

Originalarbeit

Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit

in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und/oder Störungen des Sozialverhaltens

Claudia Kinnen und Manfred Döpfner

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Uniklinik Köln

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg wird in verhaltenstherapeutisch orientierten ambulanten Psychotherapien von expansiven Kindern und Jugendlichen untersucht. *Methodik:* Die Therapeut-Patient- und Therapeut-Eltern-Beziehung wurde bei $N = 53$ Patienten zu zwei Erhebungszeitpunkten im Behandlungsverlauf mit dem Beziehungsfragebogen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BeKi) erhoben. Als Maß für den Therapieerfolg wurden die Prä-Post-Differenz der kindlichen Symptombelastung, die Behandlungszufriedenheit im Therapeuten-, Eltern- und Patientenurteil sowie die Verbesserungen im kindlichen Funktionsniveau im Therapeutenurteil herangezogen. *Ergebnisse:* Die Korrelationen zwischen therapeutischer Beziehung und Symptomminderung variieren je nach Perspektive zwischen keinem und einem hohen Zusammenhang (maximal: $r = .57$), liegen aber zumeist im Bereich einer geringen bis mittleren Korrelation. Die Höhe des Zusammenhangs entspricht damit den Befunden neuerer Metaanalysen sowie von Studien aus der Erwachsenenpsychotherapie. Therapeut-Patient- und Therapeut-Eltern-Beziehung weisen zudem mittlere Korrelationen mit der retrospektiv berichteten Behandlungszufriedenheit und geringe bis mittlere Korrelationen mit der Verbesserung des kindlichen Funktionsniveaus auf. *Schlussfolgerungen:* Behandlungszufriedenheit und Verbesserungen im kindlichen Funktionsniveau wurden bisher selten als Maße des Therapieerfolgs betrachtet. Sie korrelieren aber, ebenso wie die Symptomminderung, signifikant mit der Therapeut-Kind- und der Therapeut-Eltern-Beziehung. Die Höhe des Zusammenhangs ist stark perspektivenabhängig, eine Erfassung von Beziehung und Therapieerfolg aus verschiedenen Perspektiven scheint daher ratsam.

Schlüsselwörter: therapeutische Beziehung, Therapieerfolg, Therapieprozess, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Störung des Sozialverhaltens

Abstract. *The relationship of therapeutic alliance with symptom reduction and treatment satisfaction in the therapeutic treatment of children and adolescents with ADHD and/or conduct disorder*

Objective: The relationship of therapeutic alliance and outcome is investigated in outpatient behavior therapies of children and adolescents with externalizing problem behavior. *Method:* Therapist-patient and therapist-parent relationships were evaluated twice during the therapies of $N = 53$ patients using German relationship questionnaires adapted for use in child and adolescent psychotherapy (BeKi). Pre-post symptom reduction in parent and patient rating, treatment satisfaction as rated by therapist, parent and patient as well as child's global functioning by therapist rating are examined as outcome parameters. *Results:* The correlations between therapeutic alliance and symptom reduction vary depending on the rater between absence of correlation and high correlation (maximum: $r = .53$). Most correlations are low to moderate. These results are comparable to those reported in recently published meta-analyses and studies of adult psychotherapy. There are moderate correlations between therapist-patient and therapist-parent alliance and treatment satisfaction and low to moderate correlations with improvements in the children's global functioning. *Conclusions:* Only few studies have focused on treatment satisfaction and improvements in children's global functioning as outcome variables. Besides symptom reduction, these two variables also correlate significantly with the therapist-patient and therapist-parent alliance. Because correlations highly depend on the rater, future studies should consider the various perspectives.

Keywords: therapeutic alliance, outcome, therapy process, attention deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder

Einleitung

In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg im Vergleich zur Erwachsenentherapie bisher nur wenig erforscht (Faw, Hogue, Johnson, Diamond & Liddle, 2005). Aktuelle Metaanalysen fanden für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen 16 und 49 Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigten (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011), wohingegen in der Erwachsenenpsychotherapie mehr als 2000 Studien vorliegen (Horvath & Bedi, 2002).

Die Höhe des Zusammenhangs von therapeutischer Beziehung und kindlicher Symptomreduktion lag in drei der Metaanalysen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im niedrigen Bereich (Shirk & Karver, 2003: $r = .24$; Karver et al., 2006: $r = .21$; Shirk et al., 2011: $r = .22$). Diese Korrelationen sind vergleichbar mit entsprechenden Befunden aus der Erwachsenentherapie (Martin, Garske & Davis, 2000).

McLeod (2011) fand in seiner Metaanalyse einen geringeren, aber statistisch noch signifikanten, Zusammenhang zwischen Beziehung und Behandlungserfolg ($r = .14$). In dieser Metaanalyse zeigten sich nur bei bestimmten Subanalysen Zusammenhänge der Größenordnung, wie sie in den anderen Metaanalysen gefunden wurden. So fand McLeod (2011) beispielsweise etwas stärkere Zusammenhänge bei expansiven ($r = .22$) oder gemischten Problemen der Kinder und Jugendlichen ($r = .24$) als bei internalen Schwierigkeiten ($r = .10$). Auch Shirk und Karver (2003) fanden etwas größere Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit expansivem Problemverhalten ($r = .30$) im Vergleich zu internalen Problemen ($r = .10$). Shirk und Kollegen (2011) berichten jedoch von vergleichbaren Zusammenhängen von Therapiebeziehung und -erfolg bei Kindern und Jugendlichen mit internalen ($r = .25$) und externalen Problemen ($r = .26$). In mehreren Studien, die gezielt Kinder und Jugendliche mit internalen Schwierigkeiten untersuchten, zeigten sich wiederum keine oder nur geringe Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg (Chiu, McLeod, Har & Wood, 2009: $r = .12$; Kendall, 1994: $r = .00$; Kendall et al., 1997: $r = .12$; Liber et al., 2010: $r = .05$). Insgesamt lässt sich der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit expansivem Problemverhalten durchgängiger finden als bei Diagnosen aus dem internalen Spektrum (Green, 2006).

Kazdin, Whitley und Marciano (2006) legten eine Studie vor, in der gezielt Therapien von Kindern und Jugendlichen mit expansiven Problemen untersucht wurden. Sie fanden in stark manualisierten Kurzzeittherapien Zusammenhänge zwischen der Therapeut-Patient-Beziehung und der kindlichen Symptomreduktion, die bei $r = .40$ bzw. $r = .44$ lagen. Auch zwischen der Therapeut-Eltern-Beziehung

im Elternurteil und dem Therapieerfolg des Kindes zeigte sich eine signifikante Korrelation, die jedoch mit $r = .28$ etwas geringer ausfiel. Im Therapeutenurteil zeigten sich nur dann signifikante Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg, wenn beide Variablen vom Therapeuten beurteilt wurden.

Derartige Beurteilereffekte berichten auch Shirk und Karver (2003) sowie Hawley und Garland (2008), die ebenfalls größere Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg fanden, wenn beide Variablen aus der gleichen Perspektive erfasst wurden. Bei Shirk und Karver (2003) war der Zusammenhang zudem größer, wenn die Beziehung aus Therapeutensicht erfasst wurde, als bei ihrer Erfassung aus Patienten- oder Elternsicht. McLeod (2011) berichtet von größeren Zusammenhängen zwischen Beziehung und Therapieerfolg, wenn der Therapeut den Therapieerfolg einschätzte, als wenn Eltern oder Patient dies taten. Die je nach Perspektive unterschiedlich großen Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg legen eine Erfassung beider Konstrukte aus verschiedenen Perspektiven nahe.

Der von Kazdin und Kollegen (2006) berichtete größere Einfluss der Therapeut-Patient-Beziehung auf den Therapieerfolg im Vergleich zur Therapeut-Eltern-Beziehung findet sich ebenfalls bei Shirk und Karver (2003, Therapeut-Patient-Beziehung: $r = .21$, Therapeut-Eltern-Beziehung, $r = .11$) sowie bei Shirk und Kollegen (2011, Therapeut-Kind-Beziehung: $r = .32$, Therapeut-Eltern-Beziehung: $r = .21$). McLeod (2011) fand jedoch einen größeren Zusammenhang der Therapeut-Eltern-Beziehung mit dem Therapieerfolg im Vergleich zur Therapeut-Patient-Beziehung. In dieser Metaanalyse war allerdings das Selbsturteil der Patienten durchgängig sehr positiv. Derartige homogen positive Einschätzungen, die mit einer geringen Varianz einhergehen, werden in verschiedenen Studien und Metaanalysen als möglicher Grund für einen nicht vorhandenen oder nur geringen Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg benannt (z. B. bei Handwerk et al., 2008; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003).

Auch wenn die Therapeut-Eltern-Beziehung in mehreren Studien nur geringere Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg aufwies als die Therapeut-Kind-Beziehung, betont Green (2006) die Notwendigkeit, neben der Therapeut-Kind- auch die Therapeut-Eltern-Beziehung zu untersuchen, da nach empirischen Befunden die Korrelationen zwischen den Perspektiven nur gering sind (Handwerk et al., 2008; Hawley & Garland, 2008; Kinnen, Breuer & Döpfner, 2011). Zudem erwies sich die Therapeut-Eltern-Beziehung bei Garcia und Weisz (2002) als entscheidend für die vorzeitige Beendigung einer Therapie. In bisherigen Studien wurde die Eltern-Therapeuten-Beziehung dennoch vergleichsweise wenig untersucht.

Die Befunde dazu, inwieweit die theoretische Ausrichtung der Therapie einen Einfluss auf den Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg haben könnte, sind insgesamt uneinheitlich. Während McLeod (2011) sowie Shirk und Karver (2003) keine Unterschiede hinsichtlich der Therapierichtung fanden, berichten Shirk und Kollegen

(2011) von stärkeren Zusammenhängen von Beziehung und Behandlungserfolg bei behavioralen ($r = .25$) im Gegensatz zu nicht-behavioralen Therapien ($r = .16$).

Als weitere mögliche Moderatoren des Zusammenhangs von Beziehung und Therapieerfolg werden in der Literatur der Zeitpunkt der Beziehungsmessung sowie die Operationalisierung des Therapieerfolgs benannt. In den Metaanalysen von Shirk und Karver (2003) sowie von McLeod (2011) war der Zusammenhang von Beziehung und Behandlungserfolg größer, je später die therapeutische Beziehung im Therapieprozess erhoben wurde. Dies könnte ein Hinweis auf eine mögliche Konfundierung beider Variablen sein.

Shirk und Karver (2003) fordern daher eine wiederholte Erfassung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf, wie sie von Kazdin und Kollegen (2006) vorgenommen wurde. Die Autoren erhoben die Qualität der therapeutischen Beziehung zweimal im Verlauf der Behandlung, fanden jedoch, wie auch Hawley und Garland (2008), keine relevanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten.

Zur Operationalisierung des Therapieerfolgs wird in den meisten Studien die Prä-Post-Differenz der kindlichen Symptombelastung herangezogen. Bei McLeod (2011) war aber der Zusammenhang der therapeutischen Beziehung mit der Behandlungszufriedenheit noch größer als mit der Symptomreduktion. Auch Hawley und Weisz (2005) fanden signifikante Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und der Behandlungszufriedenheit, wenn beide vom selben Beurteiler beurteilt wurden. Bei Tetzlaff, Kahn, Godley, Diamond und Funk (2005) korrelierten Behandlungszufriedenheit und Symptomreduktion unabhängig von einander beide signifikant mit der therapeutischen Beziehung. Insgesamt scheint die Behandlungszufriedenheit neben der Symptomreduktion ein weiteres Maß des Therapieerfolgs zu sein, dass einen Zusammenhang zur therapeutischen Beziehung aufweist. Dieser Zusammenhang wurde aber bisher nur in sehr wenigen Studien untersucht.

Shirk und Karver (2003) betrachteten Veränderungen im globalen Funktionsniveau des Kindes als alternatives Maß für den Therapieerfolg und fanden hier ebenfalls größere Zusammenhänge mit der therapeutischen Beziehung, als bei Betrachtung der Symptomreduktion. Auch die Veränderungen im kindlichen Funktionsniveau wurden bisher nur in wenigen Studien als Maß des Therapieerfolgs herangezogen.

In der vorliegenden Studie soll der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg in einer Inanspruchnahmestichprobe verhaltenstherapeutisch behandelter expansiv auffälliger Kinder und Jugendlicher untersucht werden.

Um mögliche Veränderungen der therapeutischen Beziehung im Verlauf der Behandlung kontrollieren zu können, soll die Beziehungsmessung zweimal im Verlauf der Behandlung erfolgen. In Übereinstimmung mit Kazdin und Mitarbeitern (2006) werden hierbei jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten erwartet.

Als Maße für den Therapieerfolg sollen die kindliche Symptomreduktion im Behandlungsverlauf, die Verände-

rungen im kindlichen Funktionsniveau sowie die Behandlungszufriedenheit betrachtet werden. Es wird erwartet, dass alle drei Maße des Therapieerfolgs signifikant mit der therapeutischen Beziehung korrelieren.

Analog zur geschilderten Studienlage werden Zusammenhänge zwischen der Beziehung und dem Therapieerfolg im Bereich einer geringen bis mittleren Korrelation erwartet. Neben der Therapeut-Kind- soll auch die Therapeut-Eltern-Beziehung erhoben und ihr Zusammenhang mit dem Therapieerfolg überprüft werden. In Übereinstimmung mit Kazdin und Kollegen (2006) sowie Shirk und Kollegen (2003, 2011) wird dabei ein größerer Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und der Therapeut-Patient-Beziehung erwartet als mit der Therapeut-Eltern-Beziehung.

Methode

Instrumente

Zur Erfassung der therapeutischen Beziehung wurde der Beziehungsfragebogen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BeKi; Kinnen et al., 2011) verwendet. Der BeKi erfasst die Therapeut-Kind- und die Therapeut-Eltern-Beziehung aus der Patienten-, Eltern und Therapeutenperspektive. Er umfasst je nach Perspektive zwischen 19 und 28 Items, die auf einer vierstufigen Skala (1 «stimmt überhaupt nicht» bis 4 «stimmt ganz genau») eingeschätzt werden. Bei den Bögen zur Therapeut-Kind-Beziehung handelt es sich um eine modifizierte und erweiterte Fassung der Therapeutic Alliance Scale for Children von Shirk und Saiz (1992), die in einer deutschen Version von Kronmüller, Hartmann, Reck, Victor, Horn und Winkelmann (2003) vorliegt. Sie beinhalten die Subskalen «Therapiemotivation», «Positive Arbeitsbeziehung» und «Compliance/Erfolgserwartung» sowie eine Gesamtskala. Bei den Bögen zur Erfassung der Therapeut-Eltern-Beziehung handelt es sich um übersetzte und modifizierte Versionen des Working Alliance Inventory von Horvath und Greenberg (1989) mit den Subskalen «Erfolgserwartung», «Emotionale Beziehung» sowie «Positive Arbeitsbeziehung» und «Negative Arbeitsbeziehung». In einer ersten psychometrischen Überprüfung erwies sich der BeKi als reliables und valides Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung, wobei der Elternfragebogen leichte Mängel bezüglich der psychometrischen Qualität zeigte (Kinnen et al., 2011).

Zur Erfassung der kindlichen Symptombelastung wurde die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL) bzw. des Youth Self Report (YSR) verwendet (Döpfner, Kinnen & Plück, 2013). Bei der CBCL und der YSR handelt es sich um international anerkannte und vielfach verwendete Breitbandfragebögen zur Erfassung externaler, internaler und gemischter kindlicher Probleme im Eltern- und Selbsturteil. Die Beurteilung erfolgt anhand von 112 Items, die jeweils auf einer dreistufigen Skala (0 =

nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend) eingeschätzt werden. In der vorliegenden Studie wird neben der «Gesamtauffälligkeit» und den übergeordneten Skalen «Internale Probleme» und «Externale Probleme» die Subskala «Aufmerksamkeitsprobleme» betrachtet.

Zur Erfassung des subjektiv berichteten Behandlungserfolgs wurde der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB, Mattejat & Remschmidt, 1999) eingesetzt. Im FBB beurteilen Therapeut (FBB-T), Patient (FBB-P) und Eltern (FBB-E) den Behandlungserfolg sowie den Behandlungsprozess. Darüber hinaus wird ein Gesamtwert gebildet. Im Therapeutenurteil wird die Prozessqualität über drei Subskalen zur «Kooperation» von Patient, Mutter und Vater erfasst, im Patientenurteil über die Beurteilung der «Beziehung» sowie der «Rahmenbedingungen» und im Elternurteil mittels der Subskala «Verlauf».

Das kindliche Funktionsniveau wurde nach den Kriterien des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) auf einer neunstufigen Antwortskala im klinischen Urteil zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende erhoben.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapieambulanz des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) an der Uniklinik Köln. Im Rahmen der Basisdokumentation wurden zu Behandlungsbeginn (Prä) und zu Behandlungsende (Post) CBCL und YSR sowie das kindliche Funktionsniveau und zu Behandlungsende der FBB erhoben.

Der BeKi wurde zu zwei Messzeitpunkten (MZP) im Verlauf der Behandlung eingesetzt. Ein erster MZP (MZP1) erfolgte innerhalb der ersten Hälfte einer Kurzzeittherapie (bis zur 18. Stunden), eine zweite Erfassung (MZP2) zum Ende einer Kurzzeittherapie (25.–30. Stunde), wobei die Behandlung auch über eine Kurzzeittherapie hinaus je nach Bedarf fortgeführt werden konnte. Um sozial erwünschte Antworttendenzen zu minimieren, erfolgte die Rückgabe der Eltern- und Patientenbögen in einem verschlossenen Umschlag mit zusätzlichem Siegel. Das Selbsturteil der Patienten, sowohl zur therapeutischen Beziehung, als auch zu den eigenen Verhaltensauffälligkeiten und zur Zufriedenheit mit der Behandlung, wurde ab einem Alter von elf Jahren erhoben.

Datenmanagement und Datenanalyse

Bögen mit mehr als 10 % fehlenden Werten wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Verbleibende fehlende Werte wurden im BeKi mit dem jeweiligen Itemmittelwert ersetzt (< 1 % Missings). In der CBCL und der YSR wurden fehlende Items konservativ in Richtung unauffälligen

Verhaltens (0) kodiert. Fehlende Werte im FBB wurden nicht ersetzt.

Unterschiede zwischen den beiden Beurteilungszeitpunkten für den BeKi sowie für CBCL und YSR wurden jeweils mit t-Tests für abhängige Stichproben geprüft und für signifikante Werte wurden Effektstärken (Cohens *d* für unabhängige Stichproben) berechnet. Hierbei werden nach Cohen (1988) Effektstärken bis 0.2 als klein, ab 0.5 als mittel und ab 0.8 als groß angesehen. Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen zwischen therapeutischer Beziehung und kindlicher Symptombelastung wurden bivariate Korrelationen zwischen den BeKi-Gesamtwerten und der Prä-Post-Differenz der verwendeten Achenbach-Skalen berechnet. Explorativ wurden außerdem die Korrelationen zwischen der Gesamtauffälligkeit in CBCL und YSR und den BeKi-Subskalen betrachtet. Auch für den FBB sowie die Veränderungen im kindlichen Funktionsniveau wurden bivariate Korrelationen mit den BeKi-Gesamtwerten und -Subskalen berechnet. Um auszuschließen, dass ein möglicher zeitlicher Abstand zwischen MZP2 der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsende die Korrelationen beeinflusst, wurden für die Korrelationen zwischen der BeKi-Gesamtskala und den CBCL/YSR-Gesamtauffälligkeiten Partialkorrelationen berechnet, bei denen dieser Zeitabstand auspartialisiert wurde. In Anlehnung an Bortz und Döring (2009) werden Korrelationen von .10, .30 und .50 als kleine, mittlere und große Effekte eingeschätzt.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt liegen Daten in einer Analytestichprobe von $N = 53$ Patienten vor. Diese waren zum Zeitpunkt der ersten Befragung im Mittel 9.79 Jahre alt (Min = 6, Max = 16, $SD = 2.40$); 83 % waren Jungen. Die $N = 53$ Patienten wurden von insgesamt $N = 19$ Therapeuten behandelt, die ihrerseits mit einem bis zwölf Patienten in die Studie eingingen. Zu Behandlungsbeginn konnte für alle $N = 53$ Patienten eine Einschätzung des Therapeuten zum kindlichen Funktionsniveau zu Behandlungsbeginn erhoben werden. Zudem konnte für $N = 51$ Patienten die CBCL und für $N = 19$ Patienten die YSR erhoben werden, wobei zu diesem Zeitpunkt auch nur 19 Patienten das für das Selbsturteil erforderliche Alter von elf Jahren erreicht hatten. MZP1 des BeKi erfolgte im Mittel nach 8.29 Patienten- ($SD = 3.87$) und 6.71 Elternkontakten ($SD = 4.00$). MZP2 erfolgte im Mittel nach 25.79 Patienten- ($SD = 9.11$) und 17.29 Elternkontakten ($SD = 10.46$). Die Behandlungen dauerten insgesamt im Durchschnitt 71 Wochen ($SD = 37.23$, Min = 16, Max = 179). Der Median lag bei 58 Wochen. Zwischen MZP2 (BeKi) und dem tatsächlichen Behandlungsende (Post) lagen im Mittel 25 Wochen ($SD = 37.7$, Min = 0, Max = 124). Der Median lag hier bei 9.5 Wochen. Bei

Tabelle 1

Mittelwerte und Standardabweichungen des Beziehungsfragebogens BeKi zu Messzeitpunkt 1 und 2, Mittelwertvergleich über *t*-Test für abhängige Stichproben, Effektstärken (Cohens *d*)

Skala	MZIP1		MZIP2		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Therapeut-Patient-Beziehung, Therapeutenurteil (<i>N</i> = 46)								
Therapiemotivation	2.87	0.67	2.68	0.69	2.04	45	.05*	.28
Positive Arbeitsbeziehung	2.80	0.69	2.87	0.78	−.88	45	.39	−.10
Compliance/Erfolgserwartung	3.04	0.52	2.97	0.58	1.19	45	.24	.13
Gesamtskala	2.93	0.55	2.87	0.62	.85	45	.40	.10
Therapeut-Patient-Beziehung, Patientenurteil (<i>N</i> = 14)								
Therapiemotivation	3.04	0.82	3.09	0.70	−.23	13	.82	−.07
Positive Arbeitsbeziehung	3.21	0.67	3.24	0.56	−.17	13	.87	−.05
Compliance/Erfolgserwartung	3.37	0.53	3.31	0.38	.43	13	.68	.13
Gesamtskala	3.27	0.56	3.27	0.42	−.05	13	.96	0
Therapeut-Eltern-Beziehung, Therapeutenurteil (<i>N</i> = 47)								
Erfolgserwartung	3.20	0.41	3.23	0.52	−.48	46	.63	−.06
Emotionale Beziehung	3.26	0.54	3.36	0.42	−1.32	46	.20	−.21
Positive Arbeitsbeziehung	3.25	0.43	3.25	0.48	.11	46	.91	0
Negative Arbeitsbeziehung	1.51	0.50	1.48	0.51	.27	46	.79	.06
Gesamtskala A	3.31	0.40	3.34	0.43	−.48	46	.63	−.07
Therapeut-Eltern-Beziehung, Elternurteil (<i>N</i> = 37)								
Erfolgserwartung	3.56	0.55	3.54	0.58	.19	36	.85	.04
Emotionale Beziehung	3.76	0.39	3.74	0.33	.27	36	.79	.06
Positive Arbeitsbeziehung	3.60	0.43	3.64	0.40	−.6	36	.54	−.10
Negative Arbeitsbeziehung	1.30	0.40	1.30	0.40	−.06	36	.96	0
Gesamtskala	3.65	0.39	3.66	0.37	−1.26	36	.90	−.02

MZIP1 konnten *N* = 52 Therapeutenurteile zur Therapeut-Patient- und Therapeut-Eltern-Beziehung erhoben werden. Für die Eltern- und Patientenurteile sowie für den MZIP2 des BeKi und die Post-Erhebung von CBCL, YSR, FBB und Funktionsniveau liegen teilweise auch deutlich geringere Stichproben vor. Dies basiert darauf, dass manche Patienten aufgrund ihres Alters nicht befragt wurden und die Eltern in einigen Fällen nicht die Therapie einbezogen wurden oder auch aktiv verweigerten.

Bei 37.7 % (*N* = 20) der Patienten wurde die Erstdiagnose einer Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) gestellt. Bei 39.6 % (*N* = 21) wurde eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) diagnostiziert, bei 13.2 % (*N* = 7) eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F91). 5.7 % (*N* = 3) zeigten eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8) und 3.8 % (*N* = 2) eine Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92). Die berichteten Diagnosen wurden von den behandelnden Therapeuten anhand der klinischen Kriterien des ICD-10 gestellt und im Rahmen der Behandlungssupervision vom Supervisor geprüft. 47.1 % der Patienten wurden nicht medikamentös behandelt. Ein ebenso großer Anteil wurde mit einer Medikation mit Psychostimulanzien aus der Behandlung entlassen und bei weiteren 5.9 % wurde im

Behandlungsverlauf eine Medikation erprobt, die aber vor der Beendigung der Therapie wieder abgesetzt wurde.

Verlauf der therapeutischen Beziehung

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des BeKi zu den zwei Erhebungszeitpunkten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, liegen alle BeKi-Skalenmittelwerte im Bereich von *M* = 2.86 bis *M* = 3.76. Dies spricht für eine insgesamt mittlere bis sehr gute therapeutische Beziehung. Eine Ausnahme bildet die umgekehrt gepolte Skala «Negative Arbeitsbeziehung» der Therapeut-Eltern-Beziehung, deren Mittelwerte erwartungsgemäß deutlich niedriger liegen (*M* = 1.30 bis *M* = 1.51), was aber ebenfalls für eine positive Therapeut-Eltern-Beziehung spricht.

Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen der Therapeut-Eltern-Beziehung von MZIP1 zu MZIP2. Bezüglich der Therapeut-Patient-Beziehung zeigte sich lediglich auf der Subskala «Therapiemotivation» im Therapeutenurteil ein signifikanter Rückgang ($p < .05$, $d = 0.36$, $N = 46$) von MZIP1 (*M* = 2.87, *SD* = 0.67) zu MZIP 2 (*M* = 2.68, *SD* = 0.69).

Tabelle 2

Mittelwerte und Standardabweichungen CBCL und YSR (Gesamtskala, übergeordnete Skalen Internale und Externale Probleme und Skala Aufmerksamkeitsprobleme) Prä und Post, Vergleich CBCL und YSR Prä-Post (*t*-Test für abhängige Stichproben), Effektstärke (Cohens *d*)

Skala	Prä		Post		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> ≤	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
CBCL (<i>N</i> = 43)								
Gesamtauffälligkeit	67.93	8.38	59.98	10.28	6.54	42	.001	.85
Internale Probleme	63.19	8.70	54.00	9.56	6.61	42	.001	1.01
Externale Probleme	67.84	9.92	61.44	10.99	4.87	42	.001	.61
Aufmerksamkeitsprobleme	68.63	8.15	61.98	8.06	5.46	42	.001	.82
YSR (<i>N</i> = 14)								
Gesamtauffälligkeit	54.71	9.17	50.50	10.96	2.30	13	.04	.42
Internale Probleme	53.57	8.24	49.21	11.44	2.71	13	.02	.44
Externale Probleme	51.71	9.59	49.71	9.56	.92	13	.38	.21
Aufmerksamkeitsprobleme	58.00	7.17	54.50	5.23	2.14	13	.05	.56

Tabelle 3

Korrelationen zwischen therapeutischer Beziehung (BeKi) zu Messzeitpunkt (MZP) 1 und 2 und der Prä-Post-Differenz der Symptombelastung (CBCL/YSR-Gesamtauffälligkeit)

		CBCL Gesamtauffälligkeit Prä-Post		YSR Gesamtauffälligkeit Prä-Post	
		<i>N</i>	<i>r</i>	<i>N</i>	<i>r</i>
Therapeut-Patient-Beziehung					
Therapeutenurteil	Gesamtskala: MZP1	43	.09	14	.15
	Gesamtskala: MZP2	39	.00	13	.34
Patientenurteil	Gesamtskala: MZP1	17	.39	13	-.01
	Gesamtskala: MZP2	15	.03	12	.20
Therapeut-Eltern-Beziehung					
Therapeutenurteil	Gesamtskala: MZP1	43	.14	14	.25
	Gesamtskala: MZP2	40	.10	14	.17
Elternurteil	Gesamtskala: MZP1	40	.17	13	.57*
	Gesamtskala: MZP2	35	.33	12	.37

**p* < .05

Behandlungserfolg

Bezüglich der kindlichen Symptombelastung konnte, wie aus Tabelle 2 ersichtlich, im Eltern- und Selbsturteil ein deutlicher Rückgang der «Gesamtauffälligkeit», der «Aufmerksamkeitsprobleme» und der «Internalen Probleme» der Patienten von Prä nach Post festgestellt werden.

Die «Externalen Probleme» konnten im Elternurteil ebenfalls signifikant gemindert werden. Im Selbsturteil war der Rückgang der «Externalen Probleme» nicht signifikant. Die Stichprobengröße war für den Prä-Post-Vergleich der YSR mit *N* = 14 aber sehr gering. Zudem lag die im Selbsturteil berichtete Symptomatik bereits zu Behandlungsbeginn deutlich im unauffälligen Bereich, so dass nur wenig Spielraum für eine weitere Reduktion bestand.

Die Behandlungen wurden im FBB aus allen Perspektiven im Mittel als gut (*M* = 2.70) und erfolgreich (*M* = 2.79)

eingeschätzt, mit Ausnahme des Therapieerfolgs hinsichtlich der Familie, der im Therapeutenurteil mit *M* = 2.29 als teilweise erfolgreich eingestuft wurde. Die befragten Eltern zeigten sich im Durchschnitt vollständig (*M* = 3.64), die Therapeuten und Patienten überwiegend zufrieden mit der Prozessqualität (*M* = 2.75).

Das Funktionsniveau des Kindes verbesserte sich im Therapeutenurteil von Behandlungsbeginn (*M* = 3.27, *SD* = 1.02) zu Behandlungsende (*M* = 1.92, *SD* = 1.51) signifikant (*t*(*df* = 50) = 6.09, *p* < .01).

Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Symptomreduktion

Die Korrelationen zwischen dem BeKi zu MZP1 und MZP2 und der Prä-Post-Differenz der Gesamtauffälligkeit

in CBCL und YSR sind in Tabelle 3 dargestellt. Soweit auf Subskalenebene signifikante Korrelationen auftraten, werden diese im Text berichtet.

Partialkorrelationen, bei denen der Zeitabstand zwischen MZP2 des BeKi und Zeitpunkt der Post-Erhebung auspartialisiert wurde, erbrachten durchweg Zusammenhänge von vergleichbarer Höhe wie die dargestellten bivariaten Korrelationen. Auf eine detaillierte Darstellung der Partialkorrelationen wird daher verzichtet.

Therapeut-Patient-Beziehung

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, zeigten sich in Bezug auf die Therapeut-Patient-Beziehung keine signifikanten Korrelationen zwischen dem BeKi und der Prä-Post-Differenz der kindlichen Gesamtauffälligkeit in der CBCL und der YSR. Auch die Subskalen der CBCL und YSR korrelierten nicht signifikant mit dem BeKi zur Therapeut-Patient-Beziehung. Allerdings zeigte sich mit $r = .34$ ($N = 13$) eine positive Korrelation mittlerer Größenordnung zwischen dem BeKi zu MZP2 im Therapeutenurteil und der Prä-Post-Differenz des YSR-Gesamtwertes. Auch zwischen dem BeKi zu MZP1 im Patientenurteil und der Prä-Post-Differenz der Gesamtauffälligkeit in der CBCL zeigte sich mit $r = .39$ ($N = 17$) ein vergleichbar großer Zusammenhang. Diese Korrelationen sind zwar, wahrscheinlich vor dem Hintergrund der geringen Stichprobengröße, nicht signifikant, deuten aber tendenziell auf einen größeren Therapieerfolg bei einer besseren Therapeut-Patient-Beziehung im Patientenurteil hin.

Auf Subskalenebene des BeKi zeigte sich eine signifikante Korrelation auf der Subskala «Compliance/Erfolgserwartung» im Therapeutenurteil des BeKi zu MZP2 mit der Prä-Post-Differenz der Gesamtauffälligkeit in der YSR ($N = 13$, $r = .61$, $p < .05$). Im Patientenurteil zeigten sich im BeKi auf Subskalenebene keine signifikanten Korrelationen zur YSR. Ein mittlerer Zusammenhang von $r = .51$ ($N = 12$) ließ sich aber auch hier zwischen der «Compliance/Erfolgserwartung» zu MZP2 und der YSR Prä-Post-Differenz feststellen, d. h. je höher die Compliance des Patienten im Therapeuten- und Patientenurteil im späteren Therapieverlauf beschrieben wurde, desto größer war die Prä-Post-Differenz der Symptombelastung im Selbsturteil.

Therapeut-Eltern-Beziehung

Im Therapeutenurteil zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der Therapeut-Eltern-Beziehung zu MZP1 und MZP2 und der Prä-Post-Differenz der Gesamtauffälligkeit sowie der betrachteten Subskalen von CBCL und YSR. Im Elternurteil des BeKi zeigten sich zu MZP1 signifikante Korrelationen in Hinblick auf die Prä-Post-Differenz der «Gesamtauffälligkeit» ($r = .57$, $p < .05$) und der «Internalen Probleme» ($r = .69$, $p < .01$) jeweils derart, dass eine bessere Beziehung mit einer größeren Symptom-

reduktion einherging. Zu MZP2 korrelierte der BeKi-Gesamtwert im Elternurteil signifikant mit der Prä-Post-Differenz der kindlichen «Aufmerksamkeitsprobleme» im Elternurteil ($r = .33$, $p < .05$).

Auch auf Subskalenebene des BeKi im Elternurteil zeigten sich signifikante Korrelationen bezüglich der Skalen der Arbeitsbeziehung dahingehend, dass eine gute «positive Arbeitsbeziehung» (CBCL: $r = -.34$, $N = 40$, $p < .05$, YSR: $r = -.50$, $N = 21$, $p < .05$) bzw. eine weniger stark ausgeprägte «negative Arbeitsbeziehung» (CBCL: $r = .35$, $N = 40$, $p < .05$, YSR: $r = .50$, $N = 21$, $p < .05$) zu Behandlungsbeginn mit einer geringeren Symptombelastung zu Behandlungsende einherging. Des Weiteren ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen einer höheren elterlicher «Erfolgserwartung» zu MZP1 und einer geringeren Symptombelastung zu Behandlungsende im Elternurteil ($r = -.35$, $N = 40$, $p < .05$).

Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und subjektiv berichtetem Behandlungserfolg

Tabelle 4 zeigt die Zusammenhänge zwischen dem BeKi zu MZP1 und MZP2 und dem FBB.

Therapeut-Patient-Beziehung

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, korrelierte der BeKi im Therapeutenurteil zu MZP1 signifikant mit den FBB-Gesamtskalen im Therapeuten- ($r = .49$) und Elternurteil ($r = .34$). Auf Subskalenebene zeigten sich im Elternurteil durchgängig signifikante Zusammenhänge (Erfolg: $r = .30$, Verlauf: $r = .35$). Im Therapeutenurteil zeigten sich nur auf den patientenbezogenen Subskalen signifikante Korrelationen mit dem BeKi zu MZP1 (Erfolg Patient: $r = .41$, Kooperation Patient: $r = .60$). Zu MZP2 zeigten sich signifikante Korrelationen des BeKi mit allen Subskalen und der Gesamtskala des FBB im Therapeuten- und Elternurteil. Mit dem FBB im Patientenurteil zeigten sich zu MZP1 ($r = .52$) und MZP2 ($r = .45$) lediglich auf der Subskala «Beziehung» signifikante Korrelationen mit dem BeKi im Therapeutenurteil.

Der BeKi im Patientenurteil korrelierte zu MZP1 und MZP2 signifikant mit dem FBB-Gesamtwert im Patientenurteil. Darüber hinaus zeigten sich zu MZP1 signifikante Korrelationen mit der Subskala «Rahmenbedingungen» ($r = .63$, $N = 15$) und zu MZP2 mit der Unterskala «Beziehung» ($r = .69$, $N = 14$) des FBB-P. Bezüglich des FBB-T zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen der Subskala «Erfolg für die Familie» und dem BeKi im Patientenurteil zu MZP2 derart, dass der Erfolg für die Familie umso geringer eingeschätzt wurde, je besser die Therapeut-Patient-Beziehung im späten Behandlungsverlauf eingeschätzt wurde ($r = -.59$, $N = 14$). Die genannten Korrela-

Tabelle 4
Korrelationen zwischen therapeutischer Beziehung (BeKi) zu Messzeitpunkt (MZP) 1 und 2 und Beurteilung der Behandlung (FBB)

FBB	Therapeut-Patient-Beziehung			Therapeut-Eltern-Beziehung			Elternurteil	
	Therapeutenurteil	MZP2	MZP1	Therapeutenurteil	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1
Therapeutenurteil								
Erfolg Patient	$r = .39^* (N = 49)$	$r = .63^{***} (N = 44)$	$r = .35 (N = 18)$	$r = .07 (N = 15)$	$r = .34^* (N = 49)$	$r = .71^{***} (N = 45)$	$r = .34^* (N = 44)$	$r = .56^{***} (N = 39)$
Erfolg Familie	$r = .20 (N = 47)$	$r = .35^* (N = 42)$	$r = .04 (N = 17)$	$r = -.59^* (N = 14)$	$r = .33^* (N = 47)$	$r = .58^{***} (N = 43)$	$r = .33^* (N = 42)$	$r = .57^{***} (N = 37)$
Kooperation Patient	$r = .58^{***} (N = 49)$	$r = .78^{***} (N = 44)$	$r = .45 (N = 18)$	$r = .43 (N = 15)$	$r = .51^{***} (N = 49)$	$r = .66^{***} (N = 45)$	$r = .08 (N = 44)$	$r = .28 (N = 39)$
Kooperation Mutter	$r = .18 (N = 48)$	$r = .36^* (N = 43)$	$r = .17 (N = 18)$	$r = -.13 (N = 15)$	$r = .49^{***} (N = 48)$	$r = .59^{***} (N = 44)$	$r = .15 (N = 43)$	$r = .54^{***} (N = 38)$
Kooperation Vater	$r = .38 (N = 26)$	$r = .52^* (N = 23)$	$r = .72 (N = 6)$	$r = -.44 (N = 6)$	$r = .27 (N = 26)$	$r = .59^{***} (N = 23)$	$r = .03 (N = 22)$	$r = .31 (N = 21)$
Gesamt	$r = .46^{***} (N = 49)$	$r = .66^{***} (N = 44)$	$r = .32 (N = 18)$	$r = -.10 (N = 15)$	$r = .50^{***} (N = 49)$	$r = .75^{***} (N = 45)$	$r = .20 (N = 44)$	$r = .54^{***} (N = 39)$
Patientenurteil								
Erfolg	$r = .31 (N = 24)$	$r = .18 (N = 22)$	$r = .29 (N = 15)$	$r = .44 (N = 14)$	$r = .41^* (N = 24)$	$r = .40 (N = 23)$	$r = .25 (N = 23)$	$r = .30 (N = 21)$
Beziehung	$r = .55^{***} (N = 24)$	$r = .43^* (N = 22)$	$r = .48 (N = 15)$	$r = .69^{***} (N = 14)$	$r = .31 (N = 24)$	$r = .33 (N = 23)$	$r = .02 (N = 23)$	$r = -.16 (N = 21)$
Rahmenbedingungen	$r = .35 (N = 23)$	$r = .23 (N = 21)$	$r = .63^* (N = 15)$	$r = .45 (N = 14)$	$r = .28 (N = 23)$	$r = .34 (N = 22)$	$r = .26 (N = 23)$	$r = .44^* (N = 21)$
Gesamt	$r = .40 (N = 24)$	$r = .31 (N = 22)$	$r = .57^* (N = 15)$	$r = .61^* (N = 14)$	$r = .43^* (N = 24)$	$r = .44^* (N = 23)$	$r = .20 (N = 23)$	$r = .23 (N = 21)$
Elternurteil								
Erfolg	$r = .30 (N = 43)$	$r = .38^* (N = 38)$	$r = .28 (N = 17)$	$r = .04 (N = 15)$	$r = .13 (N = 43)$	$r = .40^* (N = 39)$	$r = .64^{***} (N = 40)$	$r = .69^{***} (N = 34)$
Verlauf	$r = .32^* (N = 43)$	$r = .37^* (N = 38)$	$r = .05 (N = 17)$	$r = .49 (N = 15)$	$r = .21 (N = 43)$	$r = .40^* (N = 39)$	$r = .59^{***} (N = 40)$	$r = .58^{***} (N = 34)$
Gesamt	$r = .33^* (N = 43)$	$r = .40^* (N = 38)$	$r = .15 (N = 17)$	$r = .32 (N = 15)$	$r = .18 (N = 43)$	$r = .42^* (N = 39)$	$r = .64^{***} (N = 40)$	$r = .67^{***} (N = 34)$

* $p < .05$; ** $p < .01$.

tionen basieren jedoch auf einer sehr geringen Stichprobengröße, so dass diese Zusammenhänge mit Vorsicht zu interpretieren sind. Zum FBB-E zeigten sich keine signifikanten Korrelationen im BeKi im Patientenurteil.

Therapeut-Eltern-Beziehung

Zwischen der Therapeut-Eltern-Beziehung im Therapeutenurteil zu MZP1 und MZP2 und der Gesamtskala sowie den Subskalen des FBB im Therapeutenurteil zeigten sich durchweg signifikante Korrelationen im mittleren bis hohen Bereich ($r > .30$). Zwischen dem BeKi im Therapeutenurteil zu MZP1 und dem FBB im Elternurteil zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. Zu MZP2 korrelierte der BeKi im Therapeutenurteil jedoch signifikant mit allen Subskalen des FBB-E ($r = .37$). Zum FBB im Patientenurteil zeigte sich nur in Hinblick auf den FBB-Gesamtwert eine signifikante Korrelation (MZP1: $r = .43$, MZP2: $r = .44$).

Die Therapeut-Eltern-Beziehung im Elternurteil korrelierte zu MZP1 und MZP2 signifikant mit dem FBB-Gesamtwert im Elternurteil ($r = .45$). Zum FBB im Therapeutenurteil zeigten sich im BeKi zu MZP1 nur auf den Subskalen zur Erfolgsbeurteilung durch den Therapeuten signifikante Korrelationen ($r = .33$). Der BeKi im Elternurteil korrelierte zu MZP2 signifikant mit der FBB-Gesamtskala im Therapeutenurteil ($r = .54$) sowie den Subskalen zur Erfolgsbeurteilung ($r = .56$) und zur mütterlichen Kooperation ($r = .54$). Zum FBB aus Patientensicht zeigte sich nur hinsichtlich der Korrelationen der Gesamtwerte beider Bögen zu MZP2 eine signifikante mittlere Korrelation ($r = .44$).

Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Funktionsniveau

Die Prä-Post-Differenz des Funktionsniveaus korrelierte signifikant mit den Therapeutenurteilen der therapeutischen Beziehung, sowohl hinsichtlich der Therapeut-Patient-, als auch hinsichtlich der Therapeut-Eltern-Beziehung zu MZP1 und MZP2 ($r = .30$). Eine Ausnahme bildete die Therapeut-Eltern-Beziehung im Therapeutenurteil zu MZP1, die nur gering ($r = .23$) mit der Differenz des Funktionsniveaus korrelierte. Hier zeigte sich aber eine mittlere Korrelation ($r = .40$) zwischen der Subskala «Erfolgserwartung» zu MZP1 im Therapeutenurteil und der Verbesserung des Funktionsniveaus. Im Elternurteil der Therapeut-Eltern-Beziehung zeigte sich nur zu MZP2 eine signifikante Korrelation zur Verbesserung des Funktionsniveaus ($r = .38$). Es zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der Therapeut-Patient-Beziehung im Patientenurteil und der Verbesserung des Funktionsniveaus im Therapeutenurteil, die Korrelationen liegen aber in vergleichbaren Größenbereichen wie die bereits berichteten Zusammenhänge ($r = .29$). Sie basieren allerdings auf einer kleineren Stichprobengröße.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie ist die Überprüfung des Zusammenhangs von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg in ambulanten Therapien expansiver Kinder und Jugendlicher. Wie von Green (2006) empfohlen, wird neben der Therapeut-Patient- auch die Therapeut-Eltern-Beziehung erfasst. Zur Erfassung der therapeutischen Beziehung wird der Beziehungsfragebogen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BeKi) verwendet (Kinnen et al., 2011). Sowohl die befragten Patienten, als auch ihre Eltern und Therapeuten beschreiben die therapeutische Beziehung insgesamt als gut bis sehr gut. Um mögliche Veränderungen der therapeutischen Beziehung im Behandlungsverlauf zu kontrollieren, erfolgte die Erhebung, wie von Shirk und Karver (2003) empfohlen, zu zwei Zeitpunkten im Verlauf der Therapie. Hierbei zeigen sich hypothesengemäß und analog zu Kazdin und Kollegen (2006) sowie Hawley und Garland (2008) keine Unterschiede zwischen der Beziehung in der ersten und in der zweiten Behandlungshälfte. Eine Ausnahme stellt die kindlichen Motivation im Therapeutenurteil dar, welche im Verlauf abnimmt.

Die Behandlungen werden von allen Beteiligten im Nachhinein als gut und erfolgreich beurteilt und es können Verbesserungen im kindlichen Funktionsniveau erzielt werden. Die kindliche Symptombelastung im Eltern- und Selbsturteil reduziert sich im Verlauf der ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlungen deutlich. Eine Ausnahme stellen hier die «Externalen Probleme» im Selbsturteil dar, welche bereits zu Behandlungsbeginn deutlich im unauffälligen Bereich liegen, so dass hier wenig Verbesserungspotential besteht. Auch Hawley und Garland (2008) berichten von subklinischen Selbsteinschätzungen Jugendlicher mit der YSR bereits zu Behandlungsbeginn. Da die Jugendlichen in dieser Studie aufgrund ihrer externalen Probleme in der Ambulanz vorgestellt wurden, ist zu vermuten, dass es sich hierbei um Dissimulationstendenzen und mangelnde Offenheit der befragten Jugendlichen handelt.

Die Höhe des Zusammenhangs von therapeutischer Beziehung und Symptomminderung variiert stark abhängig von der Beurteilungsperspektive und reicht von einer Nullkorrelation bis hin zu einem großen Zusammenhang ($r = .57$). Es konnten somit, entgegen der Hypothese, nicht durchgängig Zusammenhänge der Höhe gefunden werden, wie in den Metaanalysen von Shirk und Karver (2003), Karver und Kollegen (2006) sowie Shirk und Kollegen (2011). Die Autoren berichten Zusammenhänge zwischen Beziehung und Therapieerfolg im Bereich von .20 bis .30. Korrelationen dieser Größenordnung finden sich in der vorliegenden Studie zum Beispiel in Bezug die Therapeut-Patient-Beziehung im Therapeutenurteil und die Symptombelastung im Patientenurteil. Diese Korrelationen sind jedoch, aufgrund der im Patientenurteil geringeren Stichprobengröße, nicht signifikant. Auch die frühe Therapeut-Patient-Beziehung im Patienten- und

die Symptomminderung im Elternurteil weisen einen mittleren Zusammenhang auf. Bezüglich der Therapeut-Eltern-Beziehung finden sich mittlere Korrelationen, wenn Beziehung und Symptomminderung gleichermaßen im Elternurteil betrachtet werden, zumindest bei Betrachtung der späteren Beurteilung der Therapeut-Eltern-Beziehung. Dies könnte ein Hinweis auf die von Shirk und Karver (2003) sowie bei Hawley und Garland (2008) berichteten höheren Korrelationen beider Variablen bei Betrachtung der Urteile des gleichen Beurteilers sein. Andererseits könnte es sich hierbei auch um einen Hinweis auf eine höhere Konfundierung von Beziehung und Therapieerfolg bei späterer Erfassung der therapeutischen Beziehung handeln, wie dies von Shirk und Karver (2003) sowie McLeod (2011) vermutet wird. Diese Autoren finden durchgängig höhere Korrelationen zwischen Beziehung und Therapieerfolg, wenn die Beziehung im späteren Behandlungsverlauf erhoben wird im Vergleich zur frühen Beziehungseinschätzung. Auch im Patientenurteil finden sich in der vorliegenden Studie größere Korrelationen zwischen der späten Beziehung und der selbst eingeschätzten Symptomminderung als zur frühen Beziehung.

Zusammenhänge von $r = .40$ und höher, wie sie Kazdin und Kollegen (2006) berichten, finden sich in der vorliegenden Studie nur in Bezug auf den Zusammenhang der Therapeut-Eltern-Beziehung im Elternurteil mit der Symptomminderung im Patientenurteil. Hier ist der Zusammenhang von Beziehung und Symptomminderung sogar größer in Bezug auf die frühe Beziehung als bei Betrachtung der Beziehung im späteren Behandlungsverlauf, so dass eine Konfundierung von Beziehung und Therapieerfolg hier eine geringere Rolle zu spielen scheint. Diese Korrelationen basieren jedoch nur auf einer geringen Stichprobengröße. Der aufgrund der Befunde von Kazdin und Kollegen (2006), Shirk und Kollegen (2011) sowie Shirk und Karver (2003) hypothetisierte geringere Zusammenhang der Therapeut-Eltern-Beziehung mit dem Therapieerfolg im Vergleich zur Therapeut-Kind-Beziehung kann somit nicht belegt werden. Auch findet sich kein durchgängig höherer Zusammenhang von Beziehung und Therapieerfolg bei Erfassung der Beziehung aus Therapeutensicht, wie Shirk und Karver (2003) ihn berichten.

Einige der Korrelationen, insbesondere zwischen der Therapeut-Patient- und der Therapeut-Eltern-Beziehung im Therapeutenurteil und der Symptomminderung im Elternurteil, liegen nur im Bereich eines geringen Zusammenhangs ($r < .20$) und damit in einer vergleichbaren Größenordnung wie bei McLeod (2011). Allerdings findet McLeod (2011) in einer Subanalyse für expansive Patienten ebenfalls eine Korrelation von $r = .22$ zwischen Beziehung und Therapieerfolg, so dass für die hier untersuchte Gruppe expansiver Patienten auch nach McLeod (2011) ein etwas höherer Zusammenhang zu erwarten gewesen wäre. Ebenso ließ die verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Behandlungen in der vorliegenden Studie höhere Zusammenhänge vermuten (Shirk et al., 2011). Anders als bei Kazdin

und Kollegen (2006), fanden die Behandlungen in dieser Studie unter treatment-as-usual-Bedingungen statt. Möglicherweise sind die teilweise geringeren Zusammenhänge auf diese Tatsache zurück zu führen, da bisherige Studien vor allem sehr strukturierte Therapien untersuchten (z. B. Kazdin et al., 2006).

Shirk und Karver (2003), Handwerk und Kollegen (2008) sowie McLeod (2011) vermuten als Grund für geringe Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg homogen positive Beziehungseinschätzungen der befragten Therapeuten, Patienten oder Eltern. Auch in der vorliegenden Studie fallen die Beziehungseinschätzungen insgesamt positiv aus bei eher geringen Standardabweichungen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der verwendete Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung wenig trennscharf gewesen sein könnte. Allerdings basieren die BeKi-Fragebögen auf den von Kazdin und Kollegen (2006) verwendeten Instrumenten, so dass sich die Unterschiede in den Korrelationen zwischen der vorliegenden Studie und den Befunden von Kazdin und Kollegen (2006) nicht durch die Art der Erfassung der therapeutischen Beziehung erklären lassen.

Übereinstimmend mit McLeod (2011) sowie Tetzlaff und Kollegen (2005) zeigt sich ein relevanter Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der subjektiven Behandlungszufriedenheit aller an der Therapie Beteiligten. Dieser Zusammenhang ist, wie auch bei McLeod (2011), numerisch sogar größer als der Zusammenhang mit der kindlichen Symptomreduktion. Die Zusammenhänge sind von mittlerer bis großer Höhe sowohl in Bezug auf die Behandlungszufriedenheit insgesamt, als auch bezüglich des Erfolgs der Therapie sowie der Einschätzung des Therapieprozesses. Diese Korrelationen sind, anders als bei Hawley und Weisz (2005), nicht durchgängig höher bei Beurteilung der Variablen aus derselben Perspektive. Allerdings zweifeln Meyer und Schulte (2002) die Validität einer retrospektiven Einschätzung des Behandlungserfolgs an.

Auch die Verbesserungen im kindlichen Funktionsniveau korrelieren in Höhe eines mittleren Zusammenhangs mit der therapeutischen Beziehung. Wie auch bei Shirk und Karver (2003) steht also auch hier die Veränderung des kindlichen Funktionsniveaus in einem relevanten Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung.

Grenzen der Arbeit und Ausblick

In der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg in einer Inanspruchnahmestichprobe expansiver Kinder und Jugendlicher untersucht. Die therapeutische Beziehung wurde insgesamt positiv beurteilt, und die Symptome der Patienten konnten signifikant gemindert werden. Inwieweit die guten Behandlungserfolge aber auf die verhaltenstherapeutischen Interventionen zurückzuführen sind, oder auch auf

den hohen Anteil an Kindern, die zusätzlich medikamentös behandelt wurden, lässt sich aufgrund der durchgeführten Analysen nicht klären. Ebenso wenig lässt sich aufgrund der geringen Stichprobengröße klären, ob der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg durch die Pharmakotherapie moderiert wird.

Es wurden teils vergleichbare, teils geringere Zusammenhänge von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg gefunden als in bisherigen Studien und Metaanalysen. Die Ergebnisse sind mit einigen Einschränkungen zu interpretieren. Insbesondere ist die hohe Zahl an vorgenommenen Korrelationsberechnungen zu berücksichtigen. Da keine α -Adjustierung vorgenommen wurde, sind zufällige Signifikanzen nicht auszuschließen. Zudem war aufgrund der geringen Stichprobengröße der Nachweis kleiner und mittlerer Effekte eigentlich nicht zu erwarten (Bortz & Döring, 2009), auch wenn die Ergebnisse zeigen, dass in einigen Analysen Korrelationen von $r = .33$ signifikant werden. Insbesondere bei Subanalysen, die das Patientenurteil einbeziehen, ist die Stichprobe aber teilweise sehr klein, da die Patienten selbst erst ab einem Alter von elf Jahren befragt wurden. Eine versuchsweise Befragung jüngerer Kindern ab einem Alter von neun Jahren, war aber in Bezug auf die Erfassung der therapeutischen Beziehung erfolgversprechend, so dass eine Herabsetzung des Mindestalters für die Erhebung der Therapeut-Patient-Beziehung im Patientenurteil für künftige Studien erwogen werden sollte. Insgesamt handelt es sich dennoch um die unseres Wissens nach größte Stichprobe aus dem deutschsprachigen Raum, in der der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen untersucht wurde.

In der vorliegenden Studie wurde der Therapieerfolg im Therapeutenurteil über den subjektiven Behandlungserfolg sowie das kindliche Funktionsniveau zu Behandlungsbeginn und -ende erfasst. Eine Beurteilung der Symptombelastung durch den Therapeuten erfolgte aber nicht. In Bezug auf den Behandlungserfolg sowie das Funktionsniveau als Maße für den Therapieerfolg zeigen sich, übereinstimmend mit McLeod (2011) sowie Shirk und Karver (2003) tendenziell größere Zusammenhänge mit der therapeutischen Beziehung als in Bezug auf die Symptomminderung. Gleichzeitig berichten aber McLeod (2011) sowie Shirk und Karver (2003) größere Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg, wenn der Therapieerfolg aus Therapeutensicht beurteilt wird. Ein Beurteilereffekt kann somit nicht vollkommen ausgeschlossen werden, auch wenn die Behandlungszufriedenheit auch im Eltern- und Patientenurteil mittlere bis hohe Korrelationen mit der therapeutischen Beziehung aufweist.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Studie besteht in dem Zeitabstand zwischen der zweiten Erfassung der therapeutischen Beziehung und dem eigentlichen Behandlungsende, der teilweise mehrere Wochen bis hin zu Monaten beträgt. Die Zusammenhänge sind aber vergleichbar, wenn der Zeitabstand im Rahmen von Partialkorrelationen herausgerechnet wird.

Einige der an dieser Studie beteiligten Therapeuten be-

handelten mehrere Patienten, so dass die Beziehungseinschätzung für diese Fälle sowohl durch mögliche Antworttendenzen der mehrfach befragten Therapeuten, als auch durch ihre spezifische Beziehungsgestaltung beeinflusst worden sein könnte. Im Vergleich mit anderen Studien ist die Zahl der einbezogenen Therapeuten aber vergleichsweise groß (z. B. Kazdin et al., 2006).

Der Zusammenhang von Beziehung und Therapieerfolg wurde speziell für expansive Kinder und Jugendliche untersucht. Die Beschränkung auf diese Patientengruppe erschien aufgrund der Forschungslage, nach der für expansive Patienten durchgängiger Zusammenhänge von Beziehung und Therapieerfolg gefunden werden als für Patienten mit internalen Problemen sinnvoll (Shirk & Karver, 2003, McLeod, 2011). Ergebnisse von Shirk und Kollegen (2011), die vergleichbare Korrelationen für Patienten mit internalen und externalen Problemen finden, lassen aber auch Untersuchungen in Inanspruchnahmestichproben mit internalen Patienten oder auch vergleichende Untersuchungen interessant erscheinen.

In künftigen Studien sollte der Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg an größeren Stichproben untersucht werden. Auch die Anwendung regressionsanalytischer Methoden oder von Strukturgleichungsmodellen wären in größeren Stichproben wünschenswert.

Die Erfassung der Beziehung aus den verschiedenen Perspektiven erscheint weiterhin sinnvoll. Eine zusätzliche Verhaltensbeobachtung der therapeutischen Interaktion könnte die Validität weiter steigern. Empfehlenswert wäre es auch, nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch den Therapieerfolg aus der Perspektive aller Beteiligten einschätzen zu lassen.

Literatur

- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozialwissenschaften* (4. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Verlag.
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K. & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 751–758.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Döpfner, M., Kinnen, C. & Plück, J. (2013). *Manual zum Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4–18), zum Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) und zum Fragebogen für Jugendliche (YSR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Faw, I., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. & Liddle, H. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research*, 15, 141–154.
- Garcia, J. A. & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other rea-

- sons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439–443.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425–435.
- Handwerk, M. L., Huefner, J. C., Ringle, J. L., Howard, B. K., Soper, S. H., Almquist, J. K. & Chmelka, M. B. (2008). The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25, 145–165.
- Hawley, K. & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child Youth Care Forum*, 37, 59–74.
- Hawley, K. & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117–128.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of relationship variables in youth and family therapy: Evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65.
- Kazdin, A., Whitley, M. & Marciano, P. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 436–445.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kinnen, C., Breuer, D. & Döpfner, M. (2011). Konzeption und erste Evaluation des Beziehungsfragebogens für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BeKi). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 303–323.
- 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.
- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J. & Treffers, P. D. A. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41, 172–186.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603–616.
- Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 53–61.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (4., überarb. u. erw. Aufl.) Bern: Huber.
- Shirk, S. R. & Karver, M. S. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 425–464.
- Shirk, S. R., Karver, M. S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17–24.
- Shirk, S. R. & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713–728.
- Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S. & Funk, R. R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 199–207.

Manuskripteingang	3.8.2012
Nach Revision angenommen	24.10.2012
Interessenkonflikte	Nein

Claudia Kinnen, Dipl.-Psych.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Uniklinik Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln
Deutschland
claudia.kinnen@uk-koeln.de