Diagnostik der therapeutischen Beziehung

von

Petra Hank und Günter Krampen

Inhalt

- 1 Diagnostik der therapeutischen Beziehung im Kontext spezifischer psychotherapeutischer Ansätze**
- 2 Eklektisch orientierte Diagnostik der therapeutischen Beziehung**
- 3 Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie**
- 4 Status quo der Diagnostik der therapeutischen Beziehung**
- 5 Fazit für die Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der kontrollierten Praxis**

Vorbereitet für:

Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2005/2006). Handbuch der therapeutischen Beziehung. Tübingen: DGVT-Verlag (in Vorbereitung).

Autorenangaben:

Dr. Petra Hank und Prof. Dr. Günter Krampen, Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie, Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung, D-54295 Trier

Zusammenfassung

Unter einer wissenschaftshistorischen Sequentierung werden wichtige psychometrische Methoden und Hilfsmittel zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung beschrieben. Unterschieden wird nach Verfahren, die unter Bezug auf (1.) spezifische psychotherapeutische Ansätze (psychodynamisch-psychoanalytisch, interpersonal, klient-zentriert), (2) den Ansatz des psychotherapeutischen Eklektizismus und (3) Ansätze zu einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie entwickelt wurden. Der Status quo der Verfahrensentwicklung ist durch eine Dominanz anglo-amerikanischer Forschungsinstrumente gekennzeichnet, von denen nur wenige in deutschsprachigen Bearbeitungen vorliegen. Dominant sind dabei standardisierte Erhebungen der Patienten- und der Therapeuten-Perspektive zur therapeutischen Beziehung. Vor allem für Forschungszwecke liegen ergänzend umfangreiche Einschätzungs- und Kodiervverfahren für die Fremdbeobachter-Perspektive vor. Für die Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der kontrollierten Anwendungspraxis wird die Ergänzung der klinischen Urteilsbildung um standardisierte Erhebungsverfahren empfohlen, die neben der Therapeutenperspektive auch die Patientenperspektive umfassen und sich auf den gesamten diagnostischen und evaluativen Prozess beziehen sollten. Hinweise dazu werden gegeben.

Schlüsselwörter: therapeutische Beziehung; psychologische Diagnostik; Psychometrie; psychologische Messung; psychotherapeutische Prozesse

Abstract

Presents an overview on standardized instruments for the diagnosis of therapeutic alliance in a historical view. A first group of measures was developed in strong relationship to specific psychotherapeutic approaches, i.e., psychoanalysis, psychodynamic theories, interpersonal theories, and client-centered theory. The second group of measures is in the tradition of eclectic psychotherapy including a broad variety of concepts and constructs. The third group of measures refers to integrative models of general and differential psychotherapy, in which therapeutic alliance has the status of one of several general therapeutic factors. Status quo of measurement development is characterized by a dominance of Anglo-American research instruments, from which only a few are available in German versions. Most instruments focus on the patient-view and the therapist-view on therapeutic alliance. Extensive instruments for observer ratings and codings exist especially for clinical research. Recommendations for the diagnosis of therapeutic alliance within controlled clinical practice refer to the needs of completion of clinical judgments by standardized instruments in the total diagnostic and evaluative therapeutic process.

Key words: therapeutic alliance; psychodiagnosis; psychometrics; psychological assessment; psychotherapeutic processes

Diagnostik der therapeutischen Beziehung **Petra Hank und Günter Krampen**

Horvath, einer der prominenten Vertreter der internationalen psychotherapeutischen Allianz- und Beziehungsforschung, leitete 1994 in einer Übersicht zum Forschungsstand über die therapeutische Allianz den Abschnitt über „measurement issues“ mit der Aussage ein, dass „in der Mitte der 1970er Jahre der *Zeitgeist* für die Untersuchung der interpersonalen Prozesse zwischen Therapeut und Klient sowie deren Beziehung zum Therapieergebnis günstig war. (Daher wurden) zwischen den späten 1970er und den frühen 1980er Jahren (...) unabhängig voneinander und mehr oder weniger simultan Instrumente zur Messung der Allianz entwickelt.“ (Horvath, 1994, S. 261; Übersetzung durch die Verf.). Vorläufiges Ergebnis waren im angloamerikanischen Bereich fünf psychometrische Verfahrensgruppen (Pennsylvania Scales, Vanderbilt Scales, Therapeutic Alliance Rating Scale, Working Alliance Inventory und California Psychotherapy Alliance Scales), auf denen die große Mehrheit der bis heute international publizierten psychometrischen Hilfsmittel zur standardisierten Erfassung der therapeutischen Beziehung basiert.

Der *Zeitgeist* war in den 70er Jahren günstig geworden, weil im Vorfeld die Versuche einer psychoanalytischen Konsensbildung für die klinische Beurteilung der auf Übertragungsphänomene bezogenen Diagnostik der therapeutischen Beziehung gescheitert waren (das Ergebnis des Chicago-Konsensus-Projekts wird etwa von Seitz, 1966, S. 212, mit dem „agreement that we had disagreed“ zusammengefasst), gleichzeitig aber die potentiell übergreifende, allgemeine Bedeutung der therapeutischen Beziehung für Therapieaufnahme, -prognose, -prozess und -ergebnis erkannt und daher für empirische Analysen operational zugänglich gemacht werden musste. Ausgangspunkt der Operationalisierungsansätze blieb zunächst das psychodynamische Paradigma. Ausweitungen fanden schnell auf interpersonale und klient-zentrierte psychotherapeutische Ansätze statt (Horvath, 2005). Die damit verbundene Schulengebundenheit zahlreicher Operationalisierungsansätze wurde im nächsten Schritt durch eklektische, später durch integrativ auf allgemeine therapeutische Wirkfaktoren ausgerichtete Verfahrensentwicklungen überwunden. Damit kann die kurze Geschichte psychometrischer Hilfsmittel für die Diagnostik der therapeutischen Beziehung zeitversetzt mit einem allgemeinen Modell zur Geschichte der Psychotherapie (siehe Krampen, 1998, 2002a) mit den historischen Phasen (1.) der Begründung eigenständiger, innovativer Behandlungsansätze für psychische und psychosomatische Störungen (mit ihrem therapeutischen Universalitätsanspruch), (2.) des therapeutischen Eklektizismus und (3.) der Entwicklung von Modellen zu einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie in Einklang gebracht werden.

Angelehnt an diese drei Phasen werden im Folgenden wichtige psychometrische Methoden und Hilfsmittel zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung erläutert, die primär für Anwendungen auf dyadische Settings in Einzelpsychotherapien bei Erwachsenen resp. Kindern und Jugendlichen geeignet sind. Darüber hinaus werden Verfahren zur Erfassung komplexerer therapeutischer Beziehungsgeflechte in gruppentherapeutischen Settings dargestellt. Alle beschriebenen Instrumente sind vorwiegend für den Einsatz im ambulanten, zum Teil auch im stationären Bereich entwickelt worden. Mit diesen Verfahren werden ausschließlich L-Daten (Fremdeinschätzungen) und Q-Daten (Selbstbeurteilungen) im Sinne der Cattellschen Taxonomie (1965) zu Qualität und Art der therapeutischen Beziehung und ihrer Komponenten erhoben. Tabelle 1 zeigt die nachfolgend beschriebenen Verfahren im Überblick.

- hier Tabelle 1 einfügen -

Die Auswahl der vorgestellten Verfahren konzentriert sich auf diejenigen, welche sich empirisch bewährt haben und potentiell auch für die Anwendungspraxis von Bedeutung sind, wengleich bei den meisten Methoden die Forschungspraxis bislang der wesentliche Anwendungsbereich ist. Ad hoc konstruierte Forschungsinstrumente, deren Entwicklung nicht weiter verfolgt wurde, bleiben hier ebenso außen vor wie Derivate einschlägiger Verfahren und Ein-Item-Maße.

1 Diagnostik der therapeutischen Beziehung im Kontext spezifischer psychotherapeutischer Ansätze

Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie

Therapy Session Report

Unter psychodynamischer Grundorientierung sollen mit dem *Therapy Session Report (TSR)* von Orlinky und Howard (1967) unterschiedliche Aspekte der Übertragung in standardisierter Form mit Hilfe von drei- bis sechsstufigen Antwortskalen erfasst werden. Im Anschluss an eine Therapiestunde beantworteten dazu Therapeut, zwei Beobachter und/oder Patient einen mehr als 160 Items umfassenden Fragenkatalog zu Inhalt und Verlauf der Sitzung. Lazarus (1978) übersetzte den auf 127 Items gekürzten Fragenkatalog der Patientenperspektive als *Patientenbericht über die Therapiesitzung* ins Deutsche. Da weder Auswertungs- noch Interpretationshinweise für das Verfahren vorliegen, wird auf seine nähere Darstellung verzichtet.

Weitere Beispiele für entsprechende Einschätzverfahren sind die Skalen zur Erfassung von Übertragung, Arbeitsbeziehung und Angstthemen (Grünzig, Kächele & Thomä, 1978), das Rating-Instrument zur Erfassung verschiedener Dimensionen von Übertragung (Luborsky, Graff, Pulver, & Curtis, 1973) und das Rating-Instrument zur Erfassung von Interaktionen (Harrow, Astrachan, Becker, Detre & Schwartz, 1967). Daneben wurden beispielsweise von Apfelbaum (1958), Chance (1952), Fiedler und Senior (1952) und Subotnik (1966) *Q-Sort-Methoden* zur Erfassung von Übertragungsphänomenen entwickelt. Diese Verfahren spielen gegenwärtig allerdings keine Rolle mehr in der Diagnostik der therapeutischen Beziehung.

Pennsylvania Scales

Zu den methodischen Varianten der psychodynamisch fundierten Penn Helping Alliance Scales gehören das *Penn Helping Alliance Counting Signs* (HA_{cs}; Luborsky, 1976; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983), das *Penn Helping Alliance Rating* (HA_r; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis & Solomon, 1982) und der *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996) in Lang- (HA_q) und Kurzform (HA_q-R). Gemeinsam ist diesen Varianten die Differenzierung der helfenden Beziehung nach zwei Komponenten, von denen die erste die affektive Dimension zwischen Therapeut und Patient misst, während die zweite das Arbeitsbündnis abbildet. Während HA_{cs} und HA_r eine Fremdbeurteilung des Patienten durch einen Beobachter respektive den Therapeuten vorsehen, erfragt der HA_q die durch den Patienten selbst erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung. HA_q und HA_q-R werden in der Regel nach der dritten Therapiesitzung vorgegeben. Die psychometrische Güte der Penn Skalen Varianten konnte in einer Reihe von Untersuchungen nachgewiesen werden (Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber, et al., 1996; Cecero, Fenton, Frankforter, Nich & Carroll, 2001; Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson et al., 1996; Luborsky et al., 1983; Tichenor & Hill, 1989).

Deutsche Bearbeitung des HAQ

Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) übersetzten den Helping Alliance Questionnaire ins Deutsche. Sie fügten den 11 Fragen mit sechsstufigen Antwortskalen ein zwölftes Item hinzu, mit dem der Patient im Sinne einer direkten Veränderungsmessung den bisherigen Behandlungserfolg einschätzt. Auch dieser Fragebogen soll nach der dritten Sitzung vom Patienten beantwortet werden, sein Einsatz zu anderen Erhebungszeitpunkten dürfte aber unproblematisch sein. Faktorenanalytische Untersuchungen zur Itemstruktur des HAQ ergaben zwei Faktoren, von denen der eine die Beziehung des Patienten zum Therapeuten beschreibt (Beziehungszufriedenheit; $\alpha = .89$), der andere gibt die Zufriedenheit des Patienten mit dem Erfolg der Psychotherapie (Erfolgswilligkeit; $\alpha = .84$) wieder. Beide Faktoren korrelieren zu $r = .43$ miteinander. Die zur Überprüfung der Konstruktvalidität berechneten Korrelationen mit anderen klinischen Variablen bestätigen die inhaltliche Interpretation der Subskalen. Die von Bassler und Hoffmann (1993) empirisch ermittelte schwache Erfolgsprognose ($r = .28$, $p < .01$, $N = 66$) ließ sich nicht replizieren. Für den HAQ existieren bislang keine Normwerte. Er eignet sich nach Bassler (2003) in Therapiestudien als Outcome-Kriterium und zur Prozessevaluation. Zusätzlich zur patientenseitigen Version wurde eine für den Therapeuten erstellt, für die allerdings keine psychometrischen Angaben mitgeteilt werden (Basler et al., 1995).

Fragebogen „Therapeutische Arbeitsbeziehung“

Im Rahmen der Berliner Psychotherapiestudie entwickelte Rudolf (1991) eine *Skala zur Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung* (TAB). Sie beinhaltet 40 psychodynamisch orientierte Aussagen zu den Themenbereichen Verstehen und Verstandenwerden, wechselseitige Wertschätzung, emotionale Beteiligung, Fortschritt der therapeutischen Arbeit und Hoffnung auf Behandlungserfolg, die aus Sicht des Therapeuten (TAB-Th) respektive des Patienten (TAB-Pt) wiederholt im psychotherapeutischen Prozess eingeschätzt werden können.

Eine daraus entstandene Kurzform, die *Skala zur initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung* (iTAB), soll mit nur 10 Items (interne Konsistenz $\alpha = .86$) unmittelbar im Anschluss an das Erstgespräch eine Bewertung der Motivation und Behandlungsbereitschaft des Patienten durch den Therapeuten auf vierstufigen Ratingskalen ermöglichen. Die Items laden auf einem Generalfaktor (Faller & Rudolf, 1998) und werden zu einem Summenwert verrechnet.

Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens

Die *Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens* (SASB; Benjamin, 1974; Tress, 1993; Tress, Henry, Strupp, Reister & Junkert, 1990) steht in der Tradition der interpersonalen Theorie von Sullivan (1953). Ziel ist es, charakteristische Beziehungsqualitäten in therapeutischen Transaktionen angemessen und zudem auch schulenneutral abzubilden. „Wer verhält sich qualitativ zu wem und wie reagiert jene/r darauf“, so die Leitfrage (Tress et al., 1990). Messtheoretisch baut die strukturelle Analyse auf den Circumplex-Modellen interpersonalen Verhaltens (Leary, 1957) auf, die mit Affiliation und Interdependenz zwei voneinander unabhängige Grunddimensionen postulieren. Analyseeinheit ist eine zusammenhängende Gedankensequenz. Sie wird hinsichtlich ihres Fokus (der Andere, Selbst, Introjekt), Zuneigung bzw. Abneigung (Affiliation) und Interdependenz auf der Basis von audiovisuellen Aufzeichnungen und Stundentranskripten analysiert (zur Codierung siehe Tress et al., 1990). Nach Benjamin (1988) belegen autokorrelative Analysen, Validierungs- und Reliabilitätsuntersuchungen eine gute testtheoretische Fundierung des Verfahrens und weisen seine klinische Validität aus. Es eigne sich daher, um die Struktur der Introjekte von Patient und Therapeut valide abzubilden und affektive Qualitäten der therapeutischen Beziehung zu diagnostizieren. Da das SASB Rating einen sehr hohen zeitlichen und personellen Aufwand erfordert, empfehlen Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) die korrespondierenden

Fragebogenversionen INTREX (Tscheulin & Glossner, 1993) bzw. INTREX-Kurzform (Davies-Osterkamp, Hartkamp & Junkert, 1993).

Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT; Luborsky, 1977; Luborsky, 1990; Luborsky, Albani & Eckert, 1992) ist ein inhaltsanalytisches Verfahren zur Operationalisierung der zentralen Beziehungsstruktur, dem *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky, 1977). Ausgehend von der Annahme, dass die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den Patienten prototypische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält (Boothe, 1991), werden narrative Episoden über bedeutsame Interaktionen mit anderen (Beziehungsepisoden) daraufhin durch den Diagnostiker respektive Therapeuten bewertet (1.) was der Patient von den anderen Personen will (Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers), (2.) wie diese darauf reagieren (Reaktionen des Objekts) und (3.) welche Reaktionen dies wiederum beim Patienten auslöst (Reaktionen des Subjekts). Es resultiert das individuelle ZBKT des Erzählers (Albani, Geyer, Kächele & Pokorny, 2003; zu den Auswertungsmethoden siehe Albani, 1994; für eine methodenkritische Darstellung siehe Hartog, 1994). Da die Methode unmittelbar auf die Erfassung des Beziehungsgeschehens abzielt, ist sie nach Albani et al. (2003) viel versprechend zur Beschreibung von Status und Verlauf der therapeutischen Beziehung.

Operationale Psychodynamische Diagnostik

Ziel der OPD-Beziehungsdiagnose (OPD-E; Arbeitsgruppe OPD, 1996) ist die Erfassung des zentralen dysfunktionellen Beziehungsmusters eines Patienten anhand von charakteristischen Beziehungsepisoden und kommunikativen Akten aus der Erlebensperspektive des Untersuchers (Außenperspektive) und aus der Perspektive des Patienten selbst (Innenperspektive). Innerhalb beider Perspektiven wird weiter unterschieden, ob das Verhalten des Patienten oder das seines Gegenübers beschrieben wird. Die verschiedenen Merkmale des Beziehungsmusters werden durch Aussagen wiedergegeben, die von einer Standardformulierung, abgestimmt auf die Erlebensperspektive und den jeweiligen Protagonisten, eingeleitet werden. Diese Aussagen können zwei Itemlisten à 30 Items entnommen werden, die das Verhalten des Patienten gegenüber seinen Objekten et vice versa beschreiben. Die pro Perspektive und Protagonist wichtigsten drei Aussagen werden in einer beziehungs-dynamischen Formulierung durch den Diagnostiker bzw. Therapeuten integriert. Bezogen auf die Übereinstimmung unabhängiger Beurteiler von videografierten Interviews berichten Rudolf, Grande, Oberbracht und Jakobsen (1996) gewichtete Kappawerte von .59 für die Reliabilität der gesamten OPD-Beziehungsachse. Für die Erlebensperspektive des Patienten ergab sich für das Verhalten des Patienten ein Übereinstimmungswert von .62, für das der Objekte von .59. Bezogen auf das Erleben des Untersuchers betragen die Übereinstimmungen .60 für das Verhalten des Patienten und .54 für die Reaktionen des Gegenübers.

Client Attachment to Therapist Scale

Mit der Client Attachment to Therapist Scale (CATS) entwickelten Mallinckrodt, Gantt und Coble (1995) ein aus der Bindungstheorie (Bowlby, 1988) abgeleitetes und mit Items bestehender Instrumente angereichertes Inventar zur Beschreibung der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht. Im Laufe der Testkonstruktion wurde der ursprüngliche Itempool von 272 Items auf 36 Items (mit sechsstufigem Antwortformat) reduziert. Sie laden auf den Faktoren Sicher (Secure, 14 Items $\alpha = .64$; $r_{tt} = .84$), Ängstlich-Vermeidend (12 Items, $\alpha = .63$, $r_{tt} = .72$) und preoccupied-merger (10 Items, $\alpha = .81$, $r_{tt} = .86$), die insgesamt 38 % der Varianz aufklären und im Mittel um $r = -.14$ korrelieren. Die konkurrenten Validitätskoeffizienten entsprechen den Erwartungen. Die Autoren weisen selbst darauf hin,

dass diese psychometrischen Ergebnisse mit Vorsicht zu behandeln sind, da sie an einer kleinen Stichprobe von nur 138 Patienten erhoben wurden, die obendrein unterschiedlich viele Sitzungen bewerteten. Die Stabilitätskoeffizienten beruhen gar auf einer Teilstichprobe von nur $N = 17$ Patienten mit schwankenden Retestintervallen zwischen zwei bis fünf Wochen.

Klienten-Erfahrungsbogen

Der Klienten-Erfahrungsbogen (KEB; Eckert, Schwartz & Tausch, 1977) umfasst in seiner ursprünglichen Version 16 Items, von denen sich 15 auf die vom Klienten in der Therapiesitzung gemachten Erfahrungen beziehen, um die Ansprechbarkeit des Klienten für das therapeutische Beziehungsangebot zu messen. Die Items liegen mit sechsstufigen Antwortskalen vor. Das Verfahren ist in der klientenzentrierten Psychotherapieforschung und der klientenzentrierten Psychotherapiepraxis weit verbreitet. Es eignet sich zur Statusdiagnostik und Therapieverlaufskontrolle.

Seit 1997 liegt der KEB in revidierter Fassung unter dem Namen *Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen* (BIKEB; Höger & Eckert, 1997) vor. Mit dem Verfahren soll die Wirkung der jeweils vorangegangenen Therapiestunde („post-session outcome“) auf das Erleben des Patienten überprüft werden. Anhand von sechs Skalen ($.69 < \alpha < .91$) mit jeweils vier Items schätzt der Klient die Aspekte (1.) Zurechtkommen mit dem Therapeuten, (2.) Zurechtkommen mit sich selbst in der Stunde, (3.) Erleben von Veränderung, (4.) Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht, (5.) Erlebte Beruhigung und (6.) Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung seines Befindens im Nachgang zur Therapiestunde ein. Mit einem weiteren Item gibt er eine zusammenfassende Bewertung der Stunde ab. Das Verfahren ist zuverlässig und ökonomisch, bedarf allerdings noch einer weitergehenden empirischen Validierung und Normierung.

Verfahren für Kinder im Rahmen der Einzelpsychotherapie

Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche

Der Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche (FTB-KJ; Kronmüller, Hartmann, Reck, Victor, Horn & Winkelmann, 2003) ist die deutsche Adaptation der Therapeutic Alliance Scales for Children (Shirk & Saiz, 1992). Der Fragebogen liegt in parallelen Versionen für die behandelten Kinder bzw. Jugendlichen und die Therapeuten vor. In Anlehnung an das Modell Bordin (1979) werden mit 12 Items die Arbeitsbeziehung sowie positive und negative Aspekte der emotionalen Beziehung erhoben. Die Items sind vierfach gestuft mit den verbalen Verankerungen von "stimmt überhaupt nicht" (1) bis "stimmt ganz genau" (4). Was die faktorielle Struktur des Verfahrens betrifft, erscheint für die Therapeutenversion eine Zwei-Faktoren-Lösung mit den beiden Faktoren Arbeitsbeziehung und emotionale Beziehungsanteile angemessen zu sein, während für die Kinderversion die drei Faktoren Arbeitsbeziehung, positive und negative Beziehungsaspekte die Datenstruktur am besten beschreiben. Für beide Faktorenlösungen berichten Kronmüller et al. (2003) befriedigende bis gute Reliabilitätsergebnisse und erwartungskonforme Validitätsnachweise.

Operationale Psychodynamische Diagnostik

Analog zur OPD-Beziehungsdiagnose für Erwachsene (s.o.) ist eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für das Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ, Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) entstanden mit dem Ziel, typische Beziehungskonstellationen durch teilnehmende Beobachtung der unmittelbaren Beziehungsgestaltung zu erfassen. Heuristische Grundlage der inhaltlichen Klassifikation des habituellen Beziehungsverhaltens der Kinder und Jugendlichen sind wie bei der OPD-E Circumplexmodelle interpersonellen Verhaltens, hier die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974; Tress, 1993), die das

Beziehungsverhalten auf der transitiven, der intransitiven und der selbstbezüglichen Ebene fokussiert. Die beiden orthogonalen und bipolaren Beziehungskategorien Kontrolle und Affiliation werden auf den drei unterschiedlichen Gerichtetheiten der Interaktion (Kreisen), dem objektbezogenen Kreis, dem subjektbezogenen Kreis und dem selbstbezüglichen Kreis anhand von jeweils acht Items auf einer Skala von 1 = kaum vorhanden bis 5 = sehr stark kodiert. Neben wichtigen dyadischen Beziehungen (Kind-Untersucher, Kind-Mutter, Kind-Vater usw.) erlaubt das OPD-KJ (in Abweichung von der Modellstruktur des SASB und der OPD-E) auch die Erfassung von Triaden (z. B. Mutter-Vater-Kind), um den realen Abhängigkeiten des Kindes von seinen erwachsenen Bezugspersonen gerecht zu werden. Das Ergebnis einer ersten Interrater-Reliabilitätsprüfung ergab Intraclasskoeffizienten (ICC) von $.16 < ICC < .80$.

Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Gruppenpsychotherapie **Gruppenerfahrungsbogen**

Basierend auf dem Klienten-Erfahrungsbogen (s.o.) entstand der 32 Items umfassende Gruppenerfahrungsbogen (GEB; Eckert, 1976) zu den Wirkfaktoren Gruppenkohäsion, Gruppenklima, Therapieoptimismus, Körperliche Reaktion des Patienten auf das Therapiegeschehen, Aspekte des Therapeutenverhaltens aus Sicht des Patienten, Identifikation, Einsicht und korrigierende Rekapitulation früher familiärer Erfahrungen, Universalität des Leidens, Interpersonales Lernen und Altruismus. Damit greift Eckert (1996) zum Teil die von Yalom (1974) benannten tiefenpsychologisch begründeten Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie auf. Je nach Fragestellung kann der Fragebogen unmittelbar nach jeder Gruppensitzung oder in festgelegten Intervallen dem Patienten zur Beantwortung vorgegeben werden. Nach Einschätzung von Eckert (1996) hat sich der GEB sowohl in der therapeutischen Praxis als auch in der Psychotherapieforschung bewährt und eigne sich als Forschungsinstrument für Fragen der Indikation, Prädiktion, Prozessforschung und für die vergleichende Therapieforschung. Zeitliche Konsistenz von Items und Skalen sowie die faktorielle Struktur des Verfahrens variieren nach Eckert (1996) in Abhängigkeit vom Stand des Gruppenprozesses, dem Verlauf der Gruppenstunde sowie der Selbstwahrnehmung des Patienten.

2 Eklektisch orientierte Diagnostik der therapeutischen Beziehung

Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie **Vanderbilt Psychotherapie-Skalen**

Zu den eklektisch auf unterschiedlichsten Konzepten und Modellen basierenden Verfahren gehört die in ihrer Ursprungsversion 80 Items umfassende *Vanderbilt Psychotherapie-Prozess-Skala* (VPPS; Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh & Strupp, 1983; Suh, Strupp & O'Malley, 1986). Konzeptuell stellt sie einen Verschnitt aus psychodynamischen und integrativen Überlegungen (Bordin, 1979; Luborsky, 1976; Strupp & Binder, 1984) zur Abbildung von "positive and negative aspects of the patient's and therapists's behavior and attitudes that are expected to facilitate or impede progress in therapy" (Suh et al., 1986, p. 287) dar. Die Bewertung einzelner Therapieausschnitte erfolgt anhand fünffach gestufter Items von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr) zur Qualität der Therapeut-Patient-Interaktion, der Effektivität der Therapiestunde und dem aktuellen Funktionsniveau des Patienten sowie zum Verhalten von Patient (40 Items) und Therapeut (37 Items) durch einen unabhängigen Beobachter auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen. Über Erfahrungen mit den Skalen im deutschsprachigen Bereich berichten Strauss, Strupp, Burgmeier-Lohse, Wille und Storm (1992).

Mit der *Vanderbilt Therapeutischen Beziehungsskala* (VTAS; Hartley & Strupp, 1983) soll die therapeutische Beziehung an sich erfasst werden. Dazu sind 44 Items, die den drei Skalen (1.) Beitrag des Therapeuten zur Allianz (18 Items), (2.) Beitrag des Patienten zur Allianz (14 Items) und (3.) Therapeut-Patient-Interaktionen (12 Items) zugeordnet werden, auf einer sechsstufigen Ratingskala zu bewerten. Die Skalen liegen in den parallelen Formen Therapeut, Beobachter und Patient vor. Für die Gesamtskala wurden interne Konsistenzen von $.87 < \alpha < .95$ festgestellt, die Interrater-Übereinstimmung rangiert zwischen $.59 < ICC < .74$ (Carroll, Nich & Rounsaville, 1997; Hartley & Strupp, 1983; Tichenor & Hill, 1989). In einer modifizierten Beobachtersversion schlossen Krupnick et al. (1996) die Items mit psychodynamischem Hintergrund aus. Es resultieren ein 20 Items umfassender Patienten- und ein aus 11 Items bestehender Therapeutenfaktor, die zusammen 50 % der Gesamtvarianz aufklären und hinreichend übereinstimmend durch externe Beobachter eingeschätzt werden können.

Therapeutic Alliance Rating Scale

Marziali, Marmar und Krupnick (1981) vereinten Items der Inventare VPPS (Gomes-Schwartz, 1978), VTAS (Hartley & Strupp, 1983) und HA_{cs} (Luborsky, 1976) zum Therapeutischen Allianz Rating (TARS) im Umfang von 42 Items. Die hälftig patienten- bzw. therapeutenbezogenen Items lassen Bewertungen der therapeutischen Beziehung aus den Perspektiven von Therapeut, unabhängigem Beobachter und Patient auf sechsstufigen Ratingskalen (0 = nicht vorhanden bis 5 = stark vorhanden) zu.

Working Alliance Inventory

Mit dem Ziel, die therapeutische Beziehung zu diagnostizieren, den Erfolg einer Therapie vorherzusagen und mögliche Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und verschiedenen Therapieschulen aufzudecken, entwickelten Horvath und Greenberg (1986, 1989) das *Working Alliance Inventory* (WAI; Kurzform: WAIS von Tracey & Kokotovic, 1989). Es basiert auf Bordins (1979) Konzept der therapeutischen Beziehung und besteht dementsprechend aus den drei Skalen Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut im Hinblick auf (1.) Aufgaben und (2.) Ziele der Therapie sowie (3.) affektives Beziehungserleben à 12 Items, die auf siebenstufigen Likert-Skalen von 1 (nie) bis 7 (immer) beantwortet werden. Zu den parallelen Versionen für die Patienten- (WAI-C) und Therapeutenperspektive (WAI-T) konstruierten Tichenor und Hill (1989) eine konsistente Beobachtersversion (WAI-O), für die sich hohe Übereinstimmungen verschiedener Beobachter ergaben. Reliabilitätsschätzungen weisen alle Skalen der unterschiedlichen Versionen als homogen aus und attestieren ihnen eine zufriedenstellende Messgenauigkeit (Hanson, Curry & Bandalos, 2002; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). In einer Analyse zur Reliabilitätsgeneralisierung fanden Hanson et al. (2002) Hinweise darauf, dass die Übereinstimmungsreliabilität mit der Anzahl der einzuschätzenden Patient-Therapeut-Beziehungen abnimmt. Die faktorielle Struktur des WAI ist indes unklar (Cummings, Martin, Hallberg & Slemon, 1992; Horvath & Greenberg, 1986; Salvio, Beutler, Wood & Engle, 1992; Tracey, Glidden & Kokotovic, 1988). Zum Therapiebeginn erhobene WAI-Werte erwiesen sich als prädiktiv für den späteren Therapieerfolg und korrelierten mit vorzeitigem Therapieabbruch (Gallop, Kennedy & Stern, 1994; Kokotovic & Tracey, 1990). Obwohl ursprünglich für den ambulanten Bereich konstruiert, bewährte sich die WAI auch im stationären Setting (Gallop et al., 1994).

California Psychotherapy Alliance Scales

Die Kalifornischen Psychotherapie Allianz Skalen (CALPAS; Gaston, 1990; Gaston & Marmar, 1994) sind das Kondensat verschiedenster theoretischer Konzepte zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll, 2001):

Psychoanalytische Überlegungen zum Übertragungsphänomen, die von Sterba (1934) und Greenson (1965) betonte notwendige Fähigkeit des Patienten zum Aufbau einer Arbeitsbeziehung als Voraussetzung therapeutischen Arbeitens, das integrative Verständnis Bordins (1979) sowie die Rolle des Therapeuten als empathischer Zuhörer (Bowlby, 1988; Rogers, 1957) finden sich hier wieder. Die CALPAS besteht aus 24 siebenfach gestuften Likert-Items, die den vier Skalen (1.) Mitarbeit des Patienten, (2.) Arbeitsfähigkeit des Patienten, (3.) Einführendes Verstehen und Engagement des Therapeuten und (4.) Patient-Therapeut-Übereinstimmung im Hinblick auf Ziele und Strategien zugeordnet werden. Die CALPAS-Skalen liegen in Parallelförmigkeit vor für den Therapeuten (CALPAS-T), einen unabhängigen Beobachter (CALPAS-R) sowie für den Patienten (CALPAS-P). Reliabilität und Validität der CALPAS sind empirisch belegt (Gaston & Marmar, 1994; Tichenor & Hill, 1989).

Combined Alliance Short Form

Die Combined Alliance Short Form (CASF; Hatcher & Barends, 1996; Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995) ist faktorenanalytisch aus den Instrumenten CALPAS, WAI und HA_q entstanden. Die Patientenversion besteht aus 20 Items, verteilt auf die vier Skalen (1.) Zuversicht in der Zusammenarbeit ($\alpha = .88$), (2.) Ziele und Aufgaben ($\alpha = .86$), (3.) Verstandenwerden ($\alpha = .91$) und (4.) Idealierte Arbeitsbeziehung ($\alpha = .84$). Alle Items sind siebenfach gestuft mit den Polen 1 (überhaupt nicht) und 7 (immer). Es existieren parallele Formen für die Sichtweise von Therapeut (CASF-T; Hatcher, 1999) und Patient (CASF-P; Hatcher & Barends, 1996).

Agnew Relationship Measure

Das Agnew Relationship Measure (ARM; Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998) besteht aus 20 siebenstufigen Items zu den Dimensionen Engagement, Vertrauen, Empowerment und Arbeitsfähigkeit. 11 Aussagen beziehen sich auf den Patienten, 12 auf den Therapeuten, die restlichen fünf auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Das in parallelen Formen für Therapeut und Patient vorliegende Messinstrument wird im Anschluss an jede Therapiestunde beantwortet. Im Rahmen einer simultanen Faktorenanalyse der Patienten- und Therapeutenratings, erhoben in mehr als 1000 Sitzungen bei 95 depressiven entweder kognitiv-behavioral oder psychodynamisch behandelten Patienten, ließen sich bis auf zwei Items alle den Faktoren Bündnis, Partnerschaft, Vertrauen, Offenheit, Initiative des Patienten zuordnen. Sie klären 68.7 % der Gesamtvarianz in den Ratings der Therapeuten auf und 65.6 % in denen der Patienten.

Verfahren für Kinder im Rahmen der Einzelpsychotherapie

Therapy Process Observational Coding System

Das Therapy Process Observational Coding System (TPOCS-A; McLeod, 2001) umfasst neun verhaltensnahe Items, mit deren Hilfe geschulte Beobachter affektive und aufgabenbezogene Merkmale des Kindes bzw. seiner Eltern in seiner/ihrer Beziehung zum Therapeuten auf einer sechsstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr) bewerten. Als Vorlage dienten die Child Psychotherapy Process Scales (Estrada & Russell, 1999), eine revidierte Version der Vanderbilt Therapy Alliance Scales (Diamond, Little, Hogue, & Dakof, 1999) und die Therapeutic Alliance Scale for Children (Shirk & Saiz, 1992). Ergebnisse zur Überprüfung der internen Konsistenz und Beurteilerübereinstimmung belegen die Messgenauigkeit des TPOCS-A (McLeod & Weisz, 2005).

Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Gruppenpsychotherapie

Potenz-Valenz-Polaritätenprofil nach Feldes

Aufbauend auf dem Polaritätenprofil Feldes entwickelten Geyer und Plöttner (1996) das Potenz-Valenz-Polaritätenprofil mit den konnotativen Dimensionen Potenz und Valenz, operationalisiert mit jeweils sechs bipolaren Adjektivpaaren. Mit ihnen sollen die sozial relevanten Grundpositionen Macht, Einfluss und Beliebtheit abgebildet werden. Dazu schätzt jedes Gruppenmitglied im Anschluss an die Gruppensitzung Selbstbild, Wunschbild, vermutetes Fremdbild, Therapeutenbild, Gruppenbild und Fremdbild ein. Im Ergebnis entstehen Interaktionskonstellationen, die Aussagen über das Niveau der dynamisch-interaktionellen Ebene und über die Sozialwahrnehmung zulassen und nach Geyer & Plöttner (1996) von klinischer Validität und therapeutischer Relevanz sind.

3 Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie

Im Mittelpunkt dieser Phase steht eine schulübergreifende Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren von Psychotherapie mit dem Bemühen einer konzeptuellen Integration der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen mit beispielsweise der Schematheorie oder dem erwartungs-wert-theoretischen Ansatz als theoretischen Bezugspunkt (Grawe, 1995, 1998; Krampen, 1995). Neben verschiedenen Forschungsinstrumenten liegen dazu bislang zwei standardisierte Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung vor.

Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie

Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung

Mit dem schulunabhängigen Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB) wollen Fuchs, Sidiropoulou, Vennen und Fisseni (2003) neben dem Erfolg einer Psychotherapie das therapeutische Verhalten erfassen. Ausgehend von der Annahme, dass Therapeut-Klient-Beziehung (Empathie, Echtheit, Wertschätzung), Einsicht und Klärung (Deutung, Bewusstheit, Strukturierung, Konfrontation) sowie Integration/Verhaltensänderung (Durcharbeiten, emotionszentriertes Arbeiten, Verstärkung) zentrale Wirkprinzipien von Psychotherapie sind, haben die Testautoren diese in Teil II des BFTB mit 99 fünfstufigen Items, verteilt auf zehn Prozessskalen (Therapeut-Klient-Beziehung: Empathie, Echtheit, Wertschätzung; Einsicht und Klärung: Deutung, Bewusstheit, Strukturierung, Konfrontation; Integration/Verhaltensänderung: Durcharbeiten, emotionszentriertes Arbeiten, Verstärkung) operationalisiert. Die Items sind auf einer fünfstufigen Antwortskala vom Patienten während oder nach Abschluss einer (vorzugsweise Einzel-)Psychotherapie auf ihr Zutreffen zu bewerten. Die internen Konsistenzen, erhoben an der Normierungsstichprobe von $N = 210$ Psychotherapiepatienten, lagen für die Prozessskalen zwischen $.88 < \alpha < .93$. Sie korrelieren zum Teil recht hoch mit Koeffizienten von $.23 < r < .87$ untereinander und lassen sich den Faktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Techniken“ subsumieren.

Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie

Die Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie (STEP; Krampen, 2002b) wurden als ökonomische, standardisierte Instrumente zur Erfassung der von Grawe, Donati und Bernauer (1994) unterschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse und Effekte aus der Sicht von Patienten/innen und der von Therapeuten/innen entwickelt. Ihre Items beziehen sich direkt auf das Erleben einer Therapiesitzung im Einzelsetting durch die Patienten/innen (STEPP) sowie die darauf bezogenen Fremdwahrnehmungen und -beurteilungen ihrer Therapeuten/innen (STEPT). Diese beiden Versionen des STEP sind inhaltlich parallel aufgebaut und umfassen jeweils 12 komplementär formulierte Items. Beim STEPP ist von den Patienten/innen nach einer Therapiesitzung auf siebenstufigen Antwortskalen anzugeben, ob die jeweilige Aussage für die eigene Person zutrifft (mit "1" für "stimmt ganz genau") oder nicht (mit "7" für "stimmt überhaupt nicht"). Beim STEPT beurteilen die Therapeuten/innen inhaltlich analoge Fragen

unter Bezug auf ihre Wahrnehmungen des Erlebens und Verhaltens ihres Patienten bzw. ihrer Patientin auf identischen Antwortskalen. Für die Patienten/innen- und die Therapeuten/innen-Perspektive existieren jeweils drei inhaltlich komplementäre Subskalen zu der in einer Sitzung erlebten bzw. wahrgenommenen motivationalen Klärung bei dem Patienten/der Patientin (Klärungsperspektive; STEPP-K bzw. STEPT-K) mit fünf Items, aktiven Hilfe zur Problembewältigung (Problembewältigungsperspektive; STEPP-P bzw. STEPT-P) mit vier Items und therapeutischen Beziehung (Beziehungsperspektive; STEPP-B bzw. STEPT-B) mit drei Items.

4 Status quo der Diagnostik der therapeutischen Beziehung

Durch die integrativen Arbeiten von Luborsky (1976) und Bordin (1979) wurde die bloße Gleichsetzung von therapeutischer Beziehung und Übertragungsprozessen überwunden und das Konzept der therapeutischen Beziehung aus dem alleinigen theoretischen Kontext der Psychoanalyse heraus gelöst. Dies trug maßgeblich dazu bei, dass es weithin Akzeptanz fand, und löste einen Schub in der Diagnostik der therapeutischen Beziehung aus. Es entstand eine Reihe von diagnostischen Instrumenten mit konzeptuellen oder auch nur pragmatischen Grundlagen in eigenständigen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen.

Inhaltlich besehen lassen sich drei Stränge identifizieren. Der eine fokussiert Facetten der Übertragung, operationalisiert durch Penn HA, TSR, TAB, i-TAB und FTB-Kj. Gemeinsamer Nenner dieser Instrumente sind die Komponenten „therapeutisches Bündnis“ (bond), verstanden als ein “network of positive personal attachments between client and therapist that includes issues such as mutual trust, acceptance, and confidence“ (Horvath & Luborsky, 1993, p. 563), und “arbeitsbezogenes Bündnis” im Sinne eines “agreement on tasks and goals” (Bordin, 1994) bzw. einem “working strategy consensus” (Gaston, 1991). Der zweite Strang ist bindungstheoretisch fundiert und steht in der Tradition der interpersonalen Psychotherapie, repräsentiert durch CATS, OPD, SASB und ZBKT. Schließlich vertreten KEB respektive BIKEB und GEB den humanistischen Ansatz als dritten Strang. Was die Methodik betrifft, ist festzustellen, dass die Verfahren der ersten und dritten Gruppe ausschließlich auf Selbst- bzw. Fremdratings basieren, während die der zweiten Gruppe darüber hinaus von strukturellen und inhaltlichen Analysen narrativer Beziehungsepisoden Gebrauch machen. Sie eignen sich zur Statusdiagnostik und teilweise auch zur Verlaufskontrolle der therapeutischen Beziehung. Weiter ist für die Verfahren der ersten Generation der Diagnostik der therapeutischen Beziehung typisch, dass sie äußerst konsistent sind mit dem Anspruch auf eine große Bandbreite und Informationsausschöpfung und damit die große inhaltliche Homogenität und den generellen Indikationsanspruch der „Therapieschulen“, denen sie entspringen sind, widerspiegeln.

Die schulenorientierte Phase wurde von einem eklektischen Assessment der therapeutischen Beziehung (Phase 2) abgelöst. In diesem Zeitraum entstanden ARM, WAI, CALPAS, CASF, TARS und VPPS. Sie stellen die Instrumente der zweiten Generation zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung dar. In ihrem inhaltlichen Aufbau bilden diese Verfahren das eklektische Vorgehen in der Psychotherapie voll und ganz ab. So vereinen CALPAS und VPPS respektive VTAS fast das gesamte konzeptuelle Spektrum zur therapeutischen Allianz auf sich. Dieser Entwicklungsabschnitt gipfelt in der faktorenanalytischen Synthese dieser (an sich schon eklektischen) Verfahren zu eklektischen Verfahren „zweiter Ordnung“, wie CASF, TARS oder auch TPOCS.

Diese Instrumente haben eine Reihe von Forschungsarbeiten zur Überprüfung ihrer methodischen Qualitäten an sich sowie zur weiteren Klärung von Struktur und Prozess der

therapeutischen Beziehung ausgelöst. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen attestieren allen Instrumenten eine hohe Messgenauigkeit (Cecero et al., 2001; Tichenor & Hill, 1989), wobei die Therapeuten-basierten Verfahren im Vergleich zu denen aus der Beobachterperspektive etwas zuverlässiger sind (Horvath & Luborsky, 1993). Was die Verfahren aber so genau messen, ist weniger eindeutig (Hatcher & Barends, 1996).

In Maßen der Varianz ausgedrückt schlägt sich die inhaltliche Ausgestaltung der Verfahren - unabhängig von der eingenommenen Beurteilerperspektive - in extrem hohen gemeinsamen Varianzanteilen von bis zu 76 % nieder (Bachelor, 1991; Barends, 1992; Marmar, 1990; Safran & Wallner, 1991; Salvio et al., 1992; Tichenor & Hill, 1989). Diese Ergebnisse sind vielfach auf Kritik gestoßen. Theoretische Defizite, die Vermischung von Beziehungselementen mit Elementen der therapeutischen Technik auf der einen Seite und therapeutischen Ergebnissen auf der anderen sowie „a failure of each instrument to capture important aspects measured by some other instruments“ werden als Gründe dafür verantwortlich gemacht (Agnew, 1996; Gaston, 1990; Hatcher & Barends, 1996; Horvath & Luborsky, 1993).

Nichtsdestoweniger findet sich ein zwar nur moderater, aber doch konsistenter Zusammenhang zwischen den verschiedenartigen Versuchen der Operationalisierung der therapeutischen Beziehungsqualität und dem Therapieerfolg. Martin, Garske und Davis (2000) errechneten in ihrer Metaanalyse, durchgeführt an einer homogenen Stichprobe von $N = 79$ Primärstudien, eine mittlere Effektstärke von $r = .22$. Zu einem vergleichbaren metaanalytischen Ergebnis kamen Horvath und Symonds (1991). Vereinzelt gefundene Ergebnisse, wonach es darauf ankommt, wer die therapeutische Beziehungsqualität wann vor dem Hintergrund von welchem Treatment und nach welchen zu welchem Zeitpunkt eingeschätzten Erfolgskriterien der Behandlung bewertet, sind demnach lediglich als singuläre ohne generelle Aussagequalität zu bewerten.

Es bleibt festzuhalten, dass die Instrumente der zweiten Generation zwar zuverlässig zur Messung der therapeutischen Beziehung und auch nützlich zur Vorhersage des therapeutischen Erfolgs sind. Die mit ihnen verknüpften theoretischen Forschungsdesiderata erfüllen sie aber nicht, da es versäumt wurde, den faktorenanalytisch realisierten (methodischen) Brückenschlag zwischen den verschiedenartigen theoretischen Konzepten zur therapeutischen Beziehung inhaltlich zu untermauern.

Die Verfahren zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung im Kontext einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie (Phase 3) STEP und BFTB heben sich von ihren Vorgängern durch einen integrativen Theoriebezug auf allgemeine Wirkfaktoren - unter ihnen die Therapeut-Patient-Beziehung - der psychotherapeutischen Intervention ab. So gesehen handelt es sich bei diesen Verfahren der dritten Generation um wirklich neue Verfahren, die aus „einem Guss“ sind.

Die im Hinblick auf die Verfahren für Erwachsene gemachten kritischen Anmerkungen gelten auch für die Verfahren für Kinder und Jugendliche. Hier existiert eine Vielzahl von ad hoc i.d.R. für Forschungszwecke konstruierte Instrumente mit verschiedenstem theoretischen Hintergrund, welche die therapeutische Beziehung aus unterschiedlichsten Perspektiven (Kind, Untersucher, Eltern, Beobachter) zu diagnostizieren versuchen. Mit Shirk und Karver (2003) ist eine stärker theoriegeleitete Entwicklung entsprechender Instrumente unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte zu fordern.

Was die Verfahren zur Diagnostik von komplexeren Beziehungsgeflechten in Gruppensettings betrifft, existieren derzeit nur wenige mit einer den üblichen Standards entsprechenden teststatistischen Güte.

5 Fazit für die Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der kontrollierten Praxis

Die in der psychotherapeutischen Anwendungspraxis dominante klinische Urteilsbildung bei der Diagnostik der therapeutischen Beziehung basiert in der Regel auf anamnestischen Informationen über psychotherapeutische und ggf. auch medizinische Vorbehandlungen von Patienten und deren dazu geäußerte Erfahrungen sowie auf Eindrucksbildungen von Therapeuten über den Verlauf der ersten (probatorischen) Sitzungen. Standardisierte psychometrische Hilfsmittel sollten zur Unterfütterung dieser klinischen Urteilsbildung genutzt werden, um Subjektivitäten durch Bezüge zu Vergleichswerten sowie - minimal - zu der Patienten-Perspektive und ggf. auch zu der Perspektive von Fremdbeobachtern (etwa in der kollegialen Supervision) der Reflexion zugänglicher zu machen und so das klinische Urteil zu verbessern.

Im deutschen Sprachraum stehen dazu aktuell mehrere psychometrische Hilfsmittel zur Verfügung: Sowohl für die Anfangsphase einer Therapie als auch für Wiederholungsmessungen sind etwa zur *Erfassung der Patientenperspektive* HAQ (mit 11 Items), STEP-P (mit 12 Items), BIKEB (mit 24 Items), TAB (mit 40 Items; Kurzform iTAB mit 10 Items) geeignet. Im späteren Verlauf und gegen Ende einer Behandlung kann zudem der 99 Items umfassende BFTB eingesetzt werden, der ebenso wie der STEP-P im Unterschied zu den anderen Verfahren Vergleichswerte aus größeren Stichproben von Psychotherapie-Patienten bietet.

Für eine standardisierte *Erfassung der Therapeuten-Perspektive* liegen in deutscher Sprache bislang lediglich die OPD (Achse II; Auswahl von jeweils 3 Items aus insgesamt 30 Items für vier Dimensionen des eingeschätzten Beziehungserlebens von Patient und Therapeut) und der STEP-T (mit 12 zur Patientenversion inhaltlich komplementären Items) vor.

Durch den Einsatz dieser Verfahren wird auch die Einhaltung formaler Anforderungen an die Durchführung von Psychotherapien unterstützt, die sich auf die Formulierung von Erst- und Verlängerungsanträgen sowie die Pflicht zur regelmäßigen Protokollführung über Therapietermine und den Therapieverlauf beziehen. Die Ergänzung der klinischen Urteilsbildung in der Diagnostik der therapeutischen Arbeitsbeziehung durch psychometrische Verfahren ist eines der zentralen Merkmale der kontrollierten psychotherapeutischen Praxis, die u.a. Voraussetzung für Qualitätskontrolle und -management ist (siehe hierzu auch Krampen & Hank, im Druck).

Literatur

- Agnew, R. (1996). Conceptual and methodological issues in the development of a measure of psychotherapeutic relationships. PhD thesis. University of Sheffield.
- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 155 – 172.
- Albani, C. (1994). Eine methodenkritische Einzelfallstudie der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). In A. Redder & I. Wiese (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation* (S. 289 – 305). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H. & Pokorny, D. (2003). Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut*, 48, 388 – 402.
- Apfelbaum, B. (1958). *Dimensions of transference in psychotherapy*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Arbeitsgruppe OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Huber: Bern.
- Arbeitsgruppe OPD (Hrsg.). (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ). Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relation to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 262 – 260.
- Barber, J. P. & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for Supportive/Expressive Dynamic Psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy Research*, 6, 79 – 90.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Therapist competence and treatment outcome in dynamic therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619 – 622.
- Barends, A. W. (1992). Development and validation of two measures of the working alliance in psychotherapy for patients' and therapists' use. Unpublished doctoral dissertation. The University of Michigan, Ann Arbor.
- Bassler, M. (2003). Helping Alliance Questionnaire (HAQ). In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 187 – 190). Göttingen: Hogrefe.
- Bassler, M. & Hoffmann, S. O. (1993). Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 325 – 332.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23 – 32.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392 – 425.
- Benjamin, L. S. (1988). *SASB short form use's manual*. Salt Lake City, Utah.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Boothe, B. (1991). Analyse sprachlicher Inszenierungen - Ein Problem der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 22 – 30.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252 – 260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13 – 37). New York: Wiley.

- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. In *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development* (pp. 137 – 157). New York: Basic Books.
- Carroll, K. M., Nich, C. & Rounsaville, B. J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 510 – 514.
- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Harmondsworth (BG): Penguin [deutsche Übersetzung (1973). *Die wissenschaftliche Erforschung der Persönlichkeit*. Weinheim: Beltz.]
- Cecero, J. J., Fenton, L. R., Frankforter, T. L., Nich, C. & Carroll, K. M. (2001). Focus on therapeutic alliance: The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Training*, 38, 1 – 11.
- Chance, L. (1952). The study of transference in group therapy. *International Journal of Group Therapy*, 2, 40 – 53.
- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E. & Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 306 – 312.
- Davies-Osterkamp, S., Hartkamp, N. & Junkert, B. (1993). Die INTREX-Kurzform. In W. Tress (Hrsg.), *SASB - Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens* (S. 156 – 220). Heidelberg: Asanger.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A. & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, 36, 355 – 368.
- Eckert, J. (1976). Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 5, 153-163.
- Eckert, J. (1996). Das Gruppenwirkfaktoren-Q-Sort nach Yalom. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapie*. Ein Handbuch (S. 104 – 115). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Eckert, J., Schwartz, H. J. & Tausch, R. (1977). Klienten-Erfahrung und Zusammenhang mit psychiatrischen Änderungen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169 – 180.
- Estrada, A.U. & Russel, R. L. (1999). The development of child. *Psychotherapy Process Scales (CPPS)*. *Psychotherapy Research*, 9, 154 – 166.
- Faller, H. & Rudolf, G. (1998). Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 44, 54 – 71.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L. & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy, Practice & Research*, 10, 262 – 268.
- Fiedler, F. & Senior, K. (1952). An exploratory study of unconscious feeling reactions in fifteen patient-therapist pairs. *Journal of Abnormal Psychology*, 47, 446 – 453.
- 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.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143 – 153.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales - patient version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68 – 74.

- Gaston, L. & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Scales. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance - theory, research and practice* (pp. 85 – 108). New York: Wiley.
- Geyer, M. & Plöttner, G. (1996). Potenz-Valenz-Polaritätenprofil nach Feldes. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (S. 197 – 217). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023 – 1035.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130 – 145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155 – 181.
- Grünzig, H. J., Kächele, H. & Thomä, H. (1978). Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Medizinische Psychologie*, 4, 138 – 152.
- Hanson, W. E., Curry, K. T. & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of Working Alliance Inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 659 – 673.
- Harrow, M., Astrachan, B., Becker, R., Detre, T. & Schwartz, A. (1967). An investigation into the nature of the patient-family therapy group. *American Journal Orthopsychiatry*, 37, 888 – 889.
- Hartley, D. & Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Eds.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 1, pp. 1 – 27). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hartog, J. (1994). Die Methode des Zentralen-Konflikt-Themas (ZBKT): eine linguistische Kritik. In A. Redder & I. Wiese (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation* (S. 306 – 326). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hatcher, R. L. (1999). Therapists' view of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 405 – 423.
- Hatcher, R. L. & Barends, A. W. (1996). Patient's view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326 – 1336.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. & Gutfreund, M. J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 636 – 643.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 129 – 137.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In L. S. Greenberg & A. O. Horvath (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259 – 286). Oxford: Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15, 3 – 7.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 527 – 556). New York: Guilford.

- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223 – 233.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561 – 573.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and treatment outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561 – 573.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16 – 21.
- Krampen, G. (1995). Handlungstheoretische Persönlichkeitsdiagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongress der DGPs in Hamburg 1994* (S. 639 – 645). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag für Angewandte Psychologie.
- Krampen, G. (2002a). Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert. *Report Psychologie*, 27, 330 – 346.
- Krampen, G. (2002b). *Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Hank, P. (im Druck). Prozessdiagnostik und kontrollierte Praxis. In B. Röhrle, F. Caspar & P. Schlotke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Reck, C., Victor, D., Horn, H. & Winkelmann, K. (2003). Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 14 – 23.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P. A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532 – 539.
- Lazarus, A. A. (1978). *Verhaltenstherapie im Übergang. Breitbandmethoden für die Praxis*. München: Reinhardt.
- Leary, T. H. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Wiley.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92 – 116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive structure in psychotherapy: The Core Conflict Relationship Theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367 – 395). New York: Plenum.
- Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT method. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: the CCRT method* (pp. 15 – 36). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Albani, C. & Eckert, R. (1992). *Manual zur ZBKT-Methode. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 5.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S. et al. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 5, 260 – 271.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480 – 491.
- Luborsky, L., Graff, H., Pulver, S. & Curtis, H. (1973). A clinical quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archive General Psychiatry*, 29, 69 – 75.

- Mallinckrodt, B., Gantt, D. & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307 – 317.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265 – 272.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, 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.
- Marziali, E., Marmar, C. & Krupnick, J. (1981). Therapeutic Alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361 – 364.
- McLeod, B. D. (2001). *The Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy*. Los Angeles: University of California.
- McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2005). The Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323-333.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H. & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397 – 402.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S. & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale. A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581 – 586.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. K. (1967). The good therapy hour. *Archives of General Psychiatry*, 16, 621 – 632.
- Rogers, C. R. (1957). The necessity and sufficient conditions of the therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95 – 103.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*. Berlin: Springer.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPB. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42, 343 – 357.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188 – 195.
- Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31 – 36.
- Seitz, P. (1966). The consensus problem in psychoanalysis. In L. A. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy* (pp. 209 – 225). New York: Appleton Century Crofts.
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452 – 464.
- Shirk, S. R. & Saiz, C. S. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117 – 126.
- Strauß, B., Strupp, H. H., Burgmeier-Lohse, M., Wille, H. & Storm, S. (1992). *Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und*

- Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40, 411 – 430.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Subotnik, L. (1966). Transference in client-centered play therapy. *Psychology*, 3, 2 – 17.
- Suh, C. S., Strupp, H. H. & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 285 – 324). New York: Guilford Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton (Paperbound Edition, o. J.). (Dtsch. Übersetzung: 1980. *Die Interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt: S. Fischer).
- Tichenor, V. & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 195 – 199.
- Tracey, T. J., Glidden, C. E. & Kotovic, A. M. (1988). Factor structure of the Counseling Rating Form – Short. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 330 – 335.
- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207 – 210.
- Tress, W. (Hrsg.). (1993). *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. Heidelberg: Asanger.
- Tress, W., Henry, W. P., Strupp, H. H., Reister, G. & Junkert, B. (1990). Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 36, 240 – 257.
- Tscheulin, D. & Glossner, A. (1993). Die deutsche Übertragung der INTREX „Longform Questionnaires“: Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In W. Tress (Hrsg.), *SASB – Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens* (S. 123 – 155). Heidelberg: Asanger.
- Yalom, I. D. (1970; 1985: 3rd. ed.). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books (Dtsch. Übersetzung 1974: *Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch*. München: Kindler. 1985: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Pfeiffer).

Angaben zur Person

Dr. Petra Hank, Akademische Rätin, Geschäftsführerin des Weiterbildungsstudienganges Psychotherapie sowie des Psychologischen Ambulatoriums des Faches Psychologie an der Universität Trier; Tätigkeits- und Forschungsschwerpunkte: Retrospektive Einschätzung von Stimmungen, Prozessforschung zur Psychotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik und Evaluation, Forschung zur Vertrauens-Trias

Prof. Dr. Günter Krampen, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung sowie Leitung des Weiterbildungsstudienganges Psychotherapie an der Universität Trier und Direktor des Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID); Tätigkeits- und Forschungsschwerpunkte: Prozessforschung zur Psychotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik und Evaluation, Entspannungstherapie und -training, Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie, Wissenschaftsforschung und Geschichte der Psychologie

Dienstanschrift: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie, D-54286 Trier

Tabelle 1

Einordnung der Methoden zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung in eine allgemeine Übersicht zu psychodiagnostischen Datenarten und Erhebungsmethoden (modifiziert nach Krampen, 2002b, S. 26)

Datenmodus (nach Cattell, 1965)	Zielgruppen und Setting	F-Daten: Fremdeinschätzungen (L'-Daten: Life record)	S-Daten: Selbstaussagen (Q-Daten: Questionnaire)
Diagnostik der therapeutischen Beziehung im Kontext spezifischer therapeutischer Ansätze	Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie	TSR HAcs HAr TAB-Th i-TAB SASB CCRT ZBKT OPD-E	TSR HAq/HAq-R HAQ (dt. Version) TAB-Pt CATS KEB BIKEB
	Verfahren für Kinder im Rahmen der Einzelpsychotherapie	FTB-KJ OPD-KJ	FTB-KJ
	Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Gruppenpsychotherapie		GEB
Eklektisch orientierte Diagnostik der therapeutischen Beziehung	Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie	VPPS VTAS-Th, VTAS-O VNIS TARS-Th TARS-O WAI-Th, WAI-O CALPAS-T CALPAS-R CASF-T ARM-T	VTAS-Pt TARS WAI-C CALPAS-P CSF-P ARM-P

	Verfahren für Kinder im Rahmen der Einzelpsychotherapie	TPOCS	
	Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Gruppenpsychotherapie		PVP
Diagnostik der therapeutischen Beziehung in der Allgemeinen und Differentiellen Psychologie	Verfahren für Erwachsene im Rahmen der Einzelpsychotherapie	BFTB STEP-T	STEP-P

Erklärung über den Originalstatus

Hiermit bestätigen wir, dass der Beitrag „Diagnostik der therapeutischen Beziehung“ weder in der vorliegenden noch in einer anderen Form bislang an anderer Stelle publiziert oder zur Publikation eingereicht wurde. Der Beitrag wurde von uns als Originalbeitrag für die folgende Edition erstellt: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2005/2006). Handbuch der therapeutischen Beziehung. Tübingen: DGVT-Verlag (in Vorbereitung).

Trier, 10.10.2005

Prof. Dr. Günter Krampen

Dr. Petra Hank