Berücksichtigung der Diskontinuität (Ellenbogenkriterium) wies auf eine vierfaktorielle Lösung (Eigenwert ≥ 1.0) hin, wobei der erste Faktor einen hohen Eigenwert mit 10.07 erreichte (s. dazu Tabelle 15). Insgesamt konnten mit der vierfaktoriellen Struktur 53.6% der Varianz erklärt werden. Die vorliegenden 13 Skalen wurden demnach nicht vollständig repliziert, da aufgrund der Stichprobe den

Skalen keine empirisch adäquate Struktur zugrunde lag. Die Analysen zu den Fragestellungen wurden somit mit den 13 a priori Skalen durchgeführt.

Tabelle 15

Eigenwert und erklärter Varianzanteil der Faktoren zu den Psychotherapeutinnenmerkmalen vor und nach orthogonaler Varimax-Rotation (N = 234)

	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
Komponente	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %
1	15.99	39.01	39.01	10.07	24.57	24.57
2	2.55	6.21	45.22	4.85	11.84	36.41
3	1.95	4.76	49.98	3.56	8.69	45.10
4	1.47	3.58	53.56	3.47	8.46	53.56

4.1.2 Item- und Skalenanalysen des Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)

Im Folgenden werden deskriptive Befunde des Fragebogens zur psychotherapeutischen Beziehung (WAI-SR) dargelegt.

Item und Skalenanalysen. Die höchsten Mittelwerte und damit die höchsten Zustimmungen können für die zwei Items „*Meine Psychotherapeutin und ich achten einander.*“ (*WA01_05*) und „*Ich spüre, dass meine Psychotherapeutin mich schätzt.*“ (*WA01_07*) aus der Skala *Emotionale Bindung* beobachtet werden (s. dazu Tabelle 16). Diese Skala erfährt auch das unterschiedlichste Antwortverhalten (*M* = 3.63 bis 4.35).

Tabelle 16

Deskriptive Statistiken (M, SD, Md) der Items aller Skalen zur psychotherapeutischen Beziehung (N=234)

Item	*M*	*SD*	*Md*
Therapieziele – *Goals*			
Meine Psychotherapeutin und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen. (*WA01_04*)	3.24	1.30	3.00
Meine Psychotherapeutin und ich arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind. (*WA01_06*)	3.51	1.26	4.00
Meine Psychotherapeutin und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten. (*WA01_08*)	3.78	1.11	4.00
Meine Psychotherapeutin und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären. (*WA01_11*)	3.56	1.11	4.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 16

Therapeutische Aufgaben - *Tasks*			
Durch die Psychotherapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann. (*WA01_01*)	3.41	1.04	4.00
Was ich in der Psychotherapie mache, eröffnet mir eine Sichtweise auf mein Problem. (*WA01_02*)	3.69	1.09	4.00
Ich spüre, dass das, was ich in der Psychotherapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen. (*WA01_10*)	3.61	1.23	4.00
Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten (*WA01_12*)	3.71	1.20	4.00
Emotionale Bindung - *Bond*			
Ich glaube meine Psychotherapeutin mag mich. (*WA01_03)*	3.63	1.21	4.00
Meine Psychotherapeutin und ich achten einander. (*WA01_05*)	4.35	.93	5.00
Ich spüre, dass meine Psychotherapeutin mich schätzt. (*WA01_07*)	4.01	1.15	4.00
Ich spüre, dass meine Psychotherapeutin auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was sie nicht gutheißt. (*WA01_09*)	3.79	1.20	4.00

Anmerkung. Aus folgenden Skalenausprägungen konnte gewählt werden: (1) selten, (2) manchmal, (3) öfters, (4) sehr oft, (5) immer.

Die interne Konsistenz des WAI-SR wurde anhand der gesamten Stichprobe überprüft. Die Gesamtskala weist eine sehr hohe Reliabilität von α = .941 auf, genauso wie die einzelnen Skalen (s. dazu Tabelle 17).

Tabelle 17

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α für die drei Skalen und die Gesamtskala des WAI-SR (N = 234)

Skala	Cronbach's α	Itemanzahl
Therapieziele - Goals	.869	4
Therapeutische Aufgaben - Tasks	.920	4
Emotionale Bindung - Bond	.885	4
Gesamtskala	.941	12

4.1.3 Item- und Skalenanalysen des Bochumer Veränderungsfragebogens 2000 (BVB 2000)

In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane der einzelnen Items des BVB 2000 dargestellt. Die höchste Zustimmung erhalten die Items *Gefühl der Freiheit* (*BV01_17*) und *Ausweglosigkeit* (*BV01_02*). Die Items mit der stärksten Ablehnung gehören zur Skala *Interaktionsveränderung* (*M* = 4.71). Das vergleichsweise unterschiedlichste

Antwortverhalten konnte für die Skala *Reduktion von Belastungen* verzeichnet werden (s. dazu Tabelle 18).

Tabelle 18

Deskriptive Statistiken (M, SD, Md) der Items aller Skalen des BVB 2000 (N=234)

Item	*M*	*SD*	*Md*
Explizit positive Veränderung			
Selbstzufriedenheit (*BV01_04*)	5.31	1.47	6
Gelassenheit bei Schwierigkeiten (*BV01_05*)	5.00	1.53	5
Innere Ruhe (*BV01_06*)	5.03	1.50	5
Sicherheit (*BV01_10*)	5.25	1.57	6
Gelassenheit im Zukunftsdenken (*BV01_12*)	4.80	1.63	5
Gelassenheit bei unerwarteten Ereignissen (*BV01_13*)	5.04	1.36	5
Gefühl der Freiheit (*BV01_17*)	5.39	1.37	5.50
Entspannung (*BV01_20*)	4.92	1.48	5
Ausgeglichenheit (*BV01_21*)	5.03	1.45	5
Alltagsbewältigung (*BV01_24*)	5.21	1.47	5.50
Reduktion von Belastungen			
Sich gehetzt fühlen (*BV01_01*)	5.02	1.54	5
Ausweglosigkeit (*BV01_02*)	5.38	1.68	6
Geringer Lebensinhalt (*BV01_03*)	5.24	1.50	5
Mangelnde Ausdauer (*BV01_07*)	4.80	1.40	5
Schnelles Aufgeben (*BV01_08*)	4.94	1.41	5
Stimmungsschwankungen (*BV01_09*)	4.76	1.67	5
Isolation (*BV01_14*)	5.00	1.65	5
Perspektivlosigkeit (*BV01_15*)	5.06	1.55	5
Mangelnde Selbstakzeptanz (*BV01_23*)	5.19	1.56	6
Interaktionsveränderung			
Gelassenheit in Interkationen (*BV01_11*)	5.25	1.57	6
Kommunikationsfähigkeit (*BV01_16*)	5.17	1.36	5
Mangelnde Fähigkeit zur Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht (*BV01_18*)	4.71	1.26	4
Interaktionsschwierigkeiten (*BV01_19*)	4.72	1.36	5
Selbstsicherheit in der Kommunikation (*BV01_22*)	4.92	1.32	5
Selbstsicherheit in der Interaktion (*BV01_25*)	4.80	1.28	5
Kommunikationsprobleme (*BV01_26*)	4.81	1.32	5

Anmerkung. Es konnten Skalenausprägungen zwischen (1) und (7) ausgewählt werden, mit (4) als neutralen Skalenmittelpunkt.

Der BVB 2000 weist mit seinen 26 Items eine hohe interne Konsistenz von α = .973 auf. Die Subskalen weisen ebenfalls hohe interne Konsistenzen auf (s. dazu Tabelle 19).

Tabelle 19

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α für die Skalen und Gesamtskala des BVB 2000 (N = 234)

Skala	Cronbach's α	Itemanzahl
Explizit positive Veränderung	.954	10
Reduktion von Belastungen	.926	9
Interaktionsveränderung	.899	7
Gesamtskala	.973	26

4.1.4 Item- und Skalenanalysen des Intrasession-Fragebogens nach Kaiser (2014, 2015) und Zettler (2016)

Item und Skalenanalysen. Aus Tabelle 20 geht hervor, dass die folgenden Items: „*…habe ich das Gefühl, dass die Therapeutin an meinem Wohlergehen interessiert ist.*" (*IA02_03*), „*…fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt.*" (*IA02_06*), „*…fühle ich mich von meiner Therapeutin wertgeschätzt.*" (*IA02_10*) und das Item „*…habe ich die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken, die mich belasten.*" (*IA03_02*) die höchsten Mittelwerte aufweisen. Diese Items zeichnen sich durch eine hohe Zustimmungsrate aus. Die schwierigsten Items mit der stärksten Ablehnung gehören zu den Skalen *Zurückweisung/ Missachtung* und *Verletzung/ Missbrauch* (*M* = 1.17 bis 1.96). Das unterschiedlichste Antwortverhalten konnte für die Skalen *Einsicht*, *Loyalität und Sympathie*, *Emotionale Erleichterung/ Katharsis* und *Containment* verzeichnet werden.

Tabelle 20

Deskriptive Statistiken (M, SD, Md) für Items der vier Skalen des Intrasession-Fragebogens (N = 234)

Item	*M*	*SD*	*Md*
Problembezogene Prozesse			
Klärung			
…habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe. (*IA01_01*)	5.09	1.31	5.00
…komme ich dem Kern meiner Probleme nahe. (*IA01_02*)	5.04	1.45	5.00
…gelange ich zu einer plausiblen Erklärung meiner Probleme. (*IA01_03*)	5.03	1.48	5.00
Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz			
…traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen. (*IA01_04*)	4.61	1.44	5.00
…habe ich das Gefühl, Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich sonst nicht gewachsen fühlte. (*IA01_05*)	4.59	1.40	5.00
…glaube ich, dass ich mich besser so verhalten kann, wie ich möchte. (*IA01_06*)	4.60	1.41	5.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 20

Problemaktualisierung			
…erkenne ich, woran ich arbeiten muss. (*IA01_07*)	5.13	1.33	5.00
...habe ich meine Probleme klar vor Augen. (*IA01_08*)	5.11	1.20	5.00
...werde ich mit meinen Problemen konfrontiert. (*IA01_09*)	5.35	1.29	6.00
…erlebe ich mein Problem als real. (*IA01_10*)	5.25	1.25	5.00
Einsicht			
…wird mir klar, weshalb ich auf bestimmte Menschen so und nicht anders reagiere. (*IA01_11*)	5.12	1.43	5.00
…verbinde ich Gefühle, die ich in der Sitzung habe, mit früher erlebten Gefühlen. (*IA01_12*)	4.57	1.56	5.00
…gewinne ich Einsichten über mich selbst. (*IA01_13*)	5.46	1.30	6.00
…gewinne ich Verständnis und Einsicht in meine Situation. (*IA01_14*)	5.19	1.41	6.00
...verstehe ich die Hintergründe meines Verhaltens gut. (*IA01_15*)	5.13	1.37	5.00
Beziehungserfahrungen			
Loyalität und Sympathie			
…fühle ich mich in der Beziehung zur Therapeutin wohl. (*IA02_01*)	5.45	1.44	6.00
…verstehen die Therapeutin und ich einander. (*IA02_02*)	5.37	1.33	6.00
…habe ich das Gefühl, dass die Therapeutin an meinem Wohlergehen interessiert ist. (*IA02_03*)	5.99	1.30	6.00
…habe ich den Eindruck, dass die Therapeutin mir sagt, was sie über mich denkt. (*IA02_04*)	4.78	1.55	5.00
…erlebe ich eine sehr starke Loyalität meiner Therapeutin mir gegenüber. (*IA02_05*)	5.21	1.58	5.00
Selbstwertstützung			
…fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt. (*IA02_06*)	5.71	1.42	6.00
…erlebe ich mich als wertvolle Person. (*IA02_07*)	4.90	1.63	5.00
…merke ich, dass ich trotz meiner Probleme angenommen werde. (*IA02_08*)	5.74	1.41	6.00
...vermittelt mir mein/e TherapeutIn das Gefühl, viel von mir zu halten. (*IA02_09*)	5.15	1.54	5.50
…fühle ich mich von meiner Therapeutin wertgeschätzt. (*IA02_10*)	5.79	1.35	6.00
...habe ich Angst meine Selbstachtung zu verlieren. (*IA02_11n*)	5.31	1.63	6.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 20

Unterstützung			
…finde ich, dass die Therapeutin meine Probleme richtig einschätzt. (*IA02_12*)	5.16	1.48	6.00
…habe ich das Gefühl, dass das Vorgehen der Therapeutin richtig für mich ist. (*IA02_13*)	5.06	1.50	5.00
…merke ich, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin. (*IA02_14*)	4.99	1.52	5.00
…fühle ich mich von meiner Therapeutin sehr gut unterstützt. (*IA02_15*)	5.40	1.44	6.00
…erlebe ich viel Rückhalt und Unterstützung seitens meiner Therapeutin. (*IA02_16*)	5.51	1.51	6.00
Konflikte und Übertragung			
…merke ich, wie ich mich der Therapeutin gegenüber so verhalte wie bei anderen Menschen, die mir nahe stehen. (*IA02_17*)	3.76	1.82	4.00
…erlebe ich meiner Therapeutin gegenüber ähnliche Gefühle, wie ich sie aus anderen intimen Beziehungen kenne. (*IA02_18*)	2.95	1.85	3.00
…bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meiner Therapeutin und anderen mir vertrauten Personen. (*IA02_19*)	3.21	1.56	2.00
…habe ich meiner Therapeutin gegenüber ähnliche Bedürfnisse, wie ich sie aus anderen intimen Beziehungen kenne. (*IA02_20*)	2.76	1.76	2.00
Emotionale Prozesse			
Emotionale Erleichterung/ Katharsis			
…kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken. (*IA03_01*)	4.97	1.36	5.00
…habe ich die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken, die mich belasten. (IA03_02)	5.73	1.40	6.00
…kann ich loslassen und meine Gefühle frei äußern. (*IA03_03*)	5.03	1.51	5.00
…entledige ich mich unangenehmen Gefühlen, indem ich sie frei ausdrücke. (*IA03_04*)	4.44	1.53	4.50
…kann ich meine Gefühle einfach so rauslassen. (*IA03_05*)	4.62	1.59	5.00
Emotionales Erleben			
…stehen meine Gefühle im Vordergrund. (*IA03_06*)	5.52	1.25	6.00
…bin ich gefühlsmäßig stark beteiligt. (*IA03_07*)	5.18	1.40	5.00
…kann ich spüren, was emotional in mir vorgeht. (*IA03_08*)	5.06	1.25	5.00
…geht es primär um meine Gedanken. (*IA03_09*)	5.17	1.25	5.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 20

Containment			
…kann ich gemeinsam mit meiner Therapeutin an negativen Gefühlen und Erfahrungen arbeiten. (*IA03_10*)	5.30	1.43	6.00
…kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist. (*IA03_11*)	4.37	1.45	5.00
…nimmt die Therapeutin meine Gefühle an und hilft mir, sie zu verstehen. (*IA03_12*)	5.42	1.40	6.00
…äußere ich Gedanken und Gefühle, die ich vorher nie äußern konnte. (*IA03_13*)	4.53	1.52	5.00
…kann ich meinen Gedanken und Gefühlen einen Sinn geben. (*IA03_14*)	4.88	1.40	5.00
negative und unerwünschte Therapieereignisse			
Missverständnis			
…hatte ich das Gefühl wir reden aneinander vorbei. (*IA04_01*)	2.53	1.39	2.00
…hatte ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über meine Gedanken und Gefühle missverstanden wurden. (*IA04_02*)	2.49	1.37	2.00
… fiel mir auf, dass meine Therapeutin und ich uns missverstehen. (*IA04_03*)	2.34	1.45	2.00
… schätzt mich meine Therapeutin falsch ein. (*IA04_04*)	2.55	1.31	2.00
Scham			
… fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt. (*IA04_05*)	2.95	1.60	3.00
… habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen. (*IA04_06*)	2.75	1.61	2.00
… wird mit meinen Schamgefühlen sehr einfühlsam und verständnisvoll umgegangen. (*IA04_07n*)	2.39	1.44	3.00
… schäme ich mich. (*IA04_08*)	3.35	1.60	2.00
Verwirrung			
… konnte ich kein klares Verständnis meiner Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen. (*IA04_09*)	3.34	1.85	3.00
… habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben. (*IA04_10*)	3.71	1.52	4.00
… hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt. (*IA04_11*)	2.89	1.48	3.00
… fühle ich mich verwirrt. (*IA04_12*)	3.26	1.50	3.00
Zurückweisung/ Missachtung			
… verhielt sich die Therapeutin mir gegenüber kalt und distanziert (*IA04_13*)	1.67	1.30	1.00
… hatte ich das Gefühl, die Therapeutin hätte kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen (*IA04_14*)	1.71	1.32	1.00
… fühle ich mich zurückgewiesen und missachtet (*IA04_15*)	1.56	1.20	1.00
… habe ich mich von meiner Therapeutin nicht richtig ernst genommen gefühlt (*IA04_16*)	1.87	1.50	1.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 20

Verletzung/ Missbrauch			
… fühle ich mich durch die Therapeutin erpresst (*IA04_17*)	1.28	0.77	1.00
… fühle ich mich von der Therapeutin emotional missbraucht (*IA04_18*)	1.17	0.77	1.00
…machte die Therapeutin manche Aussagen, die mich verletzten (*IA04_19*)	1.96	1.33	1.00
… fühle ich mich emotional ausgenutzt (*IA04_20*)	1.21	0.73	1.00
… kamen sexuelle oder erotische Anzüglichkeiten vor (*IA04_21*)	1.17	0.61	1.00

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

Die interne Konsistenz des Intrasession-Fragebogens liegt für die Subskalen zwischen α = .76 und α = .89. Die Gesamtskala erreicht eine interne Konsistenz von α = .921 (s. dazu Tabelle 21). Insgesamt sind diese Werte als gut bis exzellent einzustufen.

Tabelle 21

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α *für die vier Subskalen und die Gesamtskala des Intrasession-Fragebogens (N = 234)*

Subskala	Cronbach's α	Itemanzahl
Problembezogene Prozesse	.899	15
Beziehungserfahrungen	.876	20
Emotionale Prozesse	.854	14
Negative und unerwünschte Therapieereignisse	.762	21
Gesamtskala	.921	60

4.1.5 Item- und Skalenanalysen des Intersession-Fragebogens (AISF)

Item und Skalenanalysen. Tabelle 22 zeigt die höchsten Mittelwerte der Items und damit die deutlichsten Zustimmungen für folgende zwei Items: „*... Aggressionen gegenüber Ihrer Psychotherapeutin empfunden?*“ (*IE06_09*) und „*... Ihrer Psychotherapeutin innerlich schlecht gemacht/abgewertet?*“ (*IE06_10*). Die schwierigsten Items mit der stärksten Ablehnung gehören zur Skala *Art der Beschäftigung mit der Therapie*. Das unterschiedlichste Antwortverhalten konnte für die Skalen *Art der Beschäftigung mit der Therapie* und *Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* verzeichnet werden.

Tabelle 22

Deskriptive Statistiken (M, SD, Md) für Items des Intersession-Fragebogens (N = 234)

Subskala und Item	*M*	*SD*	*Md*
Intensität der Inter-Session-Erfahrung			
... an einen vergangenen Dialog der Psychotherapie gedacht? (*IE01_01)*	3.12	0.95	3.00
... Aussagen und Meinungen ihrer Psychotherapeutin im Kopf gehabt? (*IE01_02*)	3.09	1.01	3.00
... über das, was in der Psychotherapie besprochen wurde, nachgedacht? (*IE01_03*)	3.50	0.96	4.00
Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung			
Wie präsent sind Ihnen die Psychotherapieinhalte in Ihrem Alltagsleben? (*IE02_01*)	3.60	0.93	4.00
Wie intensiv ist ihre innere Auseinandersetzung mir Ihrer Psychotherapie? (*IE02_02*)	3.80	0.92	4.00
Wie sehr begleitet Sie Ihre Psychotherapie im Alltag? (*IE02_03*)	3.47	0.97	4.00
Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde			
Wie lange beschäftigen Sie sich im Schnitt mit Ihrer Psychotherapie vor der Stunde? (*IE03_01*)	2.61	1.16	2.00
Wie lange beschäftigen Sie sich mit Ihrer Psychotherapie nach einer Sitzung? (*IE03_02*)	3.56	1.20	4.00
In welchem Ausmaß nehmen Sie sich nach einer Sitzung Zeit für sich und tun nichts anderes? (*IE03_03*)	2.61	1.40	2.00
Art der Beschäftigung mit der Therapie			
Mit einer anderen Person über die Psychotherapie gesprochen (persönlich, telefonisch). (*IE04_01*)	3.33	1.08	3.00
Sich Gedanken über sich oder die Psychotherapie kurz aufgeschrieben. (*IE04_02*)	2.66	1.33	2.50
Ein Tagebuch über die Psychotherapie geführt. (*IE04_03*)	2.00	1.34	1.00
Ihre Gedanken auf Tonband/ Diktaphon gesprochen. (*IE04_04*)	1.10	0.40	1.00
Ein Internet-Forum genutzt, um über Ihre Psychotherapie zu kommunizieren. (*IE04_05*)	1.61	1.42	1.00
An Selbsthilfegruppen teilgenommen und dort darüber gesprochen. (*IE04_06*)	1.16	0.55	1.00
Sich Aufnahmen von Psychotherapiestunden, die sie mitbekommen haben, angehört/ angesehen. (*IE04_07*)	1.13	0.56	1.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 22

Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung			
... eine Hausaufgabe bekommen? (*IE05_01*)	2.24	1.13	2.00
... ihre Hausaufgabe/n auch gemacht? (*IE05_02*)	3.15	1.72	3.00
... etwas ausprobiert, das in der Psychotherapie besprochen wurde? (*IE06_01*)	2.40	0.86	2.00
... Übungen gemacht, die Sie in der Psychotherapie gelernt haben? (*IE06_02*)	2.23	1.04	2.00
... selbst Psychotherapeutin gespielt und versucht, sich selbst zu therapieren? (*IE06_03*)	2.16	1.23	2.00
... versucht, bewusst und aktiv ein eigenes Verhalten zu ändern (*IE06_04*)	3.24	1.05	3.00
... anderen Personen, z.B.: als Unterstützer/in oder Ko-Therapeut/in in den Veränderungsprozess eingebaut? (*IE06_05*)	1.91	1.06	2.00
... sich die Psychotherapeutin zum Vorbild genommen, d.h. daran gedacht, wie sie mit etwas Bestimmten umgehen würde? (*IE06_06*)	2.11	1.20	2.00
Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung			
... aufmunternde Worte Ihrer Psychotherapeutin gedacht? (*IE06_07*)	2.96	1.22	3.00
... sich über Aussagen Ihrer Psychotherapeutin geärgert? (*IE06_08*)	4.22	0.95	4.00
... Aggressionen gegenüber Ihrer Psychotherapeutin empfunden? (*IE06_09*)	4.53	0.80	5.00
... Ihrer Psychotherapeutin innerlich schlecht gemacht/abgewertet? (*IE06_10*)	4.52	0.79	5.00
... die Psychotherapeutin als großartig empfunden? (*IE06_11*)	2.58	1.27	2.00
... die Psychotherapeutin vor anderen Personen gelobt? (*IE06_12*)	2.31	1.11	2.00
... über die Psychotherapeutin vor anderen geschimpft/geklagt (*IE06_13*)	4.63	0.69	5.00
... vorwiegend positive Gefühle für Ihre Psychotherapeutin empfunden? (*IE06_14*)	3.06	1.22	3.00
... vorwiegend positive Gefühle für Ihre Psychotherapie empfunden? (*IE06_15*)	3.12	1.16	3.00
Therapiebewertungen und Therapieerfahrungen			
... freudige Erwartung auf die nächste Sitzung verspürt? (IE06_16)	2.74	1.22	3.00
... die Psychotherapie als etwas Tolles empfunden? (IE06_17)	2.96	1.36	3.00
... sich durch die Psychotherapie getragen gefühlt? (IE06_18)	3.04	1.31	3.00
... die Psychotherapie als nutzlos empfunden? (IE06_19)	4.24	0.96	5.00
... sich durch die Psychotherapie geschützt gefühlt? (IE06_20)	2.96	1.32	3.00
... über die Psychotherapie Zufriedenheit empfunden? (IE06_21)	3.05	1.21	3.00
... unter Ihrer Psychotherapie gelitten? (IE06_22)	4.30	0.98	5.00
... im Hinblick auf die nächste Psychotherapiestunde Angst gespürt? (IE06_23)	4.10	1.01	4.00

Fortsetzung

Fortsetzung der Tabelle 22

Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie			
Traurigkeit (*IE07_01*)	3.06	0.93	3.00
Erleichterung (*IE07_02*)	3.50	0.94	4.00
Überforderung (*IE07_03*)	2.35	0.98	2.00
Entmutigung (*IE07_04*)	2.01	1.06	2.00
gestärkt und voller Kraft (*IE07_05*)	3.23	0.96	3.00
sich unverstanden gefühlt (*IE07_06*)	1.94	1.05	2.00
positive Gefühle für sich selbst (*IE07_07*)	3.20	1.02	3.00
Freude (*IE07_08*)	3.01	0.96	3.00
Mut (*IE07_09*)	3.24	0.99	3.00
Zuversicht (*IE07_10*)	3.44	0.97	4.00
das Gefühl, Fortschritte gemacht zu haben (*IE07_11*)	3.32	1.02	3.00
Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie			
Freudig (*IE08_01*)	2.52	0.88	2.00
Ängstlich (*IE08_02*)	2.20	1.00	2.00
Aufgewühlt (*IE08_03*)	2.88	0.99	3.00
Enttäuscht (*IE08_04*)	1.80	1.03	1.00
Verletzt (*IE08_05*)	1.59	1.01	1.00
Beschuldigend (*IE08_06*)	1.48	0.88	1.00
Abwertend (*IE08_07*)	1.55	0.97	1.00
Neugierig (*IE08_08*)	2.68	1.08	3.00
Humorvoll (*IE08_09*)	2.32	0.99	2.00
Verträumt (*IE08_10*)	1.93	1.05	2.00
Verliebt (*IE08_11*)	1.41	0.90	1.00
Hilflos (*IE08_12*)	2.11	1.10	2.00
Erwartungsvoll (*IE08_13)*	2.94	1.00	3.00

Anmerkung. Es können Skalenausprägungen zwischen (1) nie/ gar nicht bis (5) mehrmals täglich/ sehr stark/ mehr als 2 Stunden/ häufig/ sehr häufig/ mehrmals täglich/ jedes Mal/ sehr intensiv gewählt werden.

Die internen Konsistenzen des Intersession-Fragebogens liegen zwischen α = .551 und α = .920 (s. dazu Tabelle 23). Skalen, deren Werte unterhalb α < .60 liegen, sind zur Markierung grau unterlegt. Diese Skalen werden aus den Reliabilitätsanalysen ausgeschlossen.

Tabelle 23

Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α für die Skalen des Intersession-Fragebogens (N = 234)

Skala	Cronbach's α	Itemanzahl
Intensität der Beschäftigung mit den Therapieeinheiten		
- Intensität der Inter-Session-Erfahrung	.848	3
- Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung	.848	3
- Inter-Session-Erleben unmittelbar vor/nach einer Therapiestunde	.667	3
Art der Beschäftigung mit der Therapie	.563	7
Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung	.719	8
Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung		
- Positive Therapieauseinandersetzung	.898	5
- Negative Therapieauseinandersetzung	.895	4
Therapiebewertungen und Therapieerfahrungen		
- Positive Therapiebewertung	.920	5
- Negative Therapiebewertung	.684	3
Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie		
- Positive Nachwirkungen der Therapie	.928	4
- Negative Nachwirkungen der Therapie	.630	7
Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie		
- Positive Innere Auseinandersetzung	.725	4
- Negative Innere Auseinandersetzung	.885	5
- Ambivalente Innere Auseinandersetzung	.551	4

Anmerkung. Die Skalen *Art der Beschäftigung mit der Therapie* und *Ambivalente Innere Auseinandersetzung* sind aufgrund mangelnder Reliabilität (< .60) grau unterlegt.

4.2 Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragestellungen dargestellt. Dabei wird zuerst auf die Ergebnisse hinsichtlich der Analysen zum Psychotherapieergebnis eingegangen, gefolgt von den Fragestellungen zur psychotherapeutischen Beziehung und abschließend werden die Fragestellungen zu den Intrasession- und Intersession-Prozessen dargelegt. Es folgen zuerst die Erläuterungen der Ergebnisse der Korrelationen, die der Regressionsanalysen und anschließend die Ergebnisberichte der simplen und multiplen Mediationsanalysen.

4.2.1 Psychotherapieergebnis

4.2.1.1 Korrelationsanalyse Psychotherapieergebnis

Fragestellung 1 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und dem subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis?

Wie aus Tabelle 24 ersichtlich, korrelierten das *gesamttherapeutische subjektiv wahrgenommene Psychotherapieergebnis* hoch signifikant positiv mit den Skalen *Empathie* und *Ermutigung*. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen allen weiteren positiven Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem *subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis* fielen ebenfalls signifikant positiv aus und der Zusammenhang zwischen dem negativen Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* und dem *subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis* fiel negativ aus.

Die drei Subskalen des psychotherapeutischen Ergebnisses (*Explizit positive Veränderung*, *Reduktion von Belastungen* und *Interaktionsveränderung*) korrelierten ebenfalls gering bis hoch positiv mit den positiven/förderlichen Psychotherapeutinnenmerkmalen und negativ mit dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten*. Auch das Psychotherapeutinnenmerkmal *Bestätigung*, das aufgrund seiner mangelnden Reliabilität grau unterlegt ist, korrelierte hoch signifikant positiv mit dem *Psychotherapieergebnis (Gesamt)* und mit der Skala *Explizit positive Veränderung*. Das Psychotherapeutinnenmerkmal *Empathie* zeigte insgesamt die höchsten Korrelationswerte mit dem *Psychotherapieergebnis (Gesamt)* und mit den Subskalen *Explizit positive Veränderung* und *Reduktion von Belastungen* (s. dazu Tabelle *24*).

Tabelle 24

Korrelationen zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis Gesamt (BVB 2000) und den drei Subskalen (Pearson's r) (N = 234)

Skala	BVB	EPV	RB	IV
Akzeptanz	.408**	.395**	.402**	.347**
Bestätigung	.508**	.504**	.482**	.448**
Empathie	.526**	.509**	.509**	.466**
Ermutigung	.505**	.491**	.478**	.468**
Offenheit	.373**	.370**	.363**	.307**
Vertrauen	.450**	.421**	.449**	.401**
Wertschätzung	.455**	.428**	.450**	.412**
Negatives Verhalten	-.280**	-.245**	-.289**	-.268**
Erfahrung	.430**	.414**	.425**	.369**
Klarheit	.353**	.331**	.362**	.299**
Klientinnenbeteiligung	.376**	.380**	.342**	.347**
Strukturiertheit der Arbeit	.300**	.289**	.279**	.294**
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.168**	.157*	.149*	.178**

Anmerkung. BVB = Bochumer Veränderungsfragebogen (Gesamtskala), EPV = Explizit positive Veränderung, RB = Reduktion von Belastungen, IV = Interaktionsveränderung. Skalen: Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit und Strukturiertheit der Arbeit sind aufgrund mangelnder Reliabilität grau unterlegt.

*$p < 0.05$ (2-seitig), **$p < 0.01$ (2-seitig).

4.2.1.2 Regressionsanalyse Psychotherapieergebnis

Fragestellung 1a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der* Klientin, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) identifiziert werden, die das subjektiv wahrgenommene Psychotherapieergebnis vorhersagen?

Aufgrund der niedrigen internen Konsistenzen von α < .60 werden die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* nicht in der Regressionsanalyse berücksichtigt. Hingegen werden die Skalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* als Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen.

Die Verfahrensvoraussetzungen konnten als erfüllt betrachtet werden; die Normalverteilung der standardisierten Residuen konnte angenommen werden und ebenso konnte aufgrund der unauffälligen Toleranzwerte kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren gefunden werden. Zudem lagen die Koeffizienten der Durbin-Watson-Statistik im Normalbereich (1 - 3), womit keine Autokorrelation der Residuen anzunehmen war (Bühl & Zöfel, 2000).

Es konnten im Rahmen der *stepwise backward elimination-Methode* der multiplen linearen Regression drei Prädiktoren mit einem signifikanten Erklärungswert für das *subjektiv wahrgenommene Psychotherapieergebnis* (Gesamtskala) gefunden werden (s. dazu Tabelle *26*). Darunter fallen *Empathie*, *Ermutigung* und *Klientinnenbeteiligung*. Gemeinsam konnte ein Erklärungswert von 35,5% der Varianz des Kriteriums beobachtet werden. *Ermutigung* wies in diesem Modell mit β = .313 die vergleichsweise höchste Gewichtung zur Prognose von dem *subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis* auf.

Auch für die Subskala *Explizit positive Veränderung* konnten drei signifikante Prädiktoren mit einem Erklärungswert von zusammen 34,7% gefunden werden, wobei *Empathie* mit β = .331 den vergleichsweise höchsten Beitrag lieferte.

Für die Subskala *Reduktion von Belastung* waren zwei Prädiktoren mit einem erklärten Varianzanteil von 31,4% relevant, wobei ebenfalls *Empathie* mit β = .353 die höchste Ladung zeigte.

Schließlich konnte für die vierte Subskala *Interaktionsveränderung* ein Erklärungswert von 29,4% ermittelt werden und *Ermutigung* zeigte mit β = .308 die relativ höchste Gewichtung.

Die Variablen *Akzeptanz*, *Erfahrung*, *Klarheit*, *Vertrauen* und *Wertschätzung* waren im Zuge aller vier Analysen aus der Modellbildung auszuschließen, da sie keinen signifikanten Erklärungswert erreichten.

Tabelle 25

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Kriterien des Psychotherapieergebnisses, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten ß und Signifikanzbeurteilung, R^2 - und korrigierte R^2 - Werte und Durbin-Watson-Statistik (Ausschlussmodus stepwise backward, N = 234)

	Kriterium			
	BVB Gesamt	EPV	RB	IV
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz				
Empathie	.277 (<.001)	.331 (<.001)	.353 (<.001)	.218 (.005)
Ermutigung	.313 (<.001)	.295 (<.001)	.282 (<.001)	.308 (<.001)
Vertrauen				
Wertschätzung				
Negatives Verhalten				
Erfahrung				
Klarheit				
Klientinnenbeteiligung	.135 (.034)	.167 (.010)		.140 (.036)
R^2 (R^2_{korr})	35.5% (34.7%)	34.7% (33.6%)	31.4% (30.8%)	29.4% (28.5%)
F (df_1, df_2)	42.23 (3, 230)	30.43 (4, 229)	52.96 (2, 231)	31.93 (3, 230)
(*p*)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)
Durbin - Watson	1.73	1.78	1.69	1.85

Anmerkung. BVB = Bochumer Veränderungsfragebogen (Gesamtskala), EPV = Explizit positive Veränderung, RB = Reduktion von Belastung, IV = Interaktionsveränderung.

4.2.2 Psychotherapeutische Beziehung

4.2.2.1 Korrelationsanalyse psychotherapeutische Beziehung

Fragestellung 2 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und der subjektiv wahrgenommenen psychotherapeutischen Beziehung?

Die psychotherapeutische Beziehung (Gesamt) korrelierte hoch signifikant positiv mit den positiven Psychotherapeutinnenmerkmalen *Akzeptanz*, *Empathie, Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit, Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung* und korrelierte hoch signifikant negativ mit dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* (s. dazu Tabelle 26).

Ähnlich hohe Korrelationsergebnisse zeigte die Subskala *Emotionale Bindung (Bond)* mit den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie,* *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit,* *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten*).

Die Subskalen *Therapieziele (Goals)* und *Therapeutische Aufgaben (Tasks)* korrelierten ebenfalls mittel bis hoch signifikant positiv mit dem negativen und den positiven Psychotherapeutinnenmerkmalen. Die Korrelationen mit *Klientinnenbeteiligung* und *Negatives Verhalten* fielen jedoch im Vergleich zur Gesamtskala und zur Subskala *Bond* geringer aus.

Die höchsten Zusammenhänge zeigte das Merkmal *Empathie* mit der psychotherapeutischen Beziehung (Gesamt) und mit der Subskala *Emotionale Bindung (Bond)*.

Die vier Psychotherapeutinnenmerkmale *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung,* *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* sind aufgrund ihrer mangelnden Reliabilität grau unterlegt, und können deswegen nicht verlässlich interpretiert werden.

Tabelle 26

Korrelationen r zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und der psychotherapeutischen Beziehung (WAI-SR) und den drei Subskalen (Pearson's r) (N = 234)

Skala	WAI-SR Gesamt	Bond	Goals	Tasks
Akzeptanz	.636**	.672**	.530**	.513**
Bestätigung	.651**	.638**	.559**	.555**
Empathie	.813**	.821**	.661**	.709**
Ermutigung	.654**	.555**	.601**	.603**
Offenheit	.600**	.656**	.495**	.469**
Vertrauen	.739**	.757**	.596**	.639**
Wertschätzung	.736**	.786**	.592**	.607**
Negatives Verhalten	-.532**	-.592**	-.431**	.413**
Erfahrung	.649**	.600**	.560**	.587**
Klarheit	.589**	.548**	.524**	.512**
Klientinnenbeteiligung	.529**	.558**	.430**	.439**
Strukturiertheit der Arbeit	.546**	.379**	.596**	.488**
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.126	.205**	.054	.084

Anmerkung. WAI-SR = Working Alliance Inventory - Short Revised (Gesamtskala), Bond = Emotionale Bindung, Goals = Therapieziele, Tasks = Therapeutische Aufgaben. Skalen: Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit und Strukturiertheit der Arbeit sind aufgrund mangelnder Reliabilität grau unterlegt.

*p < 0,05 (2-seitig), **p < 0,01 (2-seitig).

4.2.2.2 Regressionsanalyse psychotherapeutische Beziehung

Fragestellung 2a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) identifiziert werden, die die psychotherapeutische Beziehung vorhersagen?

Die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* weisen niedrige interne Konsistenzen von $\alpha < .60$ auf und werden aufgrund dessen nicht in der Regressionsanalyse berücksichtigt. Hingegen werden die Skalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* als Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen. Nicht signifikante Prädiktoren wurden aus dem Regressionsmodell ausgeschlossen.

Auch konnten im Rahmen dieser Modellbindungsanalysen die Verfahrensvoraussetzungen als erfüllt betrachtet werden; die Normalverteilung der standardisierten Residuen konnte angenommen werden, ebenso konnte kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren gefunden werden, da die Toleranzwerte unauffällig waren. Zudem lagen die Koeffizienten der Durbin-Watson-Statistik im Normalbereich (1 - 3), womit keine Autokorrelation der Residuen anzunehmen war (Bühl & Zöfel, 2000).

Es konnten fünf Prädiktoren mit einem signifikanten Erklärungswert für die subjektiv wahrgenommene psychotherapeutische Beziehung gefunden werden, die im Rahmen der *stepwise backward elimination*-Methode der multiplen linearen Regression untersucht wurden (s. dazu Tabelle 27). Darunter fallen die fünf Merkmale *Empathie, Erfahrung, Ermutigung, Klientinnenbeteiligung* und *Wertschätzung*. Gemeinsam konnte ein Erklärungswert von insgesamt 74.8% an der Varianz des Kriteriums beobachtet werden. *Empathie* wies mit $\beta = .423$ die vergleichsweise höchste Gewichtung zur Prognose von der *subjektiv wahrgenommenen psychotherapeutischen Beziehung* in diesem Modell auf.

Es konnten vier signifikante Prädiktoren mit einem Erklärungswert von zusammen 73.9% für die Subskala *Emotionale Bindung* gefunden werden, wobei erneut *Empathie* mit $\beta = .378$ den vergleichsweise höchsten Beitrag lieferte. Für die Subskala *Therapieziele* waren drei signifikante Prädiktoren mit einem erklärten Varianzanteil von 53.4% von Bedeutung, wobei das Merkmal *Ermutigung* mit $\beta = .322$ die höchste Ladung zeigte. Abschließend konnte für die dritte Subskala *Therapeutische Aufgaben* ein Erklärungswert von 57.9% mit drei signifikanten Prädiktoren ermittelt werden, wobei *Empathie* mit $\beta = .470$ die höchste Gewichtung erfuhr.

Die Variablen *Akzeptanz*, *Klarheit*, *Vertrauen* und *Negatives Verhalten* erreichten keinen signifikanten Prädiktorwert für die psychotherapeutische Beziehung.

Tabelle 27

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Kriterien der psychotherapeutischen Beziehung (WAI-SR), mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R²- und korrigierte R²- Werte und Durbin-Watson Statistik (Ausschlussmodus stepwise backward, N = 234)

	Kriterium			
	WAI-SR Gesamt	Bond	Goals	Tasks
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz				
Empathie	.423 (<.001)	.378 (<.001)	.354 (.001)	.470 (<.001)
Ermutigung	.268 (<.001)	.130 (.002)	.292 (<.001)	.260 (<.001)
Vertrauen				
Wertschätzung	.155 (.011)	.267 (<.001)		
Negatives Verhalten				
Erfahrung	.105 (.025)		.124 (.031)	.151 (.009)
Klarheit				
Klientinnenbeteiligung	.089 (.032)	.100 (.017)		
R^2 (R^2_{korr})	74.8% (74.3%)	73.9% (73.4%)	53.4% (52.6%)	57.9% (57.3%)
F (df_1, df_2)	135.400 (5, 228)	129.434 (5, 228)	65.617 (4, 229)	105.238 (3, 230)
(*p*)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)
Durbin - Watson	1.954	2.038	1.858	1.951

Anmerkung. WA = Working Alliance, Bond = Emotionale Bindung, Goals = Therapieziele, Tasks = Therapeutische Aufgaben.

4.2.2.3 Mediationsanalyse psychotherapeutische Beziehung

Fragestellung 2b Mediiert die psychotherapeutische Beziehung den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, berufliche *Erfahrung*, *Bestätigung der* Klientin, Ermutigung *der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, Offenheit, Strukturierung *der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

Es wurden nur jene Psychotherapeutinnenmerkmale zur simplen Mediationsanalyse herangezogen, deren Skalen hohe interne Konsistenz (α > .60) aufwiesen. Demnach wurden die Skalen *Bestätigung, ähnlicher ethnischer Hintergrund, Strukturiertheit der Arbeit* und *Offenheit* nicht in die Mediationsanalysen miteinbezogen.

Auf Grundlage des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006) kann bei Stichprobenumfängen ≥ 30 die Normalverteilung der Daten im Allgemeinen angenommen werden. Die herangezogenen Verfahren verhalten sich in diesem Fall robust gegenüber Einschränkungen bezüglich der Verteilungsannahme (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2011).

In Tabelle 28 sind alle Mediationsanalysen zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis über die psychotherapeutische Beziehung dargestellt. In den Tabellen sieht man die einzelnen Pfade der Mediationsanalysen (a, b, c, c'), die zwischen der UV, den Mediatoren (Intrasession-Prozesse) und dem Psychotherapieergebnis (BVB-2000) verlaufen. Die Effektkoeffizienten und deren Signifikanzniveau in *p* werden angegeben. In der rechten Spalte der Tabelle befindet sich der indirekte Effekte (a * b). Hierbei werden für alle Analysen der Effektkoeffizient und das 95%-Bootstrap-Konfidenzintervall, um den Standardfehler einzuschätzen (Preacher & Hayes, 2004), angegeben.

Die psychotherapeutische Beziehung mediierte den Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* sowie *Negatives Verhalten*) und dem Psychotherapieergebnis, denn es konnte für alle berechneten Mediationsanalysen ein signifikant indirekter Effekt gefunden werden ($a \times b \neq 0$) (s. dazu Tabelle 21). Dies wird durch alle signifikanten Bootstrap-Konfidenzintervalle und durch die signifikanten Sobel-Tests bestätigt.

Dabei zeigte die psychotherapeutische Beziehung die höchste signifikante Mediation mit .235 (95% CI [.161; .318]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Erfahrung* als Prädiktor im Modell diente. Ebenso konnten hohe signifikante positive Mediationen auf das Psychotherapieergebnis gezeigt werden, sofern die durch die Klientinnen eingeschätzten Psychotherapeutinnenmerkmale *Klientinnenbeteiligung* und *Vertrauen* einzeln als Prädiktorvariablen herangezogen wurde. Zudem konnte mit *Negatives Verhalten* eine signifikant negative Mediation mit -.213 (95% CI [-.293; -.146]) gefunden werden.

Tabelle 28

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis (BVB 2000) via der psychotherapeutischen Beziehung (WAI-SR) mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	PB	1	.196***	.736***	.160***	.015	.145 [.103; .196]	7.05 (<.001)
		2	.149***	.665***	.123***	.023	.099 [.070; .131]	5.62 (<.001)
		3	.193***	.609***	.189***	.071**	.117 [.074; .161]	6.20 (<.001)
		4	.279***	.763***	.216***	.003	.213 [.149; .283]	7.01 (<.001)
		5	.247***	.749***	.194***	.009	.185 [.127; .246]	6.92 (<.001)
		6	-.264***	.807***	-.176***	.037	-.213 [-.293; -.146]	-6.99 (<.001)
		7	.328***	.715***	.276***	.041	.235 [.161; .318]	6.92 (<.001)
		8	.243***	.771***	.195***	-.002	.187 [.128; .254]	7.14 (<.001)
		9	.320***	.716***	.289***	.060	.229 [.164; .307]	6.58 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, PB = psychotherapeutische Beziehung, 1 = *Akzeptanz*, 2 = *Empathie*, 3 = *Ermutigung*, 4 = *Vertrauen*, 5 = *Wertschätzung*, 6 = *Negatives Verhalten*, 7 = *Erfahrung*, 8 = *Klarheit*, 9 = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

4.2.3 Intrasession-Prozesse

4.2.3.1 Korrelationsanalyse Intrasession-Prozesse

Fragestellung 3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnen-merkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und den verschiedenen Intrasession-Prozessen?

Wie aus Tabelle 29 ersichtlich bestand ein mittel bis hoch signifikant positiver Zusammenhang zwischen den positiven Intrasession-Prozessen (*Emotionale Prozesse*, *Problembezogene Prozesse*

und *Beziehungserfahrungen*) und den Psychotherapeutinnenmerkmalen *Akzeptanz, Empathie, Erfahrung*, *Ermutigung, Klarheit, Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung*. *Negatives Verhalten* korrelierte mit den positiven Intrasession-Prozessen mittel bis hoch signifikant negativ. Zudem korrelierte die Subskala *negative und unerwünschte Therapieereignisse* hoch signifikant positiv mit dem *negativen Verhalten,* was sich im feindseligen und Vorwürfe machenden Verhalten von Seiten der Psychotherapeutin manifestieren kann. Die höchsten Zusammenhänge zwischen den Intrasession-Prozessen und den Psychotherapeutinnenmerkmalen zeigten die Merkmale *Empathie, Vertrauen* und *Wertschätzung*.

Tabelle 29

Korrelationen zwischen den Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale und den Intrasession-Prozessen (Pearson's r) (N = 234)

Skala	Gesamt	PP	BE	EP	NUTE
Akzeptanz	.672**	.488**	.622**	.525**	-.721**
Bestätigung	.650**	.505**	.605**	.534**	-.630**
Empathie	.826**	.663**	.798**	.706**	-.725**
Ermutigung	.587**	.531**	.584**	.522**	-.418**
Offenheit	.619**	.439**	.623**	.511**	-.591**
Vertrauen	.749**	.561**	.727**	.643**	-.699**
Wertschätzung	.749**	.565**	.745**	.618**	-.696**
Negatives Verhalten	-.583**	-.381**	-.519**	-.434**	.734**
Erfahrung	.581**	.497**	.609**	.483**	-.435**
Klarheit	.633**	.471**	.626**	.500**	-.595**
Klientinnenbeteiligung	.585**	.513**	.526**	.563**	-.480**
Strukturiertheit der Arbeit	.488**	.480**	.408**	.423**	-.411**
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.151*	.081	.209**	.127	-.098

Anmerkung. PP = *Problembezogene Prozesse*, BE = *Beziehungserfahrungen*, EP = *Emotionale Prozesse*, NUTE = *negative und unerwünschte Therapieereignisse.* Skalen: *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* sind aufgrund mangelnder Reliabilität grau unterlegt.

*$p < 0,05$ (2-seitig), **$p < 0,01$ (2-seitig).

4.2.3.2 Regressionsanalyse Intrasession-Prozesse

Fragestellung 3a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) identifiziert werden, welche die Intrasession-Prozesse vorhersagen können?

Für diese Modellbildung konnten alle Verfahrensvoraussetzungen als erfüllt betrachtet werden; die Normalverteilung der standardisierten Residuen konnte angenommen werden und ebenso konnte aufgrund der unauffälligen Toleranzwerte kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren gefunden werden. Zudem lagen die Koeffizienten der Durbin-Watson-Statistik im Normalbereich (1 - 3), womit keine Autokorrelation der Residuen anzunehmen war (Bühl & Zöfel, 2000). Aufgrund der niedrigen internen Konsistenzen von $\alpha < .60$ werden die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Hingegen werden die Skalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* als Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen.

Intrasession-Prozesse (Gesamt) konnten durch fünf positive Psychotherapeutinnenmerkmale (*Empathie, Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung* und *Wertschätzung*) mit einem Erklärungswert von 75.1% signifikant vorhergesagt werden (s. dazu Tabelle 30). *Empathie, Ermutigung* und *Klientinnenbeteiligung* konnten die Intrasession-Subskala *Problembezogene Prozesse* sowie die Subskala *Emotionale Prozesse* mit einem Erklärungswert von 51.2% bzw. 56.8% signifikant vorhersagen. Für die Intrasession-Subskala *Beziehungserfahrungen* konnten fünf signifikante Prädiktoren gefunden werden. Darunter fallen *Empathie*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung* und *Wertschätzung*, die gemeinsam 70.8% der Varianz des Kriteriums erklärten. Die höchste Gewichtung zur Prognose der Gesamtskala und der drei Subskalen *Problembezogene* Prozesse, *Beziehungserfahrungen* und *Emotionale Prozesse* wies jeweils in den Modellen das Psychotherapeutinnenmerkmal *Empathie* auf.

Für die Intrasession-Subskala *negative und unerwünschte Therapieereignisse* konnten sechs Prädiktoren mit einem signifikanten Erklärungswert von 69.1% am Regressant (Skala: *negative und unerwünschte Therapieereignisse*) gefunden werden. Das Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* wies in diesem Modell mit $\beta = .333$ die höchste Gewichtung auf.

Tabelle 30

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Intrasession-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R² - und korrigierte R² - Werte und Durbin-Watson Statistik (Ausschlussmodus stepwise backward, N = 234)

	Kriterium				
	Gesamt	PP	BE	EP	NUTE
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz					-.199 (.003)
Empathie	.436 (<.001)	.405 (<.001)	.371 (<.001)	.454 (<.001)	-.186 (.016)
Ermutigung	.177 (<.001)	.245 (<.001)	.190 (<.001)	.198 (<.001)	
Vertrauen					-.144 (.041)
Wertschätzung	.140 (.091)		.218 (.001)		
Negatives Verhalten					.342 (<.001)
Erfahrung					.139 (.008)
Klarheit	.134 (.002)		.144 (.003)		-.141 (.006)
Klientinnenbeteiligung	.167 (<.001)	.221 (<.001)	.092 (.037)	.256 (<.001)	
R^2	75.1%	51.2%	70.8%	56.8%	69.1%
(R^2_{korr})	(74.6%)	(50.5%)	(70.2%)	(56.3%)	(68.2%)
F (df_1, df_2)	137.524 (5,228)	80.304 (3,	110.805 (5,	100.892 (3,	72.246 (7,
(*p*)	(< .001)	230) (< .001)	228) (< .001)	230) (< .001)	226) (< .001)
Durbin - Watson	1.989	1.828	2.037	1.967	1.921

Anmerkung. PP = *Problembezogene Prozesse*, BE = *Beziehungserfahrungen*, EP = *Emotionale Prozesse*, NUTE = *negative und unerwünschte Therapieereignisse.*

4.2.3.3 Mediationsanalyse Intrasession-Prozesse

Fragestellung 3b Mediieren Intrasession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

Im Rahmen der simplen Mediationsanalysen wurden nur jene Psychotherapeutinnenmerkmale zur Analyse herangezogen, deren Skalen eine interne Konsistenz von α > .60 aufwiesen. Demnach wurden die Skalen *Bestätigung, ähnlicher ethnischer Hintergrund, Strukturiertheit der Arbeit* und *Offenheit* nicht in die Mediationsanalysen miteinbezogen.

Auf Grundlage des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006) kann bei Stichprobenumfängen ≥ 30 die Normalverteilung der Daten im Allgemeinen angenommen werden. Die herangezogenen Verfahren verhalten sich in diesem Fall robust gegenüber Einschränkungen bezüglich der Verteilungsannahme (Backhaus et al., 2011).

In Tabelle 31 bis Tabelle 35 sind alle Mediationsanalysen zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis durch den jeweiligen Intrasession-Prozess dargestellt. Die Mediationsanalysen wurden pro Intrasession-Prozess nacheinander für jedes untersuchte Psychotherapeutinnenmerkmal durchgeführt.

Intrasession-Prozesse (Gesamt) und alle Skalen der Intrasession-Prozesse (*Beziehungserfahrungen*, *Problembezogene Prozesse*, *Emotionale Prozesse und negative unerwünschte Therapieereignisse*) zeigten signifikante, indirekte Effekte über die Psychotherapeutinnenmerkmale. *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* wurden als einzelne Prädiktorvariable herangezogen.

Für die Gesamtskala der Intrasession-Prozesse konnten signifikante Mediationen für den Einfluss der Psychotherapeutinnenmerkmale auf das Psychotherapieergebnis gefunden werden. Hierbei zeigte die Gesamtskala die höchste signifikante Mediation mit .285 (95% CI [.216; .369]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente.

Die Analysen zeigten signifikante indirekte Effekte von den Merkmalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* sowie *Negatives Verhalten* auf das Psychotherapieergebnis über den Intrasession-Prozess *Problembezogene Prozesse (PP)* (s. dazu Tabelle 32). Dabei zeigte *Problembezogene Prozesse* die höchste signifikante Mediation mit .233 (95% CI [.157; .324]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente. Ebenso konnte für *Erfahrung* eine hohe signifikante positive Mediation mit einem Effektkoeffizienten von .176 (95% CI [.112; .253]) gefunden werden.

Es konnten signifikante Mediationseffekte von den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über den Intrasession-Prozess *Beziehungserfahrungen (BE)* gefunden werden (s. dazu Tabelle 33). Dabei zeigte *Beziehungserfahrungen* die höchste signifikante Mediation mit .233 (95% CI [.159; .299]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente. Auch mit *Erfahrung* als Prädiktorvariable lag ein hoher indirekter Effekt von .208 (95% CI [.145; .287]) auf das Psychotherapieergebnis über *Beziehungserfahrungen* vor.

Für die Einflüsse der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über den Intrasession-Prozess *Emotionale Prozesse (EP)* konnten signifikante indirekte Effekte gefunden werden (s. dazu Tabelle 37). Dabei zeigten *Emotionale Prozesse* mit .221 (95% CI [.153; .300]) die höchste signifikante Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente.

Der Einfluss der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung* sowie *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis wurde über den Intrasession-Prozess *negative unerwünschte Therapieereignisse* mediiert (s. dazu Tabelle

38). Dabei zeigten *negative unerwünschte Therapieereignisse* mit -.235 (95% CI [-.337; -.137]) den höchsten signifikanten negativen indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, sofern das durch die Klientinnen eingeschätzte Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* als Prädiktorvariable herangezogen wurde.

Demzufolge kann geschlussfolgert werden, dass der Einfluss von Psychotherapeutinnenmerkmalen auf das Psychotherapieergebnis von Intrasession-Prozessen mediiert wird. Insbesondere kann dies für *Problembezogene Prozesse*, *Beziehungserfahrungen* sowie *Emotionale Prozesse* bestätigt werden. Der mediierende Effekt zeigte sich vor allem, wenn die von den Klientinnen eingeschätzten Psychotherapeutinnenmerkmale *Klientinnenbeteiligung* sowie auch *Erfahrung*, *Klarheit* und *Vertrauen* als Prädiktorvariablen vorlagen. Demnach begünstigen hohe Expertise, klare Sprache, vertrauensvolles Verhalten der Psychotherapeutin und eine hohe Klientinnenbeteiligung den Psychotherapieerfolg bei Vorhandensein von *Problembezogenen Prozessen*, *Beziehungserfahrungen* sowie *Emotionalen Prozessen* während psychotherapeutischer Sitzungen.

Ebenso hat *Negatives Verhalten* der Psychotherapeutin negativen Einfluss auf die Intrasession-Prozesse, was sich insgesamt negativ auf das Psychotherapieergebnis auswirkt. Ebenso kann *Negatives Verhalten* der Psychotherapeutin ein negatives Psychotherapieergebnis bei Vorhandensein von *negativen unerwünschten Therapieereignissen* begünstigen. Der Einfluss positiver Psychotherapeutinnenmerkmale, wie vor allem *Klientinnenbeteiligung* und *Klarheit* sowie auch *Akzeptanz*, *Erfahrung*, *Ermutigung* auf das Psychotherapieergebnis wird über *negative unerwünschte Therapieereignisse* positiv mediiert.

Tabelle 31

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession-Prozesse (Gesamt) mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	Intra	Akz	12.983***	.013***	.160***	-.014	.174	7.89
							[.131; .227]	(<.001)
		Em	9.491***	.013***	.123***	.0004	.122	6.72
							[.089; .159]	(<.001)
		Erm	10.816***	.011***	.189***	.075**	.114	6.70
							[.079; .153]	(<.001)
		Vert	17.720***	.014***	.216***	-.030*	.245	7.91
							[.186; .308]	(<.001)
		Wer	15.716***	.014***	.194***	-.021	.215	7.82
							[.163; .273]	(<.001)
		Neg	-18.105***	.015***	-.176***	.087*	-.263	-7.94
							[-.354; -.187]	(<.001)
		Erfa	18.408***	.019***	.276***	.058	.191	7.10
							[.137; .251]	(<.001)
		Klar	16.322***	.014***	.185***	-.043	.228	8.03
							[.166; .298]	(<.001)
		Klie	22.180***	.013***	.289***	.005	.285	7.42
							[.216; .369]	(<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, Intra = Intrasession-Prozess (Gesamt), Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 32

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession-Prozess Problembezogene Prozesse mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	PP	Akz	.169***	.637***	.160***	.052*	.108	6.38
							[.072; .150]	(<.001)
		Em	.137***	.564***	.123***	.046**	.077	6.49
							[.052; .106]	(<.001)
		Erm	.175***	.567***	.189***	.089***	.099	6.37
							[.064; .142]	(<.001)
		Vert	.238***	.620***	.216***	.068*	.148	6.75
							[.103; .205]	(<.001)
		Wer	.213***	.617***	.194***	.062*	.131	6.75
							[.091; .179]	(<.001)
		Neg	-.212***	.690***	-.176***	-.030	-.146	-5.44
							[-.224; -.083]	(<.001)
		Erfa	.282***	.623***	.276***	.100**	.176	6.39
							[.112; .253]	(<.001)
		Klar	.218***	.671***	.185***	.039	.146	6.35
							[.096; .209]	(<.001)
		Klie	.349***	.668***	.289***	.056	.233	6.69
							[.157; .324]	(<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, PP = Intrasession-Prozess *Problembezogene Prozesse*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 33

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession-Prozess Beziehungserfahrungen mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	BE	Akz	.588***	.637***	.160***	.023	.136 [.095; .181]	6.84 (<.001)
		Em	.177***	.512***	.123***	.032	.091 [.061; .126]	5.39 (<.001)
		Erm	.208***	.481***	.189***	.089***	.100 [.068; .137]	6.03 (<.001)
		Vert	.332***	.602***	.216***	.016	.200 [.138; .270]	6.75 (<.001)
		Wer	.302***	.609***	.194***	.010	.184 [.127; .244]	6.72 (<.001)
		Neg	-.311***	.649***	-.176***	.026	-.202 [-.275; -.134]	-6.78 (<.001)
		Erfa	.372***	.559***	.276***	.068	.208 [.145; .287]	6.61 (<.001)
		Klar	.312***	.649***	.185***	-.018	.202 [.143; .268]	7.30 (<.001)
		Klie	.385***	.579***	.289***	.067	.233 [.159; .299]	6.46 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, BE = Intrasession-Prozess *Beziehungserfahrungen*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 34

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession-Prozess Emotionale Prozesse mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	EP	Akz	.185***	.532***	.160***	.062	.098	5.87
							[.066; .139]	(<.001)
		Em	.148***	.419***	.123***	.061***	.062	5.39
							[.037; .126]	(<.001)
		Erm	.175***	.454***	.189***	.109***	.079	5.41
							[.051; .117]	(<.001)
		Vert	.277***	.515***	.216***	.073*	.143	5.82
							[.094; .202]	(<.001)
		Wer	.236***	.503***	.194***	.075*	.119	5.77
							[.081; .160]	(<.001)
		Neg	-.245***	.602***	-.176***	-.029	-.147	-5.65
							[-.217; -.088]	(<.001)
		Erfa	.278***	.512***	.276***	.134***	.142	5.60
							[.091; .208]	(<.001)
		Klar	.235***	.570***	.185***	.051	.134	5.96
							[.092; .186]	(<.001)
		Klie	.388***	.568***	.289***	.069	.221	6.20
							[.153; .300]	(<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, EP = Intrasession-Prozess *Emotionale Prozesse*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 35

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession-Prozess negative unerwünschte Therapieereignisse mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	NT	Akz	-.215***	-.396***	.160***	.074*	.085 [.025; .150]	3.49 (<.001)
		Em	-.129***	-.161	.123***	.102***	.021 [-.012; .057]	1.51 (.132)
		Erm	.-119***	-.363***	.189***	.145***	.043 [.016; .079]	3.84 (<.001)
		Vert	-.256***	-.321**	.216***	.134***	.082 [-.004; .169]	2.97 (.003)
		Wer	-.226***	-.312**	.194***	.123***	.071 [-.002; .162]	2.91 (.004)
		Neg	.353***	-.665***	-.176***	.058	-.235 [-.337; -.137]	-5.50 (<.001)
		Erfa	-.213***	-.408***	.276***	.189***	.087 [.035; .158]	4.09 (<.001)
		Klar	-.237***	-.465***	.185***	.074	.111 [.051; .181]	4.46 (<.001)
		Klie	-.282***	-.441***	.289***	.165***	.124 [.043; .229]	4.33 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, NT = Intrasession-Prozess *negative unerwünschte Therapieereignisse*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

4.2.4 Intersession-Prozesse

4.2.4.1 Korrelationsanalyse Intersession-Prozesse

Fragestellung 4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Psychotherapeutinnen-merkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und den verschiedenen Intersession-Prozessen?

Die Ergebnisse der korrelativen Zusammenhänge sind in den Tabellen 35 und 36 angeführt (s. dazu Tabelle 36 und Tabelle 37). Zunächst werden die 14 untersuchten Intersession-Prozesse einzeln und sodann zusammenzufassend angeführt.

Die Gesamtskala der Intersession-Prozesse korrelierte mittel bis hochsignifikant mit allen Psychotherapeutinnenmerkmalen (s. dazu Tabelle 36). Genauso konnten für die Skalen *Intensität der Inter-Session-Erfahrung*, *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* und *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* signifikante Korrelationen für alle Psychotherapeutinnenmerkmale verzeichnet werden.

Die Skalen *Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung*, *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde* und *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung* korrelierten signifikant mit den Merkmalen *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung*.

Die Skalen *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen*, *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen, Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* und *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* korrelierten mittel bis hoch signifikant mit allen Psychotherapeutinnenmerkmalen (s. dazu Tabelle 37). Die signifikant deutlichsten Zusammenhänge konnten für die Merkmale *Empathie*, *Ermutigung* und *Vertrauen* mit der Skala *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie* verzeichnet werden.

Zusammenfassend zeigten sich die höchsten Zusammenhänge zwischen den Intersession-Prozessen und den Psychotherapeutinnenmerkmalen *Empathie* und *Vertrauen*. Zudem zeigten die Skalen *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (NEQ)* und *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (PN)* sowie die Gesamtskala der Intersession-Prozesse hohe signifikante Zusammenhänge mit den Psychotherapeutinnenmerkmalen. Die Skala *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (NEQ)* beinhaltet vor allem das Sich-Ärgern, das Schimpfen und das Empfinden von Aggressivität gegenüber der Psychotherapie bzw. der Psychotherapeutin. Hingegen beinhaltet die Skala *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (PN)* Emotionen, wie beispielsweise Erleichterung, Stärkung, Freude, Mut und Zuversicht.

Es kann geschlussfolgert werden, dass *positive Nachwirkungen* und *negative Auseinandersetzungen* hoch signifikant mit den Psychotherapeutinnenmerkmalen *Akzeptanz,*

Empathie, Vertrauen und *Wertschätzung* sowie *Negatives Verhalten* korrelierten (jeweils positiv bzw. negativ).

Tabelle 36

Korrelationen zwischen den Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale und den drei Subskalen der Skala „Intensität der Beschäftigung mit den Therapieeinheiten“ und den Skalen „Art der Beschäftigung mit der Therapie“, „Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung“ und den Subskalen der Skala „Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung“ der Intersession-Prozesse (Pearson’s r) (N = 234)

Skala	Gesamt	IIS	HIS	ISVA	ABT	AUT	PEQ	NEQ
Akzeptanz	.503**	.186**	.028	.073	-.073	.151*	.374**	-.595**
Bestätigung	.607**	.281**	.087	.106	.063	260**	.403**	-.600**
Empathie	.627**	.347**	.177**	.151*	-.014	.242**	.393**	-.613**
Ermutigung	.589**	.373**	.188**	.219**	-.147*	.437**	.434**	-.360**
Offenheit	.465**	.277**	.132*	.092	-.029	.166*	.355**	-.512**
Vertrauen	.629**	.312**	.140*	.156*	-.045	.248**	.507**	-.615**
Wertschätzung	.572**	.321**	.141*	.151*	-.056	.193**	.436**	-594**
Negatives Verhalten	-.422**	-.156*	-.023	-.036	.082	-.071	-.267**	.604**
Erfahrung	.504**	.322**	.159*	.142*	.048	.274**	.317**	-.398**
Klarheit	.529**	.252**	.039	.122	.079	.256**	.420**	-.494**
Klientinnenbeteiligung	.364**	.219**	.074	.018	-.086	.007	.225**	-.403**
Strukturiertheit der Arbeit	.477**	.302**	.101	.117	.176**	.342**	.304**	-.330**
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.129*	.043	.125	-.041	.037	-.076	.056	-.175**

Anmerkung. IIS = *Intensität der Inter-Session-Erfahrung, HIS = Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung*, ISVA = *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde*, ABT = *Art der Beschäftigung mit der Therapie,* AUT = *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung*, PEQ = *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, NEQ = *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung.* Skalen: Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit und Strukturiertheit der Arbeit sind aufgrund mangelnder Reliabilität grau unterlegt. Ebenso die Skala ABT. Skalen: *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* sind aufgrund mangelnder Reliabilität (< .60) grau unterlegt. Ebenso die Skala ABT.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig).

Tabelle 37

Korrelationen zwischen den Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale und den Subskalen der Skalen „Therapiebewertung und Therapieerfahrung", „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie" und „Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie" der Intersession-Prozesse (Pearson's r) (N = 234)

Skala	PTB	NTB	PN	NN	PIA	NIA	AIA
Akzeptanz	.335**	-.491**	.455**	-.412**	.327**	-.489**	-.153*
Bestätigung	.440**	-.507**	.524**	-.461**	.429**	-.418**	-.112
Empathie	.450**	-.482**	.591**	-.401**	.406**	-.520**	-.103
Ermutigung	.439**	-.298**	.547**	-.268**	.397**	-.267**	-.037
Offenheit	.326**	-.403**	.415**	-.332*	.240**	-.396**	-.137*
Vertrauen	.490**	-.524**	.590**	-.389**	.392**	-.477**	-.077
Wertschätzung	.457**	-.415**	.533**	-.352**	.396**	.470**	-.053
Negatives Verhalten	-.274**	.440**	-.386**	.417**	-.250**	.492**	.106
Erfahrung	.388**	-.245**	.471**	-.234**	.296**	-.368**	-.029**
Klarheit	.439**	-.398**	.445**	-.329**	.324**	-.361**	.024
Klientinnenbeteiligung	.262**	-.368**	.443**	-.316**	.266**	-.312**	-.053
Strukturiertheit der Arbeit	.344**	-.332**	.390**	-.253**	.285**	-.268**	-.015
Ähnlicher ethnischer Hintergrund	.033	-.119	-.146*	-.169**	.138*	-.163*	-.050

Anmerkung. PTB = *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen*, NTB = *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen,* PN = *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, NN = *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, PIA = *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*, NIA = *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*, AIA = *Ambivalente Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie.* Skalen: *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* sind aufgrund mangelnder Reliabilität (< .60) grau unterlegt. Ebenso die Skala AIA.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig).

4.2.4.2 Regressionsanalyse Intersession-Prozesse

Fragestellung 4a Können Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) identifiziert werde, welche die Intersession-Prozesse vorhersagen?

Damit die Regressionsmodellanalysen verlässlich interpretiert werden können, werden die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit*

aufgrund deren niedrigen internen Konsistenzen von α < .60 aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Wohingegen die Skalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* als Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen werden. Zudem wurden die Intersession-Prozessskalen *Art der Beschäftigung mit der Therapie* und *Ambivalente Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* aus demselben Grund (α < .60) aus der Modellprüfung ausgeschlossen. Nicht signifikante Prädiktoren wurden aus den Regressionsmodellen ausgeschlossen.

Die Verfahrensvoraussetzungen konnten als erfüllt betrachtet werden; die Normalverteilung der standardisierten Residuen konnte angenommen werden und ebenso konnte aufgrund der unauffälligen Toleranzwerte kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren gefunden werden. Zudem lagen die Koeffizienten der Durbin-Watson-Statistik im Normalbereich (1 - 3), womit keine Autokorrelation der Residuen anzunehmen war (Bühl & Zöfel, 2000).

Im Rahmen der *stepwise backward eliminiation-Methode* der multiplen linearen Regression konnten für die Intersession-Prozesse (Gesamt) vier signifikante positive Psychotherapeutinnenmerkmale (*Empathie, Ermutigung*, *Klarheit* und *Vertrauen*) mit einem Erklärungswert von 51.3% gefunden werden (s. dazu Tabelle 31).

Die Subskala *Intensität der Inter-Session-Erfahrung (IIS)* konnte durch das Merkmal *Ermutigung* mit einem Erklärungswert von 18.5% an der Varianz des Kriteriums vorhergesagt werden. Für die Subskala *Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung (HIS)* konnten zwei Prädiktoren mit einem Erklärungswert von zusammen 6% gefunden werden, wobei *Empathie* mit β = .381 (<.001) den vergleichsweise höheren Beitrag lieferte und Akzeptanz einen signifikanten negativen Beitrag von β = -.226 leistete.

Für die dritte Subskala *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde (ISVA)* konnte mit dem Merkmal *Ermutigung* ein Erklärungswert von 4,8% ermittelt werden.

Ebenso konnten für die Skala *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung (AUT)* drei Prädiktoren (*Ermutigung*, *Klarheit* und *Klientinnenbeteiligung*) mit einem signifikanten Erklärungswert von 22.3% gefunden werden. *Klientinnenbeteiligung* lud in diesem Modell negativ auf das Kriterium.

Für den Intersession-Prozess *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (PEQ)* konnten drei Prädiktoren (*Ermutigung*, *Klarheit* und *Vertrauen*) mit einem signifikanten Erklärungswert von 31.3% gefunden werden (s. dazu Tabelle 32). *Vertrauen* wies mit β = .388 (<.001) die höchste Gewichtung zur Prognose von *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* auf.

Auch für die Subskala *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (NEQ)* wurden drei Prädiktoren (*Empathie*, *Vertrauen* und *Negatives Verhalten*) mit einem Erklärungswert von 46.8% ermittelt, wobei *Negatives Verhalten* mit β = .304 (<.001) den höchsten Beitrag lieferte.

Fünf Prädiktoren (*Ermutigung*, *Klarheit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten*) erklärten gemeinsam mit einem Erklärungswert von 32.1% die Varianz der Subskala *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen (PTB)*.

Für die Subskala *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen (NTB)* waren drei Prädiktoren (*Akzeptanz*, *Erfahrung* und *Vertrauen*) mit einem erklärten Varianzanteil von 34.4% auffällig, wobei *Erfahrung* als einziger Prädiktor positiv auf das Kriterium lud.

Es konnten vier Prädiktoren (*Empathie*, *Ermutigung*, *Klientinnenbeteiligung* und *Vertrauen*) mit einem signifikanten Erklärungswert von 45.5% an der Varianz der Skala *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (PN)* gefunden werden. *Ermutigung* wies in diesem Modell mit β = .292 die vergleichsweise höchste Gewichtung zur Prognose von *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie* auf.

Für die Skala *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (NN)* wurden drei Prädiktoren (*Akzeptanz*, *Ermutigung* und *Negatives Verhalten*) mit einem Erklärungswert von zusammen 21.8% ermittelt, wobei *Negatives Verhalten* mit β = .304 (<.004) den höchsten und einzigen positiven Beitrag lieferte.

Mit einem Erklärungswert von 21.6% sagten die *Ermutigung* und *Wertschätzung* die Subskala *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie (PIA)* vorher, wobei beide Prädiktoren ähnlich hoch auf das Kriterium luden.

Schließlich konnten für die Subskala *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie (NIA)* ein Erklärungswert von insgesamt 31.4% mit zwei Prädiktoren *Empathie* und *Negatives Verhalten* ermittelt werden. Hierbei zeigte *Empathie* mit β = -.348 (<.001) die höhere Gewichtung.

Tabelle 38

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Inter-Session-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 - und korrigierte R^2 - Werte und Durbin-Watson Statistik (Ausschlussmodus stepwise backward, N = 234)

	Kriterium				
	Gesamt	IIS	HIS	ISVA	AUT
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz			-.226 (.008)		
Empathie	.186 (.025)		.381 (<.001)		
Ermutigung	.297 (<.001)	.232 (.002)		.219 (.001)	.422 (<.001)
Vertrauen	.234 (.004)				
Wertschätzung					
Negatives Verhalten					
Erfahrung					
Klarheit	.140 (.023)				.148 (.023)
Klientinnenbeteiligung					-.155 (.013)
R^2 (R^2_{korr})	51.3% (50.4%)	18.5% (17.0%)	6% (5.2%)	4.8% (4.4%)	22.3% (21.3%)
F (df_1, df_2)	60.263 (4, 229)	12.971 (4, 229)	7.370 (2, 233)	11.698 (1, 232)	22.016 (3,230)
(*p*)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)
Durbin - Watson	1.907	1.902	1.972	1.909	2.060

Anmerkung. IIS = *Intensität der Inter-Session-Erfahrung, HIS = Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung*, ISVA = *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde*, AUT = *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung*. Die Modellprüfungen erfolgten unter dem in SPSS voreingestellten Signifikanzkriterium von .10 (Bühl & Zöfel, 2000), wobei in der Tabelle jene Prädiktorvariablen angeführt sind, die ein p <.05 aufweisen.

Tabelle 39

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Inter-Session-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R^2 - und korrigierte R^2 - Werte und Durbin-Watson Statistik (Ausschlussmodus schrittweise rückwärts, N = 234)

	Kriterium			
	PEQ	NEQ	PTB	NTB
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz				-.247 (.001)
Empathie		-.238 (.004)		
Ermutigung	.193 (.004)		.295 (.004)	
Vertrauen	.388 (<.001)	-.225 (.008)	.223 (.027)	-.427 (<.001)
Wertschätzung				
Negatives Verhalten		.304 (<.001)		
Erfahrung				.204 (.005)
Klarheit	.167 (.018)		.180 (.013)	
Klientinnenbeteiligung				
R^2 (R^2_{korr})	31.3% (30.1%)	46.8% (46.1%)	32.0% (30.5%)	33.6% (32.4%)
F (df_1, df_2)	26.105 (4, 229)	67.475 (3, 230)	21.487 (5, 228)	28,964 (4, 229)
(*p*)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)
Durbin - Watson	2.031	1.862	1.893	1.838

Anmerkung. PEQ = *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, NEQ = *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, PTB = *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen*, NTB = *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen.* Die Modellprüfungen erfolgten unter dem in SPSS voreingestellten Signifikanzkriterium von .10 (Bühl & Zöfel, 2000), wobei in der Tabelle jene Prädiktorvariablen angeführt sind, die ein p <.05 aufweisen.

Tabelle 40

Zusammenfassung der Modellprüfung für die Inter-Session-Prozesse, mit standardisiertem Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, R² - und korrigierte R² - Werte und Durbin-Watson Statistik (Ausschlussmodus schrittweise rückwärts, N = 234)

	Kriterium			
	PN	NN	PIA	NIA
Prädiktor	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)	β (*p*)
Akzeptanz		-.201 (.017)		
Empathie	.177 (.043)			-.348 (<.001)
Ermutigung	.292 (<.001)	-.137 (.028)	.274 (<.001)	
Vertrauen	.210 (.014)			
Wertschätzung			.271 (<.001)	
Negatives Verhalten		.237 (.004)		.270 (<.001)
Erfahrung				
Klarheit				
Klientinnenbeteiligung	.153 (.011)			
R^2 (R^2_{korr})	45.5% (44.6%)	21.8% (20.8%)	21.6% (20.9%)	31.4% (30.8%)
F (df_1, df_2)	47.866 (4, 229)	21.401 (3, 230)	31.844 (2, 231)	52.763 (2, 231)
(*p*)	(< .001)	(< .001)	(< .001)	(< .001)
Durbin - Watson	1.905	2.274	1.742	1.696

Anmerkung. PN = *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, NN = *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*, PIA = *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*, NIA = *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie.*

4.2.4.3 Mediationsanalyse Intersession-Prozesse

Fragestellung 4b Mediieren Intersession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *berufliche Erfahrung*, *Bestätigung der Klientin*, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

In Tabelle 41 bis Tabelle 53 sind alle Mediationsanalysen zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis, die durch die jeweiligen Intersession-Prozesse mediiert werden, dargestellt.

Auch hier werden die Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund, Bestätigung, Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* aufgrund ihrer niedrigen Reliabilität von α > .60 nicht mitberücksichtigt. Hingegen werden die Skalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Negatives Verhalten* aufgenommen.

Auf Grundlage des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006) kann bei Stichprobenumfängen ≥ 30 die Normalverteilung der Daten im Allgemeinen angenommen werden. Demnach verhalten sich die herangezogenen Verfahren verhalten robust gegenüber Einschränkungen der Verteilungsannahmen (Backhaus et al., 2006).

Für die Gesamtskala der Intersession-Prozesse konnten signifikante Mediationen für den Einfluss aller Psychotherapeutinnenmerkmale auf das Psychotherapieergebnis gefunden werden. Hierbei zeigte die Gesamtskala die höchste signifikante Mediation mit .149 (95% CI [.102; .206]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Erfahrung* als Prädiktor im Model diente.

Die Analysen zeigten signifikante indirekte Effekte von den Merkmalen *Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* sowie *Wertschätzung* auf das Psychotherapieergebnis über den Intersession-Prozess *Intensität der Intersession-Erfahrung (IIS)* (s. dazu Tabelle 34). Dabei zeigte *Intensität der Intersession-Erfahrung* die höchste signifikante Mediation mit .038 (95% CI [.006; .094]) auf das Psychotherapieergebnis, wenn das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente. Für *Ermutigung* sowie *Negatives Verhalten* konnte keine Mediation über *Intensität der Intersession-Erfahrung* auf das Psychotherapieergebnis gefunden werden.

Es konnten keine signifikanten Mediationseffekte von den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über die drei Intersession-Prozesse *Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung (HIS)*, *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde (ISVA)* sowie *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung (AUT)* gefunden werden (s. dazu Tabellen 35, 36, 37).

Für die Einflüsse der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (PEQ)* konnten signifikante indirekte Effekte gefunden werden (s. dazu Tabelle 37). Dabei zeigte *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* mit .080 (95% CI [.046; .126]) die höchste signifikante Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klarheit* als Prädiktor im Modell diente.

Es konnten signifikante indirekte Effekte der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über den Intersession-Prozess *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (NEQ)* gefunden werden (s. dazu Tabelle 38). Dabei zeigte *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung* mit -.150 (95% CI [-.230; -.086]) den höchsten signifikanten negativen indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, wenn das durch die Klientinnen eingeschätzte Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* als Prädiktor im Modell diente und den höchsten signifikanten positiven indirekten Effekt, wenn *Klarheit* mit einem Effektkoeffizienten von .129 (95% CI [.068; .215]) als Prädiktor im Modell diente.

Die Analysen für die Einflüsse der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives*

Verhalten) auf das Psychotherapieergebnis über *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen (PTB)* zeigten signifikante indirekte Effekte (s. dazu Tabelle 39). Dabei zeigte *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen* mit .102 (95% CI [.063; .150]) die höchste Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klarheit* als Prädiktor im Modell diente.

Es konnten signifikante indirekte Effekte von den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen (NTB)* (mit Effektkoeffizienten zwischen .028 bis .112) gefunden werden (s. dazu Tabelle 40). Dabei zeigte *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen* mit .112 (95% CI [.062; .177]) den höchsten signifikanten indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klarheit* als Prädiktor im Modell diente.

Für den Einfluss der Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über den Intersession-Prozess *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (PN)* konnten signifikante Effekte gefunden werden (s. dazu Tabelle 41). Es zeigte *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen* mit einem Effektkoeffizienten von .210 (95% CI [.152; .277]) die höchste signifikante Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente.

Die Analyse des Einflusses der Psychotherapeutinnenmerkmale (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie (NN)* zeigte signifikante indirekte Effekte (s. dazu Tabelle 42). Dabei zeigte *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie* mit -.088 (95% CI [-.153; -.038]) den höchsten negativen signifikanten, indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Negatives Verhalten* als Prädiktor im Model diente und den höchsten positiven signifikanten Effekt, wenn *Klarheit* mit einem Effektkoeffizienten von .086 (95% CI [.039; .152]) als Prädiktor im Modell diente.

Die Analyse zeigte signifikante indirekte Effekte von den Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *Empathie*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) auf das Psychotherapieergebnis über den Intersession-Prozess *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie (PIA)* (s. dazu Tabelle 43). Dabei zeigte *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* mit einem Effektkoeffizienten von .098 (95% CI [.063; .148]) die höchste signifikante Mediation, wenn *Klarheit* als Prädiktor im Modell diente.

Die Analyse zeigte signifikante indirekte Effekte von den Psychotherapeutinnenmerkmalen *Akzeptanz*, *Erfahrung*, *Ermutigung*, *Klarheit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* sowie *Negatives Verhalten* auf das Psychotherapieergebnis über den Intersession-Prozess *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie (NIA)* (s. dazu Tabelle 44). Dabei zeigte *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* mit -.088 (95% CI [-.164; -.033]) den höchsten signifikant negativen indirekten Effekt, wenn *Negatives Verhalten* als Prädiktor im Model diente und den höchsten signifikanten positiven indirekten Effekt, wenn *Klarheit* mit einem Effektkoeffizienten von

.070 (95% CI [.027; .142]) als Prädiktor im Modell diente.

Für den Einfluss von *Empathie* auf das Psychotherapieergebnis über *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie* konnte kein signifikanter indirekter Effekt gefunden werden.

Tabelle 41

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intersession-Prozesse (Gesamt) mit Regressionskoeffizienten und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	Inter	Akz	5.172***	.180***	.159***	.066**	.093 [.066; .129]	5.76 (<.001)
		Em	3.837***	.014***	.123***	.067***	.055 [.037; .075]	5.09 (<.001)
		Erm	5.778***	.015***	.189***	.101***	.088 [.059; .125]	5.37 (<.001)
		Vert	7.929***	.017***	.216***	.078*	.138 [.100; .185]	5.80 (<.001)
		Wer	6.395***	.017***	.194***	.085**	.108 [.075; .152]	5.72 (<.001)
		Neg	-6.970***	.020***	-.176***	-.034	-.142 [-.201; -.097]	-5.53 (<.001)
		Erfa	8.499***	.018***	.276***	.127**	.149 [.102; .206]	5.68 (<.001)
		Klar	7.267***	.020***	.185***	.042	.143 [.105; .188]	6.13 (<.001)
		Klie	7.359***	.019***	.289***	.153***	.136 [.092; .189]	4.86 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, Inter = Intersession-Prozess *(Gesamt)*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 42

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intensität der Intersession-Erfahrung mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	IIS	Akz	.052**	.317***	.160***	.143***	.017	2.25
							[.002; .045]	(.024)
		Em	.058***	.179*	.123***	.112***	.010	2.01
							[.003; .027]	(.045)
		Erm	.100***	.173*	.189***	.171***	.017	1.92
							[-.003; .044]	(.054)
		Vert	.107***	.240***	.216***	.190***	.026	2.43
							[.004; .065]	(.015)
		Wer	.098***	.232**	.194***	.171***	.023	2.38
							[.004; .061]	(.017)
		Neg	-.070*	.360***	-.176***	-.151***	-.025	-2.04
							[-.078; .001]	(.042)
		Erfa	.148***	.244**	.276***	.240**	.036	2.46
							[.006; .090]	(.014)
		Klar	.094***	.307***	.185***	.156***	.029	2.60
							[.007; .068]	(.006)
		Klie	.121***	.312***	.289***	.252***	.038	2.46
							[.006; .094]	(.014)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, IIS = Intersession-Prozess *Intensität der Inter-Session-Erfahrung*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 43

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	HIS	Akz	.008	.069	.160***	.159***	.001	.263
							[-.003; .011]	(.793)
		Em	.031**	-.042	.123***	.124***	-.002	-.507
							[-.008; .003]	(.612)
		Erm	.052**	-.045	.189***	.191***	-.002	-.538
							[-.015; .007]	(.590)
		Vert	.050*	.0002	.216***	.216***	.0001	-.002
							[-.010; .011]	(.999)
		Wer	.045*	-.002	.194***	.194***	-.0001	-.020
							[-.011; .010]	(.984)
		Neg	-.011	.075	-.176***	-.176***	-.001	-.225
							[-.019; .006]	(.822)
		Erfa	.076*	-.008	.276***	.277***	-.001	-.088
							[-.017; .016]	(.930)
		Klar	.015	.066	.185***	.184***	.001	.336
							[-.003; .015]	(.737)
		Klie	.043	.047	.289***	.287***	.002	.402
							[-.004; .028]	(.688)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, HIS = Intersession-Prozess Häufigkeit der Inter-Session-Erfahrung, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 44

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	ISVA	Akz	.024	.007	.160***	.160***	.0002 [-.004; .007]	.074 (.941)
		Em	.030*	-.052	.123***	.124***	-.002 [-.008; .001]	.688 (.491)
		Erm	.070***	-.093	.189***	.195***	-.006 [-.019; .004]	-1.22 (.224)
		Vert	.064*	.218***	.216***	.218***	-.003 [-.015; .005]	-.530 (.596)
		Wer	.055*	.196***	.194***	.196***	-.002 [-.014; .004]	-.506 (.613)
		Neg	-.019	.031	-.176***	-.176***	-.001 [-.011; .003]	-.185 (.854)
		Erfa	.078*	-.030	.276***	.278***	-.023 [-.018; .007]	.384 (.701)
		Klar	.054	-.009	.185***	.185***	-.001 [-.001; .008]	-.103 (.918)
		Klie	.012	.289***	.289***	.289***	.0004 [-.003; .010]	.113 (.910)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, ISVA = Intersession-Prozess *Inter-Session-Erleben unmittelbar vor bzw. nach einer Therapiestunde*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 45

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	AUT	Akz	.036*	.205*	.160***	.153***	.007	1.47
							[-.0002; .024]	(.143)
		Em	.034***	.097	.123***	.119***	.003	.95
							[-.002; .013]	(.341)
		Erm	.098***	-.079	.189***	.196***	-.008	-.74
							[-.032; .014]	(.458)
		Vert	.010	.016	.216***	.216***	-.0002	-.068
							[-.008; .004]	(.946)
		Wer	-.011	.027	.194***	.194***	-.0003	-.135
							[-.008; .003]	(.893)
		Neg	.024	.022	-.176***	-.177***	.001	.121
							[-.006; .017]	(.903)
		Erfa	.106***	.116	.276***	.264***	.012	1.07
							[-.011; .039]	(.283)
		Klar	.019	.187***	.185***	.187***	-.002	-.47
							[-.016; .003]	(.636)
		Klie	-.030	.042	.289***	.291***	-.001	-.24
							[-.020; .005]	(.807)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, AUT = Intersession-Prozess *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 46

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intersession-Prozess Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI-Werte und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	PEQ	Akz	.129***	.248***	.160***	.128***	.032 [.015; .054]	2.98 (.003)
		Emp	.093***	.147*	.123***	.109***	.014 [.002; .028]	2.00 (.045)
		Erm	.143***	.170*	.189***	.164***	.024 [.005; .048]	2.26 (.024)
		Vert	.214***	.172*	.216***	.179***	.037 [.009; .069]	2.17 (.030)
		Wer	.163***	.199**	.194***	.161***	.033 [.010; .059]	2.55 (.011)
		Neg	-.148***	.325***	-.176***	-.128***	-.048 [-.082; -.023]	-3.06 (.002)
		Erfa	.222***	.230**	.276***	.225***	.051 [.023; .089]	2.85 (.004)
		Klar	.257***	.313***	.195***	.115*	.080 [.046; .126]	3.50 (<.001)
		Klie	.152***	.306***	.289***	.243***	.047 [.021; .082]	2.73 (.006)

Anmerkung. Ergebnis = Psychotherapieergebnis, PEQ = Intersession-Prozess *Positive Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 47

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	NEQ	Akz	-.144***	-.441***	.160***	.096***	.064 [.027; .111]	3.57 (<.001)
		Em	-.089***	-.252*	.123***	.100***	.022 [.002; .048]	2.18 (.029)
		Erm	-.083***	-.440*	.189***	.152***	.037 [.017; .065]	3.64 (<.001)
		Vert	-.183***	-.371**	.216***	.148***	.068 [.007; .130]	3.04 (.002)
		Wer	-.157***	-.373***	.194***	.135***	.058 [.014, .109]	3.11 (.002)
		Neg	.236***	-.636***	-.176***	-.026	-.150 [-.230; -.086]	-4.78 (<.001)
		Erfa	-.158***	-.476**	.276***	.201***	.075 [.037; .134]	3.85 (<.001)
		Klar	-.213***	-.606***	.195***	.066	.129 [.068; .215]	4.59 (<.001)
		Klie	-.192***	-.516***	.289***	.190***	.099 [.047; .171]	4.01 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, NEQ = Intersession-Prozess *Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 48

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intersession-Prozess Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen mit Regressions-koeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI-Werte und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade a	Pfade b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	PTB	Akz	.128***	.301***	.160***	.121***	.039 [.022; .062]	3.58 (<.001)
		Emp	.103***	.207***	.123***	.101***	.021 [.009; .035]	3.02 (.002)
		Erm	.161***	.224***	.189***	.153***	.036 [.014; .061]	3.19 (<.001)
		Vert	.230***	.240*	.216***	.161***	.055 [.026; .089]	3.28 (<.001)
		Wer	.190***	.246**	.194***	.147***	.047 [.021; .077]	3.37 (<.001)
		Neg	-.169***	.356***	-.176***	-.116**	-.060 [-.094; -.032]	-3.41 (.001)
		Erfa	.244***	.279**	.276***	.208***	.068 [.039; .107]	3.60 (<.001)
		Klar	.289***	.353***	.195***	.093*	.102 [.063; .150]	4.15 (<.001)
		Klie	.197***	.329***	.289***	.225***	.065 [.035; .105]	3.25 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, PTB = Intersession-Prozess *Positive Therapiebewertung und Therapieerfahrungen*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 49

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI-Werte und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	NTB	Akz	-.130***	-.473***	.160***	.099***	.061 [.036; .094]	4.20 (<.001)
		Emp	-.076***	-.365***	.123***	.095***	.028 [.014; .045]	3.58 (<.001)
		Erm	-.175***	-.475***	.189***	.153***	.036 [.018; .062]	3.64 (<.001)
		Vert	-.170***	-.423*	.216***	.144***	.072 [.036; .118]	3.88 (<.001)
		Wer	-.119***	-.454**	.194***	.140***	.054 [.030; .091]	4.04 (<.001)
		Neg	.187***	-.587***	-.176***	-.067	-.109 [-.163; -.068]	-4.68 (<.001)
		Erfa	-.106***	-.532**	.276***	.219***	.056 [.025; .102]	3.26 (<.001)
		Klar	-.191***	-.589***	.195***	.083	.112 [.062; .177]	4.47 (<.001)
		Klie	-.191***	-.521***	.289***	.190***	.099 [.056; .162]	4.12 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, NTB = Intersession-Prozess *Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen,* Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

Tabelle 50

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	PN	Akz	.128***	.839***	.160***	.05***	.107 [.076; .145]	6.34 (<.001)
		Emp	.099***	.755***	.123***	.048***	.074 [.057; .096]	7.03 (<.001)
		Erm	.146***	.769***	.189***	.076***	.113 [.083; .148]	6.90 (<.001)
		Vert	.203***	.851*	.216***	.043	.173 [.130; .223]	7.44 (<.001)
		Wer	.163***	.819**	.194***	.060*	.133 [.100; .173]	6.98 (<.001)
		Neg	-.174***	.909***	-.176***	-.018	-.158 [-.219; -.106]	-5.63 (<.001)
		Erfa	.217***	.826**	.276***	.097**	.179 [.114; .247]	6.48 (<.001)
		Klar	.209***	.923***	.195***	.002	.193 [.131; .264]	5.90 (<.001)
		Klie	.244***	.861***	.289***	.080	.210 [.152; .277]	6.24 (<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, PN = Intersession-Prozess *Positive emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie,* Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 51

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	NN	Akz	-.098***	-.448***	.160***	.116***	.044	3.61
							[.015; .080]	(<.001)
		Emp	-.057***	-.359 ***	.123***	.102***	.020	3.19
							[.005; .043]	(.001)
		Erm	-.061***	-.459***	.189***	.161***	.028	3.19
							[.008; .061]	(.001)
		Vert	-.113***	-.425*	.216***	.168***	.048	3.48
							[.013; .097]	(<.001)
		Wer	-.091***	-.439**	.194***	.154***	.040	3.47
							[.012; .080]	(.001)
		Neg	.159***	-.552***	-.176***	-.088*	-.088	-4.08
							[-.153; -.038]	(<.001)
		Erfa	-.091***	-.511**	.276***	.229**	.047	2.99
							[.011; .103]	(.003)
		Klar	-.154***	-.561***	.195***	.109*	.086	3.87
							[.039; .152]	(<.001)
		Klie	-.147***	-503***	.289***	.215***	.074	3.53
							[.020; .152]	(<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, NN = Intersession-Prozess *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie,* Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 52

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie, mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c	c'	a * b [95%CI]	Sobel-z
					total	direkt	indirekt	(*p*)
Erg	PIA	Akz	.089***	.559***	.160***	.110***	.050	4.11
							[.030; .076]	(<.001)
		Emp	.066***	.459***	.123***	.092***	.030	4.26
							[.019; .045]	(<.001)
		Erm	.103***	.478***	.189***	.140***	.049	4.29
							[.029; .074]	(<.001)
		Vert	.130***	.517*	.216***	.148	.067	4.39
							[.042; .100]	(<.001)
		Wer	.117***	.512**	.194***	.134***	.060	4.40
							[.038; .088]	(<.001)
		Neg	-.109***	.630***	-.176***	-.108**	-.069	-3.46
							[-.113; -.037]	(.001)
		Erfa	.132***	.557**	.276***	.203**	.073	3.85
							[.034; .117]	(<.001)
		Klar	.156***	.631***	.195***	.097*	.098	4.09
							[.063; .148]	(<.001)
		Klie	.142***	.589***	.289***	.206	.084	3.60
							[.043; .129]	(<.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, PIA = Intersession-Prozess *Positive Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

Tabelle 53

Mediationsanalysen zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie, mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI und Sobel-Test (Beta und z-Wert) (N = 234)

AV	M	UV	Pfade					
			a	b	c total	c' direkt	a * b [95%CI] indirekt	Sobel-z (*p*)
Erg	NIA	Akz	-.141***	- .275**	.160***	.121***	.039 [.007; .077]	2.80 (.005)
		Emp	-.089***	-.148	.123***	.109***	.013 [-.003; .036]	1.64 (.102)
		Erm	-.073***	-.320***	.189***	.165***	.023 [.008; .052]	2.91 (.004)
		Vert	-.168***	-.244**	.216***	.175***	.041 [.002; .090]	2.57 (.010)
		Wer	-.147***	-.243**	.194***	.158*	.036 [.003; .082]	2.57 (.010)
		Neg	.227***	-.387***	-.176***	-.088*	-.088 [-.164; -.033]	-3.65 (<.001)
		Erfa	-.174***	-.307***	.276***	.223***	.053 [.015; .110]	3.08 (.002)
		Klar	-.173***	-.403***	.195***	.126**	.070 [.027; .142]	3.44 (.001)
		Klie	-.176***	-.356***	.289***	.227***	.063 [.020; .129]	3.19 (.001)

Anmerkung. Erg = Psychotherapieergebnis, NIA = Intersession-Prozess *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*, Akz = *Akzeptanz*, Em = *Empathie*, Erm = *Ermutigung*, Vert = *Vertrauen*, Wer = *Wertschätzung*, Neg = *Negatives Verhalten*, Erfa = *Erfahrung*, Klar = *Klarheit*, Klie = *Klientinnenbeteiligung*.

**p* < .05 (2-seitig), ***p* < .01 (2-seitig), ****p* < .001 (2-seitig).

4.2.5 Intrasession- und Intersession-Prozesse

Fragestellung 5 Mediieren Intrasession- und Intersession-Prozesse den Zusammenhang zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen (*Akzeptanz*, *ähnlicher ethnischer Hintergrund*, berufliche *Erfahrung*, *Bestätigung der* Klientin, *Ermutigung der Klientin*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Offenheit*, *Strukturierung der Arbeit*, *Vertrauen*, *Wertschätzung*, *Negatives Verhalten*) und dem positiven Ergebnis der Psychotherapie?

Im Rahmen der multiplen Mediationsanalysen wurden nur jene Psychotherapeutinnenmerkmale zur Analyse herangezogen, deren Skalen eine interne Konsistenz von $\alpha > .60$ aufwiesen. Demnach wurden die Skalen *Bestätigung, ähnlicher ethnischer Hintergrund, Strukturiertheit der Arbeit* und *Offenheit* nicht in die Mediationsanalysen miteinbezogen.

Auf Grundlage des zentralen Grenzwerttheorems (Bortz & Döring, 2006) kann bei Stichprobenumfängen ≥ 30 die Normalverteilung der Daten im Allgemeinen angenommen werden. Die herangezogenen Verfahren verhalten sich in diesem Fall robust gegenüber Einschränkungen bezüglich der Verteilungsannahme (Backhaus et al., 2011).

In der Tabelle 54 sind sämtliche Mediationsanalysen zwischen den Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem Psychotherapieergebnis über die Intrasession-Prozesse und über die Intersession-Prozesse dargestellt. Die Mediationsanalysen wurden nacheinander für jedes Psychotherapeutinnenmerkmal durchgeführt.

Man sieht in der Tabelle 54 die einzelnen Pfade der Mediationsanalysen (a_1, b_1, a_2, b_2, d, c, c'), die zwischen der UV, den zwei Mediatoren (Intrasession- und Intersession-Prozesse) und zum Psychotherapieergebnis (BVB-2000) verlaufen. Die Effektkoeffizienten und deren Signifikanzniveau in *p* werden angegeben. In den rechten Spalten der Tabelle sind die drei möglichen indirekten Effekte zu finden: I entspricht der Mediation zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal und dem Psychotherapieergebnis über die Intrasession-Prozesse, II entspricht der Mediation zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal und dem Psychotherapieergebnis über die Intrasession- und über die Intersession-Prozesse und III entspricht der Mediationsanalyse zwischen dem Psychotherapeutinnenmerkmal und dem Psychotherapieergebnis über die Intersession-Prozesse. Hierbei werden für alle Analysen der Effektkoeffizient und das 95%-Bootstrap-Konfidenzintervall, um den Standardfehler einzuschätzen (Preacher & Hayes, 2004), angegeben.

Die Analyse zeigte signifikante serielle Mediationen von den Psychotherapeutinnenmerkmalen *Empathie*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung* auf das Psychotherapieergebnis über die Intrasession- und Intersession-Prozesse. Dabei zeigten die Intrasession- und Intersession-Prozesse mit .064 (95% CI [.003; .132]) die höchste signifikante serielle Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn *Klientinnenbeteiligung* als Prädiktor im Modell diente. Hierbei waren die a_1-, b_1-, a_2-, b_2- und d_{21}-Pfade signifikant.

Wenn eine hohe *Klientinnenbeteiligung* vorliegt, dann wirkt sich diese über die Intrasession- und über die Intersession-Prozesse signifikant auf das Psychotherapieergebnis aus. Ebenso wirkt sich ein empathisches, vertrauensvolles und wertschätzendes Verhalten sowie Klarheit in der Sprache auf den Psychotherapieerfolg über das Erleben von Intrasession- und Intersession-Prozessen positiv aus.

Des Weiteren konnten signifikante indirekte Effekte zwischen allen Psychotherapeutinnen–merkmalen und dem Psychotherapieergebnis über die Intrasession-Prozesse gefunden werden.

Es konnten zudem zwei signifikante indirekte Effekte zwischen *Klarheit* sowie *Klientinnenbeteiligung* und dem Psychotherapieergebnis über die Intersession-Prozesse gefunden werden. Hierbei fiel der indirekte Effekt für das Merkmal *Klientinnenbeteiligung* signifikant negativ aus.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Einfluss von den einzelnen Psychotherapeutinnenmerkmalen *Empathie*, *Klarheit*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung* auf das Psychotherapieergebnis über die Intrasession- und Intersession-Prozesse verläuft. Außerdem ist der direkte Effekt von den Merkmalen *Empathie*, *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Wertschätzung* auf das Ergebnis nicht signifikant.

Allerdings gab es keine seriellen Mediationseffekte über Intrasession- und Intersession-Prozesse für die Prädiktorvariablen *Akzeptanz*, *Erfahrung*, *Ermutigung* und *Negatives Verhalten*.

Der größte serielle Mediationseffekt für das Erleben von Intrasession- und Intersession-Prozessen ergab sich wenn eine von den Klientinnen eingeschätzte hohe *Klientinnenbeteiligung* in den Sitzungen vorlag (s. dazu Tabelle 54). Insgesamt heißt dies, dass empathisches, vertrauensvollen, wertschätzendes Verhalten der Psychotherapeutin, Klarheit in ihrer Sprache und eine hohe Klientinnenbeteiligung positiven Einfluss auf den Psychotherapieerfolg bei Vorhandensein von Intrasession- und Intersession-Prozessen haben.

Da ein Gesamtwert der Intrasession- und Intersession-Prozesse genommen wurde, ist nicht ableitbar, welche Intrasession- und Intersession-Prozesse hauptsächlich für die seriellen Mediationen verantwortlich waren. Den Effektkoeffizienten der vorigen Mediationen mit Intrasession- und Intersession-Prozessen zufolge (vgl. Abschnitt 4.2.3.3 und 4.2.4.3), kann bei den Intrasession-Prozessen vermutet werden, dass die *Beziehungserfahrungen* den größten Effekt beitragen. Für die Intersession-Prozesse kann vermutet werden, dass *positive emotionale Nachwirkungen* den höchsten Effekt in der seriellen Mediation erklären. Dies sollte in Folgestudien untersucht werden.

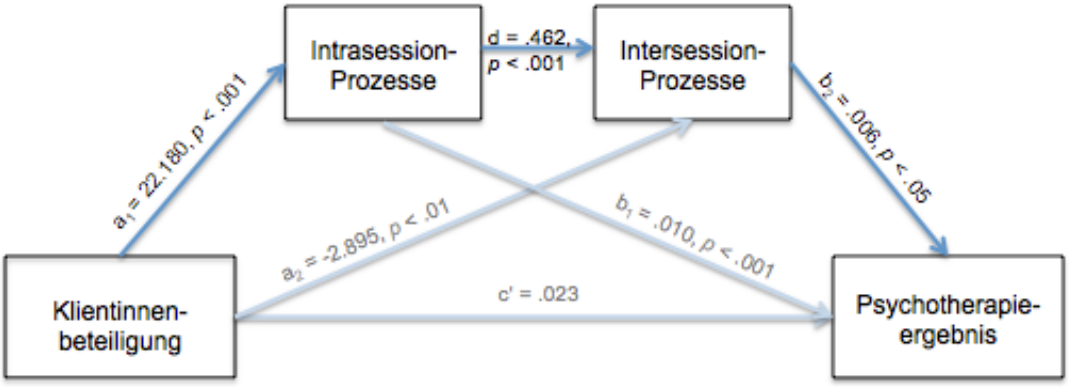

Abbildung 4. Empirisches Modell der seriellen Mediationsanalyse. Den höchsten indirekten Effekt gab es von den Werten der *Klientinnenbeteiligung* auf die Werte des Psychotherapieergebnisses (BVB-2000) über die Werte der Intrasession- und über die der Intersession-Prozesse.

Anmerkung. a_1 = a_1-Pfad, b_1 = b_1-Pfad, a_2 = a_2-Pfad, b_2 = b_2-Pfad, d = d-Pfad, c' = c'-Pfad (indirekter Effekt).

Tabelle 54

Multiple Mediationsanalyse zwischen Psychotherapeutinnenmerkmalen und Psychotherapieergebnis via Intrasession- (1. Mediator) und Intersession-Prozess (2. Mediator) mit Regressionskoeffizienten Beta und Signifikanzbeurteilung, 95% CI (N = 234)

AV	UV	Pfade									
		a_1	b_1	a_2	b_2	d_{21}	c	c'	I	II	III
		Intra	Inter		total	direkt			95% CI [UG; OG]		
Erg	1	12.983***	.011***	-.457	.006	.434***	.160***	-.011	.141 [.084; .201]	.033 [-.0002; .071]	-.003 [-.015; .003]
	2	9.491***	.010***	-.401	.006	.446***	.123***	.003	.097 [.052; .141]	.025 [.001; .054]	-.002 [-.012; .002]
	3	10.816***	.009***	1.925***	.004	.356***	.189***	.068**	.100 [.056; .147]	.014 [-.012; .038]	.007 [-.042; .022]
	4	17.720***	.011***	1.204	.006*	.380***	.216***	-.037	.203 [.124; .278]	.042 [.002; .093]	.008 [-.002; .027]
	5	15.717***	.011***	-.387	.006	.431***	.194***	-.019	.175 [.102; .244]	.040 [.001; .087]	-.002 [-.018; .006]
	6	-18.105***	.012***	.897	.006	.434***	-.176***	.082*	-.220 [-.329; -.130]	-.043 [-.101; .001]	.005 [-.003; .028]
	7	18.408***	.010***	1.225	.006	.395***	.276***	.051	.177 [.099; .270]	.041 [-.003; .096]	.007 [-.002; .028]
	8	20.629***	.012***	1.567	.007*	.392***	.195***	-.118**	.247 [.154; .350]	.055 [.011; .120]	.011 [.001; .033]
	9	22.180***	.010***	-2.895**	.006*	.462***	.289***	.023	.221 [.127; .326]	.064 [.003; .132]	-.018 [-.049; -.001]

Anmerkung. AV = abhängige Variable (Psychotherapieergebnis, BVB-2000), UV = unabhängige Variablen: 1 = *Akzeptanz*, 2 = *Empathie*, 3 = *Ermutigung*, 4 = *Vertrauen*, 5 = *Wertschätzung*, 6 = *Negatives Verhalten*, 7 = *Erfahrung*, 8 = *Klarheit*, 9 = *Klientinnenbeteiligung*, a_1 = a_1-Pfad, b_1 = b_1-Pfad, a_2 = a_2-Pfad, b_2 = b_2-Pfad, d = d-Pfad, c = c-Pfad (totaler Effekt), c' = c'-Pfad (indirekter Effekt), I = indirekter Effekt über Intrasession-Prozesse (X → M_1 → Y), II = indirekter Effekt über Intrasession- und über Intersession-Prozesse (X → M_1 → M_2 → Y), III = indirekter Effekt über Intersession-Prozesse (X → M_2 → Y).

*p < .05 (2-seitig), **p < .01 (2-seitig), ***p < .001 (2-seitig).

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellte sich drei wesentlichen Aufgaben bzw. statistischen Analysen:

- Analyse der korrelativen Zusammenhänge zwischen relevanten Psychotherapeutinnen-merkmalen und den vier Konstrukten (psychotherapeutische Beziehung, Psychotherapieergebnis, Intrasession-Prozesse und Intersession-Prozesse)
- Bestimmung eines Vorhersagemodells für die vier genannten Konstrukte anhand relevanter Psychotherapeutinnenmerkmale
- Aufzeigen von vermittelnden Intrasession- und Intersession-Prozessen im korrelativen Zusammenhang zwischen den relevanten Psychotherapeutinnenmerkmalen und dem subjektiv wahrgenommenen Psychotherapieergebnis

Aus der Gegenüberstellung der korrelations- und der regressionsanalytischen Modellprüfungen und dem Vergleich anhand der einfachen und seriellen Mediationsanalysen kann der Stellenwert der unabhängigen Variablen auf den Psychotherapieerfolg abgeschätzt werden. Richtung und Größe des Einfluss möglicher psychotherapierelevanter Merkmale auf die untersuchten Konstrukte (psychotherapeutische Beziehung, Psychotherapieergebnis, Intrasession- und Intersession-Prozesse) wurden demnach aus den Gewichtungen im Regressionsmodell und den Effekten in den Mediationsanalysen abgeleitet. In diesem Zusammenhang waren von besonderem Interesse der Einfluss der Psychotherapeutinnenmerkmale auf die Intrasession- und Intersession-Prozesse.

Die Ergebnisse dieser drei Fragestellungen werden im Folgenden sequenziell für die untersuchten Psychotherapeutinnenmerkmale in Bezug auf die jeweiligen vorliegenden Konstrukte interpretiert und diskutiert, um sie dann, diesem Leitgedanken folgend, in Beziehung zu setzen. Abschließend werden Grenzen der Arbeit und mögliche Forschungsimplikationen dargelegt.

5.1.1 Diskussion interaktionaler Psychotherapeutinnenmerkmale

5.1.1.1 Akzeptanz

Das Merkmal *Akzeptanz* korreliert hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung, mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen und korreliert mit dem Psychotherapieergebnis. Damit können die **H1 (1.2)**, **H1 (2.2)** sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** angenommen bzw. positiv beantwortet werden. Die Regressionsanalysen zeigen aber, dass der Stellenwert vom Merkmal *Akzeptanz* im Vergleich zu anderen Prädiktoren keine große Relevanz für die untersuchten Konstrukte erreicht. Demnach sind **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a**, **Fragestellung 3a** und **Fragestellung 4a** negativ zu beantworten. Ausgenommen davon ist die Vorhersage von negativen Intersession-Prozessen. Es kann geschlussfolgert werden, dass *Akzeptanz* im Vergleich zu anderen psychotherapierelevanten Merkmalen wenig zu den untersuchten Konstrukten beiträgt, aber niedrige anerkennende und annehmende Verhaltensweisen prädiktiv für negative Intersession-Prozesse sind. Des Weiteren wird die *Akzeptanz* in der Wirkung auf das Psychotherapieergebnis durch die

psychotherapeutische Beziehung sowie durch Intrasession- und Intersession-Prozesse einfach mediiert. **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** können damit positiv beantwortet werden. **Fragestellung 5** ist negativ zu beantworten, da Akzeptanz nicht seriell auf das Psychotherapieergebnis durch die Intrasession- und Intersession-Prozesse mediiert wird. Insgesamt lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass *Akzeptanz* keinen ausschlaggebenden Stellenwert für die Konstrukte der psychotherapeutischen Beziehung, für das Psychotherapieergebnis und für Intrasession- und Intersession-Prozesse darstellt, aber wenig *Akzeptanz* eher zu negativen Intersession-Prozessen, wie negativen Therapiebewertungen und negativen emotionalen Therapienachwirkungen, führen kann.

Rogers hatte früh erkannt, dass den Klientinnen *Akzeptanz* entgegenzubringen gilt, um bei Ihnen Selbstakzeptanz auszulösen, welche deren „Verlässlichkeit auf die eigene individuelle Tendenz [des Wachstums]“ (Reisel, 2001, S. 56) fördert. Die Klientinnen lernen damit das erlebte Selbstverständnis aus der psychotherapeutischen Beziehung auf andere Beziehungen zu übertragen (Rogers, 1939). Wenn es also in der psychotherapeutischen Behandlung an *Akzeptanz* mangelt und sich die Klientin als Person und in der Beziehung zur Psychotherapeutin nicht akzeptiert fühlt, kann das erfahrene Beziehungsverhalten auch mit anderen Beziehungspartnern nicht angewendet werden.

Das Psychotherapeutinnenmerkmal *Akzeptanz* löst sozusagen weitere Prozesse bei den Klientinnen aus. Nach Kirschenbaum (2007) und Rogers (1942) könnten dies Prozesse der Einsicht bzw. Erkenntnis sein. Die personenzentrierte Psychotherapie vertraut beispielsweise auf die Selbstaktualisierungskräfte der Klientinnen. Wesentlich hierfür sind die *Akzeptanz* der Klientinnen als Person und genauso eine funktionierende psychotherapeutische Beziehung (Finger-Ossinger, 2014; Keil & Stumm, 2002).

Die Wichtigkeit eines akzeptierenden und annehmenden Verhaltens der Psychotherapeutin gegenüber ihren Klientinnen scheint demnach unbestritten, obwohl nachweislich andere Psychotherapeutinnenmerkmale größere Stellenwerte aufweisen. Aber, fehlende *Akzeptanz* kann zu negativen, emotionalen Zwischensitzungsprozessen führen.

5.1.1.2 Bestätigung der Klientin

Bestätigung korreliert hoch mit den untersuchten Konstrukten psychotherapeutische Beziehung, Psychotherapieergebnis, Intrasession- und Intersession-Prozesse. Damit können die **H1 (1.3)**, **H1 (2.3)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Weitere Ergebnisse zum Vorhersagewert und Einfluss auf den Erfolg über Prozessvariablen von *Bestätigung der Klientin* liegen nicht vor, da die niedrigen Reliabilitätswerte der Skala diese hätten verfälschen können und deswegen nicht durchgeführt wurden. Die Korrelationsergebnisse mit allen Konstrukten spiegeln die Meinung von Praktikern wider, wie die von Yadav (2010), welcher meint, dass sensible *Bestätigung* dazu verhelfen kann „the patient’s internal and external milieu“ (S. 1) wieder aufzubauen. Ebenso drückt eine Studie zu Mikroaggressionen während der psychotherapeutischen Behandlung von sexuellen Minderheiten Klientinnen (SM), zu denen neben Homosexuellen auch bi-, trans- und intersexuelle Personen gehören, aus, wie wichtig es den SM Individuen ist, *Bestätigung*, Achtung und eine Behandlung von ihren Psychotherapeutinnen zu bekommen ohne dass Bezug auf ihre sexuelle Orientierung genommen wird (Kelley, 2015; Spengler,

Miller, & Spengler, 2016). Aufgrund dessen sei es für die psychotherapeutische Beziehung hilfreicher gewesen, vorab über die SM-bestätigende Einstellung der Psychotherapeutinnen Bescheid zu wissen (Liddle, 1997). Einerseits zeigt dies wie wichtig es für einige Klientinnen ist, eingangs und im Verlauf der Behandlung, im Verhalten und in den eigenen Gedanken bestätigt zu werden, da *Bestätigung* die Bereitstellung oder Anerkennung von Kraft in den Klientinnen ist (Mahoney, 2003). Andererseits zeigt es, dass bestätigendes Verhalten der Psychotherapeutin eine essentielle Komponente zum Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung darstellt und den Fortgang der Psychotherapie und Veränderung in den Klientinnen fördert. Die gefunden Korrelationsergebnisse untermauern dies. Denn die *Bestätigung der Klientin* zeigt insbesondere hohe Zusammenhänge mit der psychotherapeutischen Beziehung und den Intrasession-Prozessen sowie den Beziehungserfahrungen der Intrasession-Prozesse, welche die Veränderung in Klientinnen, so wie oben beschrieben, begünstigen. Auch in der Berner Psychotherapievergleichsstudie nach Grawe, Caspar und Ambühl (1990) zeigten Gesprächspsychotherapeutinnen viel bestätigendes und verständnisvolles Beziehungsverhalten (wenig lenkendes und kontrollierendes Verhalten) um eine fundierte psychotherapeutische Beziehung zu implementieren.

5.1.1.3 Empathie

Empathie korreliert hoch mit allen untersuchten Konstrukten. Besonders hohe Zusammenhänge zeigt *Empathie* mit der *psychotherapeutischen Beziehung* und mit deren Subskala der *emotionalen Bindung* (Bond) sowie mit Intrasession-Prozessen und mit deren Subskala der *Beziehungserfahrungen*. Auch liegen hohe Koinzidenzen mit Subskalen der Intersession-Prozesse vor, welche die emotionale Befindlichkeit der Klientinnen erfragen. *Empathie* scheint demnach insbesondere positiv mit Beziehungserfahrungen und mit emotionalen Prozessen zusammenzuhängen. Damit können **H1 (1.1)**, **H1 (2.1)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden.

Die Regressionsanalysen zeigen ähnlich Ergebnisse auf. *Empathie* sagt alle untersuchten Konstrukte vorher. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Empathie* **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a**, **Fragestellung 3a** und **Fragestellung 4a** positiv zu beantworten. Insbesondere zeigt *Empathie* die höchste Bedeutsamkeit im Vergleich zu anderen Prädiktoren für die *psychotherapeutische Beziehung* und weist für die Intrasession-Prozesse die höchsten Ladungen auf. Daraus lässt sich schließen, dass das Erleben einer fundierten psychotherapeutischen Beziehung und positiver Intrasession-Prozesse durch empathisches Verhalten entstehen bzw. gefördert werden kann. Dies ist nicht nur kongruent mit den Ergebnissen vieler Studien, wie z.B. der nach Hubble et al. (1999) in welcher sich ein hohes Maß an *Empathie* als beziehungsfördernd erwies, sondern auch mit der gängigen Literatur, in der bereits dezidiert die Relevanz von *Empathie* für das Psychotherapieergebnis dargelegt wurde (Willutzki, 2014).

Es wird deutlich, dass die aus der Sicht der Klientinnen eingeschätzte *Empathie* der Psychotherapeutinnen den psychotherapeutischen Prozess unterstützt und begünstigt. Dies kann auch durch die mediationsanalytischen Ergebnisse noch einmal bekräftigt werden. Denn *Empathie* wird einfach von der psychotherapeutischen Beziehung sowie einfach und seriell von Intrasession- und Intersession-Prozessen in ihrer Wirkung auf den Psychotherapieerfolg mediiert. Die

Fragestellung 2b, Fragestellung 3b, **Fragestellung 4b** und **Fragestellung 5** können damit positiv beantwortet werden. Bislang konnte Kawan (2015) nur nachweisen, dass ein mediierender Effekt zwischen *Empathie* und dem Psychotherapieergebnis über Intersession-Prozesse vorliegt. Mit dieser Arbeit konnte dieser Mediationseffekt repliziert und mit dem Einfluss, der über Intrasession-Prozesse läuft, erweitert werden. Insgesamt bedeuten die Ergebnisse, dass empathisches, mitfühlendes und teilhabendes Verhalten ein verlässlicher Vorhersagewert für ein positives Psychotherapieergebnis ist (Willutzki, 2014), wenn Intrasession- und Intersession-Prozesse erlebt werden.

Zusammenfassend bildet das empathische Vermögen der Psychotherapeutinnen eine wichtige Komponente des psychotherapeutischen Gesprächs, welches als Fundament für die Bildung einer psychotherapeutischen Beziehung gilt und das Erleben von Intrasession- und Intersession-Prozessen sowie ein positives Psychotherapieergebnis fördert.

5.1.1.4 Ermutigung der Klientin

Ermutigung korreliert hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung, mit dem Psychotherapieerfolg und mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen. Damit können **H1 (1.4)** und **H1 (2.4)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Ebenso zeigten die Regressionsanalysen, dass ermutigende Verhaltensweisen einen hohen Stellenwert für die psychotherapeutische Beziehung, den psychotherapeutischen Erfolg und für die Intrasession- und Intersession-Prozesse im Vergleich zu anderen Prädiktoren haben. *Ermutigung* zeigt am häufigsten die höchsten Vorhersagewerte für Intersession-Prozesse vorher und wies die höchste Gewichtung zur Prognose vom *Psychotherapieergebnis* auf. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Ermutigung der Klientin* **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a**, **Fragestellung 3a** und **Fragestellung 4a** positiv zu beantworten. Gleichzeitig wird *Ermutigung* in der Wirkung auf das Psychotherapieergebnis von der psychotherapeutischen Beziehung sowie von Intrasession- oder von Intersession-Prozessen einfach mediiert. Damit sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** ebenso positiv zu beantworten. **Fragestellung 5** ist negativ zu beantworten, da *Ermutigung* nicht seriell auf das Psychotherapieergebnis durch die Intrasession- und Intersession-Prozesse mediiert wird.

Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von ermunternden und Perspektive vermittelnden Verhaltensweisen für den psychotherapeutischen Prozess. Die Ergebnisse sind ebenso kongruent mit vorangegangenen Untersuchungen, welche die Behandlung von Ressourcen der Klientinnen untersuchten. Diesbezüglich weist die Studie von Kawan (2015) einen indirekten Effekt von der Erwartungshaltung einer Verbesserung auf das Psychotherapieergebnis über Intersession-Prozesse nach. Genauso berichteten Klientinnen in der Studie von Ward et al. (2007) positivere Psychotherapieergebnisse wenn Sie sich hoffnungsvoll gefühlt hatten. Bei Murphy et al. (1984) nannten 67% aller befragten Klientinnen *Ermutigung* neben der *Bestätigung* als „erfolgreichsten" Faktor. Frank (1997) beschreibt die Bestärkung günstiger Erwartungen bei den Klientinnen, und damit die Bestärkung des Hoffnungsgefühls auf Besserung, als eine von fünf notwendige Behandlungsbedingung, um psychotherapeutische Fortschritte zu erzielen. Die Erwartungshaltung einer Verbesserung bietet Perspektiven, regt zukunftsorientiertes Denken an und kann ermutigend sowie bestätigend wirken, was nach Friedrich (2002) eine zentrale Behandlungsweise von Klientinnen

im Ansatz zur psychotherapeutischen Veränderung und zur Symptomreduktion darstellt (Vollmann, 2009; Wampold, 2001). Die gefundenen Ergebnisse untermauern die Studien. Es wurde deutlich, dass ermutigendes Verhalten der Psychotherapeutin die Erwartung einer Linderung und Hoffnung auf eine Linderung der Symptome begünstigen kann.

Ermutigung der Klientinnen ist demnach nicht nur eines der zentralen Psychotherapeutinnenmerkmale, sondern es fördert auch die psychotherapeutische Beziehung. Genauso lässt sich aus den regressionsanalytischen Modellen entnehmen, dass ermutigende, hoffnungsvolle Verhaltensweisen der Psychotherapeutin die Intrasession- aber insbesondere die Intersession-Prozesse bei den Klientinnen fördern. Es kann angenommen werden, dass *Ermutigung* die Personen dazu verleitet zwischen den Sitzungen in ihren emotionalen Auseinandersetzungen mit der Psychotherapie „ihre eigenen Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen“ (Keupp, 1990, S. 118). Erlebte *Ermutigung* fördert demnach den Fortgang der Psychotherapie im Alltag der Klientinnen. Die Beschäftigung mit den Inhalten der Psychotherapie zwischen zwei Sitzungen profitiert von der *Ermutigung*. Sie ist demnach für die kontinuierlichen Zustandsveränderungen der Klientinnen verantwortlich, da sie in ihrer Wirkung auf das Psychotherapieergebnis über Intersession-Prozesse mediiert wird (Laireiter et al., 2015). *Ermutigung* kann demnach die Bildung neuer psychischer Strukturen, die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle und das Erlernen neuer Verhaltensweisen fördern, welche nach Helbig und Fehm (2005), Orlinsky et al. (1993) und Zeeck et al. (2003) inhaltliche Prozesse der Intersession-Prozesse darstellen.

Diese Ergebnisse lassen sich mit psychotherapeutischen Ansätzen zu ressourcenfokussierten Behandlungen verknüpfen, die in einem signifikanten Zusammenhang mit positivem Psychotherapieergebnis stehen (Dick, 1999; Dick, Grawe, Regli, & Heim, 1999; Regli, Bieber, Mathier, & Grawe, 2000; Smith & Grawe, 2000; Smith, Regli, & Grawe, 1999; Willutzki, Neumann, Haas, Koban, & Schulte, 2000). Genauso stehen sie in Verbindung mit dem Systemisch-Integrativen Ansatz nach Grawe (1997; 1998), welcher als psychotherapeutische Strategie empfiehlt, mit den Ressourcen der Klientinnen zu arbeiten.

5.1.1.5 Offenheit

Offenheit korreliert hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung sowie mit Intrasession-Prozessen und deren Skala *Beziehungserfahrungen*, und hängt mittelmäßig mit dem Psychotherapieerfolg und den Intersession-Prozessen zusammen. Damit können **H1 (1.5)** und **H1 (2.5)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Weitere Ergebnisse zum Vorhersagewert und Einfluss auf den Erfolg über Prozessvariablen von *Offenheit* der Psychotherapeutin liegen nicht vor, da dessen niedrige Reliabilitätswerte diese hätten verfälschen können. Die obigen Ergebnisse replizieren Befunde vorangegangener Studien, wie zum Beispiel die Studien nach Heinonen et al. (2012), Willutzki (2014) und nach Willutzki et al. (2013), welche (langfristig) positive Veränderungsprozesse und Psychotherapieergebnisse finden konnten für Psychotherapeutinnen, die eine offene Art und Aufgeschlossenheit aufwiesen. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass *Offenheit* der Psychotherapeutin einen positiven Einfluss auf die psychotherapeutische Beziehung und die Beziehungsaspekte der Intrasession-Prozesse hat.

Offenheit könnte sich über Beziehungsaspekte auf das Psychotherapieergebnis auswirken. Weiterführende Analysen würden diesbezüglich eine reliablere Skala erfordern.

5.1.1.6 Vertrauen

Vertrauen hängt hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung sowie mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen und ebenso mit dem Psychotherapieergebnis zusammen. Damit können die **H1 (1.6)**, **H1 (2.6)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. *Vertrauen* wird durch die Intrasession- und Intersession-Prozesse genauso wie durch die psychotherapeutische Beziehung in seiner Wirkung auf das Psychotherapieergebnis einfach und seriell mediiert. Damit sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b**, **Fragestellung 4b** und **Fragestellung 5** ebenso positiv zu beantworten. Insgesamt bieten die Ergebnisse dieser Arbeit eine Erweiterung des Kenntnisstandes über den psychotherapeutischen Prozess, da bislang nur ein mediierender Effekt zwischen *Vertrauen* und dem Psychotherapieergebnis über Intersession-Prozesse nachgewiesen werden konnte (Kawan, 2015). Und nun konnte dieser mediierende Effekt auch über Intrasession- und Intersession-Prozesse und über die psychotherapeutische Beziehung nachgewiesen werden. Die Regressionsanalysen zeigen hohe Vorhersagewerte von *Vertrauen* auf Intersession-Prozesse auf. Jedoch zeigt *Vertrauen* keinen hohen Vorhersagewert auf das Psychotherapieergebnis, auf die psychotherapeutische Beziehung sowie auf die Intrasession-Prozesse auf. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Vertrauen* **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a** und **Fragestellung 3a** negativ, aber **Fragestellung 4a** positiv zu beantworten. Dies macht deutlich, dass vertrauenserweckende Verhaltensweisen sich zwar über das Erleben von Prozessvariablen auf den Psychotherapieerfolg auswirken, diese aber neben anderen Prädiktoren einen geringeren Stellenwert einnehmen. Das bedeutet, dass eine vorliegende Vertrauensbasis zwar Voraussetzung für den Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung und für ein positives Psychotherapieergebnis ist (Schultze, 2007; Vollmann, 2009), aber andere Psychotherapeutinnenmerkmale für die Veränderung in den Klientinnen im Rahmen der Psychotherapie wichtiger sind.

Da *Vertrauen* insbesondere Intersession-Prozesse fördert, kann angenommen werden, dass *Vertrauen* den Klientinnen eine Grundlage bietet, um sich nach den Sitzungen mit der Psychotherapie auseinanderzusetzen und Erfahrungen nachwirken zu lassen (Schultze, 2007; Vollmann, 2009).

Bordin (1979) wies schon vor Jahren darauf hin, dass für das Funktionieren der psychotherapeutischen Beziehung beidseitiges *Vertrauen* vorhanden sein muss und dass die Beziehung das Psychotherapieergebnis beeinflusst. Der mediierende Einfluss vom wahrgenommenen *Vertrauen* auf das Ergebnis über die psychotherapeutische Beziehung bestätigt damit Bordin's Studie. Das der Klientin geschenkte *Vertrauen* ermöglicht es ihr die psychotherapeutische Behandlung zu akzeptieren, ihr zu folgen und in sie zu glauben (Bordin, 1979) und führt damit zu einem positiven Psychotherapieergebnis.

5.1.1.7 Wertschätzung

Die Analysen zu *Wertschätzung* zeigen hohe Zusammenhänge mit der psychotherapeutischen Beziehung, mit Intrasession- und Intersession-Prozessen sowie einen mittleren Zusammenhang mit dem Psychotherapieergebnis auf. Damit können die **H1 (1.7)**, **H1 (2.7)**

angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. In den Regressionsanalysen leistet *Wertschätzung* im Vergleich zu anderen Prädiktoren keinen Beitrag zum Psychotherapieergebnis. Demnach kann für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Wertschätzung* **Fragestellung 1a** nicht positiv beantwortet werden. Dies weicht von der Rogerschen Vorstellung einer bedingungslosen *Wertschätzung* den Klientinnen gegenüber als eine der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie" ab (vgl. Rogers, 1957; 1959). In dieser vorliegenden Stichprobe erklären vielmehr *Empathie*, *Ermutigung* und *Klientinnenbeteiligung* die psychotherapeutische Veränderung. Allerdings sind die Bedingungen Rogers' eher als abstrakte Psychotherapieprinzipien definiert und als ganzheitliche Daseinsform der Psychotherapeutin zu verstehen, anstatt empirisch ermittelte Psychotherapeutinnenmerkmale (Finke, 2004). Demnach können die Bedingungen Rogers' als Orientierung genutzt werden.

Gleichzeitig deuten die Ergebnisse der Korrelationsanalysen (mittelmäßiger Zusammenhang zwischen *Wertschätzung* und dem Psychotherapieergebnis) und die der Regressionsanalysen (das Psychotherapieergebnis wird nicht durch *Wertschätzung* vorhergesagt) auf einen vergleichbaren Sachverhalt hin: *Wertschätzung* scheint für das *Psychotherapieergebnis* von mäßiger Bedeutung zu sein. Laut Regressionsanalysen profitieren hingegen die *Beziehung* zwischen Klientin und Psychotherapeutin, das Erleben von *Intrasession-Prozessen*, insbesondere die *Beziehungserfahrungen*, sowie *positive innere Auseinandersetzungen mit der Psychotherapie* (= *Intersession-Prozess)* von der *Wertschätzung* der Psychotherapeutin. Demnach können für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Wertschätzung* die **Fragestellung 2a** und **Fragestellung 3a** positiv beantwortet werden. Die **Fragestellung 4a** ist nur für die oben genannte Subskala der Intersession-Prozesse positiv, für die Gesamtskala ist die **Fragestellung 4a** negativ zu beantworten. Die Ergebnisse zeigen, dass *Wertschätzung* eng mit positiven Beziehungserfahrungen und positiven emotionalen Prozessen zusammenhängt. Dies ist durchaus kongruent zur Ansicht Rogers' zu verstehen, da eine wertschätzende, respektvolle und achtsame Haltung ganzheitlich als förderlich wirken kann. Genauso wird in der gängigen Literatur die *Wertschätzung* als kennzeichnender Wirkfaktor für eine vertrauensvolle, kooperative Psychotherapiebeziehung verstanden (Pfammmater & Tschacher, 2012; Sachse 2006; Schulte, 1996; Vollmann, 2009), was die vorhandenen Ergebnisse bestätigt.

Die Ergebnisse der Mediationsanalysen ermöglichen einen Einblick des Einflusses von *Wertschätzung* auf das Psychotherapieergebnis, welcher einfach und seriell über *Intrasession-Prozesse* und *Intersession-Prozesse* mediiert wird. Damit sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** und **Fragestellung 5** positiv zu beantworten. Dies lässt den Schluss zu, dass die wertschätzende Haltung der Psychotherapeutin Prozesse der Veränderung in den Klientinnen während und nach den Sitzungen in Gang setzt, die somit positive Auswirkungen auf das Psychotherapieergebnis haben. So konnte damit der mediierende Effekt von *Wertschätzung* auf das Psychotherapieergebnis über Intersession-Prozesse nach Kawan (2015) repliziert und gleichzeitig um die *Intrasession-Prozesse* erweitert werden.

5.1.1.8 Negatives Verhalten

Negatives Verhalten der Psychotherapeutin hängt negativ mit allen untersuchten Konstrukten zusammen. Dies bestätigt **H1 (1.12)** und **H1 (2.12)** und **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** können

positiv beantwortet werden. Allerdings werden die psychotherapeutische Beziehung und das Psychotherapieergebnis nicht durch *Negatives Verhalten* erklärt (im Vergleich zu den anderen Prädiktoren). Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* **Fragestellung 1a** und **Fragestellung 2a** negativ zu beantworten. Obwohl in der Literatur nachgewiesene negative Effekte vom *Negativen Verhalten* auf das Psychotherapieergebnis vorliegen (Strupp, 1980), deuten die Ergebnisse daraufhin, dass andere Prädiktoren einen größeren Vorhersagewert aufweisen, als *Negatives Verhalten*. Das Ausmaß von z.B. empathischen Psychotherapeutinnen ist demnach höher als das vom *Negativen Verhalten*, welches durchaus positiv zu interpretieren ist. Aber *Negatives Verhalten* zeigt Vorhersagewerte für den negativen Intrasession-Prozess *negative und unerwünschte Therapieereignisse* sowie für die Intersession-Prozesse *negative Auseinandersetzungen* und *negative Nachwirkungen* auf. Dies bedeutet, dass vorwurfsvolles, ärgerliches und offen aggressives Verhalten der Psychotherapeutin bei den Klientinnen zu denselben Emotionen führen kann, die während der Sitzungen und nach den Sitzungen erlebt werden können. Darunter fallen Ärger und Aggressionen verspüren, sich entmutigt und unverstanden fühlen und beschuldigende und abwertende Gedanken hegen. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Negativen Verhalten* **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a** und **Fragestellung 3a** und **Fragestellung 4a** negativ zu beantworten, außer für die oben genannten Subskalen der Intrasession- (*negative und unerwünschte Therapieereignisse*) und Intersession-Prozesse (*Negative Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung*, *Negative emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie* und *Negative Qualität der Inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*). Die Mediationsanalysen zeigen, dass der Einfluss vom Psychotherapeutinnenmerkmal *Negatives Verhalten* auf das Psychotherapieergebnis über Intrasession- und über Intersession-Prozesse einfach mediiert wird. Damit sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** positiv zu beantworten. **Fragestellung 5** ist negativ zu beantworten, da *Negatives Verhalten* nicht seriell auf das Psychotherapieergebnis durch die Intrasession- und Intersession-Prozesse mediiert wird. Die oben beschriebenen negativen Intrasession- und Intersession-Erfahrungen können sich demnach negativ auf das gesamtpsychotherapeutische Outcome auswirken. Strupp (1980) zeigte, dass feindseliges Verhalten in der dritten Psychotherapiestunde schlechte Psychotherapieausgänge vorhersagen konnte, was im Gegensatz zu den Ergebnissen der Regressionsanalysen steht. Feindseliges psychotherapeutisches Verhalten fand meistens nach feindseligen Kommentaren von Klientinnen statt, was die Annahme unterstützt, dass es Psychotherapeutinnen schwer falle, freundlich auf Feindseligkeiten zu reagieren. In welchem kausalen Zusammenhang die korrelativen Zusammenhänge stehen, wurde nicht analysiert, könnte aber durchaus ein Schwerpunkt weiterer Analysen darstellen, um herauszuarbeiten, wie *Negatives Verhalten* von Psychotherapeutinnen entstehen und ablaufen kann.

Ähnliche Konzepte vom *Negativen Verhalten*, wie z.B. das nach Elliott (1985) zu nicht-hilfreichen Ereignissen, weisen darauf hin, dass die Nutzung von Formen der Übertragung bzw. Gegenübertragung den eigentlichen Ursprung von „negativen Reaktionen der Psychotherapeutin“ darstellen. Das hieße, dass *Negatives Verhalten* eigentlich eine Methode der psychotherapeutischen Behandlung darstelle und nicht ein Psychotherapeutinnenmerkmal. Eine Überprüfung dieser Aussage

ist an dieser Stelle nicht möglich und bedarf einer Befragung der behandelnden Psychotherapeutinnen und der von Dritten.

5.1.2 Diskussion professioneller Psychotherapeutinnenmerkmale

5.1.2.1 Berufliche Erfahrung

Erfahrung zeigt mittlere Zusammenhänge mit dem Psychotherapieergebnis und hohe Zusammenhänge mit der psychotherapeutischen Beziehung sowie mit Intrasession- und Intersession-Prozessen auf. Damit können **H1 (1.8)** und **H1 (2.8)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Die Studien nach Lambert (2013), Shapiro & Shapiro (1982) und Willutzki et al. (2013) können damit nicht repliziert werden, da diese keinen Zusammenhang zwischen der *Erfahrung* und dem Psychotherapieerfolg postulierten. Dies kann auf eine unterschiedliche Kodierung der Skala *Erfahrung* zurückgeführt werden.

Erfahrung weist nur für die psychotherapeutische Beziehung (**Fragestellung 1a** kann damit positiv beantwortet werden). Genauso weist *Erfahrung* für negative Intrasession-Prozesse einen Erklärungswert auf und für die Subskala der Intersession-Prozesse (*Negative Therapiebewertung und Therapieerfahrungen*). **Fragestellung 4a** kann damit nur für diese Subskala positiv beantwortet werden. Hingegen ist die *Erfahrung* für das Psychotherapieergebnis und für Intersession-Prozesse von keiner signifikanten Bedeutung. Letzteres entspricht wiederum den Ergebnissen nach Lambert (2013), Shapiro & Shapiro (1982) und Willutzki et al. (2013). Das bedeutet, dass die Wahrnehmung einer erfahrenen und sachkundigen Psychotherapeutin aus der Sicht der Klientinnen keinerlei Einfluss auf das gesamtpsychotherapeutische Outcome hat und lediglich eine fundamentale Rolle für die psychotherapeutische Beziehung spielt. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *berufliche Erfahrung* die **Fragestellung 2a** und **Fragestellung 3a** negativ zu beantworten. Allerdings konnte nachgewiesen werden, dass sich die wahrgenommene *Erfahrung* der Psychotherapeutin über die psychotherapeutische Beziehung auf das Psychotherapieergebnis auswirkt. So hat auch die wahrgenommene *Erfahrung* der Psychotherapeutin über das Erleben von Intrasession-Prozessen oder Intersession-Prozesse positiven Einfluss auf das Psychotherapieergebnis. Damit sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** positiv zu beantworten. **Fragestellung 5** ist negativ zu beantworten, da *Erfahrung* nicht seriell auf das Psychotherapieergebnis durch die Intrasession- und Intersession-Prozesse mediiert wird. Der mediierende Effekt über die Intersession-Prozesse fällt für das Merkmal *Erfahrung* sogar am höchsten aus. Dies repliziert nicht nur Studienergebnisse nach Kawan (2015), sondern zeigt auch, dass die wahrgenommene *Erfahrung* per se kein positives Outcome herbeiführt, sondern Prozesse in Klientinnen in Gang setzt, die dann zur Symptomreduktion bzw. zu einem positiven Psychotherapieergebnis führen. Da ein hoher Zusammenhang zwischen *Erfahrung* und psychotherapeutischer Beziehung, ein hoher Vorhersagewert für die psychotherapeutische Beziehung und ein Mediationseffekt von *Erfahrung* auf das Psychotherapieergebnis über die psychotherapeutische Beziehung vorliegen, kann angenommen werden, dass sich die *Erfahrung* über emotionale Aspekte und Beziehungsaspekte auf das gesamtpsychotherapeutische Outcome auswirkt und deswegen, entgegen der Ergebnisse der Regressionsanalysen, ein Einfluss von *Erfahrung* auf das Psychotherapieergebnis vorliegt. Dies steht

in Relation mit dem postulierten Sachverhalt nach Beutler et al. (2004) und nach Mullen und Abeles (1971): erfahrene Psychotherapeutinnen können besser empathische und beziehungsförderliche Merkmale realisieren und durch die Herstellung einer fundierten psychotherapeutischen Beziehung bessere Psychotherapieergebnisse erreichen (Bordin, 1979; Willutzki, 2014).

Zusammenfassend kann das vorab postulierte uneinheitliche Muster hinsichtlich der beruflichen *Erfahrung* (Baldwin & Imel, 2014) damit erklärt werden, dass die Psychotherapeutinnen mit *Erfahrung* gut emotionale und beziehungsförderliche Prozesse etablieren bzw. in Gang setzen können, welche dadurch ein positives Psychotherapieergebnis fördern.

Ungeklärt bleibt der positive Regressionskoeffizient von *Erfahrung* auf *negative und unerwünschte Therapieereignisse* (Intrasession-Prozess). Dies ließe nur die Vermutung zu, dass mit einer hohen Expertise auch Themen einhergehen, die für Klientinnen unangenehm sind und auf deren Aufdeckung die Klientinnen zunächst negativ reagieren, aber die den psychotherapeutischen Behandlungsprozess voranbringen. Nach Sachse (2001) gibt es Ebenen im Psychotherapieprozess, die beispielsweise die Bearbeitung von Vermeidungen der Klientinnen betreffen und bei denen die Psychotherapeutinnen sich komplementär zu Beziehungsmotiven der Klientin verhalten, um deren dysfunktionalen Beziehungsmuster aufzubrechen. Hier wird „die [psychotherapeutische] Expertise [der Psychotherapeutin]“ gebraucht (Stumm, Wiltschko, & Keil, 2003, S.342). Das heißt, dass es im Prozess auch negative Ereignisse braucht und dass die Beziehung zwischen Klientin und Psychotherapeutin nicht immer harmonisch verläuft, um Fortschritte im Behandlungsprozess zu erreichen. Diese Annahme bedarf jedoch weiterer Analysen.

5.1.2.2 Klarheit

Klarheit korreliert mittelmäßig mit dem Psychotherapieergebnis und hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung sowie mit Intrasession- und Intersession-Prozessen. Damit können **H1 (1.9)** und **H1 (2.9)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Die von den Klientinnen wahrgenommene *Klarheit* der Psychotherapeutinnen wirkt einfach und seriell über Intrasession- und Intersession-Prozesse auf das Psychotherapieergebnis, welches die vorhandenen Ergebnisse von Kawan (2015) repliziert. Die Regressionsanalysen zeigen, dass der Stellenwert vom Merkmal *Klarheit* im Vergleich zu anderen Prädiktoren große Relevanz für Intrasession- und Intersession-Prozesse erreicht und diese am meisten vorhersagt, aber keine für die psychotherapeutische Beziehung und für das Psychotherapieergebnis. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klarheit* **Fragestellung 3a** und **Fragestellung 4a** positiv und **Fragestellung 1a** und **Fragestellung 2a** negativ zu beantworten. Daraus lässt sich ableiten, dass eine klare sprachliche Ansage der Psychotherapeutinnen die Heilungsprozesse in den Klientinnen vorantreiben, da sie dadurch das klar Gesagte deutlich besser rekapitulieren könnten. Gleichzeitig ist ersichtlich, dass andere Psychotherapeutinnenmerkmale ausschlaggebender für die Bildung einer fundierten psychotherapeutischen Beziehung und für das Erreichen eines positiven Psychotherapieergebnisses sind, als das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klarheit*. Der Einfluss auf das Psychotherapieergebnis läuft über Intrasession- und Intersession-Prozesse. Für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klarheit* sind **Fragestellung 2b, Fragestellung 3b** und **Fragestellung 4b** positiv zu beantworten. Hierbei zeichnen sich vor allem *Beziehungserfahrungen* während der

Sitzungen und die *Umsetzung von Therapieeinheiten* im Alltag, *emotionale* und *innere Therapieauseinandersetzungen* sowie *Therapiebewertung und Therapieerfahrungen* zwischen den Sitzungen als prozessfördernd aus.

Daraus kann geschlussfolgert werden, dass *Klarheit* über das Erleben von Intrasession- und Intersession-Prozessen auf das Psychotherapieergebnis wirkt und zu einer effektiveren Verarbeitung der Erlebnisse in den Sitzungen führt (Orlinsky, 2008) und sich somit positiv auf das Psychotherapieergebnis auswirkt. Dies bestätigt die Annahme von Willutzki et al. (2013), dass *Konkretheit* zu den wichtigen interpersonalen Merkmalen gezählt wird. Nach Alfred Adler lernt die Klientin „problem-solving attitudes" (Rotter, 1978, S. 7) unter anderem über einen „good common sense" (Rotter, 1978, S. 7), der von der Psychotherapeutin gut vermittelbar ist, sofern ihrerseits eine klare Sprache auf eine simple, direkte Art und Weise genutzt wird. Denn es ist wichtig das Gelernte auf das eigene Leben zu projizieren und eine Verbindung herzustellen, damit die Klientinnen lernen das Gelernte selbstständig umzusetzen, um in weiterer Folge Symptome zu lindern.

5.1.2.3 Klientinnenbeteiligung

Klientinnenbeteiligung hängt mittelmäßig mit dem Psychotherapieergebnis und den Intersession-Prozessen und hoch mit der psychotherapeutischen Beziehung und mit Intrasession-Prozessen zusammen. Damit können **H1 (1.10)** und **H1 (2.10)** angenommen sowie **Fragestellung 3** und **Fragestellung 4** positiv beantwortet werden. Das Merkmal *Klientinnenbeteiligung* wirkt einfach und seriell über Intrasession- und Intersession-Prozesse sowie einfach über die psychotherapeutische Beziehung auf das Psychotherapieergebnis. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen bestätigen dessen Wichtigkeit für die vorliegenden Konstrukte, da *Klientinnenbeteiligung* hohe Erklärungswerte für die psychotherapeutische Beziehung, für das Psychotherapieergebnis und für die Intrasession-Prozesse aufweist. Demnach sind für das Psychotherapeutinnenmerkmal *Klientinnenbeteiligung* **Fragestellung 1a**, **Fragestellung 2a** und **Fragestellung 3a** positiv, aber **Fragestellung 4a** negativ zu beantworten.

Diese Ergebnisse sind kompatibel mit dem empirischen Befund nach Orlinsky et al. (2004), in welchem die Qualität der *Klientinnenbeteiligung* in der psychotherapeutischen Behandlung den wichtigsten Prädiktor für das Psychotherapieergebnis markiert. In der vorliegenden Studie weißt *Klientinnenbeteiligung* für diese Stichprobe neben der *Empathie* und der *Ermutigung* die höchsten Erklärungswerte für das Ergebnis auf und erklären gemeinsam ca. 35% des Psychotherapieerfolgs vorher.

Die hohen Korrelationen und Vorhersagewerte für die psychotherapeutische Beziehung und für das Psychotherapieergebnis spiegeln sich auch in den Ergebnissen nach Delsignore (2006) wieder, welche dutzende Studien, die sich mit Psychotherapieergebnisfaktoren befassen, zusammenfasst und positive Zusammenhänge zwischen „patient cooperation" und dem Psychotherapieergebnis sowie Befunde für bessere Psychotherapieergebnisse bei Klientinnen, welche sich aktiv an der psychotherapeutischen Beziehung beteiligten, finden konnte (Hartley, 1985; Orlinsky et al., 2004; Stiles, Shapiro, & Elliott,1986; Van Andel, Erdman, Karsdorp, Appels & Trijsburg, 2003).

Die seriellen Mediationen von *Klientinnenbeteiligung* über die Intrasession- und Intersession-Prozesse bekräftigen zusätzlich die oben dargestellten Ergebnisse (**Fragestellung 2b, Fragestellung 3b**, **Fragestellung 4b** und **Fragestellung 5** sind positiv zu beantworten). Die Intrasession- und Intersession-Prozesse mediieren den Link zwischen dem Merkmal *Klientinnenbeteiligung* und dem Psychotherapieergebnis im Vergleich zu den anderen Psychotherapeutinnenmerkmalen am höchsten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ein hohes Ausmaß an aktiver, gestalterischer Beteiligung an der psychotherapeutischen Behandlung das Erleben von Intrasession-, wie z.B. *Problembezogene* und *Emotionale Prozesse*, begünstigt. Worauf in weiterer Folge diese Erfahrungen aus den Sitzungen zwischen den Sitzungen wieder in Erinnerung gerufen oder benutzt werden, was die Klientin stärkt und ein positives Psychotherapieergebnis begünstigt (Orlinsky et al., 1993).

Orlinsky et al. (2004) fanden dass eine sofortige Reaktion der Klientinnen auf Interventionen während der Sitzungen, also Intrasession-Prozesse, im Sinne von kognitiven Erwiderungen und affektiven Auswirkungen, zusammengefasst unter dem Aspekt der Kooperation, mit dem Psychotherapieergebnis zusammenhängen. Die Mediation über Intrasession- und Intersession-prozesse von der *Klientinnenbeteiligung* zeigt also, dass sofortige Reaktionen auf Interventionen in den Sitzungen sich auf Intersession-Prozesse ausweiten können: eine hohe Bereitschaft selbst die Sitzungen und die Beziehung zur Psychotherapeutin zu gestalten, lehrt die Klientinnen „den Wert selbst erarbeiteter Lösungen [besser zu] schätzen“ (Keupp, 1990, S. 118) und führt zu positiven Nachwirkungen, wie Gefühlen von Stärke und Mut, da *Klientinnenbeteiligung* diese Intersession-Prozesse signifikant vorhersagt.

Zum einen kann zusammenfassend konstituiert werden, dass *Klientinnenbeteiligung* mit dem Psychotherapieergebnis, mit der psychotherapeutischen Beziehung und den Intrasession- und Intersession-Prozessen zusammenhängt und diese vorhersagt. Zum anderen kann konstituiert werden, dass Klientinnen vor allem *Emotionale* und *Problembezogene* Intrasession-Prozesse und *positive Nachwirkungen* (Intersession-Prozess) bei Psychotherapeutinnen erfahren, die ihre Klientinnen viel und aktiv den Verlauf der Sitzungen und der gesamten Psychotherapie gestalten und die Themen selbst entscheiden lassen. Dies wirkt sich dann positiv auf das Psychotherapieergebnis aus.

5.1.2.4 Strukturiertheit der Arbeit

Im Einklang mit der Literatur weisen die vorliegenden Korrelationsbefunde auf mittlere und hohe Zusammenhänge zwischen den psychotherapierelevanten Konstrukten und der *Strukturiertheit der Arbeit* hin. Es konnten mittlere Zusammenhänge mit dem Psychotherapieergebnis sowie mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen und hohe Zusammenhänge mit der psychotherapeutischen Beziehung gefunden werden. Es liegen kaum empirische Vergleichswerte zu den korrelativen Zusammenhängen vor. Im personenzentrierten Ansatz der Psychotherapie beispielsweise stellt „[Strukturiertheit] [...] den situativen und sozialen Rahmen her, innerhalb dessen [Klientinnen] ihre Selbstwahrnehmung vertiefen [...], die ihnen hilft, sich in der [Psychotherapie] zu orientieren. Sie brauchen Klarheit über ihre Rolle und [...] über die Regeln, die [...] gelten“ (Berger, 2012, S.289). Dies deckt sich auch mit den Angaben Hoffmanns’ (2015) und mit denen von Lazarus (1971), welche beide in der *Strukturierung* der Einzelsitzungen sowie des gesamten Psychotherapieverlaufs per se einen

positiven psychotherapeutischen Effekt auf die Klientinnen sehen (Hoffmann, 2015). Sie argumentieren, dass die strukturierten und gleichen Rahmenbedingungen sowie das persönliche Setting den Klientinnen Möglichkeiten bieten sich, sowie die eigenen Gedanken und Gefühle, zu ordnen und Halt und Unterstützung zu finden.

Leider kann die vorliegende Untersuchung keine Hinweise darauf liefern, ob für *Strukturierung der Arbeit* Vorhersagewerte für den Psychotherapieerfolg, sowie für die psychotherapeutische Beziehung und die Intrasession- und Intersession-Prozesse vorliegen oder ob die *Strukturierung der Arbeit* mediiert über Intrasession- oder Intersession-Prozesse einen Einfluss auf den Erfolg hat. Die niedrigen Reliabilitätswerte für die vorliegende Skala hätten diese Überprüfungen verfälschen können und wurden aufgrund dessen nicht durchgeführt.

Es wurden die **H1 (1.11)** und **H1 (2.11)** bestätigt, da ein signifikant positiver Zusammenhang mit dem Psychotherapieergebnis und ein signifikanter positiver Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Beziehung vorlagen. Gleichzeitig können die explorativen Fragestellungen (**Fragestellung 3** und **Fragestellung 4**) damit beantwortet werden, dass ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Intrasession-Prozessen und der *Strukturiertheit der Arbeit* sowie zwischen den Intersession-Prozessen und der *Strukturiertheit der Arbeit* vorliegt.

5.1.3 Diskussion soziokultureller Psychotherapeutinnenmerkmale

5.1.3.1 Ähnlicher ethnischer Hintergrund

Ähnlicher ethnischer Hintergrund korreliert gering mit dem Psychotherapieergebnis sowie mit den Intrasession- und Intersession-Prozessen. Hingegen korreliert *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* nicht mit der psychotherapeutischen Beziehung. Die Annahme, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der *Ähnlichkeit* in ethnischen und religiösen Vorstellungen bei der Klientin und der Psychotherapeutin und der psychotherapeutischen Beziehung besteht, konnte hiermit nicht bestätigt werden. Demnach wird für die vorliegende Stichprobe die **H1 (2.12)** verworfen. Hingegen wird **H1 (1.12)** bestätigt und **Fragestellungen 3** und **4** können positiv beantwortet werden.

Insgesamt reflektieren die unterschiedlichen Korrelationseffekte (bei der psychotherapeutischen Beziehung und beim Psychotherapieergebnis) vorhandene, ebenso divergierende Forschungsresultate. Zum einen führt nach Keating und Fretz (1990) und nach Shafranske und Malony (1990) eine *Ähnlichkeit* hinsichtlich der Religiosität zwischen Klientinnen und Psychotherapeutinnen zu Überzeugungen, welche die Behandlungserwartungen der Klientinnen positiv beeinflussen. Nach Worthington, Kurusu, McCollough und Sandage (1996) wählen sich religiöse Klientinnen, insbesondere jene mit christlicher Glaubensrichtungen, gezielt auch religiöse Psychotherapeutinnen aus. Die Studien untermauern den geringen, aber positiven Zusammenhang zwischen dem Psychotherapieergebnis und dem *ähnlichen ethnischen Hintergrund*.

Andererseits behandeln auch nicht-religiöse Psychotherapeutinnen religiöse Klientinnen effektiv (Propst, Ostrom, Watkins, Deant, & Mashburn, 1992). Genauso wählten religiöse, aber nicht christliche Klientinnen, auch nicht-religiöse Psychotherapeutinnen aus, im Gegensatz zu christlichen Klientinnen, welche christliche Psychotherapeutinnen bevorzugten (Worthington et al., 1996).

Es kann keine eindeutige Schlussfolgerung gezogen werden. Die inkonsistenten Ergebnisse

bedeuten, dass dem *ähnlichen ethnischen Hintergrund* nur geringe Effekte zugeschrieben werden können. Der Glaube an die Bedeutung einer geteilten kulturellen Perspektive ist in der Praxis und in der Theorie dennoch präsent. Zum Beispiel prägen das Vorweisen von „interkulturellen Kompetenzen" das allgemeine Bild von Coaching- und Psychotherapietätigkeiten (Worthington, Mobley, Franks, & Tan, 2000).

Bei einer fehlenden *ethnischen Ähnlichkeit* liegen nach Sue et al., (1991) und nach Yeh et al. (1994) höhere Dropout-Raten der Klientinnen vor. Dies spricht für einen vorhandenen Effekt zwischen der Passung und dem Psychotherapieergebnis, welcher sich durch den in dieser Arbeit vorliegenden positiven signifikanten Zusammenhang auch untermauern lässt. Es ist denkbar, dass sich die ethnische Passung demnach auch auf die Prozesse (Intrasession- sowie Intersession-Prozesse) auswirkt und das Teilen gemeinsamer Werte und Überzeugungen sowie die Erwartung des besseren Verständnisses die Verinnerlichung und Internalisierung von Psychotherapieerfahrungen fördert. Dies könnte beispielsweise in weiterführenden Regressionsanalysen und Mediationsanalysen untersucht werden. Für diese Durchführung wären erhöhte Reliabilitätswerte der Skala vonnöten.

Die empirische Studienlage zu dem Psychotherapeutinnenmerkmal *Ähnlicher ethnischer Hintergrund* ist von einem Mangel an kontrollierten, quasi-experimentellen Studien geprägt. Damit valide Untersuchungen durchgeführt werden können, muss auf prüfbare ethnische Zugehörigkeit, und einer kategorialen Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Ethnien, sowie auf das vorhandene Sprachniveau bei einer anderen Psychotherapiesprache als Muttersprache geachtet werden. Ethnische Minderheiten wären hier genauso einzubeziehen. Folglich wären in dem Sinne weitere Studien in Europa durchzuführen, um vergleichbare Ergebnisse für unseren Kulturraum zu bekommen. Denn die Übertragbarkeit von den in den USA durchgeführten Studien auf Europa ist per se nicht gegeben. Die Bevölkerung in den USA wird in verschiedene ethnische Gruppen rubriziert (vgl. DeNavas-Walt & Proctor, 2015), wodurch das gesellschaftliche Bild und Identitäten geprägt werden. Eine Ausprägung davon sind beispielsweise staatliche Statistiken die für gewöhnlich die Bevölkerung in „Weiße, Hispanics, Schwarze und Asiaten" (Statista, 2017) unterteilt. Demzufolge könnte auch die ethnische Zugehörigkeit der Psychotherapeutin in den USA für die Klientinnen wichtiger sein, als in unseren Kulturkreisen.

5.1.4 Zusammenfassung Diskussion

Diese Studie trägt, ausgehend von den Psychotherapeutinnenmerkmalen, zum Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses (während und zwischen den Sitzungen) bei. Der Stellenwert der Psychotherapeutinnenmerkmale auf die untersuchten Konstrukte (psychotherapeutische Beziehung, Psychotherapieergebnis, Intrasession- und Intersession-Prozesse) fiel, wie oben dargestellt, unterschiedlich aus. Es lassen sich aber gewisse Muster erkennen:

Es kann zusammengefasst werden, dass vor allem empathisches, vertrauensvolles und wertschätzendes Verhalten der Psychotherapeutin einen hohen Einfluss auf die psychotherapeutische Beziehung und auf das Psychotherapieergebnis haben. Daneben zeigte sich, dass der Einfluss der Merkmale *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Wertschätzung* und *Klarheit* über Intrasession-Prozesse auf das Psychotherapieergebnis und der Einfluss von *Erfahrung*, *Klarheit*, *Vertrauen* und *Klientinnenbeteiligung* über Intersession-Prozesse auf das Psychotherapieergebnis am höchsten sind.

Ebenso zeigte sich das Merkmal *Klientinnenbeteiligung* im Einfluss auf das Psychotherapieergebnis über beide Prozessvariablen am stärksten. Das Erleben von Intrasession- und Intersession-Prozessen wird demnach durch hohe *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen* und *Klarheit* mehr gefördert, als beispielsweise durch *Empathie*. Somit können vor allem *Klientinnenbeteiligung*, *Vertrauen*, *Klarheit* und *Wertschätzung* als positive Prozessmerkmale gesehen werden, da sie für prozessuale Wirkdimensionen, seien es emotionale, kognitive, in Sitzungen oder zwischen zwei Sitzungen stattfindende Erlebnisse, wie *Einsicht*, *Klärung*, *Kompetenzzuwachs* und *Problembewältigung*, unterstützend wirken (Grawe, 1998; Kaiser, 2014; Ohana, 2016).

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die untersuchten Konstrukte einander nicht nur ergänzen, sondern auch schwer voneinander zu trennen sind. Die psychotherapeutische Beziehung ist beispielsweise Teil des psychotherapeutischen Prozesses und unterliegt den gleichen Schwankungen und Höhe- und Tiefpunkten, wie der psychotherapeutische Prozess an sich. Genauso, wie auch von Aafjes-Van Doorn und Macdonald (2016) hervorgehoben, entsteht ein positives Psychotherapieergebnis nicht durch das Einbringen von den am stärksten wirkenden Psychotherapeutinnenmerkmalen. Eine effektive Psychotherapie ist mehr, als nur eine warme und unterstützende psychotherapeutische Beziehung (Aafjes-Van Doorn & Macdonald, 2016). Dennoch bleibt die psychotherapeutische Beziehung ein starker und robuster Prädiktor für das Psychotherapieergebnis, beeinflusst und erklärt durch Psychotherapeutinnenmerkmale und Prozesse.

Diese Arbeit sollte einen Beitrag liefern, um die Psychotherapeutinnenmerkmale und die Prozessvariablen besser greifen, verwenden und weiter erforschen zu können und ermöglicht eine tiefer gehende Bewertung der untersuchten Psychotherapeutinnenmerkmale. Psychotherapeutinnen haben einen beträchtlichen Einfluss auf die psychotherapeutische Behandlung, auf die Klientinnen und deren Alltag. Damit wird die Ansicht bekräftigt, dass die Effektivität einer Psychotherapie auch von schulenunabhängigen Faktoren abhängt. Psychotherapeutinnenmerkmale, genauso wie Intrasession- und Intersession-Prozesse können und müssen somit als wichtige Bestandteile der Psychotherapie angesehen werden.

Abschließend ist klar darzulegen, dass diese Arbeit, neben den oben diskutierten Ergebnissen, auch einen Beitrag zur Erklärung liefert, dass die Wirkung von Psychotherapie auf mehr als nur ein Set spezifischer psychotherapeutischer Techniken zurückzuführen ist. Denn vor allem zeigen die so genannten *kontextuellen Faktoren* (psychotherapeutische Beziehungsqualität, Persönlichkeit der Psychotherapeutin, Überzeugung der Psychotherapeutin und der Patientin an die psychotherapeutische Vorgehensweise) einen großen Beitrag auf das Psychotherapieergebnis (Wampold, 2001). Dies kann zu einer kritischen Diskussion über die Sinnhaftigkeit der Aufteilung in anerkannte und nicht anerkannte Psychotherapieverfahren vieler europäischer Länder (Deutschland, Niederlande, Schweden, ...) beitragen.

5.2 Limitationen

In den folgenden zwei Abschnitten wird ein Ausblick auf das Forschungsfeld der vorliegenden Arbeit gegeben und dessen Einschränkungen besprochen. Es wird hierbei auf das Studiendesign, auf

die Fragebögen bzw. Items, auf die Stichprobe und auf die Auswahl der Psychotherapeutinnenmerkmale eingegangen.

Zunächst wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Fragebogen zurückblickende Fragen zu detaillierten Erlebnissen und Zusammenhängen während der psychotherapeutischen Behandlung stellte. Dies ist als Ergebnis des querschnittlichen, retrospektiven Studiendesigns zu verstehen und kann auf verzerrten Erinnerungen hinsichtlich der Psychotherapeutinnenmerkmale und einzelner psychotherapeutischer Geschehnisse fußen. Grundsätzlich sollten nach Kaiser (2015) Intrasession-Prozesse unmittelbar nach der Sitzung erhoben werden. Zudem wurde im Fragebogen erhoben, ob die Studienteilnehmerinnen sich auf eine aktuelle oder auf eine vergangene Psychotherapie beziehen, jedoch wurde nicht erfragt, wie weit die vergangene Psychotherapie zurück liegt. Je weiter eine Erfahrung zurück liegt, desto eher könnten *recall bias* im Sinne kognitiver Verzerrungen in den Fragebeantwortungen vorliegen. Es besteht die Gefahr, dass Studienteilnehmerinnen Erfahrungen und Emotionen besser oder schlechter als ursprünglich einstufen könnten (Hassan, 2006). Weit zurückliegende Informationen, beispielsweise bei einer bereits abgeschlossenen Psychotherapie, können zu systematisch falschen Erinnerungen führen. *Hindsight bias* bezeichnen etwa falsche Erinnerungen von früheren Vorhersagen, wenn zwischenzeitlich der Ausgang von Ereignissen erfahren wurde (Blank, Musch, & Pohl, 2007). Genauso könnten weit zurückliegende Informationen von neueren Informationen über Erlebtes, Gefühltes, etc. überdeckt werden und zu verzerrten Antworten führen (*recency effects*) (Grob & Bensberg, 2009; Taschner, 2013). Diese Verzerrungsfehler sollten bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden. Zudem sollte in weiteren Analysen ein besonderes Augenmerk auf den Zeitraum und die zeitliche Abfolge der Psychotherapie gelegt werden.

Im Fragebogen zu Intersession-Prozessen wurde im Rahmen der Skala *Aktive Umsetzung von Therapieeinheiten – Verwendung zur Alltagsbewältigung* mithilfe von zwei Items (eine Hausaufgabe bekommen? ***IE05_01***; ihre Hausaufgabe/n auch gemacht? ***IE05_02***) das Erledigen von Hausaufgaben erfragt. Die Methode der Hausaufgaben ist allerdings limitiert auf primär kognitive Verhaltenspsychotherapietechniken (Helbig-Lang, 2015). Die Teilnahme an dieser Studie war jedoch offen für alle psychotherapeutischen Schulen. Dies führte dazu, dass teilgenommene Klientinnen diese Items nach Absolvierung der Befragung kritisierten, da diese teilweise nicht auf sie zutreffen konnten. Der Fragebogen zu Intersession-Prozessen bedarf diesbezüglich einer differenzierteren Betrachtung.

Ebenso liegt eine Limitation der Studie in der mehrdeutigen Interpretierbarkeit einiger Skalen der Psychotherapeutinnenmerkmale aufgrund der niedrigen Reliabilitäten vor. Daher konnten einige interessierte Fragestellungen nicht untersucht werden. Die Reliabilitäten der Skalen *Ähnlicher ethnischer Hintergrund*, *Bestätigung*, *Offenheit* und *Strukturiertheit der Arbeit* bedürfen im Rahmen weiterer Analysen, insbesondere bei Regressions- und Mediationsanalysen, Beachtung, indem die Skalen beispielsweise um weitere Items ersetzt und/oder ergänzt werden.

Der Ursprung dieser Arbeit lag in der Weiterführung der Arbeit nach Kawan (2015). Faktorenanalytisch betrachtet überlappen sich viele der untersuchten Psychotherapeutinnenmerkmale und sind empirisch schwer voneinander zu trennen. Dies bildet somit eine gewisse inhaltliche

Limitation. Die Zusammenstellung der Psychotherapeutinnenmerkmale sollte folglich in weiterführenden Studien zum Beispiel durch Ergebnisse einer Faktorenanalyse gestützt werden (s. dazu 4.1.1).

Die Stichprobe erwies sich hinsichtlich der Störungsbilder und der psychotherapeutischen Schulen als heterogen, setzte sich jedoch zu 86,3% aus weiblichen Studienteilnehmerinnen zusammen. Da aufgrund dessen Diskrepanzen des Geschlechts vorliegen könnten, lassen sich die Ergebnisse nicht ohne weiteres generalisieren. Durch weitere Analysen mit mehr männlichen Klienten könnten außerdem geschlechtsspezifische Vergleichsuntersuchungen durchgeführt werden.

Die Prävalenzraten psychischer Störungen in Deutschland (für Österreich liegen keine validen Statistiken zu psychischen Störungen in der Bevölkerung vor) sind mit den Diagnosen der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich der zwei meistgenannten Störungen vergleichbar. Die häufigste und zweithäufigste Diagnoseangabe in dieser Arbeit sind den affektiven Störungen und den Angststörungen zuzuschreiben. Laut „12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung“ (Jacobi et al., 2016, S. 89) gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen Angststörungen (15,4%) und affektive Störungen (9,8%). Demnach kann die Verteilung der psychischen Störungen in der Stichprobe als repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung in Bezug auf die (zwei häufigsten) psychischen Störungen angenommen werden. Hierbei sind die Unüberprüfbarkeit der Richtigkeit der angegebenen Diagnosen, die Möglichkeit einer Mehrfachnennung hinsichtlich der psychischen Diagnosen, die inhomogene Altersverteilung der Stichprobe (ca. 60% sind 20-29 Jährige) und die unbekannte Resonanz in den unterschiedlichen Internetforen kritisch zu betrachten. Einerseits sollten demnach möglichst die Klassifikationen der diagnostischen Manuale DSM-5 und/oder ICD-10 in weiterführenden Studien übernommen werden, um die Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen zu erhöhen. Und andererseits biete eine Befragung wie und wo man mit dieser Fragebogenuntersuchung in Kontakt gekommen ist zusätzlich tieferes Verständnis für die Stichprobe.

Eine weitere Limitation ist, dass die Rekrutierung der Klientinnen ausschließlich online über Internetforen erfolgte. Dies hat zu einer selektiven Stichprobe geführt und diejenigen ausgeschlossen, die über keinen Internetzugang verfügen. Darin kann der Grund für die Unterrepräsentation älterer Klientinnen (ab 60 Jahren) in dieser Studie liegen.

Weiters könnte die Länge des Fragebogens (ca. 230 Items), mit einer ungefähren Bearbeitungszeit von 30 - 45Min, nicht nur zu einem Bearbeitungsabbruch geführt haben, sondern auch, bei der hohen Anzahl an sich ähnelnden Items, zu motivationalen Schwierigkeiten. Zum Beispiel erfassen viele Items psychotherapeutische Beziehungs- und Emotionsaspekte (im WAI-SR und im Intrasession-Fragebogen), erlebte Erfahrungen (Intrasession- und Intersession-Prozesse) oder emotionale Befindlichkeiten.

5.3 Forschungsimplikationen

Die Tatsache, dass ausschließlich die Sicht der Klientinnen untersucht wurde, ist zwar nicht als Limitation zu verstehen, aber sie kann als inhaltlicher Hinweis dienen, dass die gefundenen Ergebnisse nur einer Perspektive zugeschrieben werden können. Nach Rogers (1951) gilt die

Perspektive der Klientinnen als die wichtigste, um die Veränderung zu beurteilen. Er spricht vom *internal frame of reference* zu dem nur die Klientin Zugang habe. So sehen auch Orlinsky et al., (1994), Biermann-Ratjen, Eckert, & Höger (2012) und Vollmann (2009) eine gute psychotherapeutische Beziehung als den zuverlässigsten Prädiktor für Psychotherapieerfolg, wenn sie aus der Perspektive der Klientinnen erhoben wurde, aber erst die zusätzliche Abschätzung der Psychotherapeutin selber und womöglich eine objektive unabhängige Beurteilung durch eine Drittbeurteilerin, liefert eine vollständige Abbildung einer solchen Untersuchung. Nach Krüger (2010) legen „phänomenologisch orientierte [Psychotherapeutinnen den Schwerpunkt] auf die Selbstbeurteilung“ (S. 339), wohingegen „verhaltenstheoretisch orientierte [Psychotherapeutinnen]“ (S. 339) den Schwerpunkt auf das Sichtbare legen, was ebenso einer Drittbeurteilerin zugänglich ist. Die Praxis der Forschung von Psychotherapie sollte nach Krüger (2010) die gegenseitige Implementierung beider Sichtweisen anstreben. Die objektive Beurteilung durch mehrere Perspektiven liefert außerdem Auskünfte über homogene oder differierende Ansichten und bietet Gelegenheit zu weiterer Diskussion. Die Hinzunahme der Beurteilungen der behandelnden Psychotherapeutinnen und der von Dritten, müsste im Hinblick auf die Ökonomie bzw. Wirtschaftlichkeit und den Informationsgewinn der Untersuchung gegeneinander abgewogen werden. Zum Beispiel erfordert das Verfahren zur Ermittlung des Ausmaßes von Psychotherapieeffekten „Achievement of Therapeutic Objectives Scale“ (McCullough, Larsen, Schanche, Andrews, & Kuhn, 2003) ein einwöchiges Trainingsprogramm und weitere 20 Stunden Internettraining, um Beurteilungen von „moment-by-moment interpersonal processes“ (Llewelyn, Macdonald, & Aafjes-van Doorn, 2016, S.452) von Drittbeurteilerinnen reliabel und valide einholen zu können. Dies würde für eine weiterführende Untersuchung des Themas bedeuten, dass durch die Hinzunahme von Beurteilungen der Psychotherapeutin und einer dritten Person die zeitlichen und finanziellen Ressourcen ansteigen und dies bei der Untersuchungsplanung berücksichtigt werden müsste.

Neben einer Vergrößerung des Befragungspools, wäre es durchaus auch interessant ein Längsschnittstudiendesign für dieselben Fragestellungen zu implementieren, um Schwankungen in der Qualität der psychotherapeutischen Beziehung und der einzelnen Prozesse innerhalb und außerhalb von Psychotherapiesitzungen zu erheben, um detailliertere Einblicke erhalten zu können. Das zeitige Erheben von Intrasession-Prozesse nach jeder Sitzung, müsste nach Kaiser (2015) nicht nur durchgeführt werden, um unmittelbar Erfahrungen der Sitzung erfassen zu können, sondern würde auch ein vertieftes Verständnis zeitlicher Schwankungen liefern, da sich die Qualität der Psychotherapiesitzungen über den Zeitverlauf hinweg verändert „und nicht jede Sitzung bei der Klientin Resonanz erzeugt“ (Zettler, 2016, S.18).

Aufschlussreich wären ebenso Unterschiede für die untersuchten Konstrukte zwischen Klientinnen, die sich noch in Behandlung befinden und denjenigen, die diese schon abgeschlossen hatten, herauszuarbeiten.

Außerdem sollten weiterführend Angaben zum professionellen Kontext (ambulant oder stationär) und zu den Aufgabenbereichen der Psychotherapeutinnen erhoben werden. Zudem wurden hier nur Klientinnen in die Studie aufgenommen, die mehr als 20 Stunden mit ihren Psychotherapeutinnen in Behandlung verbracht haben. Diese Begrenzung wurde eingeführt um

möglichst realistische und konstant erlebte Einschätzungen zu erhalten. Wie werden allerdings Psychotherapeutinnen in einem Beratungs-, Kurzzeitpsychotherapie oder Kriseninterventionskontext eingeschätzt?

Ebenso wäre denkbar, Unterschiede in den Angaben je nach Störungsbild und je nach behandelnder psychotherapeutischer Schule, in dieser Stichprobe zu untersuchen. Denn die mittleren Zusammenhänge zwischen der *Strukturiertheit der Arbeit* und dem Psychotherapieergebnis sowie den Intrasession- und Intersession-Prozessen, könnten auf die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zurückgeführt werden, da den psychotherapeutische Verfahren ein unterschiedlich hohes Maß an strukturellem und prozessualem Vorgehen zugrundliegen (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013). In der kognitiven Verhaltenstherapie beispielsweise leitet die Psychotherapeutin die meisten Sitzungen mit spezifischen Sitzungszielen an. Im Vergleich dazu, wird in der Tiefenpsychologie und in der Psychoanalyse eher die Klientin dazu angeregt selbstständig relevante Themen in die Sitzungen einzubringen (Crits-Christoph et al., 2013). Demnach kann auch das Ausmaß der *Klientinnenbeteiligung* je nach Psychotherapieschule unterschiedlich ausfallen. In der Metastudie von Orlinsky et al. (2004) wurden Studien zu psychotherapeutischen Behandlungen mit kollaborativem oder direktivem Psychotherapeutinnenverhalten verglichen, woraus konstatiert wurde, dass in 24 Studien ein besseres Psychotherapieergebnis erreicht werden konnte, wenn die Psychotherapeutin kollaborativ und klientinnenbeteiligend arbeitete. Es wäre folglich interessant, ob die Klientinnen eine unterschiedlich hohe *Strukturiertheit der Arbeit* angeben würden, wenn Psychotherapeutinnen unterschiedlicher Schulen konsultiert worden wären.

Um die Vorhersagegenauigkeit zu erhöhen und den tatsächlichen Stellenwert der Konstrukte (psychotherapeutische Beziehung und Psychotherapeutinnenmerkmale) aufzuzeigen, erscheint es plausibel die psychotherapeutische Beziehung als weiteren Einflussfaktor, neben den Psychotherapeutinnenmerkmalen, im Vorhersagemodell für das Psychotherapieergebnis sowie für die Intrasession- und Intersession-Prozesse zu implementieren.

Abschließend bedarf die Aufteilung und die Wahl der Psychotherapeutinnenmerkmale dahingehend einer Überarbeitung, sodass das Antwortverhalten der Studienteilnehmerinnen prinzipiell auf eine vierfaktorielle Struktur zurückgeführt werden kann (s. dazu 4.1.1). Die Redundanz der Items im Fragebogen kann Anlass für eine Modifikation der Itemstruktur bzw. Reduktion der Itemanzahl und nachfolgende Dimensionalitätsprüfungen in weiterführenden Untersuchungen sein. Demnach wäre auch eine Zusammenführung von Skalen im Rahmen späterer Analysen denkbar. Die Interkorrelationswerte deuten darauf hin, dass sich vor allem die Psychotherapeutinnenmerkmale *Empathie*, *Wertschätzung* und *Vertrauen* (und *Akzeptanz*) stark inhaltlich überlappen.

Somit ergeben sich vielfältige Forschungsfelder für weiterführende und vertiefende Arbeiten.

Literaturverzeichnis

Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 64–75. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.64

Ackermann, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment, 75*, 82–109. doi: 10.1207/S15327752JPA7501_7

Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*, 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270

Bachelor, A. (2013). Client's and therapist's views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 118–135.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden* (13. Aufl.). Berlin: Springer.

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6. ed.)* (pp. 258–297). New York: Wiley.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research – Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173

Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H.-E. (2012). *GT-II. Der Gießen-Test – II*. Bern: Huber.

Berger, F. (2012). Personenzentrierte Beratung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 279–310). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 44–52. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00098.x

Beutler, L. E. Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M. T., Talebi, H., Noble, S., & Wong. E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.)* (pp. 227–306). New York: Wiley.

Bhatia, M. S. (2009). *Dictionary of psychology and allied sciences*. New Delhi: New Age International (P) Limited, Publishers.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., & Höger, D. (2012). Weitere Anwendungsbereiche von Gesprächspsychotherapie und konzeptuelle Weiterentwicklungen. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 311–320). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Blank, H., Musch, J., & Pohl, R.F. (2007). The hindsight bias. *Social Cognition, 25*, 1–9.

Bommert, H. (1982). Gesprächspsychotherapie. In R. Bastine, P. Fiedler & Grawe, K. (Hrsg.) *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252–260. doi: 10.1037/h0085885

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer-Verlag.

Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Bowermann, B. L., & O'Connell, R. T. (1990). *Linear Statistical Models: An applied approach*. Boston: PWS-Kent Pub. Co.

Bozok, B., & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurolologie Psychiatria, 56*, 119–132.

Brosius, F. (1998). *SPSS 8.0: Professionelle Statistik unter Windows*. Bonn: MITP-Verlag GmbH.

Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression.* Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, Inc..

Bühl, A., & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 9. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison Wesley Verlag.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Auflage). München: Pearson.

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 631–638. doi: 10.1002/jclp.20256

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3. ed.). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.

Cooper, M. (2008). Therapist Factors. In M. Cooper (Ed.), *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are friendly* (pp. 80–97). London: SAGE.

Coren, A. (2001). *Short-term psychotherapy: a psychodynamic approach*. New York: Palgrave Macmillan.

Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 20–26. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.20

Crits-Christoph, P. Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 298–340). Oxford: John Wiley & Sons.

Crits-Christoph, P.,Connolly Gibbons, M. B., Temes, C. M., Elkin, I., & Gallop, R. (2010). Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 420–428. doi: 10.1037/a0019549

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck., A. T., Carroll, K., Perry, K., ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81–91. doi: 10.1080/10503309112331335511

Delsignore, A. (2006). *Therapiebezogene Kontrollerwartungen zur Vorhersage des individuellen Erfolgs in Gruppentherapien*. (Inauguraldissertation). Zürich: Selbstverlag.

DeNavas-Walt, C., & Proctor, B. D. (2015). *Income and poverty in the United States: 2014. Current population reports*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation. Institut für Psychologie der Universität Bern.

Dick, A., Grawe, K., Regli, D., & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn …? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31*, 253–279.

Elliott, R. (1985). Helpful and Nonhelpful events in brief counseling interviews. An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology, 32*(3), 307–322. doi: 10.1037/0022-0167.32.3.307

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, *20*, 123–135. doi: 10.1080/10503300903470743

Emmelkamp, P. M. G., & van Oppen, P. (2000). *Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics. 3th ed.*. London: SAGE.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics. 4th ed.*. London: SAGE.

Finger-Ossinger, M. (2014). *Der Mensch – Werk der Natur, der Gesellschaft, seiner selbst. Wissenschafts- und forschungstheoretische Versuche zur Theorie und Praxis der Psychotherapie mit einem Ausblick auf die Psychotherapieforschung vor dem Hintergrund eines anthropologischen Modells nach PESTALOZZI aus dem Jahr 1787*. Unveröffentlichte Seminararbeit. Wien: AABP.

Finke, J, (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361. doi: 10.1176/foc.4.2.306

Frank, J. D. (1981). *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Frank, J. D. (1997). *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Frauchiger, M. (1997). *Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Uni Bern: www.gestalttherapie.ch/liz.

Friedrich, M. H. (2002). Psychotherapie und Ermutigung: Zielvorgabe durch optimistisches Denken. *Schweizer Monatshefte: Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur, 82*(9), 28–29.

Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the dediated effect. *Psychological Science, 18*, 233–239.

Fuchs, T., Sidiropoulou, E., Vennen, D., & Fisseni, H.-J. (2003). *BFTB. Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung*. Göttingen: Hogrefe.

Gallop, R., Kennedy, S. H., & Stern, S. D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 405–410. doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<405::AID-EAT2260160410>3.0.CO;2-S

Garfield, S. L. (1982). *Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz*. Weinheim: Beltz.

Garfield, S. L., (1989). *The practice of brief psychotherapy*. Elmsford: Pergamon Press.

Geller, J.D., & Farber, B.A. (1993). Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 3*, 166–180. doi: 10.1080/10503309312331333769

Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 1–11. doi: 10.1037/cou0000131

Grawe, K. (1997). „Moderne" Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18*, 137–159.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, 19*, 292–376.

Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 372–378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372

Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, Health, and psychological well-being. *Journal of Religion and Health, 49*, 149–163. doi: 10.1007/s10943-009-9242-1

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4–9. doi: 10.1037/0022-006X.54.1.4

Grob, H. L., & Bensberg, F. (2009). *Controllingsysteme. Entscheidungstheoretische und informationstechnische Grundlagen*. München: Vahlen Verlag.

Gruber, I. (2015). *Doch keine Hilfe zur Selbsthilfe? Eine Analyse von negativen Erfahrungen und Effekten in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.

Gülüm, I. V., Soygüt, G., & Safran, J. D. (2016). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1–23. doi: 10.1080/10503307.2016.1246765

Habschied, S. (2003). *Sprache in der Organisation. Sprachreflexive Verfahren im systemischen Beratungsgespräch*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Hage, S., Hopson, A., Siegel, Payton, G., & DeFanti, E. (2006). Multicultural training in spirituality: An interdisciplinary review. *Counseling and values, 50*, 217–234. doi: 10.1002/j.2161-007X.2006.tb00058.x

Hartel, J. (2008). *Empirische Untersuchung bei den katholischen Online-Beratungseinrichtungen der Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Unveröffentlichte Diplomararbeit. Universität Düsseldorf.

Hartmann, A. (1997). *Therapie zwischen den Stunden. Exploration von Intersession- Prozessen*. Frankfurt am Main: Peter-Lang.

Hartmann, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2011). The structure of intersession experience in psychotherapy and its relation to the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 1044–1063. doi: 10.1002/jclp.20826

Hartmann, A., Orlinsky, D. E., Geller, D. E., & Zeeck, A. (2003). Der Inter-Session- Fragebogen (ISF) - Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53*, 167–175.

Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatric update annual review* (pp. 532–549). Washington, DC: APA.

Hassan, E. (2006). Recall bias can be a threat to retrospective and prospective research designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, *3*, 339–412. doi: 10.5580/2732

Hatzinger, R., & Nagel, H. (2009). *SPSS Statistics. Statistische Methoden und Fallbeispiele*. München: Pearson Studium.

Hatcher, R. L., & Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*, 12–25. doi: 10.1080/10503300500352500

Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Retrieved from http://afhayes.com/public/process2012.pdf

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.

Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 138*, 301–312. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.023

Helbig-Lang, S. (2015). *Psychotherapeutische Hausaufgaben: Techniken der Verhaltenstherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.

Helbig, S., & Fehm, L. (2005). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. Empfehlungen und ihre empirische Fundierung. *Psychotherapeut, 50*, 122–128. doi: 10.1007/s00278-004-0374-1

Heßlinger, B., Philipsen, A., Richer, H., & Ebert, D. (2003). Zur Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Verhaltenstherapie, 13*, 276–282.

Hoffmann, N. (2015). Strukturierung des Therapieablaufs. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 25–28). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

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

Hoyer, J., & Wittchen, H.-U. (2011). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In J. Hoyer & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 435–448). Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.

Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755. doi: 10.1037/0022-006X.69.5.747

Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In J. Hoyer & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 609–640). Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt, 87*, 88–90. doi: 10.1007/s00115-015-4458-7

Jöchler, N. (2010). *Inter-Session-Prozesse: Die Auseinandersetzung zwischen den Therapiesitzungen- Merkmale, Determinanten und Effekte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Salzburg.

Kaiser, T. (2014). *Bedeutung und Zusammenhänge psychotherapeutischer Intra- und Intersessionprozesse.* Seminararbeit. Universität Salzburg. doi: 10.13140/RG.2.1.4838.9609

Kaiser, T. (2015). *Intra- und Intersessionprozesse im Verlauf der Psychotherapie: eine Zeitreihen-Panelanalyse*. Masterarbeit. Universität Salzburg. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3528.2403

Kawan, V. d. C. (2015). *Therapeutenmerkmale als Determinanten von Inter-Session-Prozessen in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Salzburg.

Keating, A. M., & Fretz, B. R. (1990). Christians' anticipations about counselors in response to counselor descriptions. *Journal of Counseling Psychology, 37,* 293–296.

Keil, W. W., & Stumm, G. (2002). *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien New York: Springer.

Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy, 52*, 113. doi: 10.1037/a0037958

Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2013). Methodik, Design und Evaluation in der Psychotherapieforschung. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 53–96). Tübingen: dgvt Verlag.

Keupp, H. (1990). Gemeindepsychologie. In O. Speck & K.-R. Martin (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Sozialarbeit, Handbuch der Sonderpädagogik* (S. 107–122). Berlin: Edition Marhold.

Kirschenbaum, H. (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Kokotovic, A. M., & Tracey, T J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), 16–21. doi: 10.1037/0022-0167.37.1.16

Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C. C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy (Chic), 48*, 65–71. doi: 10.1037/a0022064

Krüger, H.-P. (2010). Selbst- und Fremdbeurteilung in Diagnostik und Psychotherapie. In W. Schulz (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 339–350). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: a study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 76–80. doi: 10.1037/0022-006X.57.1.76

Laireiter, A.-R., Jöchler, N., Schilcher, C., Mittendorfer, A, & Kaiser, T. (2015). Intersessionprozesse in der ambulanten Psychotherapie – Ein Forschungsprojekt. In Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich ÖBIG (Hrsg.), *Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2014* (S. 86–91). Praxisorientierte Psychotherapieforschung, verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung. Wien: GÖG.

Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 9*, 469–485.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*, 42–51. doi: 10.1037/a0030682

Lambert, M. J. (2015). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice. Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2015.1031200

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*, 357–361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357

Lambert, M., & Bergin, A. (1992). Achievements and limiations of psychotherapy research. In D. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 360-390). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The Effectiveness of Psychotherapy*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (4. ed.)* (pp.143–189). New York: Wiley.

Lazarus, A. (1971*). Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Liddle, B. J. (1997). Gay and lesbian clients' selection of therapist and utilization of therapy. *Psychotherapy, 34*, 11–18. doi: 10.1037/h0087742

Llewelyn, S., Aafjes-Van Doorn, K., & Macdonald, J. (2016). Process-outcome studies. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos & D. K. Freedheim (Eds.), *APA Handbook of clinical psychology* (pp. 451–463). Washington, DC: American Psychological Association.

Lorr, M. (1965). Client perceptions of therapists: a study of the therapeutic relation. *Journal of consulting Psychology, 29*, 164–149. doi: 10.1037/h0021924

Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy. A practical guide*. New York/London: The Guilford Press.

MacKinnon, D. P. (2000). Contrasts in multiple mediator models. In J. S. Rose, L. Chassin, C. C. Presson, & S. J. Sherman (Eds.). *Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions* (pp. 141–160). Mahwah: Erlbaum.

MacKinnon, D. P. (2015). *Introduction to Mediation using SPSS*. Abgerufen am 17.3.2017 von Data & Analytics: https://www.slideshare.net/smackinnon/introduction-to-mediation

Manne, S., Winkel, G., Zaider, T., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman, C. (2010). Therapy Processes and Outcomes of Psychological Interventions For Women Diagnosed with Gynecological Cancers: A Test of the Generic Process Model of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 236–248. doi: 10.1037/a0018223

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438–450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438

McCrae, R.R., & Costa, P.T., Jr. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins & L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 159–181). New York: Guilford Press.

McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., & Kuhn, N. (2003). *Achievement of Therapeutic Objectives Scale: ATOS scale.* Retrieved from http://www.affectphobia.org/docs/VideoATOS/ATOSManual.pdf

Meule, A. (2017). Versteckte Zusammenhänge: State of the Art der Mediationsanalysen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67*, 174–176.

Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 21–25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21

Michalak, J., Heidenreich, T., & Bohus, M. (2006). Die Prinzipien Achtsamkeit und Akzeptanz: Gegenwärtiger Forschungstand und Forschungsentwicklung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *54*, 241–253.

Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Mullen, J., & Abeles, N. (1971). Relationship of liking, empathy, and therapist's experience to outcome of therapy. *Journal of Counseling Psychology*, *18*, 39–43. doi: 10.1037/h0030397

Murphy, P. M., Cramer, D., & Lilie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *Psychology and Psychotherapy, 57*, 187–192. doi: 10.1111/j.2044-8341.1984.tb01599.x

Murphy, M. J., Faulkner, R. A., & Behrens, C. (2004). The effect of therapist-client racial similarity on client satisfaction and therapist evaluation of treatment. *Contemporary Family Therapy, 26*(3), 279–292. doi: 10.1023/B:COFT.0000037915.95303.28

Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process–outcome study. *Psychotherapy, 31*(1), 114–123. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.114

Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction, 89*, 679–688. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00954.x

Norcross, J. C. (2010). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research

conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, *48*, 98–102. doi: 10.1037/a0022161

Omer, H., & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy. The role and control of non-specific factors. *British Journal of Psychiatry, 155*, 239–245. doi: 10.1192/bjp.155.2.239

Ohana, K. (2016). *Keiner kann anders, als er ist: Deshalb müssen wir freier werden. Willensfreiheit zwischen Wiederholungszwang und neurobiologischem Determinismus.* Münster: Waxmann.

Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 58*, 345–354.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1967). The good therapy hour. *Archives of General Psychiatry, 16*, 621–632. doi: 10.1001/archpsyc.1967.01730230105013

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (2. ed.)* (pp. 283–329). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (3. ed.)* (pp. 311–381). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie, 4*, 281–308.

Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). Work practice patterns. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 81–99). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11157-006

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy–noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4. ed.)* (S. 27–376). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change (6. ed.)* (pp. 307–389). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2013). 50 Jahre Prozess-Outcome-Forschung: Kontinuität und Wandel. In: M. J. Lambert, M. Richard, H. Vogel (Hrsg.). *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation (5. Aufl.)* (S. 517–519). Tübingen: dgvt-Verlag.

Orlinsky, D. E., Geller, J. D., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). Patient representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 596–610.

Orlinsky, D., Ronnestad, M. H., Ambühl, H, Willutzki, U., Botermans, J.-F., Cierpka, M., Davis, J., & Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*, 203–215.

Ostendorf, F., & Angleitner, A. (2004). *NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung.* Göttingen: Hogrefe.

Petzold, H. G. (1992). *Integrative Therapie in der Lebensspanne*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H., Schay, P., & Ebert, W. (2007). *Integrative Suchttherapie. Theorien, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pfammater, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60*, 67–76. doi: 10.1024/1661-4747/a000099

Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 131–146. doi: 10.1002/jclp.20563

Preacher, K. J., & Hayes A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 36*, 717–731. doi: 10.3758/BF03206553

Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Deant, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 94–103. doi: 10.1037/0022-006X.60.1.94

Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21*, 399–420.

Reisel, B. (2001). The clinical treatment of the problem child - Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *Person, 5*, 55–67.

Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Oxford, England: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 95–103. doi: 10.1037/h0045357

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationsship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. III (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.

Rogers, C.R. (1985). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C. R. (1986). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238–256). Mainz: Grünewald.

Rotter, J. B. (1978). Generalized expectancies for problem solving and psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 2*, 1–10. doi: 10.1007/BF01172508

Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R., Sachse, M., & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der*

narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe.

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *The International Journal of Psycho-Analysis 81*, 921–942. doi: 10.1516/0020757001600291

Schilcher, C. (2012). *Inter-Session Prozesse. ‚Die Prozesse zwischen Sitzungen'*. Unveröffentlichte Seminararbeit. Universität Salzburg.

Schulte, D. (1996). *Therapieplanung.* Göttingen: Hogrefe.

Schultze, N. G. (2007). *Erfolgsfaktoren des virtuellen Settings in der psychologischen Internet-Beratung.* Retrieved from: http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0107/schultze.pdf

Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 72–78. doi: 10.1037/0033-3204.27.1.72

Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological bulletin, 92*, 581–604. doi: 10.1037/0033-2909.92.3.581

Sloan, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smith, E., & Grawe, K. (2000). Rolle der Therapiebeziehung im therapeutischen Prozess: Gefahren und Chancen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 22*, 421–438.

Smith, E., Regli, D., & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut – Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31*, 227–251.

Sobel, M. E. (1990). Effect analysis and causation in linear structural equation models. *Psychometrica, 55*, 495–515 doi: 10.1007/BF02294763

Sonnenmoser, M. (2003). Offenheit in der Therapie. Wesentliches häufig ungesagt. *Deutsches Ärzteblatt, 10*, 471–472.

Spengler, E. S., Miller, D., & Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy, 53*, 360–366. doi: 10.1037/pst0000073

Sprenkle, D., & Blow, A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 113–129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x

Statista (2017). *USA: Zugehörigkeit zu den Ethnien im Jahr 2016*. Retrieved 2017 from https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166858/umfrage/ethnien-in-den-usa/

Stiles, B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 41*, 165–180. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.165

Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Barkham, M., Culverwell, A., Goldfried, M. R., Halstead, J., … Shapiro D. A. (2002). Convergent validity of the agnew relationship measure and the working alliance inventory. *Psychological Assessment, 14*, 209–220. doi: 10.1037/1040-3590.14.2.209

Strotzka, H. (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.

Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases (Comparison 1). *Archives of General Psychiatry, 37*, 595–603. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780180109014

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy.* New York: Basic Books.

Stumm, G., Wiltschko, J., & Keil, W. W. (2003). *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L. T., Takeuchi, D. T., & Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 533–540. doi: 10.1037/0022-006X.59.4.533

Taschner, A. (2013). *Management Reporting für Praktiker: Lösungsorientierte Kompaktedition*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Textor, M. R. (1990). Gemeinsamkeiten von Psychotherapieansätzen. *Integrative Therapie*, 16, 246–259.

Van Andel, P., Erdman, R. A. M., Karsdorp, P. A., Appels, A., & Trijsburg, R. W. (2003). Group cohesion and working alliance: prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 72*, 141–149. doi: 10.1159/000069733

Veith, A. & Willutzki, U. (2014). *Bochumer Veränderungsbogen 2000. Informationen zum Fragebogen und zur Auswertung*. Abgerufen am 28.02.2017 von dgvt-bv: http://www.dgvt-bv.de/fileadmin/user_upload/DGVT-BV/Dokumente/Bochumer_Veraenderungsbogen_Informationen_Auswertung_01_14.pdf

Vollmann, K. (2009). *Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Therapiebedingungen (FERT)* (Dissertation). Eberhard Karls Universität Tübingen.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Erlbaum, Mahwa.

Ward, M . R., Linville, D., & Rosen, K. (2007). *Clients' perceptions of the therapeutic process: A common factors approach*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Virginia Polytechnic Institute and State University. doi: 10.1300/J398v06n03_02

Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Willberg, H.-A. (2010). *Grundlagen der seelsorgerlichen Gesprächsführung*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Willutzki, U. (2014). Was macht eine gute Therapeutin/ einen guten Therapeuten aus, und lässt sich dafür etwas tun? In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung* (S. 23–26). Wien: GÖC/ÖBIC.

Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B., & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht: Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. *Psychotherapeut, 58*, 427–437.

Willutzki, U., Ülsmann, D., Schulte, D., & Veith, A. (2013). Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 42*, 256–268. doi: 10.1026/1616-3443/a000224

Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33*, 42–50. doi: 10.1026/1616-3443.33.1.42

Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. In K. Leppert, B. Koch, E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.) *Klinische Diagnostik und Evaluation* (S. 343–358). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co..

Worthington, E. L., Kurusu, T. A., McCollough, M. E, & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin, 119*, 448–487. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.448

Worthington, E. L., Mobley, M., Franks, R. D., & Tan, J. A. (2000). Multicultural counseling competencies: Verbal content, counselor attributions, and social desirability. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 460–468. doi: 10.1037/0022-0167.47.4.460

Yadav, D. S. (2010). Supportive psychotherapy. *British Medical Journal, 340*, 1.

Yeh, M., Eastman, K., & Cheung, M. K. (1994). Children and adolescents in community health centers: Does the ethnicity of the language of the therapist matter? *Journal of Community Psychology, 22*, 153–163. doi: 10.1002/1520-6629(199404)22:2<153::AID-JCOP2290220210>3.0.CO;2-R

Zeeck, A., Hartmann, A., & Orlinsky, D. E. (2003). Inter-Session-Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 54*, 236–242.

Zettler, C. (2016). *Intrasession-Prozesse in der Psychotherapie. Operationalisierung und psychometrische Eigenschaften der Intrasession-Skalen sowie bedeutende Einflussfaktoren*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Wien.

Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *The Journal of Consumer Research, 37*, 197–206. doi: 10.1086/651257

Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV*. Weinheim: Beltz.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 5
Abbildung 2. 38
Abbildung 3. 39
Abbildung 4.. 101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 8
Tabelle 2 24
Tabelle 3 25
Tabelle 4 26
Tabelle 5 27
Tabelle 6 27
Tabelle 7 32
Tabelle 8 33
Tabelle 9 34
Tabelle 10 36
Tabelle 11 41
Tabelle 12 43
Tabelle 13 44
Tabelle 14 45
Tabelle 15 46
Tabelle 16 46
Tabelle 17 47
Tabelle 18 48
Tabelle 19 49
Tabelle 20 49
Tabelle 21 53
Tabelle 22 54
Tabelle 23 57
Tabelle 24 59
Tabelle 25 61
Tabelle 26 62
Tabelle 27 64
Tabelle 28 66
Tabelle 29 67
Tabelle 30 69
Tabelle 31 72
Tabelle 32 73
Tabelle 33 74
Tabelle 34 75
Tabelle 35 76
Tabelle 36 78
Tabelle 37 79
Tabelle 38 82
Tabelle 39 83

Tabelle 40 84
Tabelle 41 87
Tabelle 42 88
Tabelle 43 89
Tabelle 44 90
Tabelle 45 91
Tabelle 46 92
Tabelle 47 93
Tabelle 48 94
Tabelle 49 95
Tabelle 50 96
Tabelle 51 97
Tabelle 52 98
Tabelle 53 99
Tabelle 54 102

Abstract (Zusammenfassung)

Hintergrund und Problemstellung: Bislang untersuchte eine Vielzahl an Studien “effektive” Psychotherapeutinnenmerkmale. Der Fokus lag insbesondere auf deren Bedeutung für die psychotherapeutische Beziehung und das Psychotherapieergebnis. Im Zuge der Prozessforschung rückten jedoch klientische Prozesserfahrungen, welche während Sitzungen (Intrasession-Prozesse) und zwischen Sitzungen (Intersession-Prozesse) gemacht werden, ins Forschungsinteresse. ***Fragestellungen und Ziele:*** Mit dem Ziel den Forschungsstand zu den „allgemeinen Wirkfaktoren" der Psychotherapie auszubauen, wurden die Zusammenhänge und Einflüsse positiver und negativer Psychotherapeutinnenmerkmale auf Intrasession- und Intersession-Prozesse untersucht. ***Methoden:*** 234 Klientinnen, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung in Psychotherapie befunden oder bereits eine Behandlung in Anspruch genommen haben, bewerteten retrospektiv in einem Online-Fragebogen Psychotherapeutinnenmerkmale (anhand eines selbstkonstruierten Fragebogens), die psychotherapeutische Beziehung (WAI-SR), Psychotherapieergebnis (BVB 2000), Intrasession-Prozesse (Intrasession-Fragebogen) und Intersession-Prozesse (AISF). ***Ergebnisse:*** Die Ergebnisse zeigten signifikante Korrelationen, Regressionen und Mediationen. Die von den Klientinnen wahrgenommene Empathie korrelierte am stärksten mit allen Konstrukten und erklärte die höchste Varianz der psychotherapeutischen Beziehung, des Psychotherapieergebnisses und der Intrasession-Prozesse. Ermutigung und Vertrauen erklärten am meisten der Varianz der Intersession-Prozesse. Intrasession-Prozesse zeigten den stärksten indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, wenn Klientinnenbeteiligung, Vertrauen, Wertschätzung und Klarheit als einzelne Prädiktoren im Modell dienten. Intersession-Prozesse zeigten die höchste Mediation auf das Psychotherapieergebnis, wenn Erfahrung, Klarheit, Vertrauen und Klientinnenbeteiligung als einzelne Prädiktoren im Modell dienten. In der multiplen Mediationsanalyse zeigten Intrasession- und Intersession-Prozesse den höchsten indirekten Effekt auf das Psychotherapieergebnis, wenn Klientinnenbeteiligung als Prädiktor im Modell diente. ***Diskussion:*** Demnach können vor allem Klientinnenbeteiligung, Vertrauen und Klarheit als positive Prozessmerkmale bezeichnet werden. Limitationen und Forschungsimplikationen werden abschließend diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapeutinnenmerkmale, Intrasession-Prozesse, Intersession-Prozesse

Influence of therapist variables on client's intersession- and intrasession-processes

Introduction and Problem Definition: Numerous studies have investigated effective therapist variables, but most have focused on the effect on therapy alliance and therapy outcome. In the course of process research clients' within-session-experiences (intrasession-processes) and between-session-experiences (intersession-processes) slowly shifted in the foreground of research interest. ***Research Questions and Objectives:*** The objective of this study was to build on the "common factors" literature plus to investigate the relation and impact of different therapeutic variables on intrasession- and intersession-processes by exploring clients' perspective on their psychotherapy treatment. ***Method:*** 234 patients in present or past psychotherapeutic treatment assessed retrospectively therapeutic variables (a self-constructed questionnaire), working alliance (WAI-SR), therapy outcome (BVB 2000), intrasession-processes (Intrasession-Questionnaire) and intersession-processes (AISF) in an online questionnaire. ***Results:*** The results revealed various significant correlations, regressions and mediations for the investigated constructs. The clients' perception of therapists' empathy correlated (the highest) with all constructs and explained most variance of outcome, alliance and intrasession-processes. Encouragement and trust explained most variance of intersession-processes. Intrasession-processes showed the highest indirect effects on outcome, when clients' activity, therapists' trust, appreciation and clearness functioned as the models' predictors. Intersession-processes showed the highest mediations on outcome, when the therapists' work experience, clearness, trust and clients' activity functioned as predictors. In the multiple mediation intrasession- and intersession-processes showed the strongest indirect effect on the outcome, when the therapeutic variable clients' activity functioned as a predictor. ***Discussion:*** Therefore clients' activity, trust and clearness can be marked as positive process variables. Limitations and further implications for the study are discussed.

Keywords: Therapeutic Variables, Intrasession-Processes, Intersession-Processes

Anhang A

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

universität wien

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

In unseren Masterarbeiten untersuchen wir Effekte, die durch **Charaktermerkmale von PsychotherapeutInnen** entstehen und den **Verlauf der Psychotherapie** beeinflussen können.
Falls du dich angesprochen fühlst, würden wir uns sehr freuen, wenn du an unserer **Online-Befragung** teilnehmen würdest.

Die Befragung erfolgt natürlich anonym und dient lediglich wissenschaftlichen Zwecken!
Zusätzlich verlosen wir unter allen TeilnehmerInnen zwei Thalia-Gutscheine im Wert von je 20€!
Unten kannst du dir den Link abreißen und gerne auch an jemanden weitergeben!

Vielen herzlichen Dank!

ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/

ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/
ONLINE-BEFRAGUNG zu Psychotherapeutinnenmerkmalen
https://www.soscisurvey.de/inter-intra-psychotherapie/

Anhang B

Fragebogen zu Psychotherapeutinnenmerkmalen

Im Folgenden werden Sie gebeten, die Ausprägung verschiedener Eigenschaften und Charakterzüge Ihrer Psychotherapeutin zu beurteilen.

Bitte lesen Sie sich diese Aussagen aufmerksam durch und wählen Sie für jede Aussage diejenige Antwort, die für Sie am besten zutrifft.

Bitte versuchen Sie möglichst spontan und aufrichtig zu antworten. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung.

5-stufige Likertskala

1 = trifft gar nicht zu

2 = trifft wenig zu

3 = trifft mittelmäßig zu

4 = trifft ziemlich zu

5 = trifft außerordentlich zu

Akzeptanz

Meine Psychotherapeutin zeigt mir, dass sie mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten so akzeptiert, wie ich bin. [**PM02_17]**

Ich habe den Eindruck, meine Psychotherapeutin ist eher ungeduldig. [**PM02_10n]**

Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber nicht verständnisvoll. [**PM02_22n]**

Meine Psychotherapeutin macht meine Gedankengänge und Gefühle zunichte. [**PM03_22n]**

Ähnlicher ethnischer Hintergrund

Meine Psychotherapeutin hat eine ähnliche ethnische Zugehörigkeit wie ich. [**PM02_04]**

Meine Psychotherapeutin hat die gleiche religiöse Einstellung wie ich. [**PM02_06]**

Berufliche Erfahrung

Meine Psychotherapeutin zeigt sich fachlich erfahren. [**PM02_01]**

Meine Psychotherapeutin zeigt ein umfangreiches Wissen bezüglich meiner psychischen Störung. [**PM02_02]**

Bestätigung der Klientin

Meine Psychotherapeutin bestätigt mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten. [**PM03_08]**

Ich fühle mich in meinen Gedanken, Gefühlen und in meinem Verhalten von meiner Psychotherapeutin nicht bestätigt. [**PM03_09n]**

Empathie

Meine Psychotherapeutin ist fähig aufmerksam und verstehend zuzuhören. [**PM02_15]**

Meine Psychotherapeutin zeigt Verständnis für meine Gefühle. [**PM02_21]**

Bei meinen Äußerungen kann meine Psychotherapeutin meine Gefühle „zwischen den Zeilen“ erkennen und mir mitteilen. [**PM03_10]**

In der Regel spürt meine Psychotherapeutin was in mir vorgeht. [**PM03_11]**

Meine Psychotherapeutin ist wenig empathisch. [**PM03_12n]**

Meine Psychotherapeutin ist mir gegenüber freundlich. [**PM02_14]**

Meine Psychotherapeutin ist kalt und distanziert. [**PM02_13n]**

Ermutigung der Klientin

Meine Psychotherapeutin zeigt mir die positiven Aspekte meiner Situation auf. [**PM03_04]**

Meine Psychotherapeutin vermittelt mir Perspektiven für meine Probleme. [**PM03_05]**

Meine Psychotherapeutin ermuntert mich, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. [**PM03_07]**

Meine Psychotherapeutin ist von der Linderung meiner Symptome überzeugt. [**PM03_13]**

Klarheit

Meine Psychotherapeutin drückt sich immer recht unkonkret und unverständlich aus. [**PM02_23n]**

Meine Psychotherapeutin ist wenig kompetent und überzeugend. [**PM02_03n]**

Meine Psychotherapeutin drückt ihre Gedanken und Äußerungen klar aus. [**PM02_24]**

Klientinnenbeteiligung

Ich kann selber entscheiden, was in der Sitzung besprochen wird. [**PM03_17]**

Ich kann den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten. [**PM03_18]**

Offenheit

Meine Psychotherapeutin ist aufgeschlossen und tolerant für Lebensgewohnheiten anderer. [**PM03_02]**

Meine Psychotherapeutin drückt mir gegenüber nicht ihre ehrliche Meinung aus. [**PM02_25n]**

Meine Psychotherapeutin ist mir gegenüber offen. [**PM03_03]**

Strukturiertheit der Arbeit

Die Ziele meiner Psychotherapie sind unklar oder fehlen. [**PM03_15n]**

Zu Psychotherapiebeginn haben meine Psychotherapeutin und ich die Regeln und Bedingungen unserer gemeinsamen Arbeit abgesprochen. [**PM03_16]**

Vertrauen

Ich empfinde das Verhalten und das Gesagte meiner Psychotherapeutin als authentisch. [**PM03_01]**

Ich empfinde wenig Vertrauen zu meiner Psychotherapeutin. [**PM03_19n]**

Meine Psychotherapeutin schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre. [**PM03_20]**

Wertschätzung

Meine Psychotherapeutin ist eine wertschätzende Person. [**PM02_12]**

Meine Psychotherapeutin erweist mir bedingungslose positive Achtung. [**PM02_18]**

Meine Psychotherapeutin bringt mir Respekt entgegen. [**PM02_19]**

Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber respektlos. [**PM02_20n]**

Negatives Verhalten

Meine Psychotherapeutin macht mir Vorwürfe. [**PM03_21]**

Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber ärgerlich/feindselig. [**PM03_23]**

Meine Psychotherapeutin verhält sich mir gegenüber offen aggressiv. [**PM03_24]**

Anhang C

Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform – P

Code:_____ Datum:_____ Sitzungsnummer:_____

Working Alliance Inventory - revidierte Kurzform - P

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

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

Item-Copyright Horvath

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

Anhang D

Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB-2000)

Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB-2000)

Name: .....

Datum: .....

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

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

Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum seitdem bis heute.

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

Ich bin ruhiger geworden. , ƒ „ ... † ‡ Ich bin unruhiger geworden.

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

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

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

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Dieser Fragebogen ist lizenzgeschützt unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz. Diese Lizenz wird durch Ulrike Willutzki, Universität Witten-Herdecke gehalten, c/o <ulrike.willutzki@uni-wh.de>. Informationen bezüglich dieser Lizenz erhältlich unter http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de

Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Therapiebeginn…

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

Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Therapiebeginn…

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang E

Intrasession-Fragebogen

siebenstufige Skala:
1 = nie
2 = fast nie
3 = selten
4 = manchmal
5 = oft
6 = sehr oft
7 = immer

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

Klärung
…habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe.
…komme ich dem Kern meiner Probleme nahe.
…gelange ich zu einer plausiblen Erklärung meiner Probleme.

Erlebte Selbstwirksamkeit und Problemlösekompetenz
…traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.
…habe ich das Gefühl, Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich sonst nicht gewachsen fühlte.
…glaube ich, dass ich mich besser so verhalten kann, wie ich möchte.

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

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

Loyalität und Sympathie

…fühle ich mich in der Beziehung zu meinem/r Therapeut/in wohl.

…verstehen der/die Therapeut/in und ich einander.

…habe ich das Gefühl, dass der/die Therapeut/in an meinem Wohlergehen interessiert ist.

…habe ich den Eindruck, dass der/die Therapeut/in mir sagt, was er/sie über mich denkt.

…erlebe ich oft eine sehr starke Loyalität meines/r TherapeutIn mir gegenüber.

Selbstwertstützung

…fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt.

…erlebe ich mich als wertvolle Person.

…merke ich, dass ich trotz meiner Probleme angenommen werde.

…vermittelt mir mein/e TherapeutIn das Gefühl, viel von mir zu halten.

…fühle ich mich von meinem/r TherapeutIn wertgeschätzt.

... habe ich Angst davor, meine Selbstachtung zu verlieren.

Unterstützung

…finde ich, dass der/die Therapeut/in meine Probleme richtig einschätzt.

…habe ich das Gefühl, dass das Vorgehen des Therapeuten richtig für mich ist.

…merke ich, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.

…fühle ich mich von meinem/r TherapeutIn sehr gut unterstützt.

…erlebe ich viel Rückhalt und Unterstützung seitens meines/r TherapeutIn.

Konflikte und Übertragung

…merke ich, wie ich mich dem/der Therapeut/in gegenüber oft so verhalte, wie ich es anderen Menschen gegenüber tue, die mir nahe stehen.

…erlebe ich meinem Therapeuten gegenüber ähnliche Gefühle, wie ich sie aus anderen engen Beziehungen kenne.

…bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meine/r Therapeut/in und anderen mir vertrauten Personen.

…habe ich meine/r Therapeut/in gegenüber ähnliche Bedürfnisse, wie ich sie aus anderen engen Beziehungen kenne.

Emotionale Erleichterung/Katharsis

…kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken.

…habe ich die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken, die mich belasten.

…kann ich loslassen und meine Gefühle frei äußern.

…entledige ich mich unangenehmen Gefühlen, indem ich sie frei ausdrücke.

…kann ich meine Gefühle oft einfach so rauslassen.

Emotionales Erleben

…stehen meine Gefühle im Vordergrund.

…bin ich gefühlsmäßig stark beteiligt.
…kann ich spüren, was emotional in mir vorgeht.
…geht es primär um meine Gedanken.

Containment

…kann ich gemeinsam mit meine/m Therapeut/in an negativen Gefühlen und Erfahrungen arbeiten.
…kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist.
…nimmt der/die Therapeut/in meine Gefühle an und hilft mir, sie zu verstehen.
…äußere ich Gedanken und Gefühle, die ich vorher nie äußern konnte.
…kann ich meinen Gedanken und Gefühlen einen Sinn geben.

Missverständnis

... hatte ich das Gefühl, mein/e TherapeutIn und ich reden aneinander vorbei.
... hatte ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über meine Gedanken und Gefühle missverstanden wurden.
…fällt mir auf, dass mein/e TherapeutIn und ich uns missverstehen.
…schätzt mein/e Therapeut/in mich falsch ein.

Scham

... fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt.
... habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen.
…wird mit meinen Schamgefühlen sehr einfühlsam und verständnisvoll umgegangen.
…schäme ich mich.

Verwirrung

... konnte ich kein klares Verständnis für meine Gedanken, Gefühle und Handlungen bekommen.
... habe ich Gefühle erlebt, die mich durcheinander gebracht haben.
... hat mich das, was in der Therapie passiert ist, verwirrt.
…fühle ich mich verwirrt.

Zurückweisung, Missachtung

... verhielt sich der Therapeut mit gegenüber kalt und distanziert.
... hatte ich das Gefühl, der Therapeut hätte kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen.
... fühlte ich mich zurückgewiesen und missachtet.
... habe ich mich von dem Therapeuten nicht richtig ernst genommen gefühlt.

Verletzung und Missbrauch

... fühle ich mich durch den Therapeuten erpresst.
... fühle ich mich von dem Therapeuten emotional missbraucht.
... mache der Therapeut manche Aussagen, die mich verletzten.

... fühle ich mich emotional ausgenutzt.

…kamen sexuelle oder erotische Anzüglichkeiten vor.

Anhang F

Intersession-Fragebogen

Im folgenden Fragebogen wird erfasst, wie sehr Sie sich mit Ihrer Psychotherapie seit Ihrem Beginn bis zum jetzigen Zeitpunkt auseinandergesetzt haben, was sie dabei gemacht und welche Emotionen Sie dabei im Allgemeinen erlebt haben. Achten Sie bitte darauf, dass bei bereits absolvierten Therapien die gesamte Therapie und bei noch laufenden der gesamte bisherige Verlauf der Therapie von Bedeutung ist. Dabei beziehen sich manche Fragen auf die Zeit zwischen zwei Psychotherapiesitzungen, manche gehen vom bisherigen gesamten Psychotherapieverlauf aus. Dies wird jeweils gesondert abgefragt. Es geht dabei jeweils um ihre durchschnittliche Aktivität in diesen Zeiträumen.

Wie häufig zwischen zwei Psychotherapiestunden – in Ihrer bisherigen Psychotherapie oder vergangenen Therapie – das ist innerhalb einer oder zwei Wochen – haben Sie im Durchschnitt ....

	nie	**1-2 mal**	**3-5 mal**	**fast täglich**	**mehrmals täglich**
an einen vergangenen Dialog der Psychotherapie gedacht?	○	○	○	○	○
Aussagen und Meinungen ihrer Psychotherapeutin im Kopf gehabt?	○	○	○	○	○
über das, was in der Psychotherapie besprochen wurde, nachgedacht?	○	○	○	○	○

Insgesamt betrachtet:

	gar nicht	**nur wenig**	**mittel**	**stark**	**sehr stark**
Wie präsent sind Ihnen die Psychotherapieinhalte in Ihrem Alltagsleben?	○	○	○	○	○
Wie intensiv ist ihre innere Auseinandersetzung mir Ihrer Psychotherapie?	○	○	○	○	○
Wie sehr begleitet Sie Ihre Psychotherapie im Alltag?	○	○	○	○	○

Vor bzw. nach einer Psychotherapiestunde ...

	gar nicht	**bis halbe Stunde**	**halbe bis 1 Stunde**	**1-2 Stunden**	**mehr als 2 Stunden**
Wie lange beschäftigen Sie sich im Schnitt mit Ihrer Psychotherapie vor der Stunde?	○	○	○	○	○
Wie lange beschäftigen Sie sich mit Ihrer Psychotherapie nach einer Sitzung?	○	○	○	○	○
In welchem Ausmaß nehmen Sie sich nach einer Sitzung Zeit für sich und tun nichts anderes?	○	○	○	○	○

Wie häufig haben Sie sich in ihrer bisherigen Psychotherapie auf folgende Weise mit dieser beschäftigt?

	nie	**selten**	**gelegentlich**	**regelmäßig**	**häufig**

	(weniger als 1mal/Monat)	(1-2 mal/Monat)	(1-2 mal/Woche)	(mehrmals/Woche)
Mit einer anderen Person über die Psychotherapie gesprochen (persönlich, telefonisch).	○	○	○	○
Sich Gedanken über sich oder die Psychotherapie kurz aufgeschrieben.	○	○	○	○
Ein Tagebuch über die Psychotherapie geführt.	○	○	○	○
Ihre Gedanken auf Tonband/ Diktaphon gesprochen.	○	○	○	○
Ein Internet-Forum genutzt, um über Ihre Psychotherapie zu kommunizieren.	○	○	○	○
An Selbsthilfegruppen teilgenommen und dort darüber gesprochen.	○	○	○	○
Sich Aufnahmen von Psychotherapiestunden, die sie mitbekommen haben, angehört/ angesehen.	○	○	○	○

Wie häufig in ihrer bisherigen Psychotherapie haben Sie ...?

	nie	selten (weniger als einmal im Monat)	gelegentlich 3.- 4. Stunde)	(jede regelmäßig 2. Stunde)	(jede sehr häufig (fast immer)
eine Hausaufgabe bekommen?	○	○	○	○	○
ihre Hausaufgabe/n auch gemacht?	○	○	○	○	○

Wie häufig zwischen zwei Psychotherapiestunden in Ihrer bisherigen Psychotherapie – das ist innerhalb einer oder zwei Wochen- haben Sie im Durchschnitt...?

	nie	1-2 mal	3-5 mal	fast täglich	mehrmals täglich
etwas ausprobiert, das in der Psychotherapie besprochen wurde?	○	○	○	○	○
Übungen gemacht, die Sie in der Psychotherapie gelernt haben?	○	○	○	○	○
selbst Psychotherapeutin gespielt und versucht, sich selbst zu therapieren?	○	○	○	○	○
versucht, bewusst und aktiv ein eigenes Verhalten zu ändern?	○	○	○	○	○
anderen Personen, z.B.: als Unterstützer/in oder Ko-Therapeut/in in den Veränderungsprozess eingebaut?	○	○	○	○	○
sich die Psychotherapeutin zum Vorbild genommen, d.h. daran gedacht, wie sie mit etwas Bestimmten umgehen würde?	○	○	○	○	○
aufmunternde Worte Ihrer Psychotherapeutin gedacht?	○	○	○	○	○
sich über Aussagen Ihrer Psychotherapeutin geärgert?	○	○	○	○	○

Aggressionen gegenüber Ihrer Psychotherapeutin empfunden?	○	○	○	○	○
Ihrer Psychotherapeutin innerlich schlecht gemacht/abgewertet?	○	○	○	○	○
die Psychotherapeutin als großartig empfunden?	○	○	○	○	○
die Psychotherapeutin vor anderen Personen gelobt?	○	○	○	○	○
über die Psychotherapeutin vor anderen geschimpft/geklagt	○	○	○	○	○
vorwiegend positive Gefühle für Ihre Psychotherapeutin empfunden?	○	○	○	○	○
vorwiegend positive Gefühle für Ihre Psychotherapie empfunden?	○	○	○	○	○
freudige Erwartung auf die nächste Sitzung verspürt?	○	○	○	○	○
die Psychotherapie als etwas Tolles empfunden?	○	○	○	○	○
sich durch die Psychotherapie getragen gefühlt?	○	○	○	○	○
die Psychotherapie als nutzlos empfunden?	○	○	○	○	○
sich durch die Psychotherapie geschützt gefühlt?	○	○	○	○	○
über die Psychotherapie Zufriedenheit empfunden?	○	○	○	○	○
unter Ihrer Psychotherapie gelitten?	○	○	○	○	○
im Hinblick auf die nächste Psychotherapiestunde Angst gespürt?	○	○	○	○	○

Wenn Sie nach einer Psychotherapiestunde den Raum verlassen, wie oft haben Sie dabei im Schnitt eines der folgenden Gefühle empfunden?

	nie	**selten**	**manchmal**	**oft**	**jedes Mal**
Traurigkeit	○	○	○	○	○
Erleichterung	○	○	○	○	○
Überforderung	○	○	○	○	○
Entmutigung	○	○	○	○	○
gestärkt und voller Kraft	○	○	○	○	○
sich unverstanden gefühlt	○	○	○	○	○
positive Gefühle für sich selbst	○	○	○	○	○
Freude	○	○	○	○	○
Mut	○	○	○	○	○
Zuversicht	○	○	○	○	○
das Gefühl, Fortschritte gemacht zu haben	○	○	○	○	○

Denken Sie an die Zeit zwischen den Sitzungen. Wie ist die emotionale Qualität Ihrer Gedanken und Auseinandersetzung mit Ihrer Psychotherapie gefärbt und wie intensiv sind diese Gefühle im Allgemeinen?

	gar nicht	**etwas**	**deutlich**	**intensiv**	**sehr intensiv**

Freudig	○	○	○	○	○
Ängstlich	○	○	○	○	○
Aufgewühlt	○	○	○	○	○
Enttäuscht	○	○	○	○	○
Verletzt	○	○	○	○	○
Beschuldigend	○	○	○	○	○
Abwertend	○	○	○	○	○
Neugierig	○	○	○	○	○
Humorvoll	○	○	○	○	○
Verträumt	○	○	○	○	○
Verliebt	○	○	○	○	○
Hilflos	○	○	○	○	○
Erwartungsvoll	○	○	○	○	◉

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen verfasst habe, und dass ich die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe. Alle Inhalte, die wörtlich oder sinngemäß aus fremden Quellen entnommen wurden, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet.

Wien, August 2017