PATIENT-THERAPEUT-BINDUNG BEI DROGENABHÄNGIGEN:

INSTRUMENTENVALIDIERUNG UND THERAPIEEVALUATION

INAUGURALDISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES

EINES DR. PHIL.

VORGELEGT DEM FACHBEREICH 02 SOZIALWISSENSCHAFTEN, MEDIEN UND SPORT

DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT

MAINZ

VON
ANN KATRIN HELLWICH, DIPLOM-PSYCHOLOGIN
AUS WIESBADEN
2008

REFERENT:

KORREFERENTIN:

TAG DES PRÜFUNGSKOLLOQUIUMS:

Danksagung

Dank möchte ich meinem Partner und meinen Eltern aussprechen, auf deren Unterstützung ich immer vertrauen kann. Ihnen widme ich diese Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG 6

1. EINLEITUNG 7

2. THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND 11

2.1 Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung und therapeutische Beziehung 11
2.1.1 Bindungstheorie 11
2.1.2 Meilensteine der Bindungsforschung 14
2.1.3 Nomenklatur im bindungsbezogenen Forschungsfeld 16
2.1.4 Neurobiologische Korrelate des Bindungsstiles 17
2.1.5 Vierkategoriale Erfassung von Bindung 19
2.1.6 Bindung in therapeutischen Beziehungen 21
2.1.7 Das Konzept der therapeutischen Beziehung 29
2.2 Abhängigkeit von illegalen Drogen 35
2.2.1 Diagnostik und Klassifikation 36
2.2.2 Ätiologie 38
2.2.3 Epidemiologie 41
2.2.4 Wirkungsprofile illegaler Drogen 42
2.2.5 Komorbidität 43
2.2.6 Therapie der Drogenabhängigkeit 44
2.2.7 Bindungsstil und Drogenabhängigkeit 46
2.2.8 Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei Sucht-Patienten 48
2.3 Selbstwirksamkeitserwartung 52
2.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung, Bindungsstil und Drogenabhängigkeit 53
2.4 Psychotherapieforschung 54
2.4.1 Therapieerfolgsprädiktion 57
2.5 Fragestellungen und Hypothesen 59

3. METHODIK 63

3.1 Instrumentenvalidierung 64
3.1.1 Untersuchungsplan 64
3.1.2 Stichprobe 64
3.1.3 Instrumente 65
3.1.4 Durchführung 73
3.1.5 Kliniken 74
3.1.6 Statistische Auswertung 74
3.1.6.1 Umgang mit fehlenden Werten 74
3.1.6.2 Psychometrische Gütekriterien der Instrumente 75
3.2 Therapieevaluation 80
3.2.1 Untersuchungsplan 80
3.2.2 Stichprobe 81
3.2.3 Instrumente 82
3.2.4 Durchführung 83
3.2.5 Kliniken 84
3.2.6 Statistische Auswertung 86
3.2.6.1 Umgang mit fehlenden Werten 86
3.2.6.2 Hypothesentestung 87

4. ERGBNISSE 95

4.1 Instrumentenvalidierung 95
4.1.1 Stichprobenbeschreibung 95
4.1.2 Instrumentenbeschreibung 96
4.1.2.1 CATS-P 96
4.1.2.2 RSQ 105
4.1.2.3 HAQ-P 106
4.1.2.4 Assoziationen zur Soziodemographie 107
4.1.3 Kreuzvalidierung 108
4.1.4 Exkurs: Psychometrische Gütekriterien CATS-T 113
4.2 Therapieevaluation 120
4.2.1 Stichprobenbeschreibung 120
4.2.2 Ergebnisse der Hypothesentestung 130

5. DISKUSSION 151

5.1 Instrumentenvalidierung 151
5.1.1 CATS-P 151
5.1.2 RSQ 159
5.1.3 HAQ-P 161
5.1.4 Assoziationen zur Soziodemographie 161
5.2 Therapieevaluation 162
5.2.1 Stichproben 162
5.2.2 Hypothesentestung 165
5.2.3 Fazit und Ausblick 174

6. LITERATUR 177

TABELLENVERZEICHNIS 202

ABBILDUNGSVERZEICHNIS 205

ANHANG 206

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird zum einen ein Instrument zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung validiert (*Client Attachment to Therapist Scale, CATS*; Mallinckrodt, Coble & Gantt, 1995), zum anderen werden Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeitserwartung, allgemeinem Bindungsstil, Therapiezufriedenheit, Patient-Therapeut-Bindung und Therapieerfolg (Therapiebeendigung) bei Drogenabhängigen in stationärer Postakutbehandlung überprüft.

In die Instrumentenvalidierung (einwöchiger Retest) wurden 119 Patienten aus 2 Kliniken und 13 Experten einbezogen. Die Gütekriterien des Instrumentes fallen sehr zufriedenstellend aus. An der naturalistischen Therapieevaluationsstudie (Prä-, Prozess-, Post-Messung: T0, T1, T2) nahmen 365 Patienten und 27 Therapeuten aus 4 Kliniken teil. Insgesamt beendeten 44,1% der Patienten ihren stationären Aufenthalt planmäßig. Auf Patientenseite erweisen sich Alter und Hauptdiagnose, auf Therapeutenseite die praktizierte Therapierichtung als Therapieerfolgsprädiktoren. Selbstwirksamkeitserwartung, allgemeiner Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit eignen sich nicht zur Prognose des Therapieerfolgs. Die zu T0 stark unterdurchschnittlich ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung steigert sich über den Interventionszeitraum, wobei sich ein Moderatoreffekt der Patient-Therapeut-Bindung beobachten lässt. Es liegt eine hohe Prävalenz unsicherer allgemeiner Bindungsstile vor, welche sich während der Therapie nicht verändern. Die patientenseitige Zufriedenheit mit der Therapie steigt von T1 zu T2 an. Die Interrater-Konkordanz (Patient/Therapeut) zur Einschätzung der Patient-Therapeut-Bindung erhöht sich leicht von T1 zu T2. Im Gegensatz dazu wird die Therapiezufriedenheit von Patienten und Therapeuten zu beiden Messzeitpunkten sehr unterschiedlich beurteilt.

Die Testgütekriterien der CATS sprechen für die Überlegenheit dieser gegenüber der Skala zur Erfassung der Therapiezufriedenheit. Deshalb sollte die Patient-Therapeut-Bindung anhand dieses Instrumentes in weiteren Forschungsarbeiten an anderen Patientenkollektiven untersucht werden, um generalisierbare Aussagen zur Validität treffen zu können.

1. EINLEITUNG

> In Diskussionen von Therapeuten im Suchtbereich ist es seit längerem ein Allgemeinplatz: „Süchtige haben Bindungsstörungen.“ Ob damit immer Bindung im Sinne der Bindungstheorie gemeint ist, sei dahingestellt, jedenfalls ist der Begriff in den einschlägigen Fallbesprechungen präsent. (Schindler, 2005, S. 96)

Der Anteil unsicher gebundener Menschen liegt in klinischen Stichproben im Allgemeinen bei über 80% und somit wesentlich höher als in gesunden Vergleichsstichproben, in denen Anteile sicherer Bindung bei ca. 60% liegen (van Ijzendoorn, 1994; Gloger-Tippelt, Vetter & Rauh, 2000; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Dozier, Stovall & Albus, 1999; Mosheim et al., 2000). Es liegen Längsschnittuntersuchungen an Risikostichproben vor, die den Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung in der frühen Kindheit und einer späteren Psychopathologie belegen (Egle, Hardt, Nickel, Kappis & Hoffmann, 2002; Schauenburg & Strauß, 2002). Daher wird eine unsichere Bindung als unspezifischer Risikofaktor für die Entwicklung einer Psychopathologie angesehen – eine sichere Bindung dagegen als Fundament für eine „gute“ Entwicklung und Copingfaktor angesichts von Risikosituationen (Rosner & Gavranidou, 2002; Zimmermann, 2002; Schmidt & Strauß, 2002; Greenberg, 1999). Eine differenzielle Zuordnung der einzelnen Bindungsstile zu unterschiedlichen Störungsbildern ist bisher jedoch noch nicht gelungen (Buchheim, Strauß & Kächele, 2002; Rutter, 1997).

Brisch (2003) erklärt den Zusammenhang zwischen Bindung und Psychopathologie anhand der Vulnerabilitätsschwelle, die bei Vorliegen einer sicheren Bindung erhöht ist, während sie bei einer unsicheren Bindung unterdurchschnittlich ausgeprägt sein dürfte. Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität ist ein Risiko für psychopathologische und psychosomatische Erkrankungen gegeben. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass ein unsicherer Bindungsstil mit einem erhöhten Stressniveau assoziiert ist (z. B. Spangler & Grossmann, 1993; Braun et al., 2002; Panksepp, 1998). Vor diesem Hintergrund wird der unmittelbare Bezug der Bindungstheorie zur klinischen Psychologie deutlich. Grawe (2004, S. 192) merkt in diesem Zusammenhang kritisch an, dass das Bindungsbedürfnis des Menschen „in den vorherrschenden Theorien über die Entstehung psychischer Störungen bei Weitem nicht die Rolle spielt, die ihm auf Grund der Faktenlage zukommt“.

Für Abhängigkeitsstörungen liegen bisher keine groß angelegten empirischen Studien vor, aber die Vermutung liegt nahe, dass hier, ebenso wie in anderen psychiatrischen Stichproben, überwiegend unsichere Bindungsmuster anzutreffen sind, während sichere Bindungen eher vor einer Suchtentwicklung schützen dürften.

Während man lange Zeit davon ausging, dass der Bindungsstil Trait-Charakter besitzt, lockert sich in jüngerer Zeit die Annahme der Unveränderbarkeit der in der Kindheit erworbenen Bindungsstile. Forschungsergebnisse belegen, dass positive Bindungserfahrungen oder Psychotherapie Veränderungen des Bindungsstiles bewirken können (O`Connell Corcoran & Mallinckrodt, 2000; Fonagy et al., 1994). Unabhängig von der potentiellen Beeinflussbarkeit des Bindungsstils im Erwachsenenalter mithilfe von Psychotherapie, spielt eine spezielle Bindungsbeziehung im psychotherapeutischen Setting eine zentrale Rolle: die *Patient-Therapeut-Bindung*. Eine gute therapeutische Bindungsbeziehung zu etablieren, stellt laut Grawe (1992) die erste und wichtigste Herausforderung an den Therapeuten dar. Grawe plädiert dafür, Therapeuten in Aus- und Weiterbildungen besser auf das Arbeitsfeld der Gestaltung der therapeutischen Beziehung vorzubereiten. Eine gute therapeutische Beziehung ist unzählige Male als vermittelnder Faktor hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapien bestätigt worden (z. B. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Kivlighan, Patton & Foote, 1998; Lambert & Ogles, 2004). „Strong therapeutic alliances are associated with better response to treatment in a variety of psychiatric populations. … A strong therapeutic alliance may enhance retention and improve outcomes of difficult-to-treat patients." (Petry & Bickel, 1999, S. 220).

Ein Schwerpunkt der klinischen Bindungsforschung sollte laut Höger (2002) innerhalb der Prozessforschung angesiedelt sein, sich also mit der Gestaltung der therapeutischen Beziehung beschäftigen. Dies impliziert, dass sich aus der Kenntnis von Bindungsstilen wertvolle Hinweise für die dynamische Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Interaktionen ziehen lassen können. Im klinischen Kontext kann die Bindungstheorie wertvolle Beiträge zur Therapieplanung, Prozessevaluation und Prädiktion des Therapieerfolges leisten. Empirische Befunde zur prädiktiven Validität der Bindungsstile bzw. –muster sind jedoch rar und widersprüchlich. So verzeichnen beispielsweise Mosheim et al. (2000) einen größeren Therapieerfolg bei zu Therapiebeginn sicher gebundenen Patienten, während bei Fonagy et al. (1994) die eingangs unsicher gebundenen Patienten mehr von der Therapie profitieren. In einem Punkt ist sich die Forschung jedoch einig: In klinischen Stichproben tauchen unsichere Bindungsmuster signifikant häufiger auf als in Vergleichsstichproben. Allerdings ist ein

unsicherer Bindungsstil nicht gleichzusetzen mit einer Störung oder Psychopathologie. In Risikostichproben kommt einem sicheren Bindungsstil jedoch die Bedeutung eines protektiven Faktors zu, der als Puffer gegen die negativen Einflüsse oder kritischen Lebensereignisse wirkt (Hauser & Endres, 2002).

Wie und an welcher Stelle sich Psychotherapie- und Bindungsforschung begegnen und gegenseitig ergänzen können, beschreibt Höger (2005, S. 64, Hervorhebung v. Verf.) folgendermaßen:

> Dass die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidend für den Erfolg von Psychotherapien ist, gehört zu den am besten gesicherten Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung (vgl. Grawe et al., 1994). Für die therapeutische Praxis ist dieser Befund jedoch wenig hilfreich, solange wir nicht wissen, *warum* das so ist. Ich meine, dass gerade die Bindungstheorie in besonderer Weise geeignet ist, um hier eine Brücke zu schlagen. Sie kann uns zeigen, worauf es ankommt, worauf wir in der therapeutischen Beziehung unser Augenmerk richten sollten, um deren therapeutische Wirksamkeit zu optimieren. ... Der „Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung“ ist somit – aus der Perspektive der Bindungstheorie – nicht nur eine Randbedingung des Therapieprozesses, sondern ein entscheidender Gegenstand der therapeutischen Arbeit selbst, nicht selten wohl auch der kritische Punkt, an dem die Entscheidung über Erfolg oder Misserfolg einer Therapie fällt. Was die Psychotherapieforschung schon lange weiß, erhält durch die Bindungstheorie seine theoretische Begründung.

Um diese „Brücke“ zwischen Bindungs- und Psychotherapieforschung geht es in vorliegender Arbeit, die wie folgt aufgebaut ist: In Kapitel zwei wird zunächst auf die theoretischen Hintergründe der Bindungstheorie eingegangen. Von dem Grundgedanken der Bindungstheorie ausgehend werden die Konstrukte Patient-Therapeut-Bindung und therapeutische Beziehung vorgestellt. Anschließend wird das untersuchte Störungsbild – Abhängigkeit von illegalen Drogen – näher beleuchtet und das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung eingeführt, welches zum einen eine zentrale Rolle bei der Rückfallprävention im Rahmen kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze der Drogenabhängigkeit spielt und welches zum anderen einen relevanten Faktor bei der

Therapieerfolgsprognose von Drogenabhängigen darstellt. Zuletzt wird ein kurzer Überblick über Psychotherapieforschung im Allgemeinen und Forschungsaktivitäten zur Therapieerfolgsprädiktion von Drogenabhängigen gegeben. Das zweite Kapitel endet mit den aus den vorgestellten Konstrukten und empirischen Befunden abgeleiteten Fragestellungen und Hypothesen, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung beantwortet werden. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Arbeit zweigeteilt ist: Erstens erfolgt die Validierung eines aus dem Amerikanischen übersetzten Instrumentes zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung und zweitens werden Hypothesen spezifiziert, welche der Therapieevaluation dienen. Das dritte Kapitel befasst sich mit der methodischen Vorgehensweise bei den beiden Studien Instrumentenvalidierung und Therapieevaluation. Im Rahmen des Methodikkapitels wird näher auf Untersuchungspläne, Stichproben, Instrumente, Durchführung der Untersuchungen, Kliniken und Therapiekonzepte und die statistischen Auswertungen eingegangen. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Instrumentenvalidierung, im engeren Sinne die Ergebnisse zu Reliabilität und Validität, und die Ergebnisse zur Hypothesentestung vorgestellt. In Kapitel fünf erfolgt die Diskussion der Ergebnisse der beiden Studien. Außerdem wird ein Ausblick auf erfolgversprechende zukünftige Forschungsaktivitäten gegeben.

2. THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

2.1 Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung und therapeutische Beziehung

2.1.1 Bindungstheorie

> Attachment behaviour is held to characterize human beings from the cradle to the grave. (Bowlby, 1979, p. 129)

Um das Fortbestehen der Menschheit zu sichern, ist nach Bowlby (1975) jeder Mensch mit mehreren Verhaltenssystemen ausgestattet, die für seine Spezies genuin und lebensnotwendig sind. Die Fähigkeit, sich an andere Menschen zu binden, ist eine dieser Verhaltensweisen, die als zentrale Voraussetzung für eine gesunde seelische Entwicklung angesehen werden kann. Das Bindungsbedürfnis des Menschen existiert über die gesamte Lebensspanne und steht unabhängig neben anderen Grundbedürfnissen wie beispielsweise dem Bedürfnis nach Kontrolle oder Selbstwerterhöhung (Grawe, 2004). Bindungsbeziehungen sind stabile emotionale Beziehungen zu einer oder mehreren vertrauten Personen, die dem Betroffenen Schutz und Unterstützung in stressreichen oder gefährlichen Situationen bieten.

Gestützt auf Konzepte und Forschungsergebnisse aus Ethologie, Informationsverarbeitung, Entwicklungspsychologie und Psychoanalyse entwickelte und formulierte Bowlby (1969) die Bindungstheorie, welche Erklärungen für den Aufbau und die Veränderungen enger emotionaler Beziehungen über die Lebensspanne, die Manifestation dieser Beziehungen im Verhalten und deren Repräsentation in Gedächtnis und Sprache bietet (Gloger-Tippelt & Hofmann, 1997). Bowlby begann seine Forschungen mit Beobachtungen in Kinderheimen. Dabei kam er zu dem Schluss, dass deviantes Verhalten bei Jugendlichen auf maternelle Deprivation, bzw. Separation, zurückgeführt werden könne (Bretherton, 1995). Die Bindungstheorie war von Bowlby als klinische Theorie konzipiert, wurde zunächst jedoch hauptsächlich von Entwicklungspsychologen beachtet und aufgegriffen (Mestel, 2001a). Seit den achtziger Jahren erlangt die Bindungstheorie auch in der klinischen Fachwelt mehr Ansehen. So sehen einige Autoren in ihr eine Hilfe zum besseren Verständnis verschiedener klinischer Störungsbilder. Pilkonis (1997) merkt an, dass die Bindungstheorie eine Tiefenstruktur für die untereinander häufig komorbid auftretenden Persönlichkeitsstörungen bieten könne. Lopez (1995) und Strauß und Schmidt (1997) erhoffen sich von der Bindungstheorie ein metaperspektivisches Baugerüst, das kognitive, affektive und

interpersonelle Aspekte vereint und Verbindungen zwischen alten Lernerfahrungen und aktuellem Verhalten herstellt.

Zentrale Begriffe der Bindungstheorie sind *Bindungsverhalten* und *Bindungsperson* (Bowlby, 1969). Bowlby definiert das Bindungsverhalten als ein Verhalten, das die Erreichung von Nähe zur Bindungsperson zum Ziel hat und dessen evolutionäre Funktion der Schutz des Kindes vor Gefahren ist. Bindungsverhalten zeigt sich bei Säuglingen erstmals im Laufe des ersten Lebensjahres, wenn das Kind die Fähigkeit entwickelt, seine Bindungsperson zu erkennen. Die Bindungsperson ist durch ihre spezifische Bedeutung und Funktion in der Beziehung definiert. Bindungspersonen sind charakterisiert als Personen, an die sich das Bindungsverhalten richtet, bei denen im Falle einer Trennung Bindungsverhalten aktiviert und beim Wiedersehen nach einer Trennung Freude ausgelöst wird (Höger, 2002). Bretherton (1995, S. 63) beschreibt Sinn und Zweck der Bindungsperson gegenüber einem Kleinkind folgendermaßen: „Once attached, locomotor infants are able to use the attachment figure as a secure base for exploration of the environment and as a safe haven to which to return for reassurance“. Eine sichere Bindung des Kindes an seine Mutter ermöglicht es dem Kind also, seine Umwelt angstfrei und ausgedehnt zu explorieren und immer wieder zu einer feinfühligen und unterstützenden Mutter zurückkehren zu können. In einem sicheren Bindungskontext sind Abhängigkeit und Unabhängigkeit sich gegenseitig ergänzende, komplementäre und nicht sich gegenseitig ausschließende Motive (Lopez, 1995). Autonomiestreben kann also nicht gleichgesetzt werden mit Bindungsvermeidung, sondern muss als davon unabhängiges Konstrukt im Rahmen unterschiedlicher Grundmotivationen des Menschen konzeptionalisiert werden (Küfner, 1989).

Bowlby (1975) postuliert, dass diese Bindungserfahrungen, die das Kind mit der Mutter und später auch mit anderen Menschen macht, internalisiert und in einer kognitiven Struktur, dem *internal working model* (*inneren Arbeitsmodell von Bindung)*, organisiert seien, welche relativ überdauernd – wenn auch nicht unveränderbar – sei und zwei Dimensionen umfasse: das *Bild vom Selbst* und das *Bild vom Anderen*. Die im Laufe der Entwicklung gemachten und internalisierten Bindungserfahrungen dienen dazu, zu beurteilen, ob erstens die eigene Person bei anderen Menschen Unterstützung hervorrufen kann (Bild vom Selbst: „Bin ich liebenswert und wertvoll?“) und zweitens eine Bindungsperson eine Person ist, die auf die Bitte um Unterstützung und Schutz reagiert oder nicht (Bild vom Anderen: „Ist/sind meine Bindungsperson/en vertrauenswürdig und auf liebevolle Art besorgt um mich?“).

Erkennt die Bindungsperson das Bedürfnis des Kindes nach Sicherheit an, während sie gleichzeitig den Explorationsdrang des Kindes unterstützt, so entwickelt das Kind ein Bild von sich als wertvoll und selbstbewusst. Weist die Bindungsperson jedoch wiederholt die kindliche Bitte nach Trost oder neugierigem Entdeckungsdrang zurück, so erlebt sich das Kind als gering gewertschätzt und unselbständig. Das zentrale Schlagwort in diesem Zusammenhang ist das der Feinfühligkeit der Bindungsperson gegenüber dem Kind (Scheidt, 2005). Die wichtigste Funktion der Bindungsrepräsentation ist es, die Ereignisse der realen Welt zu antizipieren und das eigene Verhalten dementsprechend zu organisieren. Abhängig von der Konfiguration der Bindungsrepräsentation sucht ein Individuum in Zeiten von Stress, Krankheit oder Müdigkeit die Nähe von anderen (Bindungs-)Personen oder vermeidet sie (Lopez, Melendez, Sauer, Berger & Wyssmann, 1998). Das Bindungssystem steht somit in direktem Austausch mit Systemen zur Emotions- und Verhaltensregulierung.

Die Effekte der Ausprägungen der Bindungsrepräsentation zeigen sich laut Bartholomew und Shaver (1998) beim Erwachsenen in den Lebensbereichen Kindererziehung, Freundschaften und Liebesbeziehungen. Nach Mallinckrodt, Coble und Gantt (1995) bietet auch ein Therapeut dem Patient – genau wie Eltern – emotionale Nähe, Trost und eine sichere Basis, von der aus er seine innere und äußere Welt explorieren kann. In der Beziehung zwischen Therapeut und Patient werden demnach die gleichen habituellen Bindungserwartungen und Verhaltensweisen aktiviert, die in allen engen interpersonellen Beziehungen Anwendung finden. Das bedeutet, dass auch eine therapeutische Beziehung in bindungsbezogene Termini gefasst werden kann.

Klohnen & John (1998) schlagen vor, dass ein Individuum möglicherweise zwei oder mehr *Bilder vom Selbst* innerhalb der Bindungsrepräsentation in sich vereinen könne, abhängig davon, ob das Individuum ebenfalls mehrere, möglicherweise inkonsistente *Bilder vom Anderen* zu integrieren habe. Die Existenz multipler Bindungsmodelle kann so begründet werden, dass diese in unterschiedlichen Beziehungen ihren Ursprung haben und sich auf verschiedene Bereiche (z. B. Familie, Freunde, Partner) beziehen. Brisch (2003) beschreibt die Entwicklung eigenständiger Bindungsrepräsentationen bereits für Kinder im ersten Lebensjahr, die unterschiedliche Bindungen zu ihren primären Bezugspersonen (z. B. Mutter und Vater) aufbauen. Diese theoretischen Überlegungen und empirischen Ergebnisse sprechen für eine geringe transsituationale Stabilität des Bindungsstiles.

Im Folgenden wird die zeitliche Stabilität des Bindungsstiles betrachtet. Bowlby (1980) geht von einer hohen Zeitstabilität des Bindungsstiles aus unter der Bedingung, dass die Umweltverhältnisse stabil bleiben. Er begründet dies folgendermaßen: Zum einen sei die Bindungsrepräsentation dem Bewusstsein umso weniger zugänglich, je automatischer und habitueller die Verhaltensmuster der Interaktion werden, zum anderen seien dyadische Interaktionsmuster veränderungsresistenter als individuelle aufgrund reziproker Vorannahmen, die sich über die Zeit durch verschiedene Lernerfahrungen entwickeln. Brisch (2003) postuliert, dass zu Beginn des Lebens die mentale Bindungsrepräsentation noch relativ plastisch sei, sich im Laufe der Entwicklung dann jedoch verfestige. Mit zunehmendem Alter sei es zwar nicht unmöglich, jedoch ungleich schwieriger, den Bindungsstil, beispielsweise durch bedeutungsvolle Interaktionen mit anderen Personen, zu verändern. Retest-Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben erbrachten Stabilitäten des Bindungsstiles zwischen 70% und 90% über Zeitspannen von 2 Monaten bis 4 Jahren (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 1993; Benoit & Parker, 1994; Ammaniti, Speranza & Candelori, 1996). Waters, Merrick, Treboux, Crowell und Albersheim (2000) wiesen im Rahmen einer Längsschnittstudie nach, dass der Bindungsstil über einen Zeitraum von 20 Jahren größtenteils stabil bleibt. Sie untersuchten Kinder im Alter von 12 Monaten und dann wieder im Alter von 21 Jahren. Die Zuordnung zu einem sicheren vs. unsicheren Bindungsstil stimmte in 72% der Fälle überein. Änderungen im Bindungsstil konnten in den meisten Fällen mit gravierenden negativen Lebensereignissen, wie Scheidung oder Depression der Eltern, in Verbindung gebracht werden. Auch Beckwith, Cohen und Hamilton (1999) stellten im Rahmen ihrer Studien in den meisten Fällen, in denen sich Änderungen des Bindungsstiles ergeben hatten, plausible lebensgeschichtliche Ursachen fest. Diese Untersuchungen unterstreichen die hohe Zeitstabilität und Veränderungsresistenz des Bindungsstiles unter der Voraussetzung der Umweltstabilität.

2.1.2 Meilensteine der Bindungsforschung

Kindliche Bindungsstile wurden erstmals von Ainsworth und Wittig (1969) mithilfe eines standardisierten Beobachtungsverfahrens, dem *Fremde-Situation-Test*, untersucht. Dieser Test erfasst, wie Kinder auf die Trennung von ihren primären Bezugspersonen reagieren. Die Autoren benannten die aus den Beobachtungen von Kindern im Alter zwischen 11 und 20 Monaten resultierenden Bindungsstile *sicher*, *unsicher-vermeidend*, *unsicher-ambivalent* und

desorganisiert/desorientiert. In den Untersuchungen von Ainsworth und Wittig zeigten zwei Drittel der Kinder ein sicheres Bindungsmuster. Das restliche Drittel der Kinder zeigte entsprechend bereits in diesem jungen Alter vermeidendes oder stark durch negative Emotionen gekennzeichnetes Beziehungsverhalten. Das Verhalten der unsicher gebundenen Kinder ließ sich ebenfalls im Spielverhalten, im sozialen Kontaktverhalten, in der Ausgewogenheit und Flüssigkeit der Kommunikation, im Autonomiestreben und Selbstvertrauen nachweisen. Es unterschied sich gravierend von dem Verhalten der sicher gebundenen Kinder (Erickson, Sroufe & Egelnad, 1985; Grossmann, Grossmann, Sprangler, Suess & Unzne, 1985).

Main und Goldwyn (1985) entwickelten ein Interviewverfahren zur Erfassung der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter, das *Adult Attachment Interview* (AAI), welches die Kategorien *sicher-autonom*, *unsicher-distanziert*, *unsicher-verwickelt* und *unverarbeiteter* Bindungsstatus beinhaltet. Das AAI erfasst nicht die spezifische Bindung an eine bestimmte Person, sondern eine generelle interne Bindungsrepräsentation.

Hazan und Shaver (1987) weiteten den Bereich der Bindungsforschung auf romantische, partnerschaftliche, reziproke Beziehungen aus. Sie identifizierten *sichere*, die sich durch interpersonelles Vertrauen und lange Beziehungsdauern auszeichnen, *ängstlich-ambivalente*, die besitzergreifendes und eifersüchtiges Beziehungsverhalten zeigen, und *vermeidende* Erwachsene, die sich durch Angst vor Nähe, pessimistische Beziehungserwartungen und hohe Trennungsraten kennzeichnen lassen.

Bartholomew und Horowitz (1991) führten aufgrund theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde einen vierten Bindungsstil ein, um eine bessere Differenzierung des Stiles *vermeidend* zu ermöglichen. Die Autoren unterschieden zwei deutlich voneinander abgrenzbare Formen des Vermeidens, nämlich einmal das ängstliche Vermeiden (*fearful*) mit dem bewussten Wunsch nach sozialem Kontakt, aber der Angst vor Zurückweisung und das abweisende Vermeiden (*dismissing*) mit einem abwehrbedingten Verleugnen des Bedürfnisses nach näherem sozialen Kontakt. Auf die Modellvorstellungen von Bartholomew und Horowitz wird in Kap 2.1.5 näher eingegangen.

2.1.3 Nomenklatur im bindungsbezogenen Forschungsfeld

Wie bereits ausgeführt unterscheidet sich sowohl die Anzahl identifizierter Bindungsstile als auch deren Bezeichnungen erheblich in Abhängigkeit von Forschungstradition (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, Sozialpsychologie), Forschungsobjekt (z. B. Eltern-Kind-Beziehung, Partnerbeziehung) und Forschungsmethodik (empirisch oder theoretisch abgeleitetes Instrument, Interview, Fragebogen, Beobachtung). So finden sich in der Literatur unterschiedliche Bezeichnungen für gleiche, ähnliche und zusammenhängende Sachverhalte (wie beispielsweise die im Folgenden aufgeführten Begriffe verdeutlichen: Bindungstyp, Bindungsorganisation, Bindungsrepräsentation, Bindungsstil, Bindungsmuster, Bindungsschema, Bindungsqualität, Bindungseinstellung, Bindungsstrategie). Von Sydow & Ullmeyer (2001, S. 10) bemerken, dass „das Forschungsfeld chaotisch im Hinblick auf die Konzeptualisierung von Bindung bei Erwachsenen ... trotz der enormen Zunahme von Publikationen zum Thema“ sei.

Im Folgenden werden einige zentrale begriffliche Abgrenzungen ohne den Anspruch auf Vollständigkeit vorgenommen. Bindungsmuster können als adaptive Verhaltensstrategien, die Ergebnisse der eigenen Lerngeschichte sind, beschrieben werden (Main, 1990). Diese Strategien haben sich in der Vergangenheit eines Individuums bewährt und dienen dazu, sich der Nähe oder Erreichbarkeit einer Bindungsperson zu vergewissern. Aus dem Blickwinkel der Lernpsychologie wird die Entwicklung unterschiedlicher Bindungsmuster durch die Mechanismen Belohnung und Bestrafung bestimmt (Grossmann & Grossmann, 1994). Die Erfahrungsbildung erklärt sich durch funktional äquivalente Wiederholungen der Lernsituation in bindungsrelevanten Situationen (Foppa, 1995). Die aus diesen Lernsituationen resultierenden bindungsbezogenen kognitiv-affektiven Schemata (im Sinne von Bindungsrepräsentationen) steuern die Informationsverarbeitung und das Verhalten im bindungsrelevanten Kontext. Main, Kaplan und Cassidy (1985) beschreiben Bindungsrepräsentationen als eine Ansammlung bewusster bzw. unbewusster Regeln, die bindungsrelevante Informationen beinhalten, darüber hinaus regele dieses System laut der Autoren auch den Zugang zu bindungsbezogenen Erfahrungen. Collins und Read (1994) definieren Bindungsrepräsentationen als Erinnerungen an bindungsbezogene Erfahrungen, Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen über das Selbst und über die Anderen in Hinsicht auf Bindung, bindungsbezogene Ziele und Bedürfnisse und mit der Erreichung bindungsbezogener Ziele assoziierte Strategien und Pläne.

Abgrenzend kann konstatiert werden, dass der Begriff Bindungsstil sich auf Selbstzuschreibungen, wie sie beispielsweise in Fragebögen vorgenommen werden, bezieht, während Bindungsmuster beobachtbares Verhalten widerspiegeln. Bindungsrepräsentationen dagegen können als die dem Bewusstsein schlecht zugänglichen, verinnerlichten Arbeitsmodelle von Bindung gelten (Mestel, 2001a). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Bindungsstil zur Verdeutlichung des typischen Stiles verwendet, den ein Individuum in jegliche erwachsene reziproke Bindungsbeziehung unabhängig von seinem Gegenüber einbringt und unabhängig davon, ob es sich nicht doch eher um ein beobachtbares Muster oder eine kognitive Repräsentation handelt. Der Begriff Patient-Therapeut-Bindung, der in Kapitel 2.1.6 eingeführt wird, bezeichnet dagegen eine spezifische Bindungsbeziehung von zwei Personen, die sich in einem professionellen, therapeutischen Setting befinden. Diese Beziehung zeichnet sich durch zeitliche Begrenztheit und mangelnde Reziprozität aus (Holm-Hadulla, Kriz, Lieb, Broda & Senf, 2004; Zimmer, 2004).

2.1.4 Neurobiologische Korrelate des Bindungsstiles

Im Rahmen des folgenden Exkurses werden neurobiologische Befunde vorgestellt, die einen Einblick in die Komplexität der Zusammenhänge zwischen unsicherem Bindungsstil und Entwicklung einer Psychopathologie verdeutlichen sollen.

Untersuchungen an verschiedenen Tierarten zeigen, dass das Bedürfnis nach Bindung ein Grundbedürfnis darstellt, dessen Verletzung schwerwiegende Schäden verursacht (Todt, 1995). Bei der Trennung junger sozial lebender Tiere (z. B. Küken oder Rhesusaffen) oder Kinder von ihren Eltern wird ein typischerweise als Protestreaktion bezeichnetes Verhalten gefunden (Weinen, Klagen, verstärkte motorische Aktivität und Absuchen der Umgebung). Außerdem werden ein beschleunigter Herzschlag, eine angestiegene Körpertemperatur und eine vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen beobachtet (Spangler & Grossmann, 1993; Spangler & Schieche, 1995; Hofer, 1994). Den neuronalen Schaltkreis, der bei diesen Reaktionen involviert ist, bezeichnet Panksepp (1998) als PANIK-Schaltkreis. Die beteiligten Transmitter sind das Stresshormon Corticotropin Releasing Factor (CRF) und die körpereigenen Opiate (Endorphine). Durch CRF werden die PANIK-Reaktionen verstärkt, durch Endorphine abgemildert. Ebenfalls beruhigend auf den neuronalen PANIK-Schaltkreis wirkt Oxytocin. Dieses Neuropeptid spielt eine wichtige Rolle bei der Ausbildung von gut funktionierenden Bindungsbeziehungen. So wird Oxytocin beim Kontakt zwischen Mutter

und Kind und beim Zusammentreffen von Verliebten ausgeschüttet (Hassebrauck & Küpper, 2002). Werden Opiate fremd zugeführt, bleibt Bindungsverhalten aus: Küken, denen Opiat gespritzt wird, suchen nicht mehr nach ihrer Glucke und senden auch keine Distressbotschaften mehr aus (Panksepp, 1998).

Wenn ein verängstigtes oder leidendes Kind bei seiner Bindungsperson Zuflucht nimmt, kommt es im Rahmen dieses Kontaktes zur Ausschüttung von Oxytocin und körpereigenen Opiaten. Die negativen Emotionen oder Schmerzen werden gehemmt. Liegt eine unsichere Bindungsbeziehung vor, kann diese kindliche Reaktionsbereitschaft nicht gebahnt und die negativen Emotionen viel schlechter herabreguliert werden. Die Emotionsregulationsfähigkeiten der unsicher gebundenen Kinder sind entsprechend schlechter als die der sicher gebundenen, bei denen sich im affektiven Austausch mit ihren Bindungspersonen ein funktionaler Umgang mit ihren Emotionen etabliert hat. Mit zunehmendem Alter, wenn die Emotionsregulation weniger über den dyadischen Austausch als vielmehr über Selbstregulation verläuft, fehlen den unsicher gebundenen Personen die entsprechenden Reaktionsbereitschaften. Ein dysfunktionaler Umgang mit negativen Emotionen kennzeichnet fast alle psychischen Störungen.

Im Tierversuch wurde nachgewiesen, dass länger dauernde Trennungen junger Tiere von ihrer Mutter bleibende Spuren in der Neurophysiologie der Tiere hinterlassen. Die anfängliche Protest- bzw. PANIK-Reaktion der Tiere weicht bei anhaltender Trennung einer Verzweiflungsreaktion, die durch eine schlaffe Körperhaltung, einen traurigen Ausdruck und eine verringerte Nahrungsaufnahme gekennzeichnet ist. Physiologisch ist der Zustand durch einen verlangsamten, unregelmäßigen Herzschlag, eine erniedrigte Körpertemperatur, verringerten Sauerstoffverbrauch, Gewichtsverlust, eine verringerte Ausschüttung von Wachstumshormonen und eine geschwächte Immunabwehr gekennzeichnet (Amini et al., 1996). Noch gravierender sind die Folgen, wenn die Tiere komplett isoliert von irgendeiner Bindungsfigur aufwachsen. Diese Tiere weisen schwerwiegende soziale Defizite auf. Sie sind unfähig, normales Paarungs- bzw. Bemutterungsverhalten zu zeigen, ihr Ess- und Trinkverhalten ist gestört und sie sind unvorhersehbar gewalttätig gegenüber anderen Tieren (Kraemer, 1992). Diese Störungen sind im Großen und Ganzen irreversibel.

Grawe (2004) konkludiert, dass die Untersuchungen an Tieren eine hohe Aussagekraft für den Menschen besitzen, da sich die basalen neurophysiologischen Mechanismen zwischen beiden

gleichen und die Reaktionsmuster in einer hauptsächlich vorsprachlichen Lebensphase angelegt werden, in der kognitive Fähigkeiten eine eher untergeordnete Rolle spielen.

2.1.5 Vierkategoriale Erfassung von Bindung

Das aktuell von der Forschung anerkannte Schema zur Beschreibung der adulten Bindung stammt von Bartholomew und Horowitz (1991). Aufgrund dessen fiel die Wahl auf das im Zusammenhang mit dieser Theorie entwickelte Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des allgemeinen Bindungsstiles (Relationship Scales Questionnaire, RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994). Aus einer Kreuzklassifikation resultieren aus den Annahmen Bowlbys zum inneren Arbeitsmodell von Bindung vier Bindungsstile, die Bartholomew und Horowitz (1991) *secure*, *preoccupied*, *dismissing* und *fearful* betitelen (Tabelle 1). Bartholomew und Horowitz ist mit der Unterscheidung zwischen zwei Formen der Vermeidung (dismissing-avoidance und fearful-avoidance) ein großer theoretischer Fortschritt in der Bindungsforschung gelungen. Das ablehnende Vermeidungsmuster (dismissing) ist motiviert durch eine defensive Autarkie, das ängstliche Vermeidungsverhalten (fearful) durch eine bewusste Angst vor der antizipierten Ablehnung durch andere.

Tabelle 1: Vierkategoriales Modell der Bindungsstile nach Bartholomew und Horowitz (1991)

	Positives Modell vom Selbst	**Negatives Modell vom Selbst**
Positives Modell vom Anderen	sicher (secure)	präokkupiert (preoccupied)
Negatives Modell vom Anderen	vermeidend (dismissing)	ängstlich (fearful)

Sicher gebundene Menschen besitzen ein internalisiertes Gefühl des Selbstwertes, das nicht von dauerhafter externer Validierung abhängig ist. Sie halten andere für verfügbar und unterstützend und suchen deshalb aktiv deren Nähe. Jeder der drei unsicheren Stile ist mit gewissen Persönlichkeitsstrukturen verknüpft, die hauptsächlich im interpersonellen Kontext zu Schwierigkeiten führen (O`Connell Corcoran & Mallinckrodt, 2000). Der *vermeidende* Stil geht einher mit hohem Selbstvertrauen, Feindseligkeit und Kälte und geringer emotionaler Ausdrucksfähigkeit, Wärme und Intimität in zwischenmenschlichen Beziehungen. Menschen, die als vermeidend klassifiziert werden, bereitet die Distanz zu anderen aufgrund ihres hohen Selbstwertgefühls jedoch keine großen Schwierigkeiten. Für den *präokkupierten* Stil sind

hohe Werte in Öffnungsbereitschaft und emotionalem Ausdruck, Vertrauen in andere und darauf, dass sie da sind, wenn man sie braucht und der Wunsch, sich um andere zu kümmern, charakteristisch. Ein präokkupiertes Bindungsmuster bedeutet, dass diese Menschen sich fast zwanghaft mit engen Beziehungen beschäftigen. Da sie selbst sich als wenig liebenswert empfinden, brauchen sie andere als Quelle der Bestätigung. Präokkupierte Menschen fürchten sich vor Trennungen von diesen anderen Personen. Der *ängstliche* Stil wird in Zusammenhang gebracht mit niedrigem Selbstvertrauen, geringer Durchsetzungskraft, niedrigen Werten in Öffnungsbereitschaft, Intimität und Vertrauen in andere. Ängstliche Individuen sind gleichzeitig misstrauisch gegenüber anderen und haben von sich selbst ein Bild als unliebenswert. Sie vermeiden enge Beziehungen aus Angst vor Zurückweisung.

Der Bereich der Bindung eines Patienten an seinen Therapeuten ist ein bislang von der Forschung eher vernachlässigtes Feld. Höger (1999) entwickelte ein Instrument zur Selbstbeschreibung von Psychotherapiepatienten zu Beginn einer therapeutischen Beziehung ausgehend von den drei Bindungsstilen *sicher*, *vermeidend* und *ambivalent*. Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE; Höger, 1999) enthält drei Skalen: *Akzeptanzprobleme*, *Öffnungsbereitschaft* und *Zuwendungsbedürfnis*. Eine Clusteranalyse ergab fünf Cluster, die als Bindungsstile interpretiert werden können: *sicher*, zwei Varianten von *unsicher-ambivalent* (*verschlossen* und *anklammernd*) und zwei Varianten von *unsicher-vermeidend* (*verschlossen* und *kooperationsbereit*). Der BFKE hat jedoch nicht das Ziel, die interaktionelle Bindung zwischen Patient und Therapeut zu erfassen, sondern vielmehr den Bindungsstil, den der Patient in die Therapie mitbringt. Er scheint demnach eher ein Instrument zur Erfassung des allgemeinen patientenseitigen Bindungsstiles unter besonderer Berücksichtigung von für das psychotherapeutische Setting relevanten Informationen zu sein.

Ein Instrument, mit dessen Einsatz explizit beabsichtigt ist, die Patient-Therapeut-Bindung zu erfassen, ist die Client Attachment to Therapist Scale (CATS) von Mallinckrodt et al. (1995). Diese Skala wird in Kapitel 3.1.3 ausführlich dargestellt, da sie im Zentrum vorliegender Arbeit steht.

2.1.6 Bindung in therapeutischen Beziehungen

> Nach meiner klinischen Erfahrung kann man die Konzentration auf einen bindungsrelevanten Fokus für die Bearbeitung von psychischen Störungen nutzen. Ein solcher thematischer Schwerpunkt könnte Inhalte aus den Bereichen Bindung, Trennung und Verlust sowie Exploration umfassen. Das Konzept der Bindung stellt eine Grundvoraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit dar, die man als übergreifenden Wirkfaktor aller Therapiemethoden betrachten kann. (Brisch, 2003, S. 96)

Wie aus den bisherigen Ausführungen ersichtlich wird, können unterschiedliche Bindungsstile zu unterschiedlichen Menschen aufgebaut werden. Patienten, die sich in Therapie begeben, bringen ihren individuellen Bindungsstil und bindungsbezogene Antizipationen und Befürchtungen mit in die Therapie. Auch der Therapeut weist eine Bindungsgeschichte und einen daraus resultierenden Bindungsstil auf, welche er mit in den therapeutischen Kontext bringt. In der Psychotherapie entwickelt sich eine weitere professionelle Bindungsbeziehung, innerhalb derer sich das patientenseitige Bindungsverhalten an den Therapeuten richtet. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über Forschungsaktivitäten zu den drei in einer Psychotherapie wirksamen Bindungen gegeben, wobei die meisten Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Patient-Therapeut-Bindung bzw. therapeutischer Beziehung und dem Bindungsstil des Patienten vorliegen, während der therapeutenseitige Bindungsstil bisher selten evaluiert wurde (Daniel, 2006).

Therapeutenseitiger Bindungsstil

Studien zur Bindungssicherheit von Psychotherapeuten sind rar. Es liegt jedoch nahe zu vermuten, dass unsicher gebundene Therapeuten einen Risikofaktor für die Therapie darstellen (Fürstenau, 2007). Dozier, Cue und Barnett (1994) erfassten sowohl den Bindungsstil des Therapeuten als auch sein Vermögen, therapeutisch wirksam auf psychiatrisch schwer beeinträchtigte Patienten einzugehen. Sicher gebundene Therapeuten entscheiden sich für andere Interventionen als unsicher gebundene. So wählen die unsicher gebundenen Therapeuten Strategien, die wiederum den Bindungsstil ihres Patienten bestätigen, während sicher gebundene die dem Patienten vertrauten Verhaltensmuster auf die Probe stellen und ihn mit unbekannten Strategien konfrontieren. Die Patienten der unsicher

gebundenen Therapeuten bekommen auf diese Weise nicht die Möglichkeit, korrektive Bindungserfahrungen zu machen und daraufhin ihre interpersonellen Strategien zu verändern. Sauer, Lopez und Gormley (2003) wiesen nach, dass dem Bindungsstil des Therapeuten eine signifikant prädiktive Bedeutung bei der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung durch den Patienten zukommt. Je unsicherer der Bindungsstil des Therapeuten ist, desto schlechter bewerten die Patienten die therapeutische Arbeitsbeziehung. Unsicher gebundene Therapeuten reagieren auf ihre Patienten weniger empathisch (Rubino, Barker, Roth & Fearson, 2000) und Patienten unsicher gebundener Therapeuten brechen ihre Behandlung häufiger ab (Stuart, Pilkonis, Heape, Smith & Fisher, 1990).

Patientenseitiger Bindungsstil

Eames und Roth (2000) wiesen nach, dass ein ängstlicher Bindungsstil auf Seiten des Patienten mit einer schlechteren Einschätzung der therapeutischen Beziehung und ein sicherer mit einer besseren assoziiert ist. Satterfield und Lyddon (1998) fanden ebenfalls, dass Patienten mit sicheren Bindungsstilen eher gute Arbeitsbeziehungen mit ihren Therapeuten aufbauen können, während Patienten mit unsicherer Bindung weniger gut in der Lage sind, gute Therapieallianzen zu etablieren. Horowitz, Rosenberg und Bartholomew (1993) zeigten, dass Patienten, die als ängstlich-vermeidend eingestuft werden und starke Probleme mit Rachsucht und emotionaler Kälte aufweisen, weniger von kurzen psychodynamischen Interventionen profitieren als andere Patientengruppen. Cyranowski et al. (2002) untersuchten den Zusammenhang zwischen Bindungsstil und dem Ergebnis von interpersoneller Psychotherapie bei Frauen mit mehreren Episoden einer major depression und fanden, dass hohe Ausprägungen des ängstlich-vermeidenden Bindungsstiles mit einer längeren Zeit zur Stabilisierung der Symptome zusammenhängen.

Hardy et al. (2001) wiesen nach, dass Patienten mit einem vermeidenden Stil weniger von zeitlich begrenzter kognitiver Therapie profitieren. Als erklärende Variable identifizierten Hardy et al. die therapeutische Beziehung, die bei diesen Patienten defizitär war, was von den Autoren wiederum auf die interpersonelle Vermeidung zurückgeführt wurde. Fonagy et al. (1996) kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten, die als vermeidend klassifiziert werden, mehr von einer psychotherapeutischen Intervention profitieren als andere Patientengruppen. Sachse und Strauß (2002) identifizierten ambivalent gebundene Patienten als diejenigen, die am meisten von stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie profitieren.

Dozier (1990) stellte fest, dass sicher gebundene Patienten besser mit ihrem Therapeuten kooperieren und Patienten, die als vermeidend eingestuft werden, sich weniger gut ihrem Therapeuten anvertrauen können oder den Therapeuten sogar ablehnen. Dieser Effekt der therapeutischen Beziehung schlägt sich entsprechend im Therapieergebnis nieder. Reis und Grenyer (2004) konnten in ihrer Studie mit depressiven Patienten den Moderatoreffekt der therapeutischen Beziehung jedoch nicht nachweisen. Stattdessen war ein ängstlich-vermeidender Bindungsstil zu Beginn der Behandlung mit einem schlechteren Behandlungsergebnis verbunden, während später im Verlauf der Behandlung eher ein präokkupierter Bindungsstil für eine geringere Symptomreduktion verantwortlich zu sein schien. Die Autoren interpretieren diesen Sachverhalt so, dass zu Beginn der Behandlung von den Patienten Offenheit gefordert wird, welche ängstlich-vermeidende Patienten kaum leisten können, während gegen Ende der Therapie die als präokkupiert klassifizierten Patienten sich vor der Trennung von dem Therapeuten (dem Verlassenwerden durch die Bindungsfigur) fürchten und daher weniger Fortschritte machen. Zimmer und Brömer (1991) konnten bereits während der ersten beiden Therapiestunden Therapiebeender und –abbrecher anhand von Tonbandaufnahmen und Transkripten signifikant voneinander unterscheiden. So zeigten Abbrecher weniger „emotionale Öffnung“, während Therapeuten den Beendern mehr Zeit der „Exploration“ widmen konnten.

Ciechanowski, Walker, Katon und Russo (2002) übertrugen das von Bartholomew und Horowitz (1991) entwickelte vierkategoriale Modell der Bindungsstile auf die klinisch zu beobachtenden Verhaltensweisen von Patienten innerhalb des Versorgungssystems (Tabelle 2). Laut der Autoren soll mit dieser Klassifizierung eine leichtere Identifizierung der zur Inanspruchnahme von Über- oder Unterversorgung neigenden Personen erleichtert werden, darüber hinaus ließen sich mithilfe der Klassifikation Strategien der optimalen Kommunikation mit den Patienten für Therapeuten und Ärzte formulieren.

Tabelle 2: Bindungsstil und Patientenverhalten im Versorgungssystem

Bindungsstil	**Klinische Charakteristiken**
sicher	- ausgewogene (normale) Inanspruchnahme des Versorgungssystems - wenig Berichten von Symptomen
präokkupiert	- hohe Inanspruchnahme des Versorgungssystems - häufiges Berichten von Symptomen
ängstlich	- geringe Inanspruchnahme des Versorgungssystems - häufiges Berichten von Symptomen
vermeidend	- geringe Inanspruchnahme des Versorgungssystems - ausgewogenes Berichten von Symptomen

Zur Veränderung des patientenseitigen Bindungsstiles über den Zeitraum einer Psychotherapie liegen nur sehr wenige Untersuchungen vor. Fonagy et al. (1994) untersuchten die Bindungsrepräsentationen einer Gruppe von 45 Psychotherapiepatienten vor und nach einer einjährigen therapeutischen Intervention mithilfe des AAI. Nach der Therapie wiesen 40% der zuvor unsicher gebundenen Patienten einen sicheren Bindungsstil auf. Diese Veränderung von unsicher nach sicher gebunden war statistisch hoch signifikant und spricht für die Plastizität und potentielle Veränderbarkeit des Bindungsstiles. Auch Travis, Bliwise, Binder und Horne Moyer (2001) konnten zeigen, dass über einen halbjährigen Therapieverlauf 19 Patienten ihren Bindungsstil veränderten. Von diesen konnten zur Post-Messung 7 als sicher gebunden klassifiziert werden, während zu Beginn der Therapie keiner als sicher gebunden eingestuft wurde. Mestel (2001a) hingegen stellte in seiner Prä-Post-Interventionsstudie (siebenwöchige Psychotherapie) keine Veränderung des allgemeinen Bindungsstiles fest.

Patient-Therapeut-Bindung

In den letzten zehn Jahren seiner Tätigkeit richtete Bowlby seine Forschungsbemühungen auf die mögliche Veränderbarkeit von Bindungsstilen und auf bindungsbezogene Aspekte in der Psychotherapie. Bowlby (1988) kommt zu dem Schluss, dass dem Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung eine verlässliche, sichere Basis in der Person des Therapeuten geboten werden sollte, von der aus er seine mentale Bindungsrepräsentation explorieren und verändern könne. Die Bindungstheorie postuliert, dass das Bindungssystem immer dann aktiviert wird, wenn sich das Individuum gestresst, krank oder ängstlich fühlt. Die Aktivierung hat die Erreichung von physischer oder emotionaler Nähe zu einer vom Individuum als stärker oder weiser wahrgenommenen Bindungsperson zum Ziel. Patienten, die sich in Therapie begeben, weisen in der Regel Leidensdruck auf und fühlen sich gestresst oder krank und betrachten ihren Therapeuten als weiser oder stärker als sich selbst, sodass sich mit der Zeit das Bindungsverhalten des Patienten an seinen Therapeuten richtet und sich eine Patient-Therapeut-Bindung etabliert (Dozier & Bates, 2004; Borelli & David, 2004; Strauß, 2006; Höger, 2005; Liotti, 1995; Farber, Lippert & Nevas, 1995). Einen weiteren Beleg für die Konzeptionalisierung der therapeutischen Beziehung in bindungsbezogene Termini erbrachte Barchat (1989), der bei Psychotherapiepatienten Angst, Ärger und Trauer –

sogenannte Protestreaktionen – beobachtete, wenn sie von ihrem Therapeuten längere Zeit getrennt wurden (sogenanntes *August phenomenon*).

Der Therapeut kann für den Patienten – genau wie Eltern, Freunde oder Liebespartner – eine Bindungsperson darstellen, die dem Patienten hilft, seine eigenen Bindungserfahrungen und -muster zu verstehen und zu explorieren. Der Therapeut verkörpert in dieser Beziehung eine sichere Explorationsbasis, von der aus der Patient eine Korrektur seiner Bindungserfahrungen vornehmen kann. Innerhalb einer sicheren Patient-Therapeut-Bindung fühlt der Patient sich aktiv ermutigt, während der Therapiesitzungen problematische und angsterzeugende Ereignisse zu explorieren (Mallinckrodt, Porter & Kivlighan, 2005). Wenn der Therapeut sich genau so verhält wie der Patient es von seinen anderen Bindungsfiguren gewohnt ist, resultiert keine Veränderung des Bindungsstiles, sondern eine erneute Bestätigung desselben. Eine Aufgabe des Therapeuten wäre es daher, auf die Bindungserwartungen des Patienten so zu reagieren, dass ein Umlernen möglich wird. Gleichzeitig sollte der Therapeut eine Atmosphäre schaffen, in der der Patient sich sicher fühlt, um neue Bindungsstrategien zu explorieren (Dozier & Tyrrell, 1998; Tyrrell, Dozier, Teague & Fallott, 1999). Ein als zuverlässig wahrgenommener Therapeut kann als neue sichere Basis für einen unsicher gebundenen Patienten dienen. Die Bindungsstrategien dieses unsicher gebundenen Patienten könnten sich im Laufe der Therapie ändern, da seine Erwartungen an die Umwelt (bzw. an den Therapeuten), dass seine Bedürfnisse nach Schutz und Zuwendung zurückgewiesen werden, konstant und häufig nicht bestätigt werden (Holmes, 1996). Ebenso werden die Erwartungen des Patienten, dass er z. B. kein Recht hat, Bindungsbedürfnisse zu äußern, durch die Erfahrungen mit dem Therapeuten widerlegt. Auf diese Weise kann der Patient lernen, dass seine alten Bindungsstrategien unangemessen und durch adäquatere zu ersetzen sind (Mestel, 2001b). Tyrrell, Dozier, Teague und Fallot (1999) stellten fest, dass komplementäre bindungsmäßige Gegensätze zwischen Patient und Therapeut sich als ideales Mittel erweisen, um bei dem Patienten neue Möglichkeiten der Emotionsverarbeitung und der Gestaltung von interpersonellen Beziehungen anzustoßen. Auf diese Weise lassen sich laut der Autoren sowohl die Qualität der Beziehung als auch das Therapieergebnis günstig beeinflussen.

Mestel (1996) wies nach, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen deutlich unsicherer an ihren Therapeuten gebunden sind als diejenigen ohne Komorbidität, während der allgemeine Bindungsstil nicht zwischen den beiden Gruppen unterscheidet. Mallinckrodt et al. (2005) konnten zeigen, dass eine sichere Bindung an den Therapeuten stark mit positiven

Einschätzungen auf Skalen zur Messung der therapeutischen Beziehung assoziiert ist. Die Forscher folgerten aus diesem Ergebnis, dass eine generelle Bindungssicherheit es dem Patienten erleichtert, die möglicherweise während des Therapieprozesses auftretenden „Turbulenzen“ in der therapeutischen Beziehung besser durchzustehen, da er sich sicher ist, dass der Therapeut weiterhin verfügbar ist. Darüber hinaus ließ sich zeigen, dass die Sicherheit oder Unsicherheit, die der Patient innerhalb seiner romantischen Partnerschaften lebt und erfährt, sich ebenfalls in der therapeutischen Beziehung widerspiegelt: Sowohl der *ängstliche* als auch der *vermeidende* Bindungsstil in romantischen Beziehungen waren assoziiert mit einer *ängstlich-vermeidenden* Patient-Therapeut-Bindung (erfasst mit der Client Attachment to Therapist Scale, CATS). Außerdem konnte Mallinckrodt (1991) zeigen, dass auch die erinnerte Qualität der Eltern-Kind-Bindung einen Prädiktor der therapeutischen Arbeitsbeziehung darstellt.

Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff und Heller (2005) zeigten an einer Stichprobe von 187 drogenabhängigen stationär behandelten Patienten, dass ein sicherer Bindungsstil ein guter Prädiktor für die vom Patienten eingeschätzte Güte der therapeutischen Beziehung darstellt. Außerdem fanden die Autoren Hinweise, dass von einer guten therapeutischen Beziehung vor allem Drogenabhängige mit psychiatrischer Komorbidität profitieren.

Laut Bowlby (1988) kann nicht jedes Patientenverhalten in bindungstheoretische Termini gefasst werden und es bleibt im Einzelfall zu entscheiden, ob die Problematik von dem Blickwinkel der Bindungstheorie aus zu lösen ist. Allerdings sollte – so Bowlby – der Therapeut folgende Aspekte in der Psychotherapie von Erwachsenen berücksichtigen, um eine gute therapeutische Bindung aufbauen und so eine Veränderung des patientenseitigen (unsicheren) Bindungsstiles evozieren zu können:

1. Der Therapeut sollte dem Patienten als sichere Basis dienen, von der aus dieser seine momentanen und vergangenen Beziehungen explorieren und reflektieren kann,
2. er sollte Wert auf die therapeutische Beziehung legen,
3. sich in Kenntnis der unterschiedlichen Bindungsmuster flexibel im Hinblick auf den Umgang mit Nähe und Distanz in der Interaktion verhalten und
4. seinen Patienten dazu ermutigen, seine Bindungsstrategien auf ihre aktuelle Angemessenheit zu überprüfen.

Der Tenor all dieser Forschungsbemühungen ist, dass ein unsicherer Bindungsstil (d. h. eine Wahrnehmung des Selbst als nicht liebenswert bzw. eine Wahrnehmung der Anderen als

zurückweisend) zu dysfunktionalem Verhalten im Sinne einer Distanzierung von engen zwischenmenschlichen Beziehungen führt, obwohl Nähesuchen eine adäquatere Strategie zur Emotionsregulation oder Stressbewältigung wäre. In Übereinstimmung damit kann konstatiert werden, dass eine defizitäre therapeutische Beziehung und ein schlechteres Behandlungsergebnis zumindest teilweise durch einen unsicheren Bindungsstil des Patienten bzw. einen unsicheren Bindungsstil des Therapeuten determiniert sind (z. B. Strauß, Lobo-Drost & Pilkonis, 1999; Meyer & Pilkonis, 2002; Meyer et al., 2003; Mosheim et al., 2000; Strauß et al, 2006).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die in diesem Kapitel referierten empirischen Zusammenhänge zwischen Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung, therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Plus- bzw. Minuszeichen kennzeichnen den in der jeweiligen Studie gefundenen Zusammenhang des Bindungsstiles mit der Güte der Patient-Therapeut-Bindung bzw. der therapeutischen Beziehung (+ = sicher bzw. gut, - = unsicher bzw. schlecht) und dem Therapieerfolg (+ = erfolgreich, - = nicht erfolgreich).

Tabelle 3: Bindungen in therapeutischen Beziehungen

Autor/en	**Bindungsstil (Patient)**	**Bindungsstil (Therapeut)**	**Patient-Therapeut-Bindung bzw. therap. Beziehung**	**Therapieerfolg**
Dozier et al. (1994)		sicher unsicher	+ -	
Sauer et al. (2003)		unsicher	-	
Rubino et al. (2000)		unsicher	-	
Stuart et al. (1990)		unsicher		-
Eames & Roth (2000)	sicher ängstlich		+ -	
Satterfield & Lyddon (1998)	ängstlich		-	
Horowitz et al. (1993)	ängstl.-verm.			-
Cyranowski et al. (2002)	ängstl.-verm.			-
Hardy et al. (2001)	vermeidend		-	-
Fonagy et al. (1996)	vermeidend			+
Sachse & Strauß (2002)	ambivalent			+
Dozier (1990)	sicher vermeidend		+ -	+ -
Reis & Grenyer (2004)	ängstl.-verm. präokkupiert			- -
Zimmer & Brömer (1991)	sicher unsicher			+ -
Mallinckrodt et al. (2005)	sicher		+	+

2.1.7 Das Konzept der therapeutischen Beziehung

> Evaluation, Wirksamkeit, Katamnese und follow-up gelten als Schlüsselbegriffe einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie. In dieser Auflistung fehlt aber noch eine ganz wesentliche Bedingung wirksamer Therapie: die therapeutische Beziehung. Denn erst eine gute therapeutische Beziehung ermöglicht es dem Patienten, angstfrei, vertrauensvoll und offen an seine Problembewältigung heranzugehen. (Schmidt-Traub, 2003, S. 111)

Das Konzept der therapeutischen Allianz stammt ursprünglich von Freud (1912), der feststellte, dass die erste Aufgabe des Therapeuten im therapeutischen Prozess sei, ein gutes Verhältnis zu seinem Patienten zu etablieren. Bordin (1976) entwickelte das Konzept weiter und umschrieb drei für die therapeutische Allianz relevante Komponenten: Ziele, Aufgaben und Bindung. In einer guten therapeutischen Beziehung einigen sich Therapeut und Patient auf Ziele, die der Patient erreichen will und Aufgaben, die in diesem Zusammenhang bewältigt werden müssen. Um gemeinsam auf die Ziele des Patienten hinarbeiten zu können, sollte sich zwischen Therapeut und Patient eine positive persönliche Bindung etabliert haben, die Vertrauen und Zuversicht spendet (Luborsky, Barber, Siqueland, McLellan & Woody, 1997). Wenn die Herstellung dieser Atmosphäre misslingt, werden die aufwendigsten Interventionsmethoden und größten Bemühungen des Therapeuten zum Scheitern verurteilt sein, weil der Patient nicht engagiert mitarbeitet und kein Vertrauen zum Therapeuten aufbaut (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Treten Spannungen im therapeutischen Bündnis auf oder kommt es zu einem Steckenbleiben oder gar zu einem Scheitern von Austausch und Verständnis im Therapieverlauf, dann ist ein Riss in der therapeutischen Allianz und in der Zusammenarbeit von Psychotherapeut und Patient entstanden. Wenn der Riss verhängnisvolle Ausmaße annimmt, kann dies zum therapeutischen Scheitern oder zum Abbruch der Therapie führen (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). Laut Bordin (1976) entstehen Risse am häufigsten aufgrund von fehlendem Einverständnis hinsichtlich der Behandlungsaufgaben und Therapieziele oder infolge von Spannungen innerhalb der therapeutischen Beziehung. Die logische Voraussetzung dafür, dass Brüche in einer therapeutischen Beziehung entstehen können, ist jedoch die vormalige Intaktheit der Beziehung, welche nicht per se gegeben sein muss. So kann ein Therapieabbruch auch sehr früh im therapeutischen Prozess erfolgen, weil sich keine gute therapeutische Beziehung etablieren ließ (Tunis, Delucchi, Schwartz, Banys & Sees, 1995; Belding, Iguchi, Morral & McLellan, 1997).

Bisher ist kein Konsens bezüglich einer einheitlichen Definition der therapeutischen Beziehung gefunden worden. Die meisten theoretischen Überlegungen umfassen jedoch die folgenden drei Aspekte (Bachelor & Horvath, 1999; Martin, Garske & Davis, 2000):

1. die kollaborative Natur der Beziehung,
2. die affektive Bindung zwischen Patient und Therapeut und
3. die Fähigkeit zur Übereinstimmung bei Behandlungszielen und –aufgaben.

Aufgrund des fehlenden theoretischen Konsenses gestaltet sich die Operationalisierung als schwierig. Geht es bei der Erfassung des Konstruktes um die Arbeitsbeziehung, die interpersonelle Ebene oder die Bindung zwischen Therapeut und Patient (Hentschel, 2005)? Daneben tragen ebenfalls therapeutische Techniken zur Konfundierung bei der empirischen Konstruktmessung bei (Vallis, Shaw & McCabe, 1988). So weist Hentschel (2005) darauf hin, dass eine Instruktion der Therapeuten bezüglich der Nutzung von Strategien, von denen angenommen wird, dass sie die therapeutische Beziehung verbessern (wie beispielsweise zirkuläres und reflexives Fragen), zu einer Verzerrung bei der Messung der Patient-Therapeut-Beziehung führt. Eine weitere Herausforderung an die Psychotherapieforschung (und an die Therapeuten) stellt die Forderung nach einer individuellen Anpassung des Therapeuten hinsichtlich seines interpersonellen Stiles an die Bedürfnisse seines Patienten dar (z. B. Norcross, 2002; Grawe, 1992; Kriz, 2005; Vollmer, 2007). Ein hinsichtlich der Patientenbedürfnisse responsiver Therapeut kann mit problematischem Patientenverhalten besser umgehen als ein Therapeut, der weniger feinfühlig ist (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998; Clarkin & Levy, 2004). Schmidt-Traub (2003) entkräftet diese methodischen Einwände, indem sie konstatiert, dass die therapeutische Beziehung eine hochgradig komplexe Interaktion sei, die sich für Untersuchungszwecke nicht ohne eine gewisse Künstlichkeit zerstückeln ließe und dass Redundanzen und Ungenauigkeiten somit in Kauf genommen werden müssten, wenn man etwas über dieses Konstrukt in Erfahrung bringen möchte.

Eine Reihe von Autoren hat im Rahmen von Psychotherapieprozessforschung wiederholt einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Ergebnismaßen verschiedener therapeutischer Ansätze herausgestellt (z. B. Orlinsky & Howard, 1986a; Orlinsky et al., 1994; Kivlighan et al., 1998; Lambert & Ogles, 2004). Ein konsistenter Forschungsbefund ist, dass eine gute therapeutische Beziehung zu besseren Haltequoten, einer besseren Motivationslage, einer geringeren Widerstandshaltung und häufigeren planmäßigen

Therapieabschlüssen führt (z. B. Luborsky et al., 1997; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997; Barber et al., 1999; Grawe, 1992). Im methodischen Vorgehen unterscheiden sich die einzelnen Studien zwar erheblich – so ist unklar, welche Perspektive bei der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung, welches Instrument und welcher Messzeitpunkt den besten prädiktiven Wert aufweisen – dennoch ist oben genannter Zusammenhang robust nachweisbar (Hank und Krampen, 2007). Martin et al. (2000) konnten auf metaanalytischer Ebene einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Outcome-Variablen in Höhe von r=.22 nachweisen und interpretieren dies als moderate, aber sehr stabile Korrelation (79 Studien eingeschlossen). Zu einem vergleichbaren metaanalytischen Ergebnis kommen Horvath und Symonds (1991), die 20 Studien analysierten und eine Korrelation von r=.26 nachwiesen. Laut Asay und Lambert (2001) klärt die therapeutische Beziehung 30% der Varianz hinsichtlich des Behandlungsergebnisses auf. Auf der Basis dieser Befunde ist nachvollziehbar, dass die Güte der therapeutischen Beziehung zwar eine notwendige, aber keine allein ausreichende Voraussetzung für die Effektivität einer Therapie darstellt (Lambert & Ogles, 2004).

Im Folgenden werden auszugsweise einige Studien vorgestellt, in denen Zusammenhänge zwischen der Güte der therapeutischen Beziehung und Therapieerfolgskriterien untersucht wurden. Fenton, Cecero, Nich, Frankforter und Carroll (2001) fanden, dass nur die Einschätzung der Güte der therapeutischen Beziehung eines Beobachters und nicht die des Therapeuten oder des Patienten die Therapiehaltedauer vorhersagt. Schindler (1991) konstatiert für den Bereich verhaltenstherapeutischer Behandlungen, dass das Rating der Güte der therapeutischen Beziehung von Patienten und Therapeuten nur gering miteinander korreliert. Barber er al. (1999) zeigten, dass sowohl die Patienten- als auch die Therapeutenversion der Califonia Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS, Gaston & Marmar, 1994) einen prädiktiven Wert hinsichtlich der Therapiehaltedauer besitzen, aber nur, wenn man die Skalen nach der zweiten und nicht nach der fünften Therapiesitzung verwendet. In zwei kleineren Studien (jeweils N<50) wurde keine Beziehung zwischen Haltequote und therapeutischer Allianz gefunden (Tunis et al., 1995; Belding et al., 1997). Beide Studien erfassten die Güte der therapeutischen Beziehung zu einem späteren Zeitpunkt im therapeutischen Prozess (nach ein und drei bzw. nach vier und sechs Monaten), was die Autoren als methodisch bedingten Grund für die negativen Ergebnisse ansehen. Die Unfähigkeit, eine Beziehung zum Therapeuten aufzubauen, könnte für die vor allem in den ersten Monaten gehäuft auftretenden Therapieabbrüche verantwortlich sein. Es ist möglich, dass zum ersten Messzeitpunkt die Patienten, denen ein Beziehungsaufbau nicht gelungen ist,

die Therapie bereits abgebrochen haben. Simpson, Joe, Rowan-Szal und Greener (1997) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen nach der achten Behandlungswoche gemessener therapeutischer Beziehung und Haltequote über den dritten Monat hinaus. Diese Studie wies jedoch eine wesentlich größere Stichprobe (N>500) auf und besitzt somit eine größere statistische Power, um auch kleine Effekte zu identifizieren. Die Autoren der Berner Psychotherapievergleichsstudie (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990a) konstatieren, dass die Breitspektrum-Verhaltenstherapie (kognitiv-behavioral) keine Unterschiede in der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung bezüglich des Therapieerfolgs ausmacht, während der Therapieerfolg bei Gesprächstherapie und interaktioneller Verhaltenstherapie signifikant von der Güte der Beziehungsgestaltung abhängt.

Betrachtet man diese und die metaanalytischen Befunde in einer Zusammenschau, bleibt letztendlich die Frage offen, ob die Variable therapeutische Beziehung tatsächlich einen kausalen Einfluss auf das Therapieergebnis hat oder ob die Patienten, welche sehr früh im therapeutischen Prozess Erfolge verzeichnen, ein besseres Therapieergebnis haben und daher auch die therapeutische Beziehung besser einschätzen. Patienten, die keine schnellen Therapieerfolge aufweisen, haben eine ungünstigere Prognose und stufen auch die therapeutische Beziehung schlechter ein (Martin et al., 2000).

Aufgrund des für diese Arbeit ausgewählten Instrumentes zur Erfassung der therapeutischen Beziehung (Helping Alliance Questionnaire; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995), welches das Konstrukt als Zufriedenheit mit der Therapie operationalisiert (*Beziehungszufriedenheit* und *Erfolgszufriedenheit*), wird bei der Formulierung der Hypothesen, der Beschreibung der Ergebnisse und der Diskussion von *Therapiezufriedenheit* gesprochen und damit die Güte der therapeutischen Beziehung gemeint.

2.1.7.1 Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung

Rogers (1957) konzipierte die sogenannte *therapeutische Triade*, bestehend aus den Variablen Empathie, positive Wertschätzung und Echtheit, und bezeichnete diese als die wichtigsten Methoden für den Therapeuten zur Herstellung einer guten Beziehung zum Patienten.

Luborsky (1993) empfiehlt folgende Strategien zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung:

1. Den Patienten darin unterstützen, seine Ziele zu erreichen.
2. Akzeptanz und Verständnis ausdrücken.
3. Wohlgefallen für den Patienten (oder wichtige Aspekte von ihm) entwickeln.
4. Dem Patienten dabei helfen, Aktivitäten aufrecht zu erhalten, die für sein „Funktionieren“ wichtig sind.
5. Eine hoffnungsvolle, aber realistische Einstellung gegenüber der Erreichung der Therapieziele des Patienten aufbauen und dem Patienten vermitteln, dass man mit ihm gemeinsam an der Zielerreichung arbeiten will.
6. Dem Patienten bei passender Gelegenheit vermitteln, dass er Fortschritte zur Erreichung seiner Ziele gemacht hat.
7. Wege finden, den Patienten dazu zu ermutigen, sich gegenüber dem Therapeuten gefühlsmäßig auszudrücken.

Zimmer und Zimmer (1992) stellen einige gegenläufige Prinzipien der Beziehungsgestaltung gegenüber, um das Spannungsfeld zu skizzieren, in dem sich Psychotherapeuten bei der Auswahl der Strategien zum optimalen Beziehungsaufbau befinden. So können nach Zimmer und Zimmer (1992, S. 21) Therapeuten beispielsweise

- die Therapie an den Klienten anpassen vs. Klienten zur Therapie sozialisieren,
- optimale Hilfe vs. minimale Hilfe (Selbsthilfe) bieten,
- freundlich vs. streng sein,
- einen persönlichen Kontakt vs. einen professionellen Kontakt etablieren,
- den Patienten unterstützen vs. frustrieren,
- Verantwortung übernehmen vs. übergeben.

Grawe (1992) konstatiert, dass es sowohl empirisch gesichert ist als auch intuitiv einleuchtet, dass die Qualität der Therapiebeziehung bei allen Therapieformen eine wichtige Rolle für das Therapieergebnis spielt. Kompatibilität zwischen den Beziehungswünschen und -möglichkeiten des Patienten und dem Beziehungsangebot des Therapeuten lege den Grundstein für das Entstehen einer guten Therapiebeziehung, während geringe Kompatibilität ungünstige Bedingungen auf der Beziehungsebene schaffe. Laut Grawe, Caspar und Ambühl (1990b) legt dieser Umstand die Schlussfolgerung nahe, dass ein Therapeut in seinem Beziehungsangebot grundsätzlich möglichst flexibel sein und es auf die besonderen Voraussetzungen des Patienten abstimmen sollte (sogenanntes *maßgeschneidertes Therapeutenverhalten*). Grawe, Donati und Bernauer (1994) ergänzen die Forderung nach

Flexibilität des Therapeuten um die Forderung nach einer verhaltenstherapeutischen Sichtweise bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Konkordant mit den Kernprinzipien der Verhaltenstherapie Bedingungs-, Verhaltens- und Problemanalyse sollte sich der Therapeut laut Grawe et al. bei den Überlegungen zur Therapiebeziehung ebenfalls auf diese Vorgehensweisen stützen. Grawe und Mitarbeiter schlagen dazu vor, Verhaltenstherapeuten in Methoden wie Plananalyse und komplementärer Beziehungsgestaltung zu trainieren, um ihre Möglichkeiten, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen, zu verbessern. Auf diese Weise würde dem unspezifischen Wirkfaktor therapeutische Beziehung Spezifität verliehen, da der Therapeut lernt, sein eigenes Beziehungsverhalten als geplante Intervention aufzufassen (Grawe et al., 1994; Hain, 2001; Znoj, 2005).

Von unterschiedlichen Autoren wurden wiederholt und einheitlich folgende Aspekte methodenübergreifender Variablen genannt, die als idealtypisch für einen Therapeuten erachtet werden (Perrez, 1991; Fiegenbaum, Freitag & Frank, 1992; Hautzinger, 1992; Dunkle & Friedlander, 1996):

1. die Fähigkeit zum Patienten eine warme, wertschätzende und angstfreie Beziehung aufzubauen,
2. das Vorhandensein von Persönlichkeitsmerkmalen mit Modellfunktion (z. B. persönliche Sicherheit, Selbstakzeptierung, Angstfreiheit, Frustrationstoleranz),
3. positive Erwartungen und Einstellungen des Therapeuten zum Patienten und zum möglichen Behandlungsergebnis,
4. therapeutische Erfahrung, vor allem in Hinblick auf die Steuerung längerfristiger therapeutischer Prozesse.

Caspar (2003) beschreibt die psychotherapeutische Vorgehensweise als Balanceakt zwischen Sicherheit und Herausforderung (Abbildung 1). Der Therapeut sieht sich im Therapieprozess mehr oder weniger häufig vor die Entscheidung gestellt, ob er seinem Patienten Sicherheit bieten oder ihn fordern soll. Die Herstellung einer guten Balance in diesem Spannungsfeld ermöglicht dem Patienten laut Caspar Veränderungsschritte, welche durch die ausreichende Vermittlung eines Gefühles von Sicherheit gegangen werden können. Caspars Modell erinnert stark an das Bild, das Bowlby zur Beschreibung der Bindungsperson benutzt: die *sichere Basis*, von der aus der Patient seine Umwelt explorieren kann.

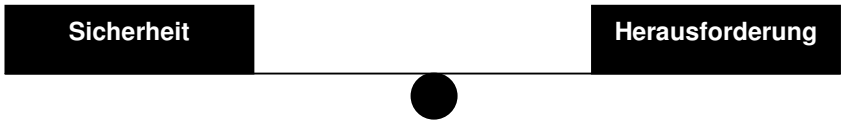

Abbildung 1: Balance-Modell (Caspar, 2003)

2.2 Abhängigkeit von illegalen Drogen

Im klinischen Bild fallen Drogenabhängige generell durch ein hohes Maß an Komorbidität und Mehrfachbelastung in unterschiedlichen Lebensbereichen auf (Farrell et al., 2003). Bei Abhängigen von illegalen Drogen kommt erschwerend dazu, dass ihr Leben durch Delinquenz und Kriminalität gekennzeichnet und vollkommen durch Substanzerwerb und -einnahme kontrolliert ist. Justizielle oder polizeiliche Kontakte sind an der Tagesordnung. Häufig liegen chronische körperliche Erkrankungen wie HIV oder Hepatits C oder akutmedizinisch zu versorgende Infektionen oder Abszesse vor. Daneben weisen Drogenabhängige in der Regel eine Reihe von sozialen und psychischen Belastungsfaktoren auf. So verfügten nur ca. 34% der stationär behandelten Opiatabhängigen im Jahr 2006 über einen Arbeitsplatz; Wohnungslosigkeit lag bei 3,4% der stationär behandelten Opiat-Patienten vor (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007). Das soziale Umfeld ist durch den drogenbezogenen Lebensstil geprägt. Kontakte zu Eltern, Kindern oder drogenabstinenten Menschen sind in der Regel nicht oder nur in sehr eingeschränktem Maße vorhanden. Soziale Beziehungen sind durch Dissozialität, Vertrauensbrüche und Traumatisierungen gekennzeichnet. Der Konsum illegaler Drogen führt bei durchschnittlich 1% bis 3% der Drogenabhängigen zum Tod und ca. 50% der Drogenabhängigen sind zum Zeitpunkt eines Ausstiegswunsches so schwer erkrankt, dass sie weder durch Abstinenz noch durch Substitutionsbehandlung jemals wieder ins Berufsleben integriert werden können (Gölz, 1995). Besonders Heroinkonsumenten erleben eine sehr starke Ausgrenzung und finden sich aufgrund dessen in der Szene zusammen, die geprägt ist durch soziale Isolation, kriminelle Handlungen, Beschaffungsdruck und soziale Deklassierung (Bergmann, 1995).

2.2.1 Diagnostik und Klassifikation

Klassifikationen sind dazu dienlich, psychopathologische Erscheinungen sinnvoll voneinander abzugrenzen, sich zu orientieren, zu verständigen, therapeutische Konzepte abzuleiten und prognostische Einschätzungen vorzunehmen. Aus gesundheitspolitischer Perspektive sind Klassifikationen von großer Bedeutung, weil sich aus Prävalenz und Verteilung bestimmter Erkrankungen auch Aussagen treffen lassen zu Prävention, Behandlung und Nachsorge. Auf der Basis der international und wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssysteme ICD 10 (International Classification of Diseases; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) und DSM-IV-TR (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Textrevision; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) können Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen nach Substanzarten gestellt werden. In Tabelle 4 werden nur die für vorliegende Arbeit relevanten Diagnosen und zugehörige Diagnoseschlüssel aus dem Spektrum der Abhängigkeiten bzw. des Missbrauchs von illegalen Substanzen anhand der ICD 10 vorgestellt.

Tabelle 4: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD 10 (nur illegale Substanzen)

ICD 10-Diagnoseschlüssel	Diagnose
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch Stimulanzien
F16	Störungen durch Halluzinogene
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Während Patienten, die sich wegen psychischer oder somatischer Störungen in Behandlung begeben, im Allgemeinen ein großes Interesse daran haben, an ihrer Heilung mitzuarbeiten und sich daher auch am Diagnostikprozess aktiv beteiligen, liegt eine kooperative Haltung in der Regel bei Patienten mit Substanzstörungen eher nicht bzw. nur eingeschränkt vor (Bühringer, 2006). Daher kommt der Diagnostik von Substanzstörungen eine große Bedeutung zu, da die Schwere der Störung von Seiten der Betroffenen häufig erheblich bagatellisiert wird und die Patienten sich nicht freiwillig in Therapie begeben wollen (Müller, 2001). Zur Diagnosestellung sollten aufgrund der Bagatellisierungsneigung unterschiedliche Quellen herangezogen werden: klinische Interviews, Selbstbeurteilungsinstrumente,

Beobachtung der Symptomatik und des Verhaltens, Befragung von Angehörigen, medizinisch-körperliche Untersuchungen und chemisch-toxikologische Analysen (z. B. Urinproben für illegale Drogen und Medikamente, Blutalkoholkonzentration, Atemluftanalyse für Alkohol und Nikotin, Haaranalysen, Leberparameter; Küfner, Metzner & Bühringer, 2006).

In dem Diagnosesystem DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) werden die im Folgenden aufgeführten Kriterien zur Diagnose *Substanzabhängigkeit* aufgelistet:

Mindestens drei der folgenden Symptome, die in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen, treten in demselben 12-Monatszeitraum auf:

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
   a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder gewünschten Effekt herbeizuführen;
   b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
2. Entzugssymptome, die sich folgendermaßen äußern:
   a) charakteristisches Entzugssymptom der jeweiligen Substanz;
   b) dieselbe oder eine ähnliche Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Es liegt der anhaltende Wunsch oder erfolglose Versuche vor, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Es wird viel Zeit darauf verwendet, die Substanz zu beschaffen, sie zu konsumieren oder sich von ihren Auswirkungen zu erholen.
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Der Konsum wird fortgesetzt trotz Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender sozialer, körperlicher oder psychischer Probleme, die durch den Substanzkonsum verursacht oder verstärkt wurden.

Im Rahmen der DSM-IV-Diagnostik von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen wird zum einen unterschieden zwischen den Störungsbildern *Missbrauch* und *Abhängigkeit* von psychotropen Substanzen und zum anderen zwischen den substanzinduzierten Störungen *Intoxikation*, *Entzug* und *Delir*. Für die folgenden Ausführungen ist das oben bereits dargestellte Störungsbild der Abhängigkeit relevant. Im Folgenden werden zusätzlich die Kriterien für das Störungsbild *Substanzmissbrauch* nach DSM-IV-TR aufgeführt:

Mindestens eines der folgenden Symptome (das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt) tritt über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten auf:

1. Wiederholter Substanzkonsum führt zu einem Versagen bei wichtigen Aufgaben in der Arbeit, Schule oder zu Hause (z. B. Absenz oder schlechte Arbeitsleistung; Schule schwänzen; Vernachlässigung von Kindern oder Haushalt).
2. Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen dies zu körperlicher Gefährdung führen kann (z. B. Auto fahren oder Maschinen bedienen).
3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit der Substanz (z. B. Festnahmen).
4. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt wurden (z. B. Streit mit Partner über Folgen einer Intoxikation; tätliche Auseinandersetzungen).

Die Klassifikation der Substanzabhängigkeit erfolgt in DSM-IV und ICD 10 sehr ähnlich und basiert weitgehend auf dem Konzept von Abhängigkeit nach Edwards und Gross (1976), die folgende Charakteristika als suchttypisch einstufen:

- ein auf den Substanzgebrauch eingeengtes Verhaltensmuster,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns und der Beendigung,
- eine Art Zwang, die Droge zu konsumieren,
- die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Rauschmittels,
- anhaltender Konsum, der trotz schädlicher Folgen nicht beendet wird.

2.2.2 Ätiologie

Es gibt unterschiedliche Modellvorstellungen zur Ätiopathogenese der Substanzabhängigkeit. So lassen sich beispielsweise strukturelle, funktionale und Verlaufs-Modelle unterscheiden.

Strukturelle Aspekte

Strukturelle Modelle führen im Allgemeinen Risiko- und Schutzfaktoren und die beteiligten Systeme auf (klassischerweise im Rahmen des Dreiecksmodells Droge – Person – Umwelt; Küfner et al., 2006; Abbildung 2) und eignen sich dafür, einen Überblick über Entstehungsfaktoren, einzelne Variablen oder beteiligte Systeme zu erhalten.

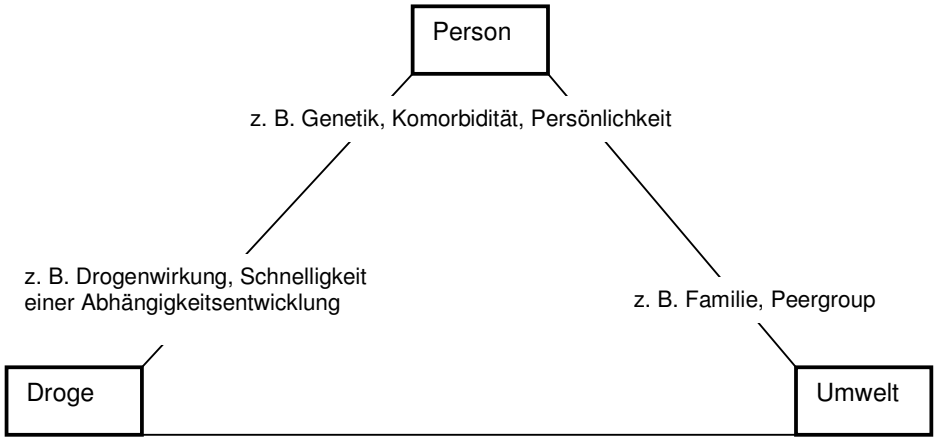

Abbildung 2: Dreiecksmodell (nach Küfner et al., 2006)

Die Substanzabhängigkeit wird im Rahmen dieser Modellannahme als multifaktorielles Geschehen konzeptionalisiert. Die im Folgenden aufgeführten Schutz- und Risikofaktoren werden diskutiert (Küfner, Duwe, Schumann & Bühringer, 2000).

Schutzfaktoren: 1. eine angemessene Kontrollüberzeugung, 2. eine förderliche Selbstwirksamkeitserwartung, 3. eine Risikowahrnehmung bezüglich des Drogenkonsums, 4. Stressbewältigungsfähigkeiten und Widerstandsfähigkeit, 5. Optimismus, 6. Kommunikationsfertigkeiten, 7. Verhaltenskompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen und 8. soziale Unterstützung.

Risikofaktoren: 1. eine ungünstige Disposition (genetische Faktoren), 2. elterlicher oder familiärer Drogenmissbrauch, 3. Erziehungsstil (z. B. unsichere Bindung zur Bezugsperson), 4. frühe psychische Störungen (z. B. ADHS), 5. frühes deviantes und delinquentes Verhalten, 6. Einfluss der Peer-Gruppe, 7. Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen und 8. Substanz- und Einnahmecharakteristika.

Funktionale Aspekte

Der Grundgedanke hinter der funktionalen Perspektive besteht darin, dass der Konsum einer psychotropen Substanz auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden kann und in

unterschiedlichen zeitlichen Kontingenzen mit positiven und negativen Konsequenzen (Rückkopplungen) verbunden ist, welche zu einer entsprechenden automatisierten Steuerung und Kontrolle des Substanzkonsums führen (Küfner, 2000). Die Steuerung kann im Bereich des Belohnungssystems im Sinne einer besonders positiven Drogenwirkung oder im Kontrollsystem (präfrontaler Kortex) im Sinne ausbleibender negativer Drogenwirkungen gestört sein (Abbildung 3). Das Feld zu den biologischen, das Transmittersystem und den Hirnstoffwechsel betreffenden Faktoren, die bei der Entstehung einer Substanzabhängigkeit beteiligt sind, ist bereits gut beforscht und das Wissen darüber wächst stetig (Tretter, 2001). Die ventrale tegmentale Area (VTA), der Nucleus accumbens und der präfrontale Cortex bilden gemeinsam das Belohnungssystem, welches durch die psychotropen Substanzen aktiviert und hauptsächlich durch die Transmitter Dopamin, Endorphin, Noradrenalin, Glutamat und GABA beeinflusst wird (Routtenberg, 1988).

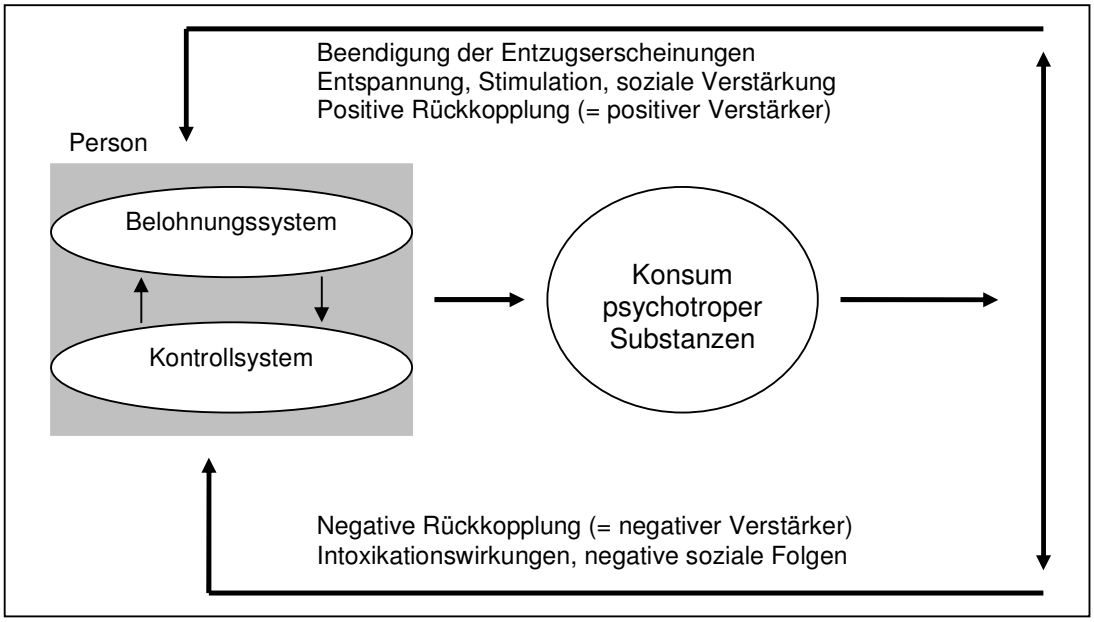

Abbildung 3: Funktionales Rückkopplungsmodell (nach Küfner, 2000)

Verlaufsaspekte

Bedingungsfaktoren zum Verlauf sind vor allem prognostisch von hoher Bedeutung. Unterschieden wird zwischen einer Phase des Erstkonsums, einer Gewöhnungsphase und einer Abhängigkeits- und Aufrechterhaltungsphase. Dawes et al. (2000) integrieren in ihrer

Theorie Reifungsfaktoren (z. B. emotionale Regulationsstörungen während der Pubertät), psychosoziale Auffälligkeiten und neuroadaptive Prozesse im Zusammenhang mit dem präfrontalen Kortex und der Amygdala, um den Übergang von Substanzkonsum zu Substanzmissbrauch zu erklären.

Der regelmäßige und intensive Konsum während der Einstiegsphase führt seinerseits – in Abhängigkeit von der individuellen neurobiologischen und psychischen Disposition – zu neurobiologischen, psychischen und sozialen Folgen, welche langfristig gesehen eine defizitäre Entwicklung von sozialen Kompetenzen und Problemlösefertigkeiten begünstigen (Schumann, Augustin, Duwe & Küfner, 2000). Diese Defizite wiederum rufen die Droge als Problemlöser auf den Plan, welche mit allen Aufgabenlösungen positiv assoziiert ist. Es etablieren sich drei Teufelskreise, die zum einen die Aufrechterhaltung des Drogenmissbrauchs, zum anderen die Entwicklung der Abhängigkeit, erklären (Bühringer & Küfner, 1996):

1. *Teufelskreis der körperlichen Ebene*: Entzugserscheinungen werden durch erneuten Drogenkonsum abgebaut.
2. *Teufelskreis der intrapsychischen Ebene*: Die überwiegend positiv erlebte Drogenwirkung in Belastungssituationen verstärkt den Einsatz der Droge als Problemlöser.
3. *Teufelskreis der sozialen Ebene*: Das Verhalten unter Drogeneinfluss führt zu zunehmenden Problemen mit anderen Menschen oder Behörden. Die Probleme werden wiederum nur unter dem Einfluss von Drogen ertragen.

2.2.3 Epidemiologie

> Drogenkonsum und besonders drogenbezogene Störungen sind in epidemiologischen Studien schwer zu erfassen: Dies liegt teilweise an der Illegalität des Verhaltens, an der Nichterreichbarkeit von Personen mit schweren Störungsausprägungen und an den hohen Kosten aufgrund der zumeist kleinen Prävalenzzahlen. (Küfner et al., 2006, S. 615)

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen und Störungsbilder wie Missbrauch und Abhängigkeit werden zum einen anhand repräsentativer Stichproben ermittelt, zum anderen dienen jedoch auch direkte (z. B. HIV-Infektionen als Folge intravenösen Heroinkonsums

oder Behandlungen von Drogenabhängigkeit) oder indirekte (z. B. Anzahl Drogentoter, Beschlagnahmungen oder BtMG-Verfahren) Beobachtungen als Indikatoren für das Ausmaß des Drogenkonsums in einem Land. In Europa lässt sich seit Mitte der 80er Jahre eine Zunahme der Erfahrung mit illegalen Drogen beobachten (Kraus, 2001). In Deutschland sind schätzungsweise 175.000 Personen abhängig von illegalen Substanzen (ohne Cannabis). Von diesen begeben sich wiederum 75.000 in Behandlung. Jährlich sterben ungefähr 1.500 Personen an ihrem illegalen Drogenkonsum. Die geschätzten jährlichen Folgekosten aufgrund des illegalen Drogenkonsums belaufen sich auf 6,7 Milliarden Euro (Bühringer, 2006). Hinsichtlich der Substanz Cannabis wird von 380.000 Störungsfällen ausgegangen, von denen sich wiederum 14.300 in Behandlung befinden. Todesfälle sind keine bekannt, genauso wenig wie es explizite Informationen über Folgekosten gibt.

2.2.4 Wirkungsprofile illegaler Drogen

Drogen sind psychoaktive Substanzen, die im Gehirn über Rezeptoren auf die Aktivität einzelner Nervenzellen einwirken. Die Wirkweise der Substanzen erklärt sich vor allem durch ihre chemische Struktur und die damit verbundene Affinität zu einzelnen Rezeptoren im Gehirn. Generell lassen sich grob drei akute Wirkungsprofil unterscheiden (Rockstroh, 2001):

1. *Psychostimulanzien*, die psychische Abläufe (z. B. das Denken) beschleunigen (z. B. Amphetamin, Kokain, Ecstasy). Die psychische Wirkung äußert sich in Überwachheit, Antriebssteigerung und erhöhter psychomotorischer Aktivität; aggressives Verhalten kann aktiviert werden. Körperlich können sich eine Erhöhung des Blutdrucks, Herzrasen, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer, Schwindel und Erbrechen zeigen.
2. *Psychosedativa*, die psychische Abläufe verlangsamen und Affekte in ihrer Intensität mindern (z. B. Barbiturate, Morphin). Auf psychischer Ebene sind Symptome wie Benommenheit, Euphorie oder ein träumerischer Zustand beobachtbar. Körperlich können Psychosedativa analgetisch und Übelkeit und Erbrechen auslösend wirken; Atemdepressionen sind häufige Risikosituationen bei Überdosierungen.
3. *Psychodysleptika*, die kognitive Funktionen qualitativ verändern können (z. B. Halluzinogene, Cannabinoide). Auf das psychische System können Psychodysleptika sowohl euphorisierend als auch dysphorisierend wirken. Die Wahrnehmungen werden verzerrt und die Leistungsfähigkeit kann abnehmen. Körperlich können eine

Beschleunigung der Pulsfrequenz, Benommenheit, Übelkeit, Schwindel und gesteigerter Appetit beobachtet werden.

2.2.5 Komorbidität

Komorbidität umschreibt das Vorliegen mehrerer diagnostizierter Störungen gleichzeitig. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, welche der Störungen primär vorhanden war bzw. welches Symptom als Folgeerscheinung aus einem anderen Symptom zu interpretieren ist. Zu diesen Zusammenhängen gibt es unterschiedliche theoretische Hypothesen. Eine Hypothese geht davon aus, dass der Suchtmittelkonsum psychische Störungen begünstigt. In diesen Bereich fallen beispielsweise die drogeninduzierten Psychosen bzw. das Korsakow-Syndrom (Moggi, 2007). Befürworter des sogenannten *Trigger-Modells* argumentieren, dass der Substanzkonsum als unmittelbarer Auslöser der psychischen Störung bei vulnerablen Personen fungiert (Gouzoulis-Mayfrank, 2003). Eine andere Hypothese geht davon aus, dass die psychische Störung einen inadäquaten Umgang mit psychotropen Substanzen fördert (sogenannte *Drift-Hypothese*). Schwoon (2001, S. 510) führt exemplarisch folgenden Ablauf an:

> Als Folge einer psychischen Erkrankung wird eine Ausbildung nicht begonnen oder nicht abgeschlossen. Arbeitslosigkeit ist häufig, Isolation und Armut kommen hinzu. Die Kranken sind auf Unterstützung öffentlicher Einrichtungen angewiesen. Dadurch ergeben sich vermehrt Kontakte zu Randgruppen, in denen ein hoher Suchtmittelkonsum verbreitet ist und toleriert wird. Sie sind den Suchtmittelangeboten dadurch stärker ausgesetzt, während diese gleichzeitig einen großen Reiz auf sie ausüben und sie aufgrund der psychischen Störung über weniger Ressourcen zur Bewältigung von Craving, Kontrollverlust oder anderen Suchtmittelfolgen verfügen.

Neben diesem Ansatz ist der der Selbstmedikation weit verbreitet. Bei der Selbstmedikations-Hypothese wird davon ausgegangen, dass Suchtmittel eingesetzt werden, um Missempfindungen zu überdecken oder Angst zu dämpfen. Eine weitere Hypothese erklärt einen ursächlich dritten Faktor als verantwortlich für das gemeinsame Auftreten einer Substanz- und einer anderen psychischen Störung (sogenannte *gemeinsame Basis* aufgrund eines oder mehrerer gemeinsamer Faktoren; Lehmann, Myers & Corty, 1989). Es werden eine

direkte gemeinsame genetische Koinzidenz, eine indirekte genetische Kausalität oder auch Kindheitstraumata wie emotionaler, physischer oder sexueller Missbrauch diskutiert (De Bellis, 2002; Najavits, Weiss & Shaw, 1997).

Süchtige Verhaltensweisen treten häufig nebeneinander oder in Kombination mit anderen psychischen Störungen nicht aus dem Spektrum der Abhängigkeiten auf, wie beispielsweise Achse-II-Störungen des DSM-IV-TR (Umbricht-Schneiter, Santora & Moore, 1991; Küfner et al., 2006; Merikangas et al., 1998; Nace, Davis & Gaspari, 1991; Marsden, Gossop, Stewart, Rolfe & Farrell, 2000). Bei diesen Störungen ist mit besonders schwierigen Entwicklungen und Krankheitsverläufen zu rechnen (Schwoon, 2001). Patienten mit Komorbiditätsproblematik lassen sich seltener zu weiterführenden Therapien motivieren, brechen diese häufiger ab und erreichen katamnestisch weniger gute Ergebnisse (Altermann, McLellan & Shifman, 1993; Ross, Dermatis, Levounis & Galanter, 2003).

2.2.6 Therapie der Drogenabhängigkeit

In Deutschland hat sich ein differenziertes System der Suchthilfe entwickelt. Drogenabhängigen stehen vielfältige Behandlungsoptionen – angefangen von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen bis zu stationären Rehabilitationskliniken und Nachsorgeeinrichtungen – zur Verfügung. Unterschieden werden dabei abstinenzorientierte und schadensmindernde Ansätze (Küfner & Brückl, 2003). Der Zugang zum Hilfesystem gestaltet sich in der Regel über Suchtberatungsstellen und führt über eine Entzugsbehandlung in eine stationäre Therapieeinrichtung, deren Ziel die Aufrechterhaltung von Abstinenz ist (Hellwich, Bauer & Sonntag, 2007).

In der Postakutbehandlung substanzbezogener Störungen haben sich unter der Voraussetzung, dass die Therapeuten gut ausgebildet sind und Supervision in Anspruch nehmen, sowohl eklektische Vorgehensweisen als auch spezifische Therapieverfahren als effektiv erwiesen (Woody, 2003). Folgende psychotherapeutische Maßnahmen wurden als erfolgreich zur Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiate identifiziert (Havemann-Reinecke et al., 2004):

- individualisierte an *Veränderungsphasen* orientierte Therapie (Prochaska & DiClemente, 1992),

- individuell eingesetzte Verhaltensanalyse und kognitive Interventionen wie *verdeckte Kontrolle, Gedankenstopp und kognitive Umstrukturierung* (Bühringer et al., 1978; Bühringer & de Jong, 1980),
- *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 2002),
- *psychoanalytische interaktionelle Methode* (Heigl-Evers & Ott, 1997),
- *kognitive Therapie nach Beck et al.* (1993).

Im Folgenden wird näher auf das Kriterium der Bewertung des Therapieerfolgs eingegangen. Ein Hauptzielkriterium des Wirksamkeitsnachweises einer Drogentherapie ist die Abstinenz, welche die Voraussetzung für die planmäßige Beendigung der Therapie darstellt (Sonntag & Künzel, 2000). Auch wenn die Abstinenz gegebenenfalls im Rahmen der Therapie verletzt und anschließend der Rückfall entsprechend aufgearbeitet wurde, gilt die Therapie als planmäßig beendet. Laut Schmelzer (2003) wäre es sinnvoll und wünschenswert, *den* Rückfall nach folgenden Kategorien näher zu differenzieren: slip (Ausrutscher), lapse (Lapsus), relapse (Rückschritt) und full blown relapse (ausgewachsener Rückfall).

Bei stationär behandelten Drogenabhängigen liegt die Quote unplanmäßiger Therapiebeendigungen zwischen 50% und 80% (De Jong & Henrich, 1978; Herbst & Hanel, 1989; Kunz & Kampe, 1985; Bühringer, Gossop, Türk, Winigaratne & Kaplan, 1999). Die Patienten, die die Therapie unplanmäßig beenden, haben eine ungünstigere Prognose als die planmäßig entlassenen. Unplanmäßige Therapiebeender werden häufiger und schneller rückfällig und beginnen häufiger eine neue Entwöhnungsbehandlung (Lindenmeyer, 2007; Otiashvili et al., 2005). Gossop, Green, Phillips und Bradley (1989) wiesen nach, dass nach dem regulären Abschluss einer stationären Entzugs- und Entwöhnungstherapie 51% der opiatabhängigen Patienten nach einem sechsmonatigen Katamnese-Intervall abstinent von Opiaten waren. Von den rückfälligen Patienten wurden die meisten (71%) innerhalb von 6 Wochen nach Entlassung aus der Einrichtung rückfällig.

Die *Deutsche Rentenversicherung Bund* bezeichnet einen Therapieabschluss als *regulär*, wenn der Bewilligungsrahmen ausgeschöpft wurde oder das Therapieziel bereits vor Beendigung des Bewilligungszeitrahmens erreicht wurde. Als unplanmäßige Beendigung werden die folgenden Abschlussmodi geführt: *vorzeitige Entlassung auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis* und *disziplinarisch* (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2001). Für die vorliegende Arbeit wird Bezug auf diese Definitionen genommen und zwischen

planmäßigen und unplanmäßigen Therapieabschlüssen unterschieden (binär operationalisiertes Kriterium).

2.2.7 Bindungsstil und Drogenabhängigkeit

> Was Suchtmittel also aus bindungstheoretischer Sicht so gefährlich macht, ist ihre Potenz zur Affektregulation einerseits und zur Beziehungsvermeidung andererseits. Mit unsicherer Bindung gehen sowohl negative Beziehungserfahrungen als auch negative Affekte einher, die aus eben diesen Beziehungserfahrungen stammen. Suchtmittel stellen daher aus dieser Perspektive ein perfektes Bindungssurrogat dar. (Schindler, 2005, S. 98)

Für Störungen aus dem Spektrum der Suchterkrankungen nehmen Dozier et al. (1999) an, dass die Patienten zu über 80% einen unsicheren Bindungsstil aufweisen und außerdem bei über 70% eine unverarbeitete traumatische Erfahrung vorliegt. Schindler (2005) argumentiert, dass unsichere Bindungsstile mit der Erfahrung von Zurückweisung und Angst vor erneuter Zurückweisung zusammenhängen. Wenn niemals konstruktivere Bewältigungsstrategien erlernt wurden, bietet sich die Einnahme von Suchtstoffen als Copingstrategie zur Emotionsregulation an. Anfangs können psychotrope Substanzen sowohl der Affektregulation als auch der Kontakterleichterung in sozialen Situationen dienen, aber mit zunehmender Schwere der Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsproblematik oder in akuten Intoxikationszuständen sind Menschen nicht mehr beziehungsfähig. Unter dem Einfluss von Suchtmitteln fällt es leicht, sich von unangenehmen Beziehungen zu distanzieren und Auseinandersetzungen zu vermeiden. Möglicherweise positiv verlaufende Bindungserfahrungen können auf diese Weise jedoch auch nicht mehr gemacht werden. Sobald die Droge wichtiger geworden ist als jede zwischenmenschliche Beziehung, verhindert die Abhängigkeit konstruktive Veränderungen unsicherer Bindungsstile und verfestigt die Bindungsunsicherheit. Laut Schindler (2005) eröffnen Suchtmittel dem Abhängigen somit sowohl die Möglichkeit der Emotionsregulation als auch der Beziehungsvermeidung. Menschen mit unsicherer Bindung sind angesichts von stressreichen Ereignissen aufgrund ihrer verminderten Emotionsregulationsfähigkeit schlechter ausgestattet als Menschen mit sicherer Bindungsrepräsentation. Wenn die Fähigkeit zur internalen Emotionsregulation nicht vorhanden ist, müssen externale Regulationsstrategien (z. B.

Drogenkonsum) angewendet werden (Golder, Gillmore, Spieker & Morrisson, 2005). Ein sicherer Bindungsstil stellt daher eine starke psychologische Ressource dar (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005).

Eine neurophysiologische Erklärung für den Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und verminderter Bindungsfähigkeit liefert Panksepp (1986). Er kommt bei seinen physiologischen Forschungsarbeiten zu dem Schluss, dass durch Körperkontakt das Hirnopiat Endorphin stimuliert wird, welches für den Bindungsprozess enorm wichtig ist. Bei Opiatabhängigen ist laut Panksepp dieser normale Prozess durch die Zufuhr der Fremdopiate gestört. Dies könnte die Erklärung sein, warum es so schwer ist, Opiatabhängige zu resozialisieren: Bei ihnen können eventuell die Glücksgefühle, die normalerweise durch soziale Belohner (z. B. Kontakt, Gemeinschaft, Beschützt-Werden) ausgelöst werden, nicht mehr wirken.

Es liegen einige eher kleinere Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen Bindungsstil und Drogenabhängigkeit vor, die im Folgenden vorgestellt werden sollen. Allen, Hauser & Borman-Spurell (1996) fanden an einer Stichprobe von 66 stationär psychiatrisch behandelten Jugendlichen Zusammenhänge zwischen dem Konsum harter Drogen und Aspekten des *vermeidenden* Bindungsstiles. Rosenstein und Horowitz (1996) wiesen bei Personen mit Substanzstörungen ebenfalls häufig den *vermeidenden* Bindungsstil nach. Dieser Stil ist laut der Autoren ebenfalls assoziiert mit narzisstischen oder antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Schindler (2005) untersuchte den Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und Bindungsstil an einer Gruppe von 71 Jugendlichen zwischen 14 und 25 Jahren. Er fand in dieser Stichprobe mehrheitlich einen *ängstlich-vermeidenden* Bindungsstil vor. Johann, Laufkötter, Lange & Wodarz (2004) wiesen an einer Stichprobe von 368 Alkoholabhängigen signifikant häufiger unsichere Bindungsstile verglichen mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe nach. Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis & Troutman (2005) konnten zeigen, dass in einer Population von 102 adoptierten Personen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Ge- bzw. Missbrauchs illegaler Substanzen in Abhängigkeit vom Bindungsstil auftreten. Nur 21% der *sicher* gebundenen, aber 39% der als *vermeidend* und 54% der als *präokkupiert* klassifizierten Personen gebrauchten in ihrem Leben schon einmal über einen gewissen Zeitraum illegale Drogen. Caspers et al. werten dieses Ergebnis als einen Hinweis auf die weniger gut ausgeprägten Fähigkeiten zur Emotionsregulation bei unsicher gebundenen Personen und einem dadurch erhöhten Risiko für die Entwicklung psychiatrischer Auffälligkeiten.

2.2.8 Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei Sucht-Patienten

> Regardless of whether attachment difficulties are a cause or consequence of substance abuse, the therapeutic relationship serves as one of the best tools to help the patient develop or re-establish more healthy attachment relationships. Through the emotional bond to the caregiving functions of the therapist, security can be established, which is necessary for improved social and emotional functioning and thus long-term sobriety. (Ball & Legow, 1996, p. 535)

Gemäß Strupp (1998) ist die Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung bei Patienten, welche sich durch allgemeine Persönlichkeitsprobleme oder -störungen wie ausgeprägte Feindseligkeit, durchgehendes Misstrauen, Negativismus oder antisoziale Tendenzen auszeichnen, schwierig und herausfordernd. Diese Achse-II-Störungen kommen bei Drogenabhängigen gehäuft vor (Johann, Lange & Wodarz, 2007; Verheul & van den Brink, 2005; De Jong, van den Brink, Harteveld & van der Wielen, 1993). Da Sucht-Patienten nicht nur wegen der großen Herausforderung, sie in Behandlung zu halten, ein besonders schwierig zu behandelndes Patientenkollektiv darstellen, ist eine tragfähige therapeutische Beziehung ausgesprochen wichtig (Swett & Noones, 1989; MacNair & Corazzini, 1994; Liese & Beck, 1997; Meier et al., 2005). Vollmer und Krauth (2001) konstatieren, dass Drogenabhängige oftmals seit frühester Kindheit instabile, unberechenbare Beziehungen erlebt haben und für sie die Erfahrung einer stabilen und krisensicheren therapeutischen Beziehung sehr bedeutsam und wichtig für den Veränderungsprozess sein kann.

Die vom Patienten eingeschätzte Qualität der therapeutischen Beziehung scheint im Allgemeinen einen besseren Prädiktor für das Therapieergebnis darzustellen als die vom Therapeuten eingeschätzte (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001). Zwei Ausnahmen sind jedoch aus dem Suchtforschungsbereich bekannt: In der *Project MATCH Study* (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity; Barbor & Del Boca, 2003) sind die Einschätzungen bezüglich der Qualität der therapeutischen Beziehung der Therapeuten der der Patienten hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes zur Therapiebeendigung überlegen. Eine Studie des *National Institute on Drug Abuse*, in der die Qualität der therapeutischen Beziehung nur aus der Perspektive des Patienten erfasst wurde, ergibt keinen signifikanten Zusammenhang zum Therapieergebnis (Fenton et al., 2001).

Laut Beck et al. (1993, S. 59) gibt es verschiedene Faktoren, die den Aufbau einer guten Beziehung zwischen Therapeut und Sucht-Patient erschweren:

1. Sucht-Patienten kommen meistens nicht freiwillig, sondern häufig aufgrund einer gerichtlichen Auflage oder auf Drängen von Familie/Arbeitgeber zu einer Therapie.
2. Sie haben oft dysfunktionale Vorannahmen bezüglich einer Therapie.
3. Sie sind meist zu Beginn einer Therapie verschlossen und eher unehrlich.
4. Sie sind häufig in kriminelle Aktivitäten verwickelt und befinden sich daher in einem Vertrauenskonflikt.
5. Sie sehen ihren Therapeuten oft als Teil des Systems und somit als ihren Gegner statt als Verbündeten.
6. Ihnen fällt es schwer zu glauben, dass ihr Therapeut sich tatsächlich für ihre Probleme interessiert.
7. Sie begegnen ihrem Therapeuten, der sich in persönlichem Hintergrund und Weltanschauung häufig von ihnen unterscheidet, meist mit Misstrauen.
8. Therapeuten haben meist negative Vorannahmen gegenüber Sucht-Patienten.

Die ersten Interaktionen zwischen Patient und Therapeut sind ausschlaggebend für den Aufbau einer guten Beziehung. Selbst wenn Sucht-Patienten aus eigenem Antrieb zu einer Behandlung kommen, haben sie meist stark ambivalente Einstellungen gegenüber der Therapie, dem Therapeuten und dem Abstinenzgedanken per se. Therapeuten sollten dem Sucht-Patienten möglichst akzeptanzorientiert begegnen, um nicht durch wertende Aussagen eine Atmosphäre der Geringschätzung oder Moralisierung herzustellen. Vertrauen kann gemäß Beck et al. (1993) nicht erzwungen oder künstlich hergestellt werden, sondern nur durch das professionelle Verhalten des Therapeuten kontinuierlich hergestellt werden. Beck et al. (1993) formulieren sechs Grundregeln, wie sich eine therapeutische Vertrauensbeziehung zu Sucht-Patienten aufbauen lässt:

1. Therapiesitzungen in regelmäßigen Abständen ermöglichen.
2. Pünktlich zur Sitzung erscheinen, auch wenn der Patient unpünktlich ist.
3. Auf Telefonanrufe des Patienten umgehend reagieren.
4. In Notfällen erreichbar sein (Telefonnummer für Kriseninterventionen angeben).
5. Persönliches Engagement zeigen und versuchen, den Patienten zu erreichen, wenn er zur Sitzung nicht erschienen ist.

6. Mit dem Patienten in Kontakt bleiben, auch wenn die ambulante Therapie durch stationäre Aufenthalte (z. B. Entzug, Entwöhnung) unterbrochen wurde.

Newman (1997) stellt folgende Regeln zusammen, die er speziell für die therapeutische Arbeit mit Sucht-Patienten im Rahmen des kognitiven Therapieansatzes entwickelte:

1. Eine direkte, einfache und ehrliche Sprache verwenden, um in Kontakt mit dem Patienten zu kommen.
2. Den Patienten ermutigen, über seine Gefühle und Gedanken zum Thema Therapie zu berichten.
3. Den Patienten als Mensch wahrnehmen und nicht nur als Substanzabhängigen (d. h. auch Komorbiditäten wahrnehmen und behandeln).
4. Die Ambivalenz des Patienten bezüglich der Therapie anerkennen.
5. Ziele der Therapie herausstellen (langfristiges Ziel der Therapie ist, dass der Patient seine Selbstwirksamkeitserwartung stärkt und eigenverantwortlich mit seinen Problemen umgehen kann).
6. Auf die therapeutische Schweigepflicht und deren Grenzen hinweisen.
7. Abwertende Bemerkungen gegenüber dem Patienten vermeiden.
8. An die Stärken des Patienten appellieren, um sein Selbstwertgefühl zu stärken.
9. Anerkennen, dass es schwierig ist, eine Therapie zu machen.
10. Offene Fragen stellen und ein guter Zuhörer sein.

Trotz dieser stark kooperativen Arbeitshaltung gegenüber dem Patienten sollte der Therapeut laut Newman in der Lage sein, klare Grenzen zu ziehen, sodass der Patient das Engagement des Therapeuten nicht ausnutzen kann. So sollte eine Therapiestunde dann nicht abgehalten werden, wenn der Patient intoxikiert erscheint.

Ball und Legow (1996) leiten aus den Annahmen der Bindungstheorie folgende Empfehlung für die Behandlung von Substanzabhängigen ab: In der frühen Therapiephase sollte der Therapeut einen direktiv-unterstützenden Ansatz wählen und im späteren Verlauf der Therapie eine forschend-expressive Haltung einnehmen. Dieses Vorgehen lässt sich laut der Autoren aus den zentralen Funktionen der Bindungsperson begründen: erstens eine sichere Basis schaffen, von der aus zweitens die Exploration der Welt erleichtert werden kann. Balls und Legows Annahme ist, dass eine anfänglich direktive, edukative und unterstützende Haltung des Therapeuten es dem Sucht-Patienten erleichtert, sein Abstinenzziel zu erreichen. Die Konsequenz dieses Erfolges ist, dass der Therapeut vom Patienten als Bindungsperson

und sichere Basis angesehen wird, von der aus der Patient seine innere und äußere Welt während der Therapie explorieren kann. Unterbrechungen des therapeutischen Prozesses (z. B. aufgrund eines Urlaubs des Therapeuten) sollten vom Therapeuten frühzeitig antizipiert und in der Therapie exploriert und diskutiert werden, da die Reaktionen darauf durch die Bindungsgeschichte und das aktuelle Bindungserleben nachvollziehbar werden. Ball und Legow merken an, dass vorzeitige Therapiebeendigungen ebenfalls durch eine inadäquate Behandlung der Bindungserfahrungen des Patienten ausgelöst werden können.

Siqueland et al. (2004) untersuchten 487 Kokain-Patienten, die im Rahmen einer Multizenter-Studie mit vier Behandlungsbedingungen (kognitive Therapie, psychodynamische Therapie, individuelle Drogenberatung oder Drogenberatung in einer Gruppe) Bewertungen zur therapeutischen Beziehung abgaben. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Bewertung aufgrund der Behandlungsart. Barber et al. (2001) wiesen an Kokain-Patienten keinen Zusammenhang zwischen der Güte der therapeutischen Beziehung und dem Ergebnis ambulanter Psychotherapie nach. Petry und Bickel (1999) beforschten Einflüsse der Qualität der therapeutischen Beziehung und des psychiatrischen Störungsschweregrades auf die Therapiebeendigung bei Opiatabhängigen. Die Autoren stellten fest, dass die Therapiebeender sich durch einen mittleren bis leichten Schweregrad kennzeichnen lassen und der Einfluss der therapeutischen Beziehung in diesem Fall zu vernachlässigen ist. Therapieabbrecher sind durch ein schwereres Störungsbild charakterisiert. Bei dieser Gruppe wirkt sich darüber hinaus die Qualität der therapeutischen Beziehung signifikant auf die Art der Therapiebeendigung aus: Eine gute therapeutische Beziehung führt bei Patienten mit einem schweren Störungsbild zu einer dreifach erhöhten regulären Therapiebeendigung gegenüber Patienten, die von einer weniger guten therapeutischen Beziehung berichten.

2.3 Selbstwirksamkeitserwartung

> Das grundlegendste Bedürfnis des Menschen ist ... das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle. .... Der Mensch hat ein Bedürfnis zu verstehen und Kontrolle zu haben. Je nach den Lebenserfahrungen, die das Individuum bezüglich dieses Bedürfnisses (vor allem in seiner frühen Kindheit) macht, entwickelt es eine Grundüberzeugung darüber, inwieweit das Leben einen Sinn macht, ob Voraussehbarkeit und Kontrollmöglichkeit besteht, ob es sich lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren. .... Positive Kontrollerfahrungen, also die Erfahrung, dass man mit dem eigenen Verhalten erfolgreich Wirkungen im Sinne bestimmter Ziele herbeiführen konnte, führen ... zu positiven Selbstwirksamkeitserwartungen im Sinne von Bandura (1977). (Grawe, 1998, S. 385)

Selbstwirksamkeit bezeichnet „die Überzeugung einer Person, in der Lage zu sein, ein bestimmtes Verhalten mit Hilfe eigener Ressourcen organisieren und ausführen zu können, insbesondere in Situationen, die neue, unvorhersehbare, schwierige oder stressreiche Elemente enthalten“ (Fuchs, 1997, S. 191). Es geht also nicht um die tatsächliche Handlungskompetenz, sondern allein um den Glauben an die eigene Fähigkeit, wenn man etwas tun will, es auch tun zu können. Personen, deren Selbstwirksamkeit hoch ausgeprägt ist, haben die generalisierte Erwartung, gezielt Einfluss auf ihr Schicksal und die Dinge, die in ihrem Leben passieren, nehmen zu können. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung kann als Zusammenschluss spezifischer Selbstwirksamkeitserwartungen in verschiedenen Bereichen aufgefasst werden (Bandura, 1997). Eine gut ausgeprägte allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung kann einen protektiven Faktor darstellen: „Die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist im Sinne einer stabilen personalen Coping-Ressource zu verstehen“ (Schwarzer, 1993, S. 189). Angesichts schwieriger Handlungsanforderungen müssen die subjektiven Kompetenzen, die von den Kognitionen über die eigenen Fähigkeiten abhängen, abgewogen werden, bevor man sich für eine Bewältigungsstrategie entscheidet. Diese selbstwirksamkeitsbezogenen Kognitionen können mehr oder weniger realistisch sein. Die Überzeugungen beeinflussen zum einen die Handlungsstrategieauswahl, zum anderen die Anstrengung und die Ausdauer, die beim Auftreten von Schwierigkeiten an den Tag gelegt werden (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Es lassen sich vier Quellen identifizieren, die Informationen über die eigene Selbstwirksamkeitserwartung geben (Bandura, 1997):

1. *Physiologische Erregung:* Wenn in einer stressreichen Anforderungssituation das Herz bis zum Hals klopft und die Hände schwitzen, kann dies einen Hinweis darauf geben, dass die eigenen Bewältigungsstrategien zu schwach sind, um die Aufgabe zu meistern.
2. *Feedback:* Verbale Rückmeldungen dienen dem Auf- oder Abbau von förderlichen Selbstwirksamkeitserwartungen, z. B. „Du kannst es bestimmt schaffen!“
3. *Beobachten von Modellen:* Im Sinne einer stellvertretenden Erfahrung kann das Individuum aus dem Beobachten eines Modells beim Ausführen einer schwierigen Handlung Rückschlüsse auf die eigene Kompetenz ziehen.
4. *Direkte Erfahrung:* Das Individuum erlebt sich selbst als handelnde Person, was für den Aufbau von hohen Selbstwirksamkeitserwartungen von großer Wichtigkeit ist.

2.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung, Bindungsstil und Drogenabhängigkeit

Orlinsky und Howard (1986b) beschreiben den Aufbau angemessener Selbstwirksamkeitserwartungen als ein globales und langfristiges Therapieziel. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beruht auf der theoretischen Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive, sondern auch deduktive Prozesse statt. In der Drogentherapie spielen sowohl die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung als auch die abstinenzspezifische eine Rolle. Vor dem Hintergrund der Rückfallprävention ist die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung bei Drogenabhängigen von großer Bedeutung: Die theoretische Annahme ist, dass Drogenabhängige mit einer ausgeprägten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung angesichts stressreicher Situationen weniger gefährdet sind, zur Droge zu greifen (Marlatt & Gordon, 1985). Empirisch ist dieser Zusammenhang gut belegt (z. B. Stephans, Wertz & Roffmann, 1993; Demmel, 2001; Rist & Watzl, 1983; Annis & Davis, 1986; Sperry & Nicki, 1991), auch wenn die Studie von Powell et al. (1993), welche nachwies, dass Opiatabhängige mit einer niedrigeren Selbstwirksamkeitserwartung zu Studienbeginn nach sechs Monaten weniger häufig Opiate gebrauchten, eine Ausnahme zu dieser Regel darstellt.

Ebenfalls empirisch nachgewiesen sind die Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und einer Reduktion der Drogenkonsummenge und der Selbstwirksamkeitserwartung und einer erfolgreichen Therapiebeendigung (Carver &

Dunham, 1991; Simpson & Joe, 1993). Meier et al. (2005) fanden in einer groß angelegten Studie mit 187 drogenabhängigen Patienten in stationärer Postakutbehandlung, dass höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen eine bessere therapeutische Allianz vorhersagen.

Der Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Selbstwirksamkeitserwartung lässt sich theoretisch wie folgt begründen: Ein unsicherer Bindungsstil impliziert ein negatives *Bild vom Selbst* bzw. *vom Anderen*, welches durch die regelmäßige Zurückweisung der Bitte nach sozialer Unterstützung zustande gekommen ist (Bowlby, 1975). Die zurückgewiesene Person erlebt sich daraufhin als wenig (selbst-)wirksam, gegenüber anderen eigene Bedürfnisse einzufordern bzw. eigene Interessen durchzusetzen. Diese Erfahrungen halten die Bindungsunsicherheit und die damit einhergehende verminderte Fähigkeit zur Inanspruchnahme sozialer Unterstützung bzw. therapeutischer Maßnahmen aufrecht. Einer Person mit sicherer Bindung fällt es leichter, aktiv Bindungen einzugehen und auf diesem Wege soziale Unterstützung oder therapeutische Hilfe zu erlangen. Im Rahmen einer Pilotstudie an 70 chronisch mehrfach beeinträchtigten Opiatabhängigen wurde ein tendenzieller Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsstil und gering ausgeprägter Selbstwirksamkeitserwartung nachgewiesen (Hellwich, Sonn, Küfner & Vollmer, 2006). Grossmann und Grossmann (1991) und Grossmann, Grossmann und Kindler (2005) gehen davon aus, dass Bindungssicherheit die psychische Gesundheit, die Empathieentwicklung und die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst.

2.4 Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung lässt sich historisch betrachtet in vier Phasen einteilen (Russell & Orlinsky, 1996; Kächele & Kordy, 1992). In der *Klassischen Phase* von 1895 bis 1952 erfolgte keine systematische Wirksamkeitsprüfung. Hauptsächlich wurden in dieser Zeit Einzelfallanalysen durchgeführt. In der sogenannten *Rechtfertigungsphase* von 1952 bis ca. 1980, die durch Eysencks berühmte Kritik (1952) ausgelöst wurde, stellte sich die Frage, ob Psychotherapie überhaupt wirkt. Smith und Glass (1977) und Smith, Glass und Miller (1980) legten hierzu einen positiven metaanalytischen Befund vor. Abgelöst wurde diese erste Frage bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie durch die Frage, welches Verfahren besser wirkt. Mit dieser Frage wurde die *Phase der differentiellen Psychotherapieforschung* eingeleitet (ab ca. 1980): „Welche Therapie, durch wen angewandt, bewirkt unter welchen Bedingungen bei welchen Patienten mit welchem Problem welche Effekte?“. Das Thema

dieser Forschungsphase war die Outcome-Forschung, welche sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie, ihrer Effektivität in der klinischen Praxis und der Definition und Messung von Therapieerfolg beschäftigte. Die Frage, welcher Therapieansatz der wirksamste sei, heizte die Konkurrenz zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren an (sogenannte *horse race-Forschung*). Einen wichtigen Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung leisteten Grawe et al. (1994), die im Rahmen einer Metaanalyse 897 empirische Arbeiten aus dem Spektrum der Psychotherapieforschung untersuchten. Grawe und Mitarbeiter halten fest, dass Psychotherapie einen Effekt hat, der über den von Spontanremissionen hinausgeht, dass quantitative Wirksamkeitsunterschiede für einzelne Therapieformen vorliegen und dass unterschiedliche Therapiemethoden ein differentielles Wirkungsprofil aufweisen, d. h. bei unterschiedlichen Patienten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Außerdem stellten Grawe et al. Wirksamkeitsbelege und Wirkfaktoren für die von ihnen untersuchten Therapieverfahren zusammen. Ab ca. 1990 wurde die vierte Phase der Psychotherapieforschung eingeleitet und die Forschergemeinde stellte sich die Frage, wie Psychotherapie wirkt. Die Beantwortung dieser Frage gehört zum Feld der *Psychotherapieprozessforschung*, die die Psychotherapie an sich untersucht. Was geschieht in der Therapie? Kann man allgemeine und spezifische Wirkfaktoren bestimmen? In der Psychotherapieprozessforschung stehen die Prozesse im Mittelpunkt, die an der therapeutischen Situation beteiligt sind (Übersichten: Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky et al., 1994; Schindler, 1996). Die Psychotherapieprozessforschung favorisiert zwei Ansätze (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Zum einen werden Videoanalysen genutzt, um Aufschluss über den Therapieprozess zu geben (Fremdbeurteilungsansatz), zum anderen werden die Beurteilungen von Patienten und Therapeuten benutzt, um etwas über den Therapieverlauf aussagen zu können (Selbstbeurteilung).

Da Therapieerfolge auf sehr unterschiedlichem Wege zustande kommen können, ist es hilfreich, Prozess- und Outcome-Forschung zu verbinden (Orlinsky et al., 1994). Orlinsky et al. (2004) beschreiben in ihrem *Allgemeinen Modell der Psychotherapie* (vgl. Abbildung 4) drei Einflussgrößen, die eine Rolle in der Psychotherapie spielen:

1. Input-Variablen (Behandlungselemente: Patient, Gesellschaft, Therapeut)
2. Prozess-Variablen (Behandlungsprozess) und
3. Output-Variablen (Behandlungseffekte).

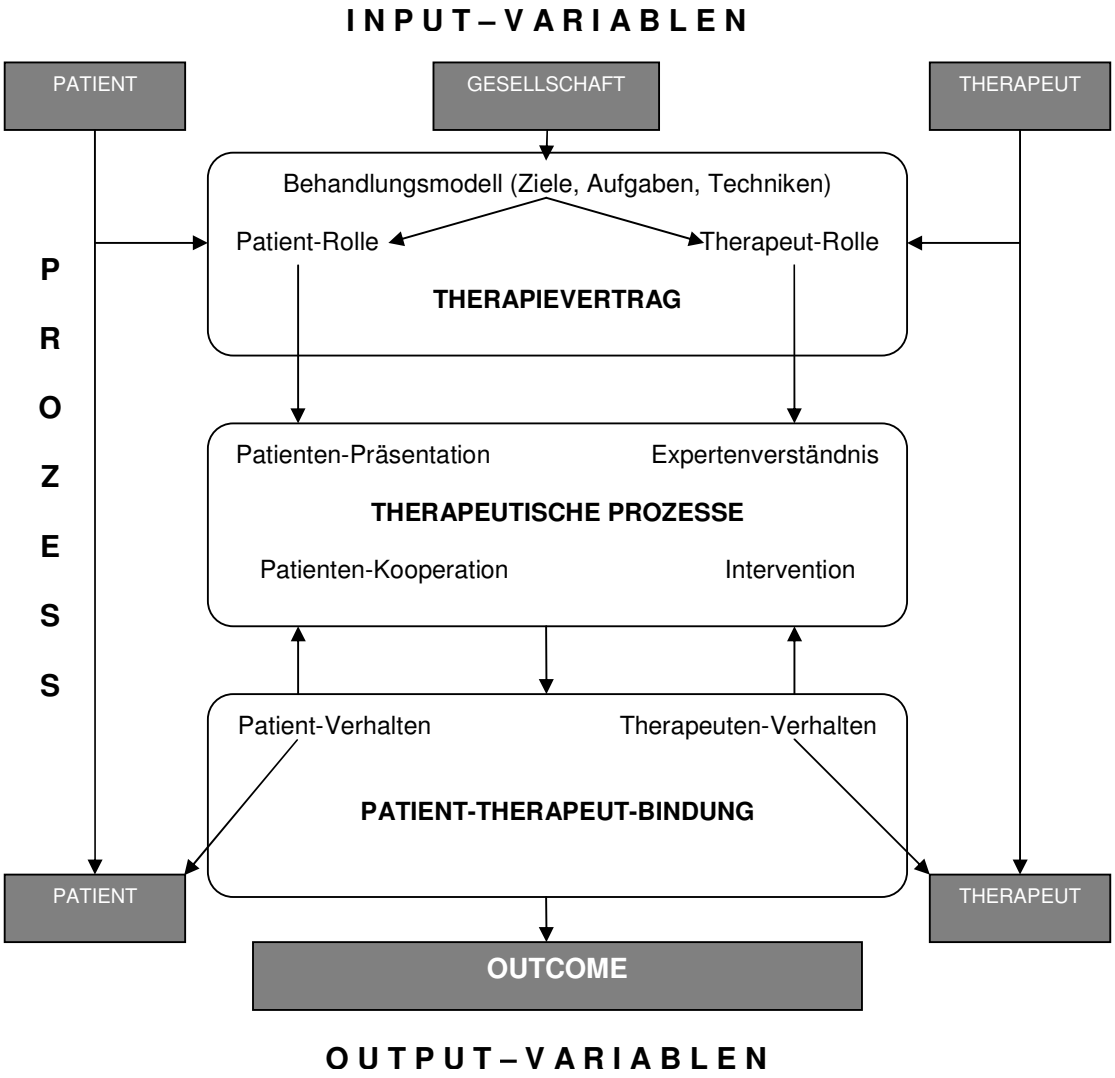

Abbildung 4: Allgemeines Modell der Psychotherapie (verkürzt dargestellt nach Orlinsky et al., 2004, S. 321)

2.4.1 Therapieerfolgsprädiktion

> Das einfachste, aber auch relevanteste Kriterium dafür, ob eine Therapie das bewirkt, was sie bewirken soll, ist ja, den Patienten zu fragen, ob und in welcher Hinsicht ihm die Therapie genützt hat. Dies kann methodisch in so vielen verschiedenen Formen geschehen, dass sich keiner hinter dem Argument verstecken kann, keine dieser Möglichkeiten sei für seine spezielle Therapieform angemessen. (Grawe et al., 1994, S. 170)

Die Prognose von Interventionsergebnissen gehört zu den zentralen Zielen klinischer Forschung und Praxis (Hansen, 2002). Mit einer Intervention verbindet sich grundsätzlich die Erwartung einer bestimmten Wirkung. Im Allgemeinen spricht man – in Anlehnung an das medizinische Krankheitsmodell – von psychotherapeutischem Behandlungserfolg in Abhängigkeit des Erreichungsgrades eines geheilten oder gebesserten Zustandes der psychischen Störung (Schulte, 1993, 1997), d. h. werden die durch eine Behandlung angestrebten Ziele erreicht, war die Therapie erfolgreich. Allgemeine einheitliche Beurteilungsprozeduren für den Therapieerfolg existieren jedoch nicht (Lobo-Drost, 2002).

Im Rahmen der stationären Postakutbehandlung für illegale Drogen gilt eine regulär abgeschlossene Therapie prognostisch günstig hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Abstinenz, während ein irregulärer Therapieabschluss rückfallprognostisch ungünstig ist (Schwoon, 2000). Aufgrund der Objektivität dieses Kriteriums bezieht sich die Messung des Therapieerfolgs der vorliegenden Studie ausschließlich auf den Abschlussmodus der Therapie.

Merkmale von Patienten, Therapeuten und der Situation hängen mit dem Verlauf und Ausgang einer Therapie zusammen. Wenn diese der Behandlung zeitlich vorausgehen, werden sie als Prädiktoren bezeichnet. Die Ermittlung von Prädiktorvariablen ist ein entscheidender Aspekt bei Evaluations- und Validierungsstudien und erfolgt in der Regel anwendungsorientiert. In der klinischen Praxis ermöglichen Prädiktorvariablen Aussagen über den individuellen Behandlungsausgang des einzelnen Patienten. Im Bereich der Wissenschaft und Forschung geben Prädiktoren Hinweise auf potentielle Determinanten psychischer Krankheit und erlauben gleichzeitig, Bedingungen für Veränderung zu identifizieren (Kiss, 1999).

Aufgrund der Uneinheitlichkeit der verwendeten Prädiktor- wie auch der Erfolgsmaße lassen Studienergebnisse jedoch häufig keine Vergleichbarkeit zu, wodurch das Treffen einer allgemein gültigen Aussage erschwert ist. Forschung wurde hauptsächlich zu Therapeutenvariablen wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder therapeutischer Erfahrung (Überblick: Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004) und Patientenvariablen wie z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand betrieben (Überblick: Garfield, 1994; Clarkin & Levy, 2004).

Die Variablen Alter und Geschlecht des Patienten spielen im Allgemeinen keine Rolle zur Prädiktion des Therapieerfolgs. Eine Ausnahme davon ist aus dem Suchtbereich allerdings bekannt: Ein jüngeres Alter ist korreliert mit einer geringeren Haltequote und einem schlechteren Therapieergebnis (Agosti, Nunes & Ocepeck-Welikson, 1996; Connors et al., 2000). Die Autoren begründen dies mit dem Zusammenhang zwischen Alter und dem natürlichen Verlauf substanzbezogener Störungen.

Auf Therapeutenseite werden Trait- und State-Variablen unterschieden (Beutler et al., 2004). Traits erweisen sich zur Therapieerfolgsprognose ungeeignet. Im Rahmen der State-Forschung erweisen sich die Variablen Training, Supervision, Fähigkeiten und therapeutische Erfahrung als schwache Therapieerfolgsprädiktoren.

Die Forschungsergebnisse zu Patienten- und Therapeutenvariablen im Sinne von Input-Variablen als Prädiktoren des Therapieerfolgs können nicht für sich alleine stehen, da diese sich während des Therapieprozesses in einem dynamischen Austauschverhältnis befinden. Daher ist sich die Forschergemeinde mittlerweile darüber einig, dass der Passung (bzw. Komplementarität) zwischen beiden eine entscheidende Rolle zukommt (z. B. Grawe, 1992, 1998, 2000; Clarkin & Levy, 2004; Dozier & Tyrrell, 1998). Wie bereits an anderen Stellen ausgeführt, gilt die therapeutische Beziehung als einer der zentralen Wirkfaktoren, welcher allen günstig oder ungünstig verlaufenden Psychotherapien zugrunde liegt (z. B. Hain, 2001; Orlinsky et al., 1994; Merten, 2001; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998). Inwiefern die therapeutische Beziehung, die Bindung an den Therapeuten, der patientenseitige Bindungsstil und die Selbstwirksamkeitserwartung zu einem positiven Therapieergebnis beitragen, wird versucht mit vorliegender Forschungsarbeit zu beantworten. Nach der Taxonomie des *Allgemeinen Modells der Psychotherapie* (Orlinsky et al., 2004) gehören die in vorliegender Arbeit untersuchten Konstrukte Bindungsstil und Selbstwirksamkeitserwartung zu den Input-Variablen und die Konstrukte Patient-Therapeut-

Bindung und therapeutische Beziehung bzw. Therapiezufriedenheit zu den Prozess-Variablen. Post-Messungen der Input-Variablen und die Variable Therapieerfolg stellen die Output-Variablen dar. Um gültige Aussagen aus den Ergebnissen ziehen zu können, müssen die Konstrukte reliabel und valide erfasst werden (Hill & Lambert, 2004). Vor der eigentlichen Überprüfung der Hypothesen erfolgt daher zunächst eine Überprüfung der Gütekriterien der Instrumente.

2.5 Fragestellungen und Hypothesen

Wie aus den vorgestellten empirischen Befunden ersichtlich wird, gibt es bisher wenig detaillierte Forschung zum Thema Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung, therapeutische Beziehung, Selbstwirksamkeitserwartung und Therapieergebnis. Außerdem sind die Ergebnisse dazu heterogen. Außerdem liegen im deutschsprachigen Raum keine validierten Erhebungsinstrumente zur Patient-Therapeut-Bindung vor. Um ein Instrument zu gewinnen, welches reliabel und valide die Patient-Therapeut-Bindung erfasst, werden zunächst im Rahmen einer Instrumentenvalidierungsstudie die psychometrischen Gütekriterien eines aus dem Amerikanischen übersetzten Fragebogens (Client Attachment to Therapist Scale, CATS; Mallinckrodt et al., 1995) überprüft. Zu dieser Frage- bzw. Aufgabenstellung werden keine Hypothesen formuliert. In einem zweiten Schritt wird das Instrument an einem größeren Patientenkollektiv in einem naturalistischen Kontext eingesetzt, um ein Modell zu den Zusammenhängen der oben aufgeführten Variablen aufzustellen (Abbildung 5). Die Fragestellung ist entsprechend zweigeteilt und umfasst zum einen die Instrumentenvalidierung (Fragestellung 1) und zum anderen die Therapieevaluation (Fragestellung 2):

1. Instrumentenvalidierung

Fragestellungen: Lässt sich die Patient-Therapeut-Bindung mithilfe der aus dem Amerikanischen übersetzten Skala CATS reliabel und valide erfassen? Wie sind die Kennwerte der Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität) und der Validität (Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität) der CATS ausgeprägt?

2. Therapieevaluation

Fragestellung 1: Wie lassen sich der allgemeine Bindungsstil und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung von Abhängigen von illegalen Drogen in stationärer Postakutbehandlung charakterisieren?

Hypothesenteil 1: Deskription und Zusammenhänge der Input-Variablen

Da Abhängige von illegalen Drogen in stationärer Postakutbehandlung eine psychopathologisch hoch auffällige Patientengruppe darstellen, ist davon auszugehen, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung eher unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, während eine hohe Prävalenz unsicherer Bindungsstile zu verzeichnen ist. Selbstwirksamkeitserwartung und Bindungsstil sind assoziiert.

Hypothese 1.1: Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ist unterdurchschnittlich ausgeprägt.

Hypothese 1.2: Es liegt eine hohe Prävalenz unsicherer Bindungsstile vor.

Hypothese 1.3: Eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung hängt zusammen mit einem unsicheren Bindungsstil.

Fragestellung 2: Welche Rolle spielen die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, der allgemeine Bindungsstil, die therapeutische Beziehung (Therapiezufriedenheit) und die Patient-Therapeut-Bindung bei der Vorhersage des Therapieerfolgs? Wie wirken sich der allgemeine Bindungsstil und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung (Therapiezufriedenheit)/der Patient-Therapeut-Bindung aus?

Hypothesenteil 2: Therapieerfolgsprädiktion

Eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung und ein unsicherer Bindungsstil stehen mittelbar oder unmittelbar in Beziehung mit einem ungünstigen Therapieergebnis. Als Vermittler zwischen den Input- und Output-Variablen werden die Prozess-Variablen auf ihre Beziehung zum Therapieerfolg untersucht. Die Hypothesen sind gerichtet formuliert, wobei jeweils nur eine der beiden Richtungen im Folgenden angeführt wird.

Hypothese 2.1: Eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung prädiziert Therapiemisserfolg.

Hypothese 2.2: Ein unsicherer Bindungsstil prädiziert Therapiemisserfolg.

Hypothese 2.3: Eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung prädiziert eine unsichere Patient-Therapeut-Bindung bzw. Therapieunzufriedenheit.

Hypothese 2.4: Ein unsicherer Bindungsstil prädiziert eine unsichere Patient-Therapeut-Bindung bzw. Therapieunzufriedenheit.

Hypothese 2.5: Eine unsichere Patient-Therapeut-Bindung bzw. Therapieunzufriedenheit prädiziert Therapiemisserfolg.

Fragestellung 3: Verändern sich Selbstwirksamkeitserwartung und allgemeiner Bindungsstil über die Therapiedauer? Hängt die Veränderung mit den Prozess-Variablen zusammen?

Hypothesenteil 3: Prä-Post-Veränderung

Hypothese 3.1: Die Selbstwirksamkeitserwartung wird über den Therapieverlauf gesteigert.

Hypothese 3.1.1: Die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung über den Interventionszeitraum hängt von der Ausprägung der Patient-Therapeut-Bindung bzw. der Therapiezufriedenheit ab.

Hypothese 3.2: Ein unsicherer Bindungsstil wird über den Therapieverlauf sicher.

Hypothese 3.2.1: Die Veränderung des Bindungsstiles über den Interventionszeitraum hängt von der Ausprägung der Patient-Therapeut-Bindung bzw. der Therapiezufriedenheit ab.

Fragestellung 4: Verändern sich die Einschätzungen zur Patient-Therapeut-Bindung und zur Therapiezufriedenheit über die Therapiedauer?

Hypothesenteil 4: Prozess-Post-Veränderung und Interrater-Konkordanz der Prozess-Variablen

Hypothese 4.1: Die Einschätzungen zur Güte der Patient-Therapeut-Bindung und zur Therapiezufriedenheit nehmen über den Therapieverlauf zu.

Hypothese 4.2: Die Konkordanz der Einschätzung der Therapiezufriedenheit und der Patient-Therapeut-Bindung aus Patienten- und Therapeutenperspektive steigt über den Therapieverlauf an.

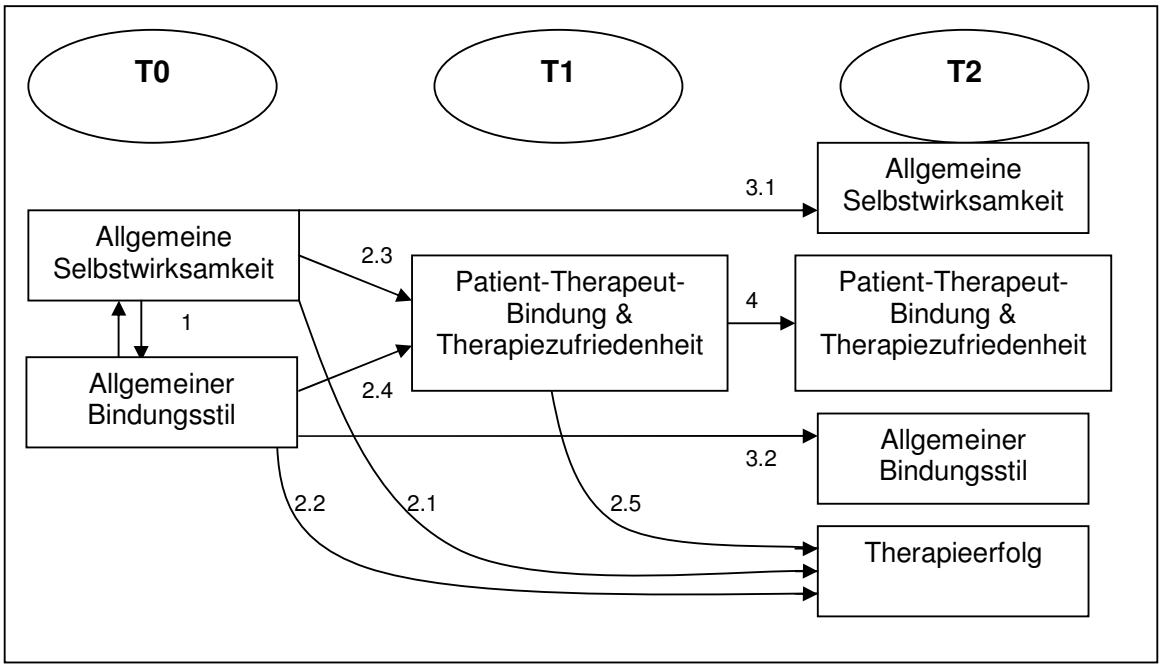

Abbildung 5: Übersicht über Datenerhebungszeitpunkte und hypothetisierte Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

Anmerkung: Zahlen in der Abbildung beziehen sich auf die Hypothesennummern im Text.

3. METHODIK

Wie sowohl aus der Einleitung als auch aus Kapitel 2.5 hervorgeht, gliedert sich die vorliegende Arbeit inhaltlich in zwei Teile: die Instrumentenvalidierung und die Therapieevaluation. Diese Zweiteilung wird bei der Beschreibung der Methodik, der Ergebnisse und deren Diskussion fortgeführt. Im Folgenden wird von der Studie zur Instrumentenvalidierung und von der Therapieevaluationsstudie gesprochen. Insgesamt wurden 484 Patienten, 13 Experten, 5 Kliniken und 27 Therapeuten in die empirischen Studien einbezogen. Tabelle 5 gibt einen kurzen Überblick über Design, Stichproben und Fragestellungen. Unter 3.1 und 3.2 wird das methodische Vorgehen beider Studien detailliert dargestellt.

Tabelle 5: Design, Stichproben und Fragestellungen

	Instrumentenvalidierung	**Therapieevaluation**
Untersuchungs-plan	Wiederholungsmessung (einwöchiges Retest-Intervall), Expertenbefragung	Längsschnittliche prospektive Therapieverlaufsstudie (3 Datenerhebungszeitpunkte: T0 Aufnahme, T1 vier Wochen nach Aufnahme, T2 Entlassung)
Stichproben		
Einrichtungen (N)	2 stationäre Einrichtungen zur Postakutbehandlung von Abhängigen von illegalen Drogen	4 stationäre Einrichtungen zur Postakutbehandlung von Abhängigen von illegalen Drogen
Patienten (N)	119 Abhängige von illegalen Drogen (Hauptdiagnose F11 bis F16, F19)	365 Abhängige von illegalen Drogen (Hauptdiagnose F11 bis F16, F19)
Therapeuten (N)	-	27
Experten (N)	13 Psychotherapeuten	-
Fragestellungen und Aufgaben	Gütekriterienprüfung eines Instrumentes zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung: · Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität) · Validität (Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität, Kreuzvalidierung)	Hypothesen testen über die Zusammenhänge verschiedener psychologischer Variablen: · Allgemeiner Bindungsstil · Allgemeine Selbstwirksamkeits-erwartung · Therapeutische Beziehung (Therapiezufriedenheit) · Patient-Therapeut-Bindung · Therapieergebnis

3.1 Instrumentenvalidierung

3.1.1 Untersuchungsplan

Im Rahmen der Instrumentenvalidierungsstudie werden die psychometrischen Gütekriterien eines aus dem Amerikanischen übersetzten und für den deutschen Sprachraum bisher nicht überprüften Instrumentes zur Patient-Therapeut-Bindung getestet. Dieses Instrument ist die Client Attachment to Therapist Scale (CATS; Mallinckrodt et al., 1995). Die Daten für die Instrumentenvalidierung wurden in zwei verschiedenen Kliniken in Deutschland erhoben, in der *Rehaklinik Gaggenau-Freiolsheim* (36%, N=43) und in der Condrobs-Einrichtung *Schloss Pichl* (64%, N=76). Die Datenerhebung erfolgte in Form einer Wiederholungsmessung im Abstand von einer Woche. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um zum einen Aussagen über die Stabilität (Retest-Reliabilität) des zu untersuchenden Konstruktes Patient-Therapeut-Bindung treffen zu können. Zum anderen wurden neben dem zu validierenden Fragebogen noch weitere Instrumente eingesetzt, um Fragen zur Konstruktvalidität beantworten zu können.

Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität fand eine Expertenbefragung statt. Die Experten waren entweder psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung am *IFT Institut für Therapieforschung München* oder Ausbildungsleiter der Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten am *IFT* (insgesamt N=13), welche um ihre Einschätzung bezüglich der Güte der Items des zu validierenden Fragebogens gebeten wurden. Das *IFT* ist ein Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapeuten.

3.1.2 Stichprobe

Die Daten für die Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien des Fragebogens wurden an Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum Abhängigkeit von illegalen Substanzen (F11 bis F16, F19) erhoben, die sich in stationärer Postakutbehandlung befanden. Die Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie waren Analphabetismus, ein zu gering ausgeprägtes Verständnis der deutschen Sprache und eine zu kurze Aufenthaltsdauer in der Klinik (definiert als Zeitspanne, in der der Patient noch keine Sitzung mit seinem Einzeltherapeuten hatte). Die Stichprobengröße von N=119 ist laut Bortz (1999) ausreichend groß, um valide Ergebnisse zu erzeugen, da mindestens doppelt so viele Versuchspersonen wie Items vorhanden sein sollten, wenn Aussagen zur Testgüte getroffen werden. Das zu validierende Instrument umfasst 38 Items.

3.1.3 Instrumente

Im Rahmen der Instrumentenvalidierung wurden die in Tabelle 6 dargestellten Instrumente eingesetzt, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Tabelle 6: Instrumentenvalidierung: Instrumente und Datenerhebungszeitpunkte

	Zeitpunkt	
	T0	**T1**
Instrumente	- Basisdaten Patient - Fragebogen zum allgemeinen Bindungsstil (Relationship Scales Questionnaire, RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994) - Fragebogen zur Patient-Therapeut-Bindung (Client Attachment to Therapist Scale, CATS; Mallinckrodt et al., 1995) Patient-Version CATS-P - Fragebogen zur therapeutischen Beziehung (Helping Alliance Questionnaire, HAQ; Bassler et al., 1995) Patient-Version HAQ-P	- RSQ - CATS-P - HAQ-P

Basisdaten Patient

Die Basisdaten umfassen allgemeine Anamnesedaten wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Schulabschluss, Beziehungsstatus, Problemsubstanzen, Drogenkonsumeinstiegsalter und Therapieerfahrung. Der gesamte Fragebogen zu den patientenbezogenen Basisdaten, die im Rahmen der Instrumentenvalidierung erhoben wurden, befindet sich in Anhang A.

Relationship Scales Questionnaire (RSQ)

Der Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994) basiert auf dem vierkategorialen Modell zur Erfassung von allgemeinen Bindungsstilen im Erwachsenenalter, welches die zwei Dimensionen *Bild vom Selbst* und *Bild vom Anderen* abbildet (Bartholomew & Horowitz, 1991). Der RSQ ist eine Weiterentwicklung des Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991), der im Sinne des Prototypenansatzes mithilfe eines Items in Vignetten-Form eine Zuordnung des Bindungsstils ermöglichen soll. Sowohl RSQ als auch RQ sind direkt durch Bowlbys pionierhafte theoretische und Ainsworths empirische Arbeit beeinflusst (Simpson & Rholes, 1998). Der RSQ wurde mit dem Ziel konstruiert, den Ausprägungsgrad jedes der vier prototypischen Bindungsstile durch einen Skalenwert zu erfassen, der durch Addition von mehreren Einzelitems berechnet wird (Steffanowski et al.,

2001). Da der RSQ ein Selbstbeurteilungsinstrument ist, gibt er eher Auskunft über die dem Bewusstsein zugänglichen Teile des Bindungsstiles und des ihm zugrunde liegenden inneren Arbeitsmodells von Bindung. Der RSQ umfasst insgesamt 30 Items, welche vier Skalen konstituieren: *Angst vor Trennung, Angst vor Nähe, Fehlendes Vertrauen* und *Wunsch nach Unabhängigkeit*. Die Skalierung ist fünffach abgestuft von 1 = nicht zutreffend bis 5 = sehr zutreffend. Die Items 3, 6, 27 und 30 werden vor der Auswertung umkodiert. Die Instruktion weist den Probanden an zu beurteilen, wie jede der einzelnen Aussagen seine Gefühle in nahen Beziehungen beschreibt. Kombiniert man anhand von Cut-off-Werten niedrige und hohe Ausprägungsgrade der zwei Skalen *Angst vor Trennung* (10 Items) und *Angst vor Nähe* (7 Items) resultieren vier Bindungsstile: *sicher, ängstlich, präokkupiert* und *vermeidend* (Abbildung 6).

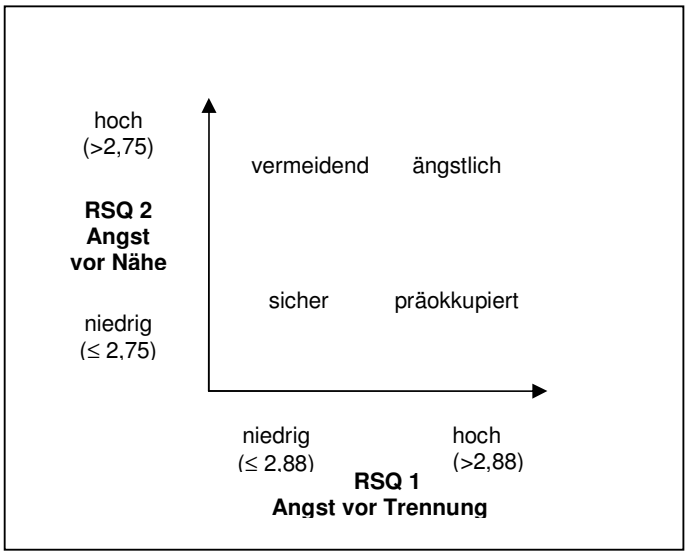

Abbildung 6: Bindungsstile

Anmerkung: Cut-off-Werte in Klammern.

Diese vier Stile, welche sich als prototypische Bindungsstile charakterisieren lassen, wurden in vorliegender Arbeit verwendet. Die Items der beiden Skalen zur Konstitution des Bindungsstiles sind in Tabelle 7 aufgeführt. Der gesamte Fragebogen befindet sich in Anhang B. Die interne Konsistenz der Skala *Angst vor Trennung* beträgt α=.81 und die der Skala *Angst vor Nähe* α=.77. Der RSQ eignet sich dazu, umfassend und theoretisch fundiert – aber dennoch ökonomisch – das Konstrukt Bindungsstil zu erfassen. Bei der Auswahl des geeignet erscheinenden Bindungsfragebogens fiel die Entscheidung auch deshalb auf den RSQ, da nur

dieser Fragebogen explizit die Kategorie des *vermeidenden* Bindungsstils erfasst. Dieser Stil besitzt laut Schindler (2005) eine besondere Bedeutung für den Suchtbereich.

Tabelle 7: Items der RSQ-Skalen Angst vor Trennung und Angst vor Nähe

Angst vor Trennung (RSQ 1)

- Ich möchte vollkommen mit einem anderen Menschen verschmelzen.
- Ich fühle mich wohl, auch ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen.
- Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein.
- Ich mache mir Sorgen über das Alleinsein.
- Oft sorge ich mich darum, ob mich meine Liebespartner/Innen wirklich lieben.
- Ich möchte gefühlsmäßig enge Beziehungen.
- Es geht mir gut damit, wenn andere von mir abhängig sind.
- Meine Sehnsucht nach „völliger Verschmelzung“ schreckt manchmal Leute von mir ab.
- Häufig sorge ich mich darum, dass meine Liebespartner/Innen nicht bei mir bleiben wollen.
- Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden.

Angst vor Nähe (RSQ 2)

- Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen.
- Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.
- Es macht mir Angst, wenn mir andere zu nahe kommen.
- Ich werde nervös, wenn mir irgendwer zu nahe kommt.
- Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu sein.
- Liebespartner/Innen wollen häufig, dass ich ihnen näher bin, als mir lieb ist.
- Mir fällt es recht leicht, anderen nahe zu kommen.

Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Bassler et al. (1995) übersetzten den englischsprachigen HAQ ins Deutsche und fügten den ursprünglich elf Items ein weiteres hinzu, welches dazu dient, den bisherigen Behandlungserfolg im Sinne einer direkten Veränderungsmessung einzuschätzen. Der Fragebogen erhebt in Form einer Selbst- (Patient) und einer Fremd- (Therapeut) Einschätzung die Güte der therapeutischen Beziehung (im Folgenden mit HAQ-P und HAQ-T abgekürzt). Item 12 weist einen neutralen Mittelpunkt auf. Items 1 bis 11 sind likertskaliert von 1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend. Zur Auswertung werden Skalen-Mittelwerte gebildet.

Für den HAQ ergaben sich mittels Hauptkomponentenanalyse die zwei Subskalen *Beziehungszufriedenheit* (HAQ 1) und *Erfolgszufriedenheit* (HAQ 2). Die Skala *Beziehungszufriedenheit* spiegelt die affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten wider, während die Skala *Erfolgszufriedenheit* die patientenseitige Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg darstellt. HAQ-P und HAQ-T befinden sich in Anhang C1 und C2.

Die psychometrischen Gütekriterien wurden bisher lediglich für den HAQ-P vorgelegt. Die interne Konsistenz der Skalen ist mit α=.89 (Beziehungszufriedenheit) und α=.84 (Erfolgszufriedenheit) sehr zufriedenstellend. Der HAQ besitzt inhaltlich-logische Gültigkeit und eignet sich in Therapiestudien zur Prozessevaluation und als Outcome-Kriterium (Bassler, 2003; Hank & Krampen, 2007). Der Fragebogen gilt als Quick-scan-Instrument, mit dem man schnell eine globale Einschätzung der Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut erhalten kann (De Weert-Van Oene, De Jong, Jörg & Schrijvers, 1999).

Aufgrund der Benennung der Skalen mit *Beziehungszufriedenheit* und *Erfolgszufriedenheit* durch Bassler et al. (1995) wird das durch das Instrument erhobene Konstrukt im Folgenden unter dem Titel *Therapiezufriedenheit* zusammengefasst. Zur Klassifikation der Patienten in mehr oder weniger zufriedene wurden mithilfe von Clusteranalysen Cut-off-Werte (nach Jacobson & Truax, 1991) ermittelt, mithilfe derer die Zuordenbarkeit der Patienten zu Zufriedenheitskategorien anhand eines standardisierten Algorithmus erfolgen kann. Die Cut-offs wurden anhand der Formel $c=s_1M_2+s_2M_1/s_1+s_2$ bestimmt (M_1 und s_1 entsprechen den Skalenmittelwerten und –standardabweichungen des Clusters 1, M_2 und s_2 denen des Clusters 2). Aus der Kombination niedriger und hoher Skalen-Ausprägungen der zwei HAQ-P-Skalen (Beziehungszufriedenheit und Erfolgszufriedenheit) lässt sich die Zugehörigkeit zu einer der vier im Folgenden aufgeführten Kategorien bestimmen:

1. *sehr zufrieden* (HAQ-P 1 > Cut-off-Wert [5,0023] und HAQ-P 2 > Cut-off-Wert [5,0103])
2. *beziehungszufrieden* (HAQ-P 1 > Cut-off-Wert [5,0023] und HAQ-P 2 ≤ Cut-off-Wert [5,0103])
3. *erfolgszufrieden* (HAQ-P 1 ≤ Cut-off-Wert [5,0023] und HAQ-P 2 > Cut-off-Wert [5,0103])
4. *sehr unzufrieden* (HAQ-P 1 ≤ Cut-off-Wert [5,0023] und HAQ-P 2 ≤ Cut-off-Wert [5,0103]; Abbildung 7).

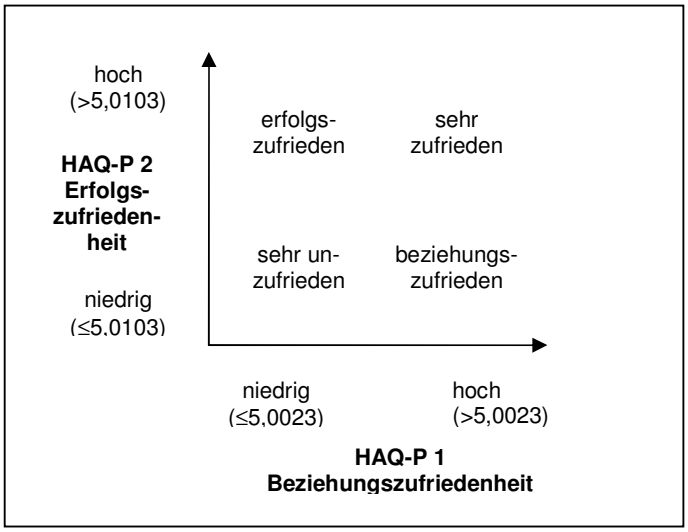

Abbildung 7: Therapiezufriedenheit

Anmerkung: Cut-off-Werte in Klammern.

Client Attachment to Therapist Scale (CATS)

Die CATS (Mallinckrodt et al., 1995) wurde mit dem Ziel entwickelt, die psychotherapeutische Beziehung aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie abzubilden. Die Skala ist speziell darauf ausgerichtet, den Bindungsstil von Patienten an ihren Therapeuten zu erfragen. Die 36 Items umfassende Skala wurde von Mestel (2001a) übersetzt, aber bisher nicht hinsichtlich ihrer psychometrischen Gütekriterien überprüft. Um ein weiteres Urteil bezüglich der Qualität dieser Übersetzung einzuholen, wurde die CATS-P für die Zwecke vorliegender Studie einem Englisch-Muttersprachler vorgelegt, der sie ins Englische rückübersetzte (vgl. Anhang D1). Bei zwei Items (Item 3 und Item 31) traten inhaltlich-sprachliche Abweichungen von der Originalversion auf, sodass diese beiden Items erneut ins Deutsche übersetzt und an den ursprünglichen Fragebogen angehängt wurden (Tabelle 8). Der Fragebogen verlängert sich somit auf insgesamt 38 Items, wobei Item 37 eine sprachlich abgeänderte Version des ursprünglichen Items 3 darstellt und Item 38 eine des Items 31 (Tabelle 9).

Tabelle 8: Rückübersetzung der CATS-P (kritische Items)

Item-Nr.	Englischsprachiges Original	Deutsche Übersetzung	Rückübersetzung durch native speaker	Erneute Übersetzung
3	I think my counselor disapproves of me.	Ich denke, dass mein Therapeut mich verurteilt.	I think that my therapist judges me harshly.	Ich denke, dass mein Therapeut gegen mich ist.
31	I often wonder about my counselor`s other clients.	Oft bin ich neugierig auf die anderen Patienten meines Therapeuten.	Often I am curious about my therapist's other patients.	Oft frage ich mich, wie die anderen Patienten meines Therapeuten sind.

In der amerikanischen Version des Fragebogens ergaben sich aufgrund einer Hauptkomponentenanalyse drei Faktoren, die als *secure*, *avoidant/fearful* und *preoccupied/merger* betitelt wurden und insgesamt 38% Varianz aufklärten. Die amerikanischen Begriffe wurden wie folgt ins Deutsche übersetzt: *sicher*, *ängstlich-vermeidend*, *verstrickt*.

Die Skala *sicher* (14 Items) beinhaltet Items, die darauf abzielen zu erfragen, ob der Patient sich bestärkt fühlt, während der Therapiesitzungen seine Gefühle zu explorieren, ob der Patient den Therapeuten als unterstützend, einfühlsam und emotional verfügbar empfindet und sich in seiner Gegenwart wohl fühlt. Sicher gebundene Patienten entwickeln eine engere Bindung an ihren Therapeuten, arbeiten fokussierter und formulieren häufiger ähnliche Ziele wie der Therapeut.

Die Skala *ängstlich-vermeidend* (12 Items) erfasst Gefühle der Demütigung des Patienten gegenüber seinem Therapeuten und Vermutungen, dass der Therapeut ihn missbilligen könnte. Patienten mit einer vermeidenden Bindung an ihren Therapeuten besitzen nur wenig Bereitschaft, sich auf den Therapieprozess einzulassen und haben Angst, dass der Therapeut auf ihre Selbstoffenbarungen mit Ablehnung reagiert. Die Patienten sind weniger kooperativ und stimmen seltener mit dem Therapeuten hinsichtlich der Therapiezielformulierungen überein.

Die Skala *verstrickt* (10 Items) erfasst den Wunsch des Patienten nach mehr Kontakt mit dem Therapeuten und eine gedankliche Beschäftigung damit, der „liebste“ Patient sein zu wollen. Eine von Verschmelzungswünschen geprägte Bindung an den Therapeuten ist von unrealistischen Erwartungen an die Beziehung zu ihm charakterisiert. Der Patient hat Angst, nicht genug Aufmerksamkeit von seinem Therapeuten zu bekommen und hegt den Wunsch,

ihn privat näher kennen lernen zu wollen. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die einzelnen Items und deren Skalenzugehörigkeit.

Tabelle 9: Items und Skalen der CATS-P

Nr.	Item-Text und Skalenzugehörigkeit
	Skala 1 *sicher*
1	Ich bekomme nicht genug gefühlsmäßige Unterstützung von meinem Therapeuten.
2	Mein Therapeut ist meinen Bedürfnissen gegenüber empfindsam.
5	Mein Therapeut ist zuverlässig.
8	Ich fühle, dass die Dinge irgendwie gut ausgehen werden, wenn ich bei meinem Therapeut bin.
11	Mein Therapeut gibt mir nicht genug Aufmerksamkeit.
14	Wenn ich meine Gefühle zeige, reagiert mein Therapeut darauf in hilfreicher Weise.
17	Ich weiß nicht, was ich erwarten soll, wie mein Therapeut von Therapiesitzung zu Therapiesitzung reagieren wird.
20	Ich kann sagen, dass mein Therapeut Freude daran hat, mit mir zu arbeiten.
23	Ich ärgere mich darüber, mit Problemen alleine umzugehen, wenn mein Therapeut mir dabei mehr behilflich sein könnte.
26	Mein Therapeut hilft mir, genau auf die Furcht erregenden oder beunruhigenden Dinge zu sehen, die mir passiert sind.
29	Die Gegenwart meines Therapeuten ist beruhigend, wenn ich mich durcheinander fühle.
32	Ich weiß, dass mein Therapeut die Dinge versteht, die mich beunruhigen.
34	Ich bin sicher, dass mein Therapeut da ist, wenn ich ihn wirklich brauche.
36	Wenn ich mit meinem Therapeuten arbeite, fühle ich, dass ich seine höchste Priorität bin, also ihm in diesem Moment am wichtigsten bin.
	Skala 2 *ängstlich-vermeidend*
3	Ich denke, dass mein Therapeut mich verurteilt.
6	Wenn ich mit meinem Therapeuten über meine Probleme spreche, komme ich mir beschämt oder dumm vor.
9	Ich weiß, dass ich meinem Therapeut alles erzählen kann, und er würde mich nicht zurückweisen.
12	Ich möchte meine Gefühle nicht mit meinem Therapeut teilen.
15	In den Therapiesitzungen fühle ich mich gedemütigt.
18	Manchmal fürchte ich mich davor, dass mich mein Therapeut zurückweist, wenn ich ihn nicht zufrieden stelle.
21	Ich befürchte, dass mein Therapeut mir gegenüber wahrscheinlich nicht ehrlich ist.
24	Mein Therapeut möchte mehr von mir wissen, als ich mit gutem Gefühl erzählen will.
27	Ich fühle mich bei meinem Therapeut sicher.
30	Mein Therapeut behandelt mich eher wie ein Kind als wie einen Erwachsenen.
33	Es fällt mir schwer, meinem Therapeut zu trauen.
35	Ich bin mir nicht sicher, ob mein Therapeut wirklich an mir interessiert ist.
37	Ich denke, dass mein Therapeut gegen mich ist. (Alternative zu Item 3)
	Skala 3 *verstrickt*
4	Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein.
7	Ich wünschte, mein Therapeut könnte täglich bei mir sein.
10	Ich hätte gerne, dass sich mein Therapeut mir näher fühlt.
13	Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen.
16	Ich denke daran, meinen Therapeut bei ihm zu Hause anzurufen.
19	Ich denke darüber nach, der liebste Patient meines Therapeuten zu sein.
22	Ich wünschte, es gäbe einen Weg, wie ich mehr Zeit mit meinem Therapeut verbringen könnte.
25	Ich wünschte, ich könnte auch etwas für meinen Therapeut tun.
28	Ich wünschte, mein Therapeut wäre nicht mein Therapeut, so dass wir Freunde sein könnten.
31	Oft bin ich neugierig auf die anderen Patienten meines Therapeuten.
38	Oft frage ich mich, wie die anderen Patienten meines Therapeuten sind. (Alternative zu Item 31)

Die Beantwortung der Items erfolgt über eine sechsstufige Likertskala von *trifft gar nicht zu* bis *trifft völlig zu* (vgl. Anhang D2). Die Items 1, 9, 11, 17, 23 und 27 werden vor der Auswertung umkodiert. Die Werte der Einzelitems werden zur Skalenbildung aufsummiert und dann durch die jeweilige Anzahl der Items geteilt (Mittelwertbildung). Aufgrund der eindeutigen Schiefe der Verteilungscharakteristika der Skalen werden die Werte in dieser Arbeit z-standardisiert, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Mithilfe dieser Standardisierung lässt sich anhand der Ausprägung des höchsten z-Wertes die Zuordnung zu einer der drei Patient-Therapeut-Bindungskategorien vornehmen. Dieses Vorgehen gewährleistet die höchste Praktikabilität und erleichtert die Durchführbarkeit im klinischen Alltag.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der drei Skalen lagen in der amerikanischen Studie bei α=.63 (ängstlich-vermeidend), α=.64 (sicher). und α=.81 (verstrickt). Retest-Reliabilitäten über einen Zeitraum von durchschnittlich 3,24 Wochen ergaben Werte zwischen r_{tt}=.72 (ängstlich-vermeidend), r_{tt}=.84 (sicher) und r_{tt}=.86 (verstrickt). Die Angaben zu den in der Originalstudie ermittelten psychometrischen Eigenschaften der Skalen werden in Tabelle 10 berichtet.

Tabelle 10: Psychometrische Eigenschaften der CATS-Skalen in der Originalstudie (Mallinckrodt et al., 1995)

CATS-Skala	**M**	**SD**	**Md**	**Min**	**Max**	**α**	**r_{tt}**
sicher	5,20	0,72	5,43	1	6	.64	.84
ängstlich-vermeidend	1,78	0,77	1,58	1	6	.63	.72
verstrickt	2,64	0,87	2,50	1	6	.81	.86

Um die Übereinstimmung der Einschätzung der Patient-Therapeut-Bindung (Selbst: Patient; Fremd: Therapeut) zu überprüfen, wurde für diese Arbeit eine Therapeut-Version der CATS (CATS-T; vgl. Anhang D3) entwickelt, die von dem Therapeuten auszufüllen ist, der die Einzeltherapiesitzungen mit dem entsprechenden Patienten durchführt. Diese Skala enthält die gleichen Items wie die CATS-P. Die Instruktion zur CATS-T weist den Therapeuten an, sich in die Perspektive seines Patienten zu versetzen und die Bindungsbeziehung des Patienten an ihn einzuschätzen. Die Beurteilerübereinstimmung der Selbst- und der Fremdeinschätzung (CATS-P und CATS-T) kann Hinweise auf die Validität der CATS-P liefern, die CATS-T stellt jedoch kein eigenständiges Validierungskriterium dar, da in die therapeutenseitige Einschätzung der Bindungsqualität auch Merkmale wie Empathie und Reflexionsvermögen

des Therapeuten einfließen können. Es erfolgt ebenfalls eine Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien der CATS-T.

3.1.4 Durchführung

Zwischen dem *IFT* und den unter 3.1.5 und 3.2.5 beschriebenen Kliniken bestehen Forschungskooperationen, welche zur Durchführung der vorliegenden Studie genutzt wurden.

Den Patienten wurden die Fragebögen RSQ, HAQ-P und CATS-P zu T0 und T1 persönlich in der jeweiligen Einrichtung vorgegeben. Die Patienten wurden zu T0 im Rahmen einer Großgruppenveranstaltung über den Hintergrund des Projektes aufgeklärt, um zum einen die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen und zum anderen die Möglichkeit zu bieten, Fragen zu stellen. Eine Woche später erfolgte im Rahmen der gleichen Großgruppenveranstaltung die Wiederholungsmessung mit den gleichen Fragebögen (T1). Insgesamt erfolgte die Durchführung der Datenerhebung viermal in der Zeit von Mai 2005 bis April 2006. Auf allen Fragebögen wurde ein vom Patient selbst gewählter Code eingetragen, um die Zuordenbarkeit der Fragebögen von T0 und T1 zu gewährleisten (Bortz & Döring, 2002). Die Teilnahme an den Großgruppenveranstaltungen ist obligatorisch, während die Teilnahme an der Studie freiwillig war.

Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität der CATS-P wurden Experten befragt, die als Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeuten in Ausbildung an der *IFT*-Ambulanz beschäftigt waren. Die Instruktion wies die Experten an, eine Einschätzung bezüglich der Güte und Angemessenheit der 38 Items der CATS-P abzugeben. Zu diesem Zweck wurden die Experten gebeten, die Items zu kennzeichnen, die sie als das Konstrukt Patient-Therapeut-Bindung inhaltlich oder sprachlich besonders schlecht bzw. besonders gut erfassbar wahrnahmen. Das Ziel der Item-Beurteilung war also nicht, eine Bewertung jedes einzelnen Items vorzunehmen, sondern nur die Items zu identifizieren, die als problematisch bzw. besonders brauchbar eingestuft wurden.

3.1.5 Kliniken

Rehaklinik Gaggenau-Freiolsheim

Die *Rehaklinik Gaggenau-Freiolsheim* ist eine Fachklinik zur Behandlung von Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen für insgesamt 80 Männer und Frauen. Die Klinik bietet ebenfalls zehn Plätze für begleitende Kinder an. Der Träger der Einrichtung ist der Fachverband für Prävention und Rehabilitation der Erzdiözese Freiburg.

Schloss Pichl

Die Einrichtung *Schloss Pichl* in Aindling in der Nähe von Augsburg behandelt bis zu 36 drogenabhängige Männer und Frauen ab einem Alter von 20 Jahren. Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine intensive Diagnostik (medizinisch, psychologisch, sozial) und eine individuelle Therapieplanung in Zusammenarbeit mit dem Bezugstherapeuten, der auch die Einzeltherapiesitzungen durchführt. Neben der Einzeltherapie gibt es Großgruppenveranstaltungen und Veranstaltungen im Rahmen von Indikativgruppen (z. B. Kleingruppen, Ausgangsbegleitung, Selbsthilfegruppen, Expositionstraining, Angehörigenarbeit). In der Einrichtung gibt es die Möglichkeit, diverse Sportangebote zu nutzen, außerdem werden regelmäßig Ausflüge zu Freizeit- und Kulturmöglichkeiten angeboten. Die Behandlungszeiten variieren zwischen drei und zehn Monaten. Der Selbstverwaltungs- und Selbstverantwortungsanteil der Einrichtung ist sehr hoch. Die Einrichtung *Schloss Pichl* befindet sich in privatwirtschaftlicher Trägerschaft des *Condrobs e.V.*

3.1.6 Statistische Auswertung

3.1.6.1 Umgang mit fehlenden Werten

Unter dem Begriff „fehlender Wert“ wird in der vorliegenden Arbeit die Tatsache verstanden, dass einzelne Fragen des Fragebogens von einer Person nicht beantwortet wurden („item nonresponse“; Schwab, 1991). Für das Auftreten von fehlenden Werten bei der Beantwortung von Fragebögen gibt es verschiedene Gründe: Fragen werden übersehen, die befragten Personen weigern sich, zu bestimmten Themen Stellung zu nehmen oder die Personen

verstehen einzelne Fragen nicht. Einheitliche Richtlinien für den Umgang mit fehlenden Werten gibt es nicht (Farrell, Danish & Howard, 1991; Wirtz, 2004; Schwab, 1991; Jänner, 1993; Little & Rubin, 1989). Laut Bortz (1999) können sie in den Fällen, in denen lediglich ein zu vernachlässigender Prozentsatz der Daten verloren ging, durch den jeweiligen Stichprobenmittelwert ersetzt werden. Bortz merkt an, dass diese Methode nicht inflationär verwendet werden darf. Einzelne fehlende Werte wurden in vorliegender Arbeit itemweise durch den jeweiligen Stichprobenmittelwert ersetzt, sofern mindestens 75% der Skala ausgefüllt worden waren (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Bei einem Anteil von mehr als 25% fehlender Werte wurde der entsprechende Fragebogen bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

In den Fällen, in denen komplette Datensätze zu einem der zwei Erhebungszeitpunkte fehlen, wird nicht mehr von fehlenden Werten, sondern von „unit nonresponses“ gesprochen (Schafer & Graham, 2002). Unit nonresponses konnten entstehen, weil beispielsweise zwischen T0 und T1 die Therapie abgebrochen oder planmäßig beendet wurde oder weil ein Patient aus anderen Gründen (z. B. Arztbesuch) nicht an der Datenerhebung zum Zeitpunkt T0 bzw. T1 teilnehmen konnte. Die Datensätze wurden von den entsprechenden Analysen ausgeschlossen. Alle Berechnungen wurden unter Zuhilfenahme von SPSS 15 durchgeführt.

3.1.6.2 Psychometrische Gütekriterien der Instrumente

Item-Analysen

Item-Analysen geben Aufschluss über die Güte der Kennwerte jedes einzelnen Items und sind ein wichtiger Bestandteil von Test- und Fragebogenkonstruktionen. Item-Analysen wurden in vorliegender Arbeit mit dem Ziel durchgeführt, einen optimalen Gesamttest zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung zu entwickeln. Die wichtigsten Parameter zur Bestimmung der Güte und Qualität eines Items sind der Schwierigkeits- bzw. Popularitätsindex p und der Trennschärfekoeffizient r_{it}.

Der Schwierigkeitsindex ist definiert als der Anteil der auf die Aufgabe entfallenen richtigen Antworten in einer Analysestichprobe. Die „richtige“ Antwort ist die, die mit einem oder mehreren Punkten bewertet wird, die also im Sinne der Schlüsselantwort kodiert wird (Lienert & Raatz, 1998). Statistisch betrachtet sind Aufgaben zu bevorzugen, deren Schwierigkeit bei

50% liegt, da diese am besten zwischen „guten“ und „schlechten“ Probanden differenzieren. Der Schwierigkeitsindex für mehrstufige (d. h. nicht-dichotome) Antwortformate ist definiert als p=erreichter Score/erreichbarer Score.

Der Trennschärfekoeffizient gibt an, wie gut jedes einzelne Item das Gesamtergebnis des Tests repräsentiert (Bortz & Döring, 2002). Zu diesem Zweck wird die Korrelation jedes einzelnen Items i mit dem Gesamtwert des Tests t berechnet. Hohe Trennschärfekoeffizienten unterscheiden am besten zwischen guten und schlechten Probanden. Ein $r_{it} \geq .5$ gilt testtheoretisch als hoch, Koeffizienten zwischen .3 und .5 als mittelmäßig (Rost, 1996). A priori sind möglichst hohe Trennschärfen wünschenswert. Die Trennschärfe ist abhängig von der Schwierigkeit. Die höchsten Trennschärfen findet man bei Items mit mittlerer Schwierigkeit.

Reliabilitäts-Analysen

Eine Methode zur Reliabilitätsbestimmung ist die Berechnung der internen Konsistenz. Verwendet wurde hierzu der gebräuchlichste Koeffizient, Cronbachs Alpha (Cronbach, 1951), der formal der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität eines Tests für alle möglichen Testhalbierungen entspricht (Bortz & Döring, 2002). Die interne Konsistenz kennzeichnet die Leistungsfähigkeit eines Tests als Messinstrument (Lienert & Raatz, 1998).

Zum anderen ist ebenfalls die Bestimmung der Retest-Reliabilität wichtig, da bestimmt werden muss, inwiefern die Patient-Therapeut-Bindung über eine gewisse Zeit stabil ist oder aufgrund aktueller Interaktionserlebnisse (beispielsweise konfrontative Gespräche mit dem Therapeuten) oder genereller Instabilitäten fluktuiert. Die Bewertung eines Tests hinsichtlich seines Retest-Reliabilitätskoeffizienten ist im Allgemeinen dann von hoher Wichtigkeit, wenn zeitlich lange geltende Aussagen oder Voraussagen getroffen werden. Bei dieser Messwiederholungstechnik ist zu beachten, dass sich mit der Zeit die Ausprägung des zu messenden Persönlichkeitsmerkmals bei einem Probanden verändern und dies zur Variabilität der Messwerte beitragen kann. Dies gilt insbesondere für sogenannte aktuelle Persönlichkeitsmerkmale (Emotionen, Dispositionen, Bedürfnisse, manche Interessen), während bei habituellen Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltungen) von einer relativ hohen Konstanz ausgegangen werden kann (Lienert & Raatz, 1998). Es liegen keine generellen Empfehlungen von Expertenseite bezüglich eines

standardisierten zeitlichen Retest-Intervalls vor. Laut Lienert und Raatz (1998) sollte für die Testwiederholung ein Zeitpunkt gewählt werden, zu dem Erinnerungseinflüsse weitestgehend unwirksam geworden sind, andererseits jedoch noch keine Merkmalsfluktuation stattgefunden hat. Das Retest-Intervall von einer Woche wurde für vorliegende Arbeit aus organisatorischen Gründen gewählt: Einmal in der Woche finden in den Einrichtungen obligatorische Großgruppenveranstaltungen statt. Aus methodischen Gründen wäre ein Intervall zu bevorzugen gewesen, welches sich an der Zeitspanne orientiert, in dem der Patient keine Einzeltherapiesitzung mit seinem Therapeuten hat, um Beantwortungsfluktuation aufgrund der therapeutischen Interaktion vorzubeugen. Dieses individualisierte Vorgehen war aus organisatorischen Gründen jedoch nicht durchführbar, weshalb ein standardisiertes Zeit-Intervall gewählt wurde.

Die Parameter für die internen Konsistenzen fallen unter der Annahme von Item-Homogenität in der Regel besser aus als die der Testwiederholung, während letztere Methode verlässlichere Schätzungen für heterogene Skalen liefert (Lienert & Raatz, 1998). Reliabilitätskoeffizienten sollten im Allgemeinen nicht kleiner als .7 sein (Moosbrugger & Kelava, 2007). Die Skalenstabilität wird in vorliegender Arbeit mithilfe des Retest-Reliabilitätskoeffizienten (r_{tt}) bestimmt, die Stabilität der kategorialen Daten mithilfe des Cohenschen Übereinstimmungskoeffizienten Kappa (κ). Zur Ermittlung von signifikanten Übereinstimmungen bzw. Abweichungen werden standardisierte Residuen (ZRESID) verwendet, um unterschiedliche Skalenniveaus vergleichbar beurteilen zu können. Das Beurteilungskriterium wird nach Bühl und Zöfel (2005) bei ZRESID≥2 angelegt. Ein ZRESID≥2 zeigt signifikante Abweichungen zwischen den beobachteten und erwarteten Häufigkeiten an. Generell entscheiden allerdings weder die Reliabilitätskoeffizienten noch die Ergebnisse der Item-Analysen in letzter Instanz über die Güte eines Tests. Diese Funktion kommt vielmehr dem Aspekt der Validität zu (Michel & Conrad, 1982; Yousfi, 2005).

Validitäts-Analysen

Die Ermittlung der Validität eines Tests gilt als wichtigster Aspekt der Testvalidierung. Dabei wird beurteilt wie angemessen, bedeutsam und nützlich die spezifischen Schlussfolgerungen sind, die aus den Testwerten gezogen werden können. Im Folgenden wird zwischen Inhalts-

und Konstruktvalidität unterschieden. Außerdem wird das Verfahren der Kreuzvalidierung vorgestellt.

Inhaltsvalidität

Hinweise auf die inhaltliche Validität beziehen sich auf das Ausmaß, in dem eine Stichprobe von Items, Aufgaben oder Fragen eines Tests eine definierte inhaltliche Grundgesamtheit repräsentiert. Häufig wird auf Expertenurteile zurückgegriffen, um die Beziehung zwischen den Bestandteilen eines Tests und der definierten Grundgesamtheit zu bestimmen (Häcker, Leutner & Amelang, 1998).

Zur Überprüfung der Inhaltsvalidität wurden für vorliegende Untersuchung zwei unterschiedliche Datenquellen herangezogen. Zum einen wurde der von Mestel (1996) übersetzte Fragebogen einem Englisch-Muttersprachler vorgelegt, der die Items ins Englische rückübersetzte, um ein unabhängiges Urteil bezüglich der Qualität der ersten durch Mestel durchgeführten Übersetzung einzuholen. Die im Rahmen dieses Übersetzungsprozesses als kritisch identifizierten Items wurden an den Original-Fragebogen angehängt. Zum anderen wurden zur Bestimmung der Inhaltsvalidität Expertenurteile von 13 Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeuten in Ausbildung eingeholt, deren Aufgabe es war, die inhaltlich-sprachliche Güte der einzelnen Items zu beurteilen. Als Kriterium wurde festgelegt, dass mindestens 4 Positiv- bzw. Negativbewertungen der insgesamt 13 Therapeuten vorhanden sein mussten (dies entspricht 30%).

Konstruktvalidität

Die Konstruktvalidität bezieht sich auf die Aussagekraft eines Testwerts als Messung des Ausprägungsgrades der interessierenden psychologischen Eigenschaft (Schnell, Hill & Esser, 2004). Das mit einer Konstruktvalidierung verfolgte Ziel ist weniger pragmatisch als theoretisch orientiert (Häcker et al., 1998). Bedenkt man, dass die meisten psychologischen Tests sich dadurch auszeichnen, dass sie angenommene Eigenschaften messen, die hinter dem fassbaren Testverhalten stehen, wird laut Lienert und Raatz (1998) die Relevanz der Konstruktvalidität klarer. Konstrukte können als theoretische Konzeptionen über Zusammenhänge und Bedingungen menschlichen Erlebens und Verhaltens bezeichnet werden

(Bortz & Döring, 2002). Damit gehören sie nicht zu den direkt beobachtbaren Variablen (manifeste Variablen), sondern können als latente Merkmale bzw. hypothetische Konstrukte beschrieben werden, welche Indikatorfunktion ausüben (Bentler, 1980; Mummendey, 1987).

Ein Aspekt der Konstruktvalidität ist die faktorielle Validität. Mittels Faktorenanalyse wird untersucht, ob sich die Skalen, die an anderen Stichproben nachgewiesen werden konnten, ebenfalls an der hier untersuchten Stichprobe empirisch replizieren lassen. Für alle im Ergebnisteil berechneten Faktorenanalysen wird nach dem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung der Mittelwerte angenommen, da die untersuchte Stichprobe aus einer Grundgesamtheit entnommen wurde und N>30 erfüllt ist (Bortz, 1999).

Das Vorhandensein von Korrelationen zwischen Tests, die dasselbe bzw. etwas ähnliches messen, und das Fehlen solcher Zusammenhänge bei Tests, die unterschiedliche Konstrukte messen sollen, dient der Identifikation von unterschiedlichen und verwandten Konstrukten und deren Einbettung in ein nomologisches Netzwerk und wird als konvergente Validität bezeichnet (Mummendey, 1987; Fisseni, 1997). Die konvergente Validität ergibt sich aus den Korrelationen des zu validierenden Messinstrumentes mit einem oder mehreren verwandten Instrumenten. Zur Bestimmung dieses Validitätsaspekts werden Korrelationen der CATS-P nach Pearson mit den Fragebögen RSQ und HAQ-P berechnet.

Im Rahmen der Konstruktvalidierung wird eine Clusterzentrenanalyse (partitionierendes Verfahren mit Austauschalgorithmus und festgelegter Startpartition) mit dem Ziel durchgeführt, Patientenprofile zu identifizieren, welche sich durch die Variablen zur Beschreibung der therapeutischen Beziehung, der Patient-Therapeut-Bindung und des allgemeinen Bindungsstiles charakterisieren lassen. Mithilfe des gewählten Verfahrens lassen sich Aussagen über die Ausprägungen der Variablen in den entsprechenden Clustern treffen. Die Clusterzentrenanalyse wird mit standardisierten Werten (z-Transformation) berechnet, um Verteilungsdifferenzen zu eliminieren. Die Clusterlösung wird anschließend mit einer Varianzanalyse auf signifikante Unterschiede getestet. Clusterbasierte Stichprobenunterschiede werden mithilfe von T-Tests, Chi^2-Tests, Mann-Whitney-U-Tests (Prüfgröße U) oder Kontingenzanalysen (Kontingenzkoeffizient C) berechnet.

Kreuzvalidierung

Kreuzvalidierung ist eine der elaboriertesten Methoden zur Erforschung, ob die Strukturen eines an einer Stichprobe gefundenen Modells zu den Zusammenhängen latenter Variablen und psychometrischer Gütekriterien von Instrumenten bestätigt werden können (Buser, Schneller & Wildgrube, 2003). Zur Kreuzvalidierung werden die im Rahmen der Instrumentenvalidierungsstudie ermittelten Gütekriterien der CATS-P in Beziehung gesetzt zu den Daten der Therapieevaluationsstudie, um Aussagen zur Replizierbarkeit der Faktorstruktur, der Reliabilitätskennwerte, der Item-Charakteristika und der Subskalen-Interkorrelationen treffen zu können. Zu diesem Zweck werden die gleichen statistischen Verfahren angewendet, die in der Instrumentenvalidierungsstudie Verwendung fanden.

3.2 Therapieevaluation

3.2.1 Untersuchungsplan

In der multizentrischen, naturalistischen, prospektiven Längsschnittstudie wurden Abhängige von illegalen Drogen im Rahmen ihrer stationären Postakutbehandlung untersucht. Vier Drogenhilfeeinrichtungen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands beteiligten sich an der Untersuchung (*Salus-Klinik Friedberg* bei Frankfurt/M., Condrobs-Einrichtung *Schloss Pichl* bei Augsburg, die Einrichtungen *Tannenhof* und *Landhaus Oppenheim* des Tannenhof e.V. in Berlin).

Der Untersuchungsplan sieht eine Prä- (bei Aufnahme, T0), eine Prozess- (vier Wochen nach Aufnahme, T1) und eine Post-Erhebung (bei Entlassung, T2) vor. Zur Auswahl des Messzeitpunktes T1 ist anzumerken, dass angenommen wird, dass sich zu diesem Zeitpunkt eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient etabliert hat, die mit den Instrumenten CATS und HAQ erfasst werden kann.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Einrichtungen und Patientendatensätze, die zu den einzelnen Untersuchungszeitpunkten vorliegen. Insgesamt wurden 365 Patienten in die Studie einbezogen, von denen 243 vollständige Datensätze zur Prozessevaluation (T1) und bis zu 125 für den Entlasszeitpunkt (T2) vorliegen. Aus den in Tabelle 11 dargestellten Daten lässt sich nicht unmittelbar auf die generelle Abbrecherquote schließen, da ebenfalls andere Faktoren für Datenausfälle verantwortlich sein können. Es gibt einerseits aufgrund des

Studiendesigns (Beteiligung von Patienten und Therapeuten bei der Datenerhebung) organisatorisch bedingte Unregelmäßigkeiten, die sich auf die Vollständigkeit der Datenerhebung auswirken. Für Patienten, die die Therapie nach T1 unplanmäßig beendeten, liegen in der Regel keine Daten für T2 vor, auch wenn der Abbruch durch den Patienten bzw. die Klinik angekündigt wurde. Dies hängt wiederum mit organisatorischen Schwierigkeiten und motivationalen Defiziten in Kombination mit dem disziplinarischen bzw. dem durch den Patienten initiierten Entlassmodus zusammen. Datensätze, die zum Zeitpunkt T2 vorliegen, stammen entsprechend größtenteils von Patienten, die die Therapie planmäßig abgeschlossen haben. Allerdings lässt sich der Umkehrschluss aus den oben bereits dargelegten Gründen nicht vollziehen: Aus der Differenz zwischen T0 und T2 kann nicht die Abbrecher- bzw. unplanmäßige Entlassquote der jeweiligen Einrichtung berechnet werden. Die Operationalisierung des Therapieerfolgs (plan- vs. unplanmäßig) orientiert sich an der Angabe im Reha-Entlassbericht (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2001).

Tabelle 11: Therapieevaluation: Datenerhebung

	T0			**T1**				**T2**					
	P			**P**		**T**		**P**				**T**	
FB	BD	RSQ	WIRK	CATS	HAQ	CATS	HAQ	RSQ	WIRK	CATS	HAQ	CATS	HAQ
N	352	316	319	243	243	249	248	124	122	125	124	120	121

Anmerkung: P: Patient; T: Therapeut; FB: Fragebogen; BD: Basisdaten; WIRK: WIRKALL.

3.2.2 Stichprobe

Die Patienten wurden konsekutiv in die Studie aufgenommen. Ausschlusskriterien für die Teilnahme waren Analphabetismus und ein zu gering ausgeprägtes Verständnis der deutschen Sprache. Die Patienten wiesen alle eine Hauptdiagnose aus dem Spektrum der Abhängigkeit von illegalen Substanzen (F11 bis F16, F19) auf. Als Einzeldiagnosen (Komorbidität) konnten jedoch Störungen aus dem Spektrum der legalen Substanzen hinzukommen (F10, F17). Von den 365 Patienten, die insgesamt in die Studie eingeschlossen wurden, kamen 176 aus der *Salus-Klinik*, 95 aus *Schloss Pichl*, 68 aus der Einrichtung *Tannenhof* und 26 aus *Landhaus Oppenheim*. Insgesamt 27 Therapeuten behandelten die Patienten und lieferten Auskünfte über sie (Tabelle 12).

Tabelle 12: Therapieevaluation: Patienten- und Therapeutenstichproben

	Patienten		Therapeuten	
Einrichtung	**N**	**%**	**N**	**%**
Salus-Klinik Friedberg	176	48,2	10	37,0
Schloss Pichl	95	26,0	6	22,2
Tannenhof Berlin	68	18,6	6	22,2
Landhaus Oppenheim Berlin	26	7,1	5	18,5
gesamt	365	100,0	27	100,0

3.2.3 Instrumente

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die verwendeten Instrumente und die zugehörigen Datenerhebungszeitpunkte der Therapieevaluationsstudie. Die meisten Fragebögen (RSQ, HAQ, CATS) wurden bereits in Kapitel 3.1.3 vorgestellt. Im Folgenden wird näher auf die Instrumente *Basisdaten Therapeut* und *WIRKALL* (Jerusalem & Schwarzer, 1986) eingegangen.

Tabelle 13: Therapieevaluation: Instrumente und Datenerhebungszeitpunkte

	Instrumente	
Zeitpunkt	**Patient**	**Therapeut**
T0	- Basisdaten Patient - Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKALL) - RSQ	- Basisdaten Therapeut
T1	- CATS-P - HAQ-P	- CATS-T - HAQ-T
T2	- WIRKALL - RSQ - CATS-P - HAQ-P	- CATS-T - HAQ-T

Basisdaten Patient

Basisdaten der Patienten wurden mithilfe des Fragebogens erhoben, welcher in Kapitel 3.1.3 vorgestellt wurde (vgl. Anhang A). Zusätzlich zu den soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Variablen wurden von den Therapeuten Angaben zu substanzbezogenen Diagnosen, psychiatrischer Komorbidität und Therapiebeendigung (Entlassmodus) ihrer Patienten gemacht.

Basisdaten Therapeut

Im Rahmen der Erhebung der therapeutenbezogenen Basisdaten werden Variablen wie Geschlecht, Alter, Berufserfahrung im Suchtbereich und therapeutische Ausrichtung erfasst. Der gesamte Fragebogen *Basisdaten Therapeut* befindet sich in Anhang E.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKALL)

Die Skala *WIRKALL* ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das 1981 von Jerusalem und Schwarzer entwickelt wurde. Seitdem wurde die zehn Items umfassende Skala in vielen Studien verwendet und in 29 Sprachen übersetzt. Die Items sind alle in der ersten Person Singular formuliert und beziehen sich auf Bereiche, in denen Anstrengung oder Ausdauer notwendig sind angesichts von Barrieren, die einer direkten geplanten und beabsichtigten Handlungsausführung im Weg stehen. Gemessen wird die Überzeugung, diese kritischen Situationen aus eigener Kraft erfolgreich meistern zu können. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung soll demnach eine konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Schwarzer, 1994). Beispiel-Items sind „Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde“ und „Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen“. Der gesamte Fragebogen befindet sich in Anhang F1.

Das Antwortformat der Skala ist vierstufig (*stimmt nicht* bis *stimmt genau*). Mittels Faktorenanalysen wurde regelmäßig die einfaktorielle Struktur der Skala bestätigt, die interne Konsistenz lag in einer untersuchten deutschen Stichprobe bei α=.86 (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Zur Bestimmung der Rohwerte werden Summen gebildet. Die Rohwerte variieren demnach zwischen 10 und 40. Es liegen Normwerte vor, die an einer Population deutscher Erwachsener gewonnen wurden (T-Werte; vgl. Anhang F2). Die Rohwerte werden in vorliegender Studie in Normen transformiert.

3.2.4 Durchführung

Die *Salus-Klinik Friedberg* erhob Daten im Zeitraum von September 2005 bis Februar 2007, die Einrichtung *Schloss Pichl* beteiligte sich von Februar 2006 bis November 2007, in den

beiden Berliner Einrichtungen erfolgte die Datenerhebung von November 2006 bis November 2007. Die Mitarbeiter der vier teilnehmenden Einrichtungen wurden vor Beginn der Datenerhebung hinsichtlich der Diagnostik geschult und über die theoretischen Grundlagen zum allgemeinen Bindungsstil, zur Patient-Therapeut-Bindung und zur therapeutischen Beziehung informiert.

Die Organisation der Fragebogenvergabe und -rücknahme wurde von den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt (z. B. durch einen Bezugstherapeut, Jahrespraktikant, Verwaltungsmitarbeiter). Der organisatorische Aufwand war erheblich und das Datenmanagement gleichzeitig von großer Bedeutsamkeit, da Prozessevaluation in Form von Selbst- und Fremdeinschätzung (Patienten und Therapeuten) keine gängige Praxis in den Einrichtungen ist und es daher den Datenerhebungszeitpunkt T1 standardmäßig nicht gibt. Der jeweils mit dem Datenmanagement betraute Mitarbeiter wurde gesondert instruiert. Zu diesem bestand über den Studienzeitraum ein enger persönlicher und telefonischer Kontakt.

Aufgrund der Erhebung von sensiblen Patientendaten musste die Anonymität der Patienten bei der Fragebogenbeantwortung auch gegenüber den sie betreuenden Therapeuten gewährleistet werden. Um dies sicherzustellen, wurden die zu T1 erhobenen Daten zur therapeutischen Beziehung bzw. Therapiezufriedenheit und zur Patient-Therapeut-Bindung in einem von dem Patienten verschlossenen Briefumschlag, der mit dem Patientencode versehen war, an den mit der Datenerhebung betrauten Ansprechpartner zurückgegeben. Auf diese Weise war zum einen gewährleistet, dass der betreffende Bezugstherapeut nicht sehen konnte, wie sein Patient die Beziehung zu ihm auf den Fragebögen einschätzte und der Patient entsprechend frei in seinem Ankreuzverhalten sein konnte, zum anderen konnte an zentraler Stelle zurückverfolgt werden, welcher Patient seinen Fragebogen nicht abgegeben hatte und daraufhin erneut dazu aufgefordert werden. Alle Fragebögen (T0, T1, T2) sind mit dem klinikinternen Patientencode und dem Namen des Bezugstherapeuten versehen.

3.2.5 Kliniken

Salus-Klinik Friedberg

Die *Salus-Klinik Friedberg* orientiert sich an einem integrativ verhaltenstherapeutisch-neuropsychologischen Ansatz. Der Fokus der Behandlung liegt zum einen auf

psychotherapeutischen Maßnahmen und zum anderen auf arbeitstherapeutischen Angeboten, welche um medizinische, sozialpädagogische und freizeittherapeutische Maßnahmen und Angebote ergänzt werden. Schwerpunkte bei der Arbeit mit den Patienten sind Stärkung der Eigenverantwortung, Erlernen von Selbstregulationsfähigkeiten und Problemlösefertigkeiten und Rückfallmanagement. Vollmer und Krauth (2000, S. 110) beschreiben die Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen als einen „Problemlöseprozess, da sich der Patient zu Beginn der Behandlung in einem unerwünschten Zustand befindet und momentan nicht in der Lage ist mit seinem Wissen, seinen Fertig- und Fähigkeiten und seinem sozialen Netzwerk einen erwünschten Zustand zu erreichen“. Therapieplanung, Verhaltensanalyse, Motivierung und die kognitive Therapie nach Beck (1967) sind zentrale Bestandteile der verhaltenstherapeutischen Arbeit an der *Salus-Klinik Friedberg*. Daneben kommt allerdings auch beruflicher Rehabilitation, Selbstsicherheitstrainings, Selbstwirksamkeits-erwartungsstärkung und Motivierender Gesprächsführung ein zentraler Stellenwert zu. Individuelle, differentielle Therapieziele ergeben sich in den Bereichen Konflikt- und Stressbewältigung, Eigenverantwortlichkeit, Arbeitsverhalten, Kommunikationsfertigkeiten, körperliche Belastbarkeit, Bewältigung von Drogenverlangen, Durchhaltevermögen, Selbstorganisation und soziale Kompetenz. Neben den Einzeltherapiesitzungen wird viel Wert gelegt auf Indikativgruppen (z. B. Angst, Depression, Persönlichkeitsstile, Aufmerksamkeitsstörungen, Bewerbertraining, Genusstraining, Rückfallmanagement und Nachsorge) und Veranstaltungen im Rahmen von Großgruppen. Zu Beginn der Behandlung erhält jeder Patient einen Bezugstherapeuten, der eine ausführliche Anamnese erhebt und den weiteren Therapieprozess und die individuellen Therapieziele mit dem Patienten plant. Die Patienten verbringen maximal sechs Monate in der Einrichtung. Insgesamt verfügt die Einrichtung über 66 Therapieplätze für Männer und Frauen. Die *Salus-Klinik Friedberg* gehört zum Klinikverbund der privatwirtschaftlich organisierten *Salus-Kliniken Hürth*.

Tannenhof und Landhaus Oppenheim Berlin

Die beiden Berliner Einrichtungen Tannenhof und Landhaus Oppenheim haben eine Schwerpunktsetzung auf tiefenpsychologisch orientierten Therapieverfahren. Basis der Arbeit mit den Patienten sind die therapeutische Gemeinschaft und die Orientierung am 12-Schritte-Programm der anonymen Selbsthilfegruppen. Die therapeutische Gemeinschaft beruht auf dem Prinzip der Selbstorganisation und Selbstversorgung. Das bedeutet, dass die Mehrzahl

der sich im und aus dem Alltag heraus ergebenden Arbeiten und Aktivitäten mit dem jeweils zuständigen Mitarbeiter geplant und durch die Arbeitsgruppen selbständig erledigt werden. Auf diese Weise werden gemeinsame Organisations- und Kommunikationsstrukturen geschaffen (Burian, 2000; De Leon, 2000; Vollmer & Krauth, 2001). Selbsterfahrung, Beschäftigung mit den vielfältigen Aspekten der Sucht (Informationen, Umgang mit Krankheit und Medikamenten, Ernährung, Krisen etc.) und Teilnahme an Angehörigenseminaren sind zentrale Bestandteile der Therapie. In Gruppen beschäftigen sich die Patienten mit den Themen Elternschaft, Frauen, Männer, Rückfallprävention und Berufsorientierung. Darüber hinaus werden regelmäßig Angehörigenseminare zum Thema Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit angeboten. Im Rahmen der Arbeitstherapie werden in den Bereichen Küche, Garten und Haustechnik Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Durchhaltevermögen erarbeitet. Die Therapiedauer variiert in Abhängigkeit von vorheriger Therapieerfahrung zwischen 3 und 10 Monaten. Die Einrichtung Tannenhof verfügt über 34 Therapieplätze und 14 Plätze für begleitende Kinder. Die Einrichtung Landhaus Oppenheim verfügt über 23 Therapieplätze für Männer und Frauen. Beide Einrichtungen befinden sich in privatwirtschaftlicher Trägerschaft des Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. (THBB e.V.).

3.2.6 Statistische Auswertung

3.2.6.1 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte (item nonresponses) wurden bereits unter 3.1.6.1 definiert. Der Umgang mit diesen einzelnen fehlenden Werten wird zur Hypothesentestung in der gleichen Weise wie im Rahmen der Instrumentenvalidierungsstudie gehandhabt. Datenausfälle (unit nonresponses) werden in Abgrenzung zu einzelnen fehlenden Werten anders behandelt. Unit nonresponses waren bei der längsschnittlichen Datenerhebung im Allgemeinen auf mangelndes Monitoring von Ausgabe und Rücklauf der Patienten- und Therapeutenfragebögen aufgrund uneindeutiger Zuständigkeiten im Sinne von Verantwortungsdiffusion (z. B. bedingt durch Personalfluktuation), auf unzureichende Compliance der Patienten bzw. Therapeuten oder einen Therapeutenwechsel zurückzuführen. Aufgrund dieser Schwierigkeiten gingen Datensätze verloren, welche nicht ersetzt bzw. nacherhoben werden konnten. Die Datengrundlage variiert daher bei den entsprechenden Analysen. Von Therapieabbrechern liegen entweder zu den Zeitpunkten T1 und T2 oder nur zu T2 keine Daten vor, da die Therapie vorher aus unterschiedlichen Gründen beendet wurde. Für alle Patienten ist die

Information vorhanden, ob die Therapie planmäßig oder unplanmäßig beendet wurde. Das bedeutet, dass es keine Drop-outs gibt, sondern für jeden Patienten ein eindeutiges binär operationalisiertes Therapieabschlusskriterium definiert werden kann.

3.2.6.2 Hypothesentestung

Im Folgenden werden die aus dem Theorieteil bereits bekannten Hypothesen hinsichtlich der statistischen Methoden, welche zu ihrer Beantwortung herangezogen wurden, näher spezifiziert. Abbildung 8 ergänzt die ebenfalls aus dem Theorieteil bereits bekannte Übersicht über die Datenerhebungszeitpunkte und Hypothesen (vgl. Abbildung 5) um die Informationen zu den verwendeten Instrumenten. Alle Berechnungen wurden mit SPSS 15 durchgeführt.

Die soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Parameter der Patienten und Therapeuten werden zunächst einzeln auf ihren Prädiktionswert bezüglich des Therapieerfolgskriteriums getestet und anschließend anhand einer Multikollinearitätsdiagnose auf die Hypothesentestung vorbereitet, um zu entscheiden, welche Variablen die Berechnungsgrundlage für eine möglichst gute Modellspezifizierung bilden und um Redundanzen zu vermeiden (Tabachnick & Fidell, 2007). Die Multikollinearitätsanalyse dient der Identifikation von unerwünschten Korrelationen zwischen Prädiktorvariablen. Zur Testung auf Multikollinearität wird zunächst eine bivariate Korrelationsmatrix angelegt (getrennt für Patienten- und Therapeutendaten) und anschließend eine lineare Regression mit Alter als abhängiger und allen anderen soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Items als unabhängigen Variablen berechnet. Als Kriterien zur Identifikation von Multikollinearität wird ein $r \geq .4$ in der Korrelationsmatrix und ein Varianzinflationsfaktor $VIF \geq 10$ festgelegt (Schneider, 2007).

Hypothesenteil 1: Deskription und Zusammenhänge der Input-Variablen

Zur Beantwortung der Hypothesen des ersten Teils werden die Patientendaten des Erhebungszeitpunktes T0 herangezogen. Zur Feststellung der Ausprägung des Bindungsstiles und der Selbstwirksamkeitserwartung dienen deskriptive Statistiken. Die Daten zum Bindungsstil liegen in kategorialer Form vor, die Selbstwirksamkeitserwartungswerte sind metrisch skaliert und T-standardisiert. Für die Skalen zur Selbstwirksamkeitserwartung liegen

Normwerte vor. Tests auf signifikante Unterschiede zu den Normwerten werden mithilfe von T-Tests berechnet. Zur Beantwortung der Hypothese 1.3 zum Zusammenhang der Konstrukte werden die Daten WIRKALL und RSQ des Erhebungszeitpunktes T0 herangezogen und varianzanalytisch betrachtet. Außerdem wird eine multinomial logistische Regression berechnet, um potentielle Störvariablen zu kontrollieren. In Tabelle 14 wird ein Überblick über die statistischen Verfahren gegeben, die zur Testung der Hypothesen des ersten Teils angewendet werden.

Tabelle 14: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 1

	Statistisches Verfahren	**Unabhängige Variable**	**Kovariate**	**Abhängige Variable**
H 1				
H 1.1	Deskriptive Statistik, T-Test	Selbstwirksamkeits-erwartung T0		
H 1.2	Deskriptive Statistik	Bindungsstil T0		
H 1.3	ANOVA, multinomial logistische Regression	Bindungsstil T0	Alter, Geschlecht	Selbstwirksamkeits-erwartung T0

Hypothesenteil 2: Therapieerfolgsprädiktion

Die Hypothesen des Teils 2, welche der Therapieerfolgsprädiktion dienen, werden mithilfe von ANOVAS, Kontingenzanalysen und Regressionen berechnet.

Liegt die abhängige Variable in binärer Ausprägung vor (Therapieabschluss: planmäßig vs. unplanmäßig) wird als Unterform der kategorialen Regression eine logistische Regression durchgeführt, welche die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen angibt (Höfler, 2004; Bühl & Zöfel, 2005). Dabei dürfen die unabhängigen Variablen auf Nominalskalenniveau mehr als zwei Ausprägungen aufweisen oder können auch höheren Skalenniveaus entsprechen. Bei quantitativ ausgeprägten unabhängigen Variablen (bzw. Kovariaten), wie beispielsweise Alter oder Erstkonsumalter, gibt die Odds Ratio (OR) die Risikosteigerung bei der Erhöhung des Wertes der unabhängigen Variablen um eins an. Kategoriale unabhängige Variablen werden dummy-codiert und in die Modelle aufgenommen, wobei eine Kategorie als Referenzkategorie bestimmt wird (dies ist, wenn nicht anders angegeben, die erste Kategorie; Andreß, Hagenaars & Kühnel, 1997). Es werden für die unabhängigen Variablen der Regressionskoeffizient (B), das Signifikanzniveau (p), die OR und das zugehörige Vertrauensintervall (95%-CI OR) berichtet. Zur Kontrolle des binär logistischen

Regressionsmodells auf Interaktionen werden Kontrollvariablen (Kovariaten) in die Berechnungen aufgenommen.

Bei Vorliegen der abhängigen Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen werden multinomiale (auch: polytome) logistische Regressionen berechnet (Kleinbaum & Klein, 2002; Höfler, 2004). Die Anpassungsgüte des multinomialen Regressionsmodells wird anhand des Likelihood-Quotienten-Tests beurteilt. Dieser Test berechnet die Differenz zwischen der -2-Log-Likelihood-Statistik des endgültigen und des um den Haupteffekt reduzierten Modells. Zur Interpretation des Testergebnisses wird eine Chi^2-Statistik verwendet. Ein p-Wert des Chi^2-Tests<.05 indiziert einen signifikanten Erklärungszuwachs aufgrund der Aufnahme der jeweiligen Variable in das Modell. Die Überprüfung der Hypothesen 2.3 und 2.4, welche der Prädiktion der Prozess-Variablen dienen, erfolgt für jedes zu prädizierende Kriterium einzeln (vgl. Tabelle 15).

Kontingenzanalysen dienen der Berechnung von Zusammenhängen zwischen kategorialen Daten. Dabei wird der Kontingenzkoeffizient C verwendet, wenn Zusammenhänge verschiedener Konstrukte analysiert werden, und Cohens Kappa, wenn das gleiche Konstrukt aus einer Perspektive (ein Beurteiler) über die Zeit (Intrarater-Konkordanz) oder das gleiche Konstrukt aus verschiedenen Perspektiven (zwei Beurteiler) zur gleichen Zeit (Interrater-Konkordanz) analysiert wird. Tabelle 15 fasst die Vorgehensweise der Hypothesentestung des zweiten Teils zusammen.

Tabelle 15: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 2

	Statistisches Verfahren	Prädiktor	Kovariate	Kriterium
H 2				
H 2.1	Logistische Regression	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Bindungsstil	Therapieerfolg
H 2.2	Kontingenzanalyse	Bindungsstil T0		Therapieerfolg
H 2.3				
H 2.3.1	ANOVA, multinomial logistische Regression	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Bindungsstil	Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive
H 2.3.2	ANOVA, multinomial logistische Regression	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Bindungsstil	Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeuten-perspektive
H 2.3.3	ANOVA, multinomial logistische Regression	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Bindungsstil	Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive
H 2.3.4	ANOVA, multinomial logistische Regression	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Bindungsstil	Therapiezufriedenheit aus Therapeuten-perspektive
H 2.4	Analog zu H 2.3	Bindungsstil T0		
H 2.5	Logistische Regression	Patient-Therapeut-Bindung (Patienten- & Therapeuten-perspektive), Therapiezufriedenheit (Patienten- & Therapeuten-perspektive)	Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, praktizierte Therapierichtung	Therapieerfolg

Hypothesenteil 3: Prä-Post-Veränderung

Die Veränderungshypothesen werden unabhängig vom Therapiebeendigungsstatus des Patienten mit allen zur Verfügung stehenden Datensätzen berechnet. Von den unplanmäßigen Beendern liegen zu T2 jedoch nur sieben ausgefüllte Fragebögen vor. Die Aussagen zu Veränderungshypothesen sind daher nicht auf unplanmäßige Beender generalisierbar, sondern treffen hauptsächlich für Patienten mit einem planmäßigen Beendigungsstatus zu.

Zur Überprüfung von Veränderungen über die Zeit von T0 zu T2 wird für die metrische Variable Selbstwirksamkeitserwartung eine ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt, wobei Alters- und Geschlechtseffekte kontrolliert werden. Unter der Bedingung, dass die Veränderungshypothese 3.1 sich bestätigt, erfolgt eine Überprüfung der Moderatorhypothese 3.1.1. Die Überprüfung der Moderatorhypothese zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung über den Interventionszeitraum aufgrund der Ausprägung der Prozess-Variablen dient der Spezifikation der Frage, unter welchen Bedingungen eine Veränderung erfolgt (Kraemer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002). Baron und Kenny (1986, p. 1174) definieren einen Moderator folgendermaßen:

> ... a qualitiative (e.g., sex, race, class) or quantitative ... variable that affects the direction and/or strength of a relation between an independent or predictor variable and a dependent or criterion variable … a basic moderator effect can be represented as an interaction between a focal independent variable and a factor (the moderator) that specifies the appropriate conditions for its operations.

Zur Überprüfung der Moderatorhypothese werden vier ANOVAS mit Messwiederholung berechnet, in die die Variablen Patient-Therapeut-Bindung (aus Patientenperspektive [CATS-P] und aus Therapeutenperspektive [CATS-T] zu T1) und Therapiezufriedenheit (aus Patientenperspektive [HAQ-P] und aus Therapeutenperspektive [HAQ-T] zu T1) einzeln eingehen. Die Moderatorhypothese kann als bestätigt angesehen werden, wenn eine signifikante Interaktion zwischen der jeweiligen Moderatorvariable und dem Faktor (Zeit) vorliegt (Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004). Die Interpretation des Ergebnisses erfolgt anhand des sehr robusten Teststatistik-Kriteriums nach Pillai (*Pillai-Spur*; Tabachnick & Fidell, 2007).

Zur Überprüfung von Veränderungen des Bindungsstiles über die Zeit von T0 zu T2 wird eine Kontingenzanalyse anhand des Konkordanzmaßes Cohens Kappa (Interrater-Konkordanz) durchgeführt. Unter der Bedingung, dass die Veränderungshypothese 3.2 sich bestätigt, erfolgt eine Überprüfung der Moderatorhypothese 3.1.2 mithilfe von einzelnen geschichteten Kontingenzanalysen für die Moderatorvariablen Patient-Therapeut-Bindung aus Patienten- und Therapeutenperspektive (CATS-P und CATS-T) zu T1 und Therapiezufriedenheit aus Patienten- und Therapeutenperspektive (HAQ-P und HAQ-T) zu T1. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Teststatistiken des Hypothesenteils 3.

Tabelle 16: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 3

	Statistisches Verfahren	**Unabhängige Variable**	**Kovariate**	**Abhängige Variable**
H 3				
H 3.1	ANOVA mit Messwiederholung	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	Alter, Geschlecht	Selbstwirksamkeits-erwartung T2
H 3.2	Kontingenzanalyse (Intrarater-Konkordanz)	Bindungsstil T0		Bindungsstil T2

	Statistisches Verfahren	**Unabhängige Variable**	**Moderator**	**Abhängige Variable**
H 3.1.1	ANOVA mit Messwiederholung	Selbstwirksamkeits-erwartung T0	1. Patient-Therapeut-Bindung T1 (Patientenperspektive) 2. Patient-Therapeut-Bindung T1 (Therapeuten-perspektive) 3.Therapie-zufriedenheit T1 (Patientenperspektive) 4.Therapie-zufriedenheit T1 (Therapeuten-perspektive)	Selbstwirksamkeits-erwartung T2
H 3.2.1	Geschichtete Kontingenzanalysen (Intrarater-Konkordanz)	Bindungsstil T0	vgl. H 3.1.1	Bindungsstil T2

Hypothesenteil 4: Prozess-Post-Veränderung und Interrater-Konkordanz

Die Überprüfung dieses Hypothesenteils folgt, wie aus dem Titel bereits ersichtlich wird, zum einen einer längsschnittlichen und zum anderen einer querschnittlichen Betrachtung der Daten zur Patient-Therapeut-Bindung und zur Therapiezufriedenheit. An dieser Stelle wird darauf verwiesen, dass T2-Daten fast ausschließlich von Patienten vorliegen, welche die Therapie planmäßig beendeten. Aufgrund dessen ist die Berechnungsgrundlage für die Beantwortung des Hypothesenteils 4 reduziert auf die Substichprobe der Patienten, für die sowohl zu T1 als auch zu T2 Daten vorliegen.

Die Analyse der Daten zur Beantwortung der Hypothese 4.1 erfolgt mithilfe des Intrarater-Reliabilitätskoeffizienten (Cohens Kappa). Wenn sich signifikante Veränderungen über den Beobachtungszeitraum (von T1 zu T2) zeigen ($p>.05$), werden die Zellenhäufigkeiten mithilfe standardisierter Residuen (ZRESID) analysiert.

Die Überprüfung der Hypothese 4.2 zur Konkordanz der Einschätzung der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit erfolgt zunächst querschnittlich mithilfe des Interrater-Reliabilitätskoeffizienten (Cohens Kappa). Der Gesamtprozentsatz der konkordanten Urteile wird jeweils angegeben (Summe der Häufigkeiten der Hauptdiagonalen in Prozent zu Gesamt). Diese Analysen werden für die Messzeitpunkte T1 und T2 durchgeführt. Anhand des Verhältnisses konkordanter und diskordanter Patient-Therapeut-Übereinstimmungen wird eine binäre Indexvariable kreiert (0 = keine Übereinstimmung, 1 = Übereinstimmung), mithilfe derer längsschnittliche Übereinstimmungsveränderung auf Signifikanz getestet wird (T-Test). Tabelle 17 gibt einen Überblick über die statistischen Verfahren zur Überprüfung des Hypothesenteils 4.

Tabelle 17: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 4

	Statistisches Verfahren	**Variablen**
H 4		
H 4.1	Kontingenz-analyse (Intrarater-Konkordanz)	1. Patient-Therapeut-Bindung (Patientenperspektive) T1 x Patient-Therapeut-Bindung (Patientenperspektive) T2
		2. Patient-Therapeut-Bindung (Therapeutenperspektive) T1 x Patient-Therapeut-Bindung (Therapeutenperspektive) T2
		3.Therapiezufriedenheit (Patientenperspektive) T1 x Therapiezufriedenheit (Patientenperspektive) T2
		4.Therapiezufriedenheit (Therapeutenperspektive) T1 x Therapiezufriedenheit Therapeutenperspektive) T2
H 4.2	Kontingenz-analyse (Interrater-Konkordanz; Querschnitts-analyse)	1. Patient-Therapeut-Bindung (Patientenperspektive) T1 x Patient-Therapeut-Bindung (Therapeutenperspektive) T1
		2. Therapiezufriedenheit (Patientenperspektive) T1 x Therapiezufriedenheit (Therapeutenperspektive) T1
		3. Patient-Therapeut-Bindung (Patientenperspektive) T2 x Patient-Therapeut-Bindung (Therapeutenperspektive) T2
		4. Therapiezufriedenheit (Patientenperspektive) T2 x Therapiezufriedenheit (Therapeutenperspektive) T2
	T-Test gepaarter Stichproben (Längsschnitt-analyse)	Indexvariable T1 – Indexvariable T2

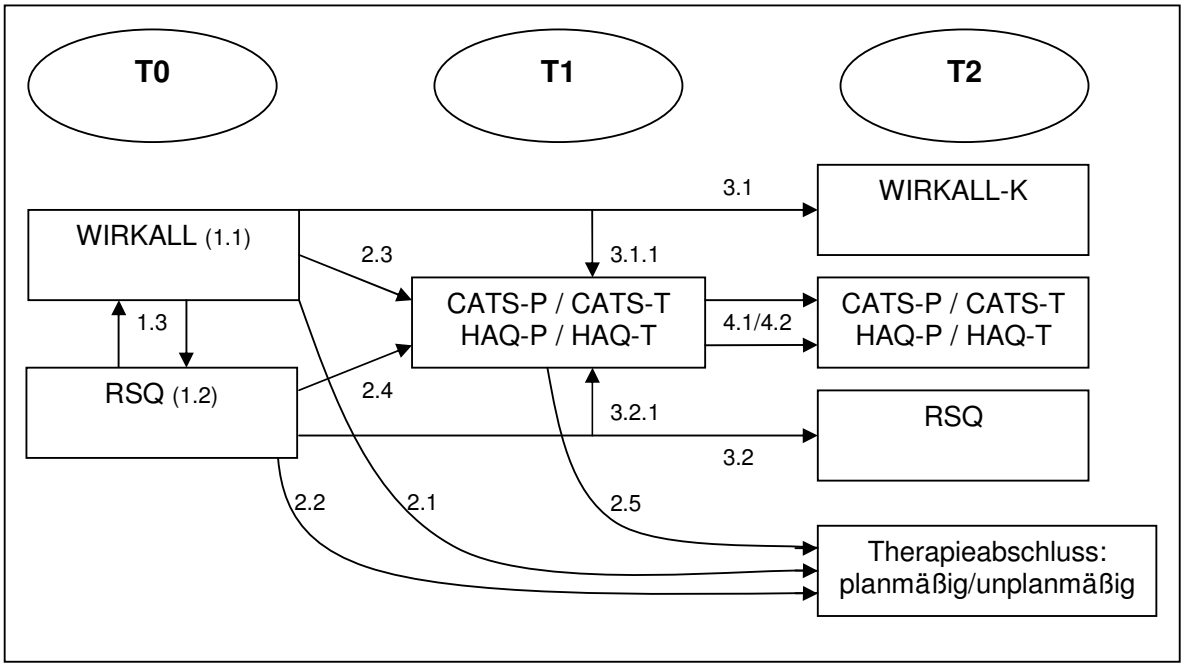

Abbildung 8: Übersicht über Datenerhebungszeitpunkte, Instrumente und hypothetisierte Zusammenhänge

Anmerkung: Zahlen in der Abbildung beziehen sich auf die Hypothesennummern im Text.

4. ERGBNISSE

4.1 Instrumentenvalidierung

4.1.1 Stichprobenbeschreibung

Von den insgesamt 119 in die Validierungsstudie einbezogenen Patienten sind 80,7% (N=96) männlich. Die Altersspanne der Patienten umfasst 19 bis 52 Jahre, das Durchschnittsalter liegt bei 28 Jahren (SD=6). 79,8% (N=95) der Patienten sind deutsch. Die übrigen Nationalitäten sind türkisch, ex-jugoslawisch, italienisch, slowenisch, griechisch, kurdisch, österreichisch (fehlende Angaben: 3,4%). 8,4% (N=10) der Patienten weisen keinen Schulabschluss auf. 66,4% (N=79) verfügen über einen Hauptschulabschluss, 21,0% (N=25) über einen Realschulabschluss die restlichen 4,2% (N=5) über einen höheren Schulabschluss. Hinsichtlich des Familienstandes zeigt sich, dass 80,7% (N=96) der Patienten ledig, 8,6% (N=9) geschieden und 12,8% (N=14) verheiratet sind. Vor Aufnahme in die Therapieeinrichtung hatten 52,9% (N=63) einen festen Partner.

Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum variiert zwischen 9 und 21 Jahren. Durchschnittlich wurde der regelmäßige Alkoholkonsum im Alter von 14 Jahren begonnen (SD=2; fehlende Angaben: 7,6%). Der Cannabiskonsum wurde durchschnittlich im Alter von 15 Jahren (SD=2; fehlende Angaben: 5%) und der Heroinkonsum im Alter von 20 Jahren aufgenommen (SD=4; fehlende Angaben: 19,3%).

Hinsichtlich der Therapieerfahrung wurde zwischen vor dem aktuellen Aufenthalt planmäßig und unplanmäßig beendeten Therapieversuchen unterschieden. 19,3% (N=23) der Patienten hatten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt bereits mindestens eine Therapie planmäßig beendet (fehlende Angaben: 6,7%). 26,1% (N=31) hatten bereits mehr als eine Therapie zuvor unplanmäßig beendet (fehlende Angaben: 14,3%).

Als Hauptproblemsubstanz in dem Zeitraum ein halbes Jahr vor Therapiebeginn geben die meisten Patienten Opiate an (40,3%, N=48), gefolgt von Cannabis (17,6%, N=21) und Kokain (16,8%, N=20). Von 10,9% (N=13) der Patienten wird Methadon als Hauptdroge angegeben, von 8,4% (N=10) Alkohol[1], von 4,2% (N=5) Stimulanzien und von 1,7% (N=2) Medikamente aus dem Spektrum der Benzodiazepine.

[1] Diese Item-Beantwortung bezieht sich auf die Selbsteinschätzung seiner Problematik des Patienten, nicht die offizielle Hauptdiagnose (diese müsste aus dem Spektrum der illegalen Substanzen stammen).

4.1.2 Instrumentenbeschreibung

4.1.2.1 CATS-P

Item- und Skalen-Analysen

Betrachtet man die Skalen-Eigenschaften, fallen zunächst die rechtssteile Verteilung der Skala *sicher* und die linkssteile der Skalen *ängstlich-vermeidend* und *verstrickt* auf. Der Mittelwert der Skala *sicher* liegt bei 4,36 (SD=0,74). Die Skalen *ängstlich-vermeidend* und *verstrickt* haben dagegen sehr niedrige Mittelwerte (ängstlich-vermeidend: M=2,16; SD=0,83; verstrickt: M=2,11; SD=0,76; Tabelle 18).

Tabelle 18: Instrumentenvalidierung: Skalen-Eigenschaften CATS-P

CATS-P-Skala	M	SD	Md	Mo	Min	Max
sicher	4,36	0,74	4,36	4,70	2,93	5,86
ängstlich-vermeidend	2,16	0,83	1,90	1,83	1,00	4,50
verstrickt	2,11	0,76	2,00	1,40	1,00	4,10

Mittelwerte, Schwierigkeitsindices, Trennschärfekoeffizienten und das adjustierte Cronbachs Alpha nach Itemlöschung („α wenn Item gelöscht“) legen nahe, sechs Items der Skala *sicher*, zwei Items der Skala *ängstlich-vermeidend* und drei Items der Skala *verstrickt* aus der CATS-P zu entfernen, um die Gütekriterien der Skalen zu verbessern (Tabelle 19). Die entsprechenden Items sind in Tabelle 19 jeweils grau hinterlegt.

Tabelle 19: Instrumentenvalidierung: Item-Charakteristika der drei CATS-P-Subskalen

Subskala und Items	M	SD	p	r_{it}	α wenn Item gelöscht
sicher					
1	4,80	1,27	0,80	,243	,821
2	3,85	1,50	0,64	,356	,815
5	4,97	1,16	0,83	,386	,812
8	3,73	1,41	0,62	,551	,799
11	5,07	1,18	0,84	,346	,814
14	4,58	1,27	0,76	,417	,809
17	4,65	1,30	0,78	,190	,825
20	3,86	1,31	0,64	,587	,797
23	4,54	1,33	0,76	,150	,828
26	4,28	1,35	0,71	,552	,800
29	3,58	1,60	0,60	,451	,808
32	4,35	1,27	0,72	,718	,788
34	4,57	1,40	0,76	,649	,792
36	4,16	1,54	0,69	,651	,790
ängstlich-vermeidend					
3	1,78	1,35	0,30	,614	,832
6	2,17	1,39	0,36	,472	,843
9	2,29	1,46	0,38	,520	,839
12	2,70	1,44	0,45	,394	,849
15	1,44	0,91	0,24	,498	,842
18	1,72	1,22	0,29	,555	,837
21	1,77	1,23	0,29	,541	,838
24	3,26	1,64	0,54	,277	,861
27	2,74	1,43	0,46	,554	,837
30	1,70	1,16	0,28	,484	,842
33	2,18	1,46	0,36	,735	,822
35	2,12	1,34	0,35	,715	,825
37	1,29	0,73	0,22	,513	,851
verstrickt					
4	1,79	1,12	0,30	,437	,792
7	2,18	1,34	0,36	,536	,780
10	2,38	1,26	0,40	,530	,782
13	3,10	1,44	0,52	,414	,796
16	1,43	1,01	0,24	,582	,779
19	1,48	1,05	0,25	,344	,801
22	2,23	1,31	0,37	,551	,779
25	2,52	1,44	0,42	,586	,774
28	2,08	1,33	0,35	,615	,771
31	1,87	1,26	0,31	,234	,814
38	1,88	1,28	0,31	,395	,804

Anmerkung: Grau hinterlegte Items weisen unzureichende Gütekriterien auf.

Validität

Inhaltsvalidität

Um Aussagen über die inhaltliche Validität des Selbstbeurteilungsinstrumentes CATS-P treffen zu können, wurden die Expertenurteile itemweise ausgewertet. Nach der Einschätzung der Experten sind hauptsächlich folgende Items der CATS-P als problematisch bzw. missverständlich einzustufen: 4, 7, 10, 13, 16, 17, 19, 22, 28, 38 (jeweils mindestens vier

Therapeuten gaben die entsprechende Negativbewertung ab). Die Experten wurden ebenfalls darum gebeten, die Items, die sie als besonders verständlich und das Konstrukt auf eine hilfreiche Weise abbildend wahrnahmen, zu kennzeichnen. Diese Items sind: 5, 6, 13, 14, 20, 21, 27, 33, 34 (jeweils mindestens vier Therapeuten gaben die entsprechende Positivbewertung ab; Tabelle 20). In Anhang G sind alle einzelnen Item-Einschätzungen der 13 Therapeuten einsehbar.

Tabelle 20: Instrumentenvalidierung: Expertenbeurteilung

Skala	Nr.	„schlechte“, missverständliche Items
3	4	Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein.
3	7	Ich wünschte, mein Therapeut könnte täglich bei mir sein.
3	10	Ich hätte gerne, dass sich mein Therapeut mir näher fühlt.
3	13	Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen.
3	16	Ich denke daran, meinen Therapeut bei ihm zu Hause anzurufen.
1	17	Ich weiß nicht, was ich erwarten soll, wie mein Therapeut von Therapiesitzung zu Therapiesitzung reagieren wird.
3	19	Ich denke darüber nach, der liebste Patient meines Therapeuten zu sein.
3	22	Ich wünschte, es gäbe einen Weg, wie ich mehr Zeit mit meinem Therapeut verbringen könnte.
3	28	Ich wünschte, mein Therapeut wäre nicht mein Therapeut, so dass wir Freunde sein könnten.
3	38	Oft frage ich mich, wie die anderen Patienten meines Therapeuten sind.

Skala	Nr.	„gute“, verständliche Items
1	5	Mein Therapeut ist zuverlässig.
2	6	Wenn ich mit meinem Therapeuten über meine Probleme spreche, komme ich mir beschämt oder dumm vor.
3	13	Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen.
1	14	Wenn ich meine Gefühle zeige, reagiert mein Therapeut darauf in hilfreicher Weise.
1	20	Ich kann sagen, dass mein Therapeut Freude daran hat, mit mir zu arbeiten.
2	21	Ich befürchte, dass mein Therapeut mir gegenüber wahrscheinlich nicht ehrlich ist.
2	27	Ich fühle mich bei meinem Therapeut sicher.
2	33	Es fällt mir schwer, meinem Therapeut zu trauen.
1	34	Ich bin sicher, dass mein Therapeut da ist, wenn ich ihn wirklich brauche.

Konstruktvalidität

Anhand des Kaiser-Guttman-Kriteriums zeigen sich in einer explorativen Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) zehn Faktoren. Nach Zwick und Velicer (1986) wird die wirkliche Faktorenanzahl mit dieser Analysemethode jedoch meistens überschätzt. Die Faktorenextraktion ist ein generelles Problem der Faktorenanalyse: Es existiert kein allgemein anerkanntes Abbruchkriterium während der Faktorenextraktion, vielmehr müssen mehrere Kriterien beachtet werden, von denen die inhaltliche Plausibilität ein sehr wichtiges darstellt (Bühner, 2006). Nach Anwendung des Screetest-Kriteriums (Cattell, 1966) können drei Faktoren identifiziert werden (Abbildung 9).

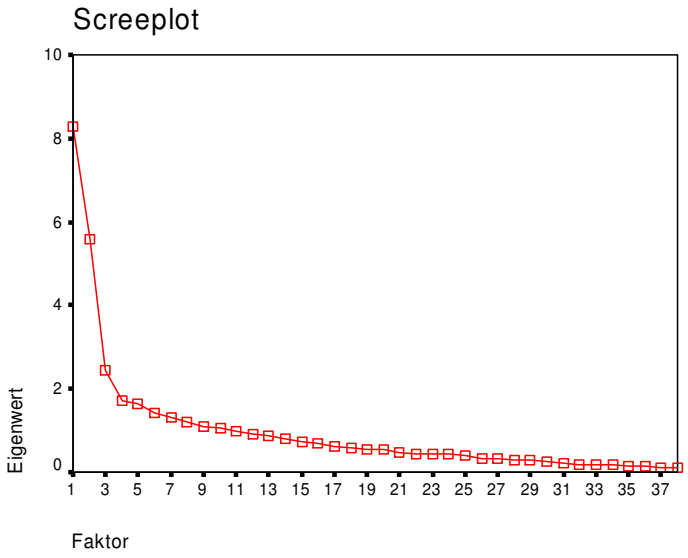

Abbildung 9: Instrumentenvalidierung: Screeplot CATS-P

In einer erneuten Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) wurden die drei theoretisch angenommenen Faktoren voreingestellt. Daraufhin konnten die aus der amerikanischen Fragebogenüberprüfung bekannten Faktorzuordnungen repliziert werden (Tabelle 21). Die farbigen Hinterlegungen in Tabelle 21 beziehen sich auf die Zugehörigkeit der Items zu den in der amerikanischen Originalversion gefundenen drei Faktoren (sicher = blau, ängstlich-vermeidend = rot, verstrickt = gelb).

Tabelle 21: Instrumentenvalidierung: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-P

	Komponente		
Item	**1**	**2**	**3**
Item 1	,294	-,146	-,095
Item 2	,495	-,003	-,182
Item 3	-,280	,599	,052
Item 4	,308	-,077	,476
Item 5	,440	-,167	-,031
Item 6	-,081	,614	,037
Item 7	,479	,159	,463
Item 8	,607	-,139	,198
Item 9	-,554	,339	-,088
Item 10	,009	-,031	,690
Item 11	,410	-,177	-,369
Item 12	-,131	,511	-,250
Item 13	,164	,147	,443
Item 14	,508	-,014	,147
Item 15	-,163	,584	,163
Item 16	,216	,065	,559
Item 17	,037	-,594	-,117
Item 18	-,180	,660	,205
Item 19	-,238	-,038	,615
Item 20	,623	-,121	,261
Item 21	-,413	,415	,324
Item 22	,248	,405	,491
Item 23	,050	-,537	-,219
Item 24	,264	,601	-,133
Item 25	,195	,001	,679
Item 26	,723	,253	,084
Item 27	-,729	,360	-,238
Item 28	,160	,033	,715
Item 29	,489	-,167	,489
Item 30	-,389	,372	,451
Item 31	-,136	,208	,409
Item 32	,756	-,227	,084
Item 33	-,444	,653	,035
Item 34	,696	-,121	,101
Item 35	-,540	,567	,146
Item 36	,762	-,058	,038
Item 37	-,386	,388	,404
Item 38	-,112	,184	,456

Anmerkung: Komponente 1: *sicher* (blau), Komponente 2: *ängstlich-vermeidend* (rot), Komponente 3: *verstrickt* (gelb).

Wie aus Tabelle 21 ersichtlich wird, gibt es lediglich bei Item 37 eine leicht uneindeutige Zuordnung. Da dieses Item in der ursprünglichen deutschen Übersetzung des Originalfragebogens jedoch nicht vorhanden ist, sondern auf Anraten des Englisch-Muttersprachlers im Rahmen der Neuübersetzung in die hier durchgeführte Analyse einbezogen wurde, kann Item 37 insgesamt vernachlässigt werden. Aufgrund der durchgeführten Item-Analyse wird festgehalten, dass Item 3 bessere Gütekriterien aufweist als Item 37 und daher im Fragebogen belassen wird. Item 38, welches eine neu formulierte Option zu Item 31 darstellt, weist eine etwas höhere Faktorladung auf Komponente 3 auf als Item 31. Item 38 wurde jedoch zum einen von den Experten negativ bewertet und zum anderen stellen sich die Item-Charakteristika ebenfalls als unzureichend dar (vgl. Tabelle 19).

Die Items 37 und 38 werden aufgrund dieser Ergebnisse in weiterführenden Analysen nicht mehr berücksichtigt. Mit den drei extrahierten Faktoren wird insgesamt 42,89% Varianz aufgeklärt (Faktor 1: 23,79%, Faktor 2: 14,65%, Faktor 3: 6,46%).

Interkorrelationen der drei Skalen wurden berechnet, um zum einen die statistisch-faktorielle Struktur der CATS-P zu bestätigen und zum anderen die Skalen semantisch voneinander abzugrenzen. Die Skalen *sicher* und *ängstlich-vermeidend* korrelieren negativ (r=-.626), während die Skalen *sicher* und *verstrickt* eine schwach positive Korrelation aufweisen (r=.209) und zwischen der Skala *verstrickt* und *ängstlich-vermeidend* annähernd eine Nullkorrelation vorliegt (r=.059; Tabelle 22).

Tabelle 22: Instrumentenvalidierung: Interkorrelationen der CATS-P-Skalen

Korrelationen	sicher	ängstl.-verm.	verstrickt
sicher	-		
ängstlich-vermeidend	-.626**	-	
verstrickt	.209*	.059	-

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Eine signifikant positive Korrelation liegt zwischen der Subskala 1 der CATS-P (sicher) und der Skala 1 des RSQ (Angst vor Trennung) vor (r=.196), ebenfalls signifikante positive Zusammenhänge zeigen sich zu den beiden Skalen des HAQ-P (r=.555 bzw. r=.215). Die Subskala 2 der CATS-P (ängstlich-vermeidend) weist eine negative Korrelation zur Subskala *Beziehungszufriedenheit* des HAQ-P auf (r=-.490). Subskala 3 der CATS-P, welche verstrickte Bindungsbeziehungen abbildet, korreliert mit den zwei Skalen des RSQ positiv (Angst vor Trennung: r=.225; Angst vor Nähe: r=.217; Tabelle 23).

Tabelle 23: Instrumentenvalidierung: Subskalen-Interkorrelationen (RSQ, HAQ-P, CATS-P)

	RSQ 1	RSQ 2	HAQ-P 1	HAQ-P 2	CATS-P 1	CATS-P 2	CATS-P 3
RSQ 1	1,000	,072	,116	,066	,196*	,064	,225*
RSQ 2		1,000	-,032	-,155	,069	,146	,217*
HAQ-P 1			1,000	,503**	,555**	-,490**	,106
HAQ-P 2				1,000	,215*	-,155	-,152

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
Anmerkung: RSQ 1: Angst vor Trennung; *RSQ 2:* Angst vor Nähe; *HAQ-P 1:* Beziehungszufriedenheit; *HAQ-P 2:* Erfolgszufriedenheit; *CATS-P 1:* sicher; *CATS-P 2:* ängstlich-vermeidend*; CATS-P 3:* verstrickt.

Die konvergente Validität der CATS-P wurde ebenfalls mithilfe einer Clusterzentrenanalyse überprüft. Für diese Analyse wurden alle verwendeten Mittelwerte der Skalen RSQ, HAQ-P und CATS-P zuvor z-transformiert. Es ergeben sich zwei die Gesamtstichprobe konstituierende Cluster (N_1=45 und N_2=70). Die z-standardisierten Skalenmittelwerte der identifizierten Clusterlösungen sind in Tabelle 24 mit den zugehörigen Teststatistiken dargestellt.

Tabelle 24: Instrumentenvalidierung: Clusterzentrenanalyse

	Cluster 1	**Cluster 2**	**Statistik**	
	M	**M**	**F**	**p**
RSQ 1: Angst vor Trennung	0,003	-0,002	0,001	.979
RSQ 2: Angst vor Nähe	0,039	0,013	0,019	.890
CATS-P 1: sicher	-0,784	0,495	72,733	.000
CATS-P 2: ängstlich-vermeidend	0,805	-0,522	82,179	.000
CATS-P 3: verstrickt	0,066	-0,047	0,343	.559
HAQ-P 1: Beziehungszufriedenheit	-0,865	0,556	103,871	.000
HAQ-P 2: Erfolgszufriedenheit	-0,635	0,434	42,377	.000

Anmerkung: Berichtet werden die z-transformierten Mittelwerte der Clusterlösung.

Cluster 1 ist charakterisiert durch hohe Werte auf der CATS-P-Skala *ängstlich-vermeidend* und niedrige Werte auf der CATS-P-Skala *sicher* und auf den beiden HAQ-P-Skalen. Cluster 1 lässt sich mit *unzufrieden-ängstliche Therapiequalität* bezeichnen. Cluster 2 stellt das Negativ von Cluster 1 dar mit niedrigen Werten auf der CATS-P-Skala *ängstlich-vermeidend* und hohen auf der CATS-P-Skala *sicher* und den beiden HAQ-P-Skalen. Cluster 2 umfasst Patienten, welche eine *zufrieden-sichere Therapiequalität* aufweisen. Die Unterschiede zwischen den Clustern aufgrund der Ausprägungen der Skalen CATS-P 1, CATS-P 2, HAQ-P 1 und HAQ-P 2 sind signifikant, während die Skalen RSQ 1, RSQ 2 und CATS-P 3 nicht zwischen den Clustern differenzieren.

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Clustern hinsichtlich soziodemographischer oder drogenkonsumassoziierter Parameter nachweisen (Tabelle 25).

Tabelle 25: Instrumentenvalidierung: Clusterbasierte Stichprobenbeschreibung

Variable	Cluster 1	Cluster 2	Statistik Prüfgröße (df)	p
Alter (M, SD)	28,3 (5,5)	28,1 (6,3)	T=-0,111 (112)	.912
Drogenkonsumeinstiegsalter				
Alkohol (M, SD)	13,6 (2,0)	13,9 (1,9)	T=-0,930 (104)	.354
Cannabis (M, SD)	14,8 (2,0)	14,6 (2,3)	T=0,292 (107)	.771
Opiate (M, SD)	19,8 (3,3)	19,4 (3,8)	T=0,479 (91)	.633
Geschlecht (% (N) männlich)	75,6 (34)	82,9 (58)	χ^2=0,913 (1)	.339
Partnerbeziehungsstatus (% (N) Partner vorhanden)	51,1 (23)	54,3 (38)	χ^2=0,111 (1)	.739
Therapieerfahrung				
planmäßig beendete Therapieversuche (% (N) keine)	82,9 (34)	77,3 (51)	U=1273,00	.465
unplanmäßig beendete Therapieversuche (% (N) keine)	65,9 (27)	72,4 (42)	U=1110,00	.483
Familienstand (% (N) ledig)	84,4 (38)	80,0 (56)	C=0,156	.239
Schulabschluss (% (N) Hauptschulabschluss)	60,0 (27)	68,6 (48)	C=0,190	.368
Hauptdroge (% (N) Opiate)	35,6 (16)	42,9 (30)	C=0,196	.597

Anmerkung: Es wird jeweils die Kategorie mit dem höchsten Prozentanteil an „gesamt“ aufgeführt.

Aufgrund der Ergebnisse der Subskalen-Interkorrelationen, welche für die beiden RSQ-Skalen keine Ergebnisse im Sinne der konvergenten Validität erbringt, und der Clusterlösung, welche den RSQ-Skalen keine signifikante Diskriminationskraft zuschreibt, werden keine weiteren Analysen der Daten zum allgemeinen Bindungsstil (RSQ) im Zusammenhang mit den Daten zur Patient-Therapeut-Bindung und zur Therapiezufriedenheit durchgeführt. Da die Instrumente CATS-P und HAQ-P Zusammenhänge aufweisen, werden diese weiteren Analysen unterzogen. Diese erfolgen auf Kategorialdatenniveau und werden unter Zuhilfenahme von Kontingenzanalysen (Kontingenzkoeffizient C) durchgeführt. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten (C=.423, p=.000). Signifikante Abweichungen zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten liegen in der Kategorie *sehr unzufrieden* zwischen den Gruppen der *sicher* und der *ängstlich-vermeidenenden* Patienten vor (Tabelle 26). Auch die Therapiezufriedenheitskategorie *beziehungszufrieden* weist starke Zusammenhänge zur Patient-Therapeut-Bindung auf, allerdings erreichen die standardisierten Residuen nicht ganz das von Bühl und Zöfel (2005) vorgeschlagene Kriterium von ZRESID≥2. Eine *verstrickte* Patient-Therapeut-Bindung differenziert nicht zwischen den Therapiezufriedenheitskategorien.

Tabelle 26: Instrumentenvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Therapiezufriedenheit (HAQ-P) zu T0

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)			
Therapiezufriedenheit (HAQ-P)		**sicher**	**ängstlich-vermeidend**	**verstrickt**	**gesamt**
sehr zufrieden	f_o	21	7	10	38
	f_e	15,5	12,9	9,6	38,0
	Spalten-%	44,7%	17,9%	34,5%	33,0%
	ZRESID	1,4	-1,6	0,1	
beziehungszufrieden	f_o	14	2	5	21
	f_e	8,6	7,1	5,3	21,0
	Spalten-%	29,8%	5,1%	17,2%	18,3%
	ZRESID	1,8	-1,9	-0,1	
erfolgszufrieden	f_o	6	9	3	18
	f_e	7,4	6,1	4,5	18,0
	Spalten-%	12,8%	23,1%	10,3%	15,7%
	ZRESID	-0,5	1,2	-0,7	
sehr unzufrieden	f_o	6	21	11	38
	f_e	15,5	12,9	9,6	38,0
	Spalten-%	12,8%	53,8%	37,9%	33,0%
	ZRESID	-2,4	2,3	0,5	
gesamt	f_o	47	39	29	115
	f_e	47,0	39,0	29,0	115,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Reliabilität

Die Werte für die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) betragen für die Skala *sicher* α=.81, für die Skala *ängstlich-vermeidend* α=.85 und für die Skala *verstrickt* α=.80. Die Retest-Reliabilitäten liegen bei r_{tt}=.68 für die Skala *sicher*, r_{tt}=.69 für die Skala *ängstlich-vermeidend* und r_{tt}=.75 für die Skala *verstrickt*.

Bei der Analyse der Skalen-Eigenschaften der CATS-P wurde bereits deutlich, dass zur Kategorisierung der Patient-Therapeut-Bindung ein anderer Zuordnungsalgorithmus verwendet werden muss, als der der Auswahl desjenigen Stiles aufgrund der Ausprägung des höchsten individuellen Skalenmittelwertes. Ließe man die Unterschiedlichkeit der Mittelwerte unbeachtet, würde den Werten der Skala *sicher* ein unangemessen starkes Gewicht verliehen (Voß, 2000). Daher werden die Skalenmittelwerte zunächst z-transformiert, um sie auf ein gemeinsames Skalenniveau zu transformieren. Unter Zuhilfenahme der transformierten Skalenwerte lässt sich die individuelle Patient-Therapeut-Bindung anhand der Ausprägung des jeweiligen höchsten z-Wertes feststellen.

Zum Zeitpunkt T0 beschreiben 40,2% der Patienten die Bindung an ihren Therapeuten als *sicher*. 34,6% erleben die Bindung an ihren Therapeuten als *ängstlich-vermeidend* und die

restlichen 25,2% als *verstrickt*. Zum Zeitpunkt T1 lassen sich 45,8% der Patienten als *sicher* gebunden gegenüber ihrem Therapeuten klassifizieren, 36,4% weisen eine *ängstlich-vermeidende* Bindung an ihren Therapeuten auf und 17,8% eine *verstrickte*. Die Klassifikation ist über das einwöchige Retest-Intervall stabil (κ=,594, p=.000; 73,8% Stabilität; fehlende Datensätze: N=12; Tabelle 27).

Tabelle 27: Instrumentenvalidierung: Stabilität der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)

		Patient-Therapeut-Bindung T1			
Patient-Therapeut-Bindung T0		**1**	**2**	**3**	**gesamt**
sicher (1)	f_o	36	5	2	43
	f_e	19,7	15,7	7,6	43,0
	Gesamt-%	33,6%	4,7%	1,9%	40,2%
	ZRESID	3,7	-2,7	-2,0	
ängstl.-verm. (2)	f_o	7	28	2	37
	f_e	16,9	13,5	6,6	37,0
	Gesamt-%	6,5%	26,2%	1,9%	34,6%
	ZRESID	-2,4	4,0	-1,8	
verstrickt (3)	f_o	6	6	15	27
	f_e	12,4	9,8	4,8	27,0
	Gesamt-%	5,6%	5,6%	14,0%	25,2%
	ZRESID	-1,8	-1,2	4,7	
gesamt	f_o	49	39	19	107
	f_e	49,0	39,0	19,0	107,0
	Gesamt-%	45,8%	36,4%	17,8%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

4.1.2.2 RSQ

Der Mittelwert der Skala *Angst vor Trennung* liegt bei 2,72 (SD=0,70) und der der Skala *Angst vor Nähe* bei 2,83 (SD=0,67). Reliabilitätsanalysen (Cronbachs Alpha) der Skalen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* ergeben Werte für die internen Konsistenzen von α=.75 bzw. α=.66. Die Retest-Reliabilitäten der Skalen liegen bei r_{tt}=.74 bzw. r_{tt}=.65.

Die Patienten können zum Zeitpunkt T0 den vier Bindungsstilen folgendermaßen zugeordnet werden: 29,5% erweisen sich als *sicher* gebunden, 25,0% als *ängstlich*, 22,3% als *präokkupiert* und 23,2% als *vermeidend*. Zum Zeitpunkt T1 lassen sich 29,5% der Patienten als *sicher* gebunden identifizieren, 24,1% als *ängstlich*, 16,1% als *präokkupiert* und 30,4% als *vermeidend*. Die Zuordnung zu den Bindungsstilen über den einwöchigen Messwiederholungszeitraum erweist sich als stabil (κ=,402, p=.000; 55,4% Stabilität; fehlende Datensätze: N=9; Tabelle 28).

Tabelle 28: Instrumentenvalidierung: Stabilität des Bindungsstiles (RSQ)

		Bindungsstil T1				
Bindungsstil T0		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sicher (1)	f_o	19	4	2	8	33
	f_e	9,7	8,0	5,3	10,0	33,0
	Gesamt-%	17,0%	3,6%	1,8%	7,1%	29,5%
	ZRESID	3,0	-1,4	-1,4	-0,6	
ängstlich (2)	f_o	2	15	3	8	28
	f_e	8,3	6,8	4,5	8,5	28,0
	Gesamt-%	1,8%	13,4%	2,7%	7,1%	25,0%
	ZRESID	-2,2	3,2	-0,7	-0,2	
präokkupiert (3)	f_o	6	5	12	2	25
	f_e	7,4	6,0	4,0	7,6	25,0
	Gesamt-%	5,4%	4,5%	10,7%	1,8%	22,3%
	ZRESID	-0,5	-0,4	4,0	-2,0	
vermeidend (4)	f_o	6	3	1	16	26
	f_e	7,7	6,3	4,2	7,9	26,0
	Gesamt-%	5,4%	2,7%	,9%	14,3%	23,2%
	ZRESID	-0,6	-1,3	-1,6	2,9	
gesamt	f_o	33	27	18	34	112
	f_e	33,0	27,0	18,0	34,0	112,0
	Gesamt-%	29,5%	24,1%	16,1%	30,4%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

4.1.2.3 HAQ-P

Der Mittelwert der Skala *Beziehungszufriedenheit* liegt bei 5,01 (SD=0,70) und der der Skala *Erfolgszufriedenheit* bei 4,98 (SD=0,75). Die internen Konsistenzen betragen α=.84 für die Skala *Beziehungszufriedenheit* und α=.76 für die Skala *Erfolgszufriedenheit*. Die Retest-Reliabilitätskennwerte für die beiden Skalen liegen bei r_{tt}=.43 (Beziehungszufriedenheit) und r_{tt}=.52 (Erfolgszufriedenheit).

Unter Zuhilfenahme der clusteranalytisch gewonnenen Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Cluster (vgl. Kapitel 4.1.2.1) werden Cut-off-Werte berechnet. Überschreitet der individuelle Skalenwert den Cut-off-Wert c, so gehört die Person mit größerer Wahrscheinlichkeit der zufriedenen Kategorie bzw. Cluster 2 an. Für die Skala HAQ-P 1 wird ein Cut-off von 5,0023 und für die Skala HAQ-P 2 ein Cut-off von 5,0103 berechnet. Aus der Kombination niedriger und hoher Skalen-Ausprägungen der zwei HAQ-P-Skalen lässt sich die Zugehörigkeit zu einer der vier Therapiezufriedenheitskategorien bestimmen: 1. *sehr zufrieden* (HAQ-P 1 > 5,0023 und HAQ-P 2 > 5,0103), 2. *beziehungszufrieden* (HAQ-P 1 > 5,0023 und HAQ-P 2 ≤ 5,0103), 3. *erfolgszufrieden* (HAQ-P 1 ≤ 5,0023 und HAQ-P 2 > 5,0103), 4. *sehr unzufrieden* (HAQ-P 1 ≤ 5,0023 und HAQ-P 2 ≤ 5,0103).

Nach diesem Zuordnungsalgorithmus ergibt sich für die Stichprobe folgende Verteilung: Zum Zeitpunkt T0 geben 32,4% der Patienten an, dass sie sowohl mit ihrem Therapeuten als auch mit ihren Therapiefortschritten zufrieden sind. 19,4% der Patienten sind mit ihrem Therapeuten zufrieden, 14,8% der Patienten sind mit ihren therapeutischen Fortschritten zufrieden. Die restlichen 33,3% der Patienten sind weder mit ihrem Therapeuten noch mit ihren Therapieerfolgen zufrieden. Zum Messzeitpunkt T1 stellt sich ein ähnliches Bild dar mit 25,9% *sehr zufriedenen*, 13,9% *beziehungszufriedenen*, 19,4% *erfolgszufriedenen* und 40,7% *sehr unzufriedenen* Patienten. Die Therapiezufriedenheitskategorien erweisen sich über den einwöchigen Messwiederholungszeitraum als stabil (κ=,271, p=.000; 47,2% Stabilität; fehlende Datensätze: N=11; Tabelle 29).

Tabelle 29: Instrumentenvalidierung: Stabilität der Therapiezufriedenheit (HAQ-P)

		Therapiezufriedenheit (HAQ-P) T1				
Therapiezufriedenheit (HAQ-P) T0		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sehr zufrieden (1)	f_o	15	5	8	7	35
	f_e	9,1	4,9	6,8	14,3	35,0
	Gesamt-%	13,9%	4,6%	7,4%	6,5%	32,4%
	ZRESID	2,0	0,1	0,5	-1,9	
beziehungszufr. (2)	f_o	6	6	3	6	21
	f_e	5,4	2,9	4,1	8,6	21,0
	Gesamt-%	5,6%	5,6%	2,8%	5,6%	19,4%
	ZRESID	0,2	1,8	-0,5	-0,9	
erfolgszufrieden (3)	f_o	3	2	5	6	16
	f_e	4,1	2,2	3,1	6,5	16,0
	Gesamt-%	2,8%	1,9%	4,6%	5,6%	14,8%
	ZRESID	-0,6	-0,1	1,1	-0,2	
sehr unzufrieden (4)	f_o	4	2	5	25	36
	f_e	9,3	5,0	7,0	14,7	36,0
	Gesamt-%	3,7%	1,9%	4,6%	23,1%	33,3%
	ZRESID	-1,7	-1,3	-0,8	2,7	
gesamt	f_o	28	15	21	44	108
	f_e	28,0	15,0	21,0	44,0	108,0
	Gesamt-%	25,9%	13,9%	19,4%	40,7%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

4.1.2.4 Assoziationen zur Soziodemographie

Die Überprüfung der Zusammenhänge der erhobenen soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Variablen mit den zur Instrumentenvalidierung verwendeten Konstrukten (Patient-Therapeut-Bindung, allgemeiner Bindungsstil, Therapiezufriedenheit) ergibt lediglich einen signifikanten Unterschied bei der Patient-Therapeut-Bindung aufgrund der sechs Monate vor Therapiebeginn hauptsächlich konsumierten Droge (χ^2=9,390 (2), p=.009). Aufgrund zu geringer Zellenhäufigkeiten wurde die untersuchte Variable Hauptdroge dichotomisiert in die Kategorien Opiate vs. andere Drogen. Der Zusammenhang

bedeutet inhaltlich, dass mehr Opiat-Patienten *verstrickte* Bindungen an ihren Therapeuten aufweisen als statistisch zu erwarten wäre (ZRESID=1,8; fehlende Datensätze: N=4; Tabelle 30). Allerdings erreicht der Effekt nicht ganz das von Bühl und Zöfel (2005) vorgeschlagene Kriterium von ZRESID≥2.

Tabelle 30: Instrumentenvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Hauptdroge

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)			
Hauptdroge		**sicher**	**ängstlich-vermeidend**	**verstrickt**	**gesamt**
Opiate	f_o	21	14	21	56
	f_e	22,9	19,0	14,1	56,0
	Spalten-%	44,7%	35,9%	72,4%	48,7%
	ZRESID	-0,4	-1,1	1,8	
andere	f_o	26	25	8	59
	f_e	24,1	20,0	14,9	59,0
	Spalten-%	55,3%	64,1%	27,6%	51,3%
	ZRESID	0,4	1,1	-1,8	
gesamt	f_o	47	39	29	115
	f_e	47,0	39,0	29,0	115,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

4.1.3 Kreuzvalidierung

Im Rahmen der Kreuzvalidierung werden die Item-Charakteristika, Reliabilitätskennwerte und Angaben zur Konstruktvalidität der CATS-P, welche in der Instrumentenvalidierungsstudie nachgewiesen wurden, mit denen der Therapieevaluationsstudie verglichen. Im Folgenden werden die Daten des Zeitpunktes T0 der Therapieevaluationsstudie dargestellt. Abweichungen zu den Ergebnissen der Instrumentenvalidierungsstudie werden berichtet.

Item- und Skalen-Analysen

Die Maße der zentralen Tendenz und der Variabilität entsprechen größtenteils denen, die auch an der Stichprobe zur Instrumentenvalidierung nachgewiesen wurden. Den Items der Skala *sicher* wird in starkem Ausmaß zugestimmt (M=4,39; SD=0,67), während die Items der Skalen *ängstlich-vermeidend* (M=2,03; SD=0,68) und *verstrickt* (M=2,22; SD=0,82) eher abgelehnt werden (Tabelle 31).

Tabelle 31: Kreuzvalidierung: Skalen-Eigenschaften CATS-P

CATS-P-Skala	M	SD	Md	Mo	Min	Max
sicher	4,39	0,67	4,36	4,07	2,07	5,86
ängstlich-vermeidend	2,03	0,68	1,92	1,83	1,00	4,33
verstrickt	2,22	0,82	2,20	2,60	1,00	5,50

Anhand der Item-Charakteristika lassen sich insgesamt vier Items als weniger gut geeignet identifizieren (Tabelle 32). Diese vier entsprechen denen, die die Gütekriterien in der Instrumentenvalidierungsstudie ebenfalls nicht erfüllt haben (Items 17, 23, 24, 31).

Tabelle 32: Kreuzvalidierung: Item-Charakteristika der drei CATS-P-Skalen

Subskala und Items	M	SD	p	r_{it}	α wenn Item gelöscht
sicher					
1	4,73	1,30	0,79	,349	,775
2	4,17	1,45	0,70	,455	,765
5	4,95	1,16	0,83	,368	,773
8	3,84	1,30	0,64	,408	,769
11	5,16	1,10	0,86	,352	,774
14	4,62	1,23	0,77	,548	,758
17	4,63	1,29	0,77	,125	,793
20	3,72	1,20	0,62	,429	,768
23	4,44	1,40	0,74	,109	,797
26	4,15	1,41	0,69	,553	,755
29	3,69	1,49	0,62	,322	,778
32	4,52	1,22	0,75	,586	,754
34	4,69	1,29	0,78	,516	,760
36	4,28	1,36	0,71	,525	,758
ängstlich-vermeidend					
3	1,63	1,08	0,27	,469	,789
6	2,36	1,46	0,39	,477	,789
9	2,07	1,17	0,35	,442	,791
12	2,37	1,25	0,40	,377	,798
15	1,48	0,87	0,25	,502	,789
18	1,87	1,23	0,31	,547	,781
21	1,72	1,08	0,29	,469	,789
24	2,77	1,45	0,46	,240	,815
27	2,48	1,21	0,41	,432	,792
30	1,63	1,12	0,27	,418	,794
33	1,84	1,08	0,31	,661	,773
35	2,19	1,25	0,37	,498	,786
verstrickt					
4	2,27	1,51	0,38	,503	,796
7	2,36	1,40	0,39	,533	,792
10	2,54	1,41	0,42	,585	,786
13	3,13	1,55	0,52	,507	,796
16	1,44	0,95	0,24	,347	,810
19	1,49	0,98	0,25	,432	,804
22	2,27	1,36	0,38	,649	,779
25	2,63	1,44	0,44	,606	,783
28	2,05	1,30	0,34	,536	,792
31	2,05	1,30	0,34	,233	,823

Anmerkung: Grau hinterlegte Items weisen unzureichende Gütekriterien auf.

Validität

Die faktorielle Struktur der CATS-P wird im Rahmen der Kreuzvalidierung repliziert (Tabelle 33). Mit den drei extrahierten Faktoren wird insgesamt 38,79% Varianz aufgeklärt (Faktor 1: 18,75%, Faktor 2: 14,56%, Faktor 3: 5,49%).

Tabelle 33: Kreuzvalidierung: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-P

	Komponente		
Item	**1**	**2**	**3**
Item 1	,366	-,326	-,088
Item 2	,567	-,046	-,120
Item 3	-,333	,440	,083
Item 4	,003	,014	,652
Item 5	,472	-,072	-,172
Item 6	-,131	,642	-,067
Item 7	,058	,136	,653
Item 8	,463	-,024	,475
Item 9	-,672	,155	-,048
Item 10	-,128	,112	,700
Item 11	,381	-,323	-,270
Item 12	-,368	,332	-,154
Item 13	,121	,240	,540
Item 14	,614	-,197	-,007
Item 15	-,153	,625	,038
Item 16	,059	,016	,441
Item 17	-,041	-,615	-,126
Item 18	-,152	,698	,191
Item 19	-,047	,288	,481
Item 20	,413	-,177	,311
Item 21	-,339	,388	,219
Item 22	,051	,142	,738
Item 23	-,060	-,462	-,113
Item 24	,052	,435	,144
Item 25	,119	,090	,692
Item 26	,719	,137	,156
Item 27	-,733	,118	-,221
Item 28	,104	,095	,637
Item 29	,533	,144	,163
Item 30	-,253	,429	,145
Item 31	,068	,492	,153
Item 32	,668	-,132	,118
Item 33	-,414	,600	-,019
Item 34	,608	-,132	,077
Item 35	-,327	,510	,010
Item 36	,658	-,076	,173

Anmerkung: Komponente 1: *sicher* (blau), Komponente 2: *ängstlich-vermeidend* (rot), Komponente 3: *verstrickt* (gelb).

Hinsichtlich der Subskalen-Interkorrelationen können die Zusammenhänge weitestgehend repliziert werden. Zwischen den Skalen *ängstlich-vermeidend* und *verstrickt* liegt annähernd eine Nullkorrelation vor (r=.063), zwischen den Skalen *sicher* und *verstrickt* wird ein signifikant positiver (r=.197) und zwischen den Skalen *sicher* und *ängstlich-vermeidend* ein signifikant negativer Zusammenhang nachgewiesen (r=-.648; Tabelle 34).

Tabelle 34: Kreuzvalidierung: Interkorrelationen der CATS-P-Skalen

Korrelationen	sicher	ängstl.-verm.	verstrickt
sicher	-		
ängstlich-vermeidend	-.648**	-	
verstrickt	.197**	.063	-

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die Ergebnisse zur konvergenten Validität entsprechen ebenfalls zu weiten Teilen denen, die im Rahmen der Instrumentenvalidierungsstudie nachgewiesen wurden. Es zeigt sich eine signifikant positive Korrelation zwischen der Subskala *Angst vor Trennung* des RSQ und der Subskala *verstrickt* der CATS-P (r=.162). Hoch signifikant positive Zusammenhänge zwischen den beiden Subskalen des HAQ-P mit der CATS-P-Subskala *sicher* (r=.668 bzw. r=.336) und hoch signifikant negative Zusammenhänge mit der CATS-P-Subskala *ängstlich-vermeidend* (r=-.619 bzw. r=-.274) werden ebenfalls nachgewiesen. Außerdem zeigt sich eine signifikant positive Korrelation zwischen der Subskala *Erfolgszufriedenheit* des HAQ-P und der CATS-P-Skala *verstrickt* (r=.183; Tabelle 35).

Tabelle 35: Kreuzvalidierung: Subskalen-Interkorrelationen (RSQ, HAQ-P, CATS-P)

	RSQ 1	RSQ 2	HAQ-P 1	HAQ-P 2	CATS-P 1	CATS-P 2	CATS-P 3
RSQ 1	1,000	,111*	-,025	-,122	-,007	-,072	,162*
RSQ 2		1,000	-,057	-,209**	-,089	,113	-,073
HAQ-P 1			1,000	,534**	,668**	-,619**	,072
HAQ-P 2				1,000	,336**	-,274**	,183**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
Anmerkung: RSQ 1: Angst vor Trennung; *RSQ 2:* Angst vor Nähe; *HAQ-P 1:* Beziehungszufriedenheit; *HAQ-P 2:* Erfolgszufriedenheit; *CATS-P 1:* sicher; *CATS-P 2:* ängstlich-vermeidend*; CATS-P 3:* verstrickt.

Mithilfe von Kontingenzanalysen wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Therapiezufriedenheit (HAQ-P) und der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) nachgewiesen (C=.391, p=.000), welcher sich in den Zellen *sehr zufrieden*, *beziehungszufrieden*, *sehr unzufrieden* (Therapiezufriedenheit) und *sicher* und *ängstlich-vermeidend* (Patient-Therapeut-Bindung) niederschlägt (Kriterium: ZRESID≥2; Tabelle 36). Aufgrund der gegenüber der Instrumentenvalidierungsstudie vergrößerten Stichprobe fallen die Kriterien hier eindeutiger aus.

Tabelle 36: Kreuzvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Therapiezufriedenheit (HAQ-P) zu T1

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)			
Therapiezufriedenheit (HAQ-P)		**sicher**	**ängstlich-vermeidend**	**verstrickt**	**gesamt**
sehr zufrieden	f_o	30	8	17	55
	f_e	22,4	19,0	13,6	55,0
	Spalten-%	30,3%	9,5%	28,3%	22,6%
	ZRESID	1,6	-2,5	0,9	
beziehungszufrieden	f_o	33	6	12	51
	f_e	20,8	17,6	12,6	51,0
	Spalten-%	33,3%	7,1%	20,0%	21,0%
	ZRESID	2,7	-2,8	-0,2	
erfolgszufrieden	f_o	3	11	4	18
	f_e	7,3	6,2	4,4	18,0
	Spalten-%	3,0%	13,1%	6,7%	7,4%
	ZRESID	-1,6	1,9	-0,2	
sehr unzufrieden	f_o	33	59	27	119
	f_e	48,5	41,1	29,4	119,0
	Spalten-%	33,3%	70,2%	45,0%	49,0%
	ZRESID	-2,2	2,8	-0,4	
gesamt	f_o	99	84	60	243
	f_e	99,0	84,0	60,0	243,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Reliabilität

Die internen Konsistenzen fallen mit α=.78 für die Skala *sicher*, α=.80 für die Skala *ängstlich-vermeidend* und α=.81 für die Skala *verstrickt* vergleichbar aus wie in der Instrumentenvalidierungsstudie. Auch die Verteilung der Kategorien der Patient-Therapeut-Bindung mit 40,7% (N=99) *sicher*, 34,6% (N=84) *ängstlich-vermeidend* und 24,7% (N=60) *verstrickt* gebundenen Patienten ist sehr ähnlich zu der Verteilung in der Stichprobe zur Instrumentenvalidierung.

4.1.4 Exkurs: Psychometrische Gütekriterien CATS-T

Alle Analysen im Zusammenhang mit den Gütekriterien zur CATS-T wurden mit den Therapeutendaten des Erhebungszeitpunktes T1 im Rahmen der Therapieevaluationsstudie berechnet.

Item- und Skalen-Analysen

Die Item- und Skalen-Charakteristika fallen ähnlich aus wie bei der CATS-P: Items der Skala *sicher* wird überproportional stark zugestimmt (M=4,08; SD=0,54), während die Mittelwerte der Skalen *ängstlich-vermeidend* (M=2,55; SD=0,69) und *verstrickt* (M=2,02; SD=0,73) anzeigen, dass diese Items eher abgelehnt werden (Tabelle 37).

Tabelle 37: Exkurs: Skalen-Eigenschaften CATS-T

CATS-T-Skala	M	SD	Md	Mo	Min	Max
sicher	4,08	0,54	4,07	3,93	2,36	5,36
ängstlich-vermeidend	2,55	0,69	2,50	2,42	1,00	4,75
verstrickt	2,03	0,73	1,90	1,90	1,00	4,70

Auf der Ebene der Item-Analyse erweisen sich die Parameter der Items 6, 13 und 23 als unzureichend (Tabelle 38).

Tabelle 38: Exkurs: Item-Charakteristika der drei CATS-T-Subskalen

Subskala und Items	M	SD	p	r_{it}	α wenn Item gelöscht
sicher					
1	4,32	1,02	0,720	,631	,838
2	4,12	0,79	0,687	,604	,842
5	4,39	0,65	0,732	,625	,843
8	3,31	1,07	0,552	,374	,855
11	4,18	1,16	0,697	,547	,844
14	4,10	0,80	0,683	,487	,847
17	4,56	1,01	0,760	,559	,843
20	3,89	0,72	0,648	,461	,849
23	4,13	1,17	0,688	,277	,864
26	3,89	0,87	0,648	,499	,847
29	3,93	0,76	0,655	,565	,844
32	4,26	0,76	0,710	,669	,839
34	3,89	0,93	0,648	,491	,847
36	4,20	0,83	0,700	,494	,847
ängstlich-vermeidend					
3	2,07	0,99	0,345	,672	,883
6	2,90	1,11	0,483	,414	,895
9	2,96	0,97	0,493	,557	,888
12	2,71	1,16	0,452	,586	,887
15	1,74	0,90	0,290	,594	,887
18	2,59	1,18	0,432	,590	,887
21	2,21	0,99	0,368	,568	,888
24	2,91	1,18	0,485	,603	,886
27	2,91	0,79	0,485	,541	,889
30	2,08	0,99	0,347	,555	,888
33	2,94	1,17	0,490	,680	,882
35	2,54	1,07	0,423	,678	,882
37	1,89	1,00	0,315	,701	,882
verstrickt					
4	1,63	0,94	0,272	,633	,844
7	2,04	1,20	0,340	,654	,841
10	2,40	1,16	0,400	,642	,842
13	2,65	1,13	0,442	,338	,865
16	1,48	0,88	0,247	,656	,844
19	2,08	1,13	0,347	,646	,842
22	2,24	1,23	0,373	,561	,848
25	1,89	1,00	0,315	,564	,848
28	1,70	0,91	0,283	,643	,844
31	2,16	1,27	0,360	,414	,861
38	2,12	1,17	0,353	,451	,857

Anmerkung: Grau hinterlegte Items weisen unzureichende Gütekriterien auf.

Validität

Hinsichtlich der faktoriellen Validität erweist sich die CATS-T als der CATS-P sehr ähnlich. Anhand des Screeplots lassen sich drei Faktoren identifizieren (Abbildung 10). Die Item-zu-Faktor-Zuordnungen stimmen bis auf eine uneindeutige Ausnahme (Item 13) mit denen der CATS-P überein (Tabelle 21). Mit der Faktorlösung werden insgesamt 48,42% Varianz aufgeklärt (Faktor 1: 26,75%; Faktor 2: 15,51%; Faktor 3: 6,15%). Die Überprüfung der Item-Charakteristika der Items 37 und 38 ergibt keine vergleichbar unzureichenden Ergebnisse wie

im Rahmen der CATS-P (Tabelle 38). Faktorenanalytisch gestalten die beiden Items sich jedoch schwierig zuordenbar (jeweils Ladungen auf Komponente 1; Tabelle 39). Aufgrund dessen und aufgrund einer verbesserten Vergleichbarkeit der beiden Instrumente CATS-P und CATS-T wird im Folgenden auf Items 37 und 38 der CATS-T verzichtet.

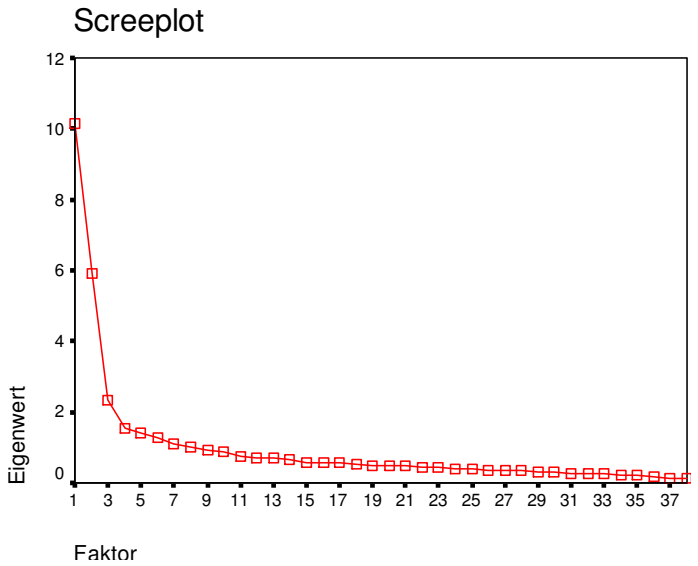

Abbildung 10: Exkurs: Screeplot CATS-T

Tabelle 39: Exkurs: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-T

	Komponente		
Item	**1**	**2**	**3**
Item 1	,437	-,493	-,292
Item 2	,589	-,368	-,010
Item 3	-,299	,638	,142
Item 4	,078	,006	,773
Item 5	,608	-,290	-,123
Item 6	,263	,671	-,046
Item 7	,035	,045	,805
Item 8	,432	-,248	,410
Item 9	-,550	,465	-,020
Item 10	,121	,001	,759
Item 11	,398	-,367	-,479
Item 12	-,080	,680	-,139
Item 13	,327	,111	,246
Item 14	,399	-,383	,048
Item 15	-,140	,643	,195
Item 16	-,008	,093	,770
Item 17	,264	-,639	-,157
Item 18	-,194	,565	,401
Item 19	,079	,040	,745
Item 20	,230	-,529	,083
Item 21	-,356	,498	,249
Item 22	-,051	-,073	,775
Item 23	,202	-,165	-,514
Item 24	-,064	,706	-,083
Item 25	,345	,076	,513
Item 26	,578	-,293	,127
Item 27	-,516	,463	-,079
Item 28	,142	-,010	,665
Item 29	,571	-,390	,222
Item 30	-,206	,603	,134
Item 31	,585	,227	,209
Item 32	,608	-,449	-,016
Item 33	-,320	,656	-,024
Item 34	,641	-,159	,070
Item 35	-,263	,658	,147
Item 36	,489	-,320	-,186
Item 37	,437	-,493	-,292
Item 38	,589	-,368	-,010

Anmerkung: Komponente 1: *sicher* (blau), Komponente 2: *ängstlich-vermeidend* (rot), Komponente 3: *verstrickt* (gelb).

Subskalen-Interkorrelationen des Instrumentes CATS-T ergeben eine signifikant negative Korrelation zwischen den Skalen *sicher* und *ängstlich-vermeidend* (r=-.767) und Nullkorrelationen zwischen den Skalen *sicher* und *verstrickt* (r=.014) und *verstrickt* und *ängstlich-vermeidend* (r=.075; Tabelle 40).

Tabelle 40: Exkurs: Interkorrelationen der CATS-T zu T1

Korrelationen	sicher	ängstl.-verm.	verstrickt
sicher	-		
ängstlich-vermeidend	-.767**	-	
verstrickt	.014	.075	-

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgt mit dem Instrument HAQ-T, welches ebenfalls zum Datenerhebungszeitpunkt T1 erhoben wurde. Es zeigen sich hoch signifikant positive Korrelationen zwischen CATS-T 1, CATS-T 3, HAQ-T 1 und HAQ-T 2 und negative Korrelationen zwischen den Skalen CATS-T 2 und HAQ-T 1 und HAQ-T 2 (Tabelle 41).

Tabelle 41: Exkurs: Subskalen-Interkorrelationen (HAQ-T, CATS-T)

	CATS-T 1	CATS-T 2	CATS-T 3
HAQ-T 1	,643**	-,535**	,180**
HAQ-T 2	,580**	-,431**	,249**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
Anmerkung: HAQ-T 1: Beziehungszufriedenheit; *HAQ-T 2:* Erfolgszufriedenheit; *CATS-T 1:* sicher; *CATS-T 2:* ängstlich-vermeidend*; CATS-T 3:* verstrickt.

Zur Bestimmung von Therapiezufriedenheitskategorien aus Therapeutenperspektive analog derer aus Patientenperspektive müssen zunächst Cut-off-Kriterien definiert werden. Um eindeutige Cut-offs festzulegen, wird eine Clusterzentrenanalyse mithilfe der z-standardisierten Werte HAQ-T und CATS-T des Zeitpunktes T1 berechnet. Es kristallisieren sich zwei Cluster heraus, die inhaltlich mit denen der Clusteranalyse der Patientendaten anhand von RSQ, HAQ-P und CATS-P eine große Ähnlichkeit aufweisen (vgl. Kapitel 4.1.2.1). Cluster 1 fasst die Patienten zu einer Subgruppe zusammen, die *ängstlich-vermeidend* gegenüber ihrem Therapeuten eingestellt und *unzufrieden* mit ihrer Therapie sind (N=112). Cluster 2 kategorisiert die Patienten in eine Gruppe, die sich als *sicher* an ihren Therapeuten gebunden klassifizieren lassen und die sowohl *zufrieden* mit ihrer therapeutischen Beziehung als auch mit ihren therapeutischen Erfolgen sind (N=135). Alle Unterschiede zwischen den Clustern sind hoch signifikant bis auf die der CATS-T-Skala verstrickt (Tabelle 42).

Tabelle 42: Exkurs: Clusterzentrenanalyse

	Cluster 1	Cluster 2	Statistik	
	M	M	F	p
CATS-T 1: sicher	-0,75	0,64	231,277	.000
CATS-T 2: ängstlich-vermeidend	0,74	-0,62	206,011	.000
CATS-T 3: verstrickt	-0,03	0,02	0,134	.715
HAQ-T 1: Beziehungszufriedenheit	-0,71	0,60	189,834	.000
HAQ-T 2: Erfolgszufriedenheit	-0,66	0,57	154,686	.000

Anmerkung: Berichtet werden die z-transformierten Mittelwerte der Clusterlösung.

Aufgrund der Clusterzugehörigkeit und unter Zuhilfenahme der Formel nach Jacobson und Truax (1991; vgl. Kapitel 3.1.3) wird für die Skala HAQ-T 1 ein Cut-off-Wert (c) von 4,1060 und für die Skala HAQ-T 2 ein c=4,1641 berechnet.

Mithilfe dieses Zuordnungsalgorithmus lassen sich 51,6% (N=128) der Patienten der *sehr zufriedenen* Kategorie zuordnen und weitere 27,0% (N=67) der Kategorie *beziehungszufrieden*. 2,4% (N=6) werden der *erfolgszufriedenen* Kategorie zugeordnet und 19% (N=47) der Kategorie *sehr unzufrieden*.

Es zeigt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten CATS-T und HAQ-T (C=.404, p=.000). Dieser Zusammenhang zwischen CATS-T- und HAQ-T besteht zwischen den *sicheren* und den *ängstlich-vermeidenden* Patienten hinsichtlich der Therapiezufriedenheitskategorien *sehr zufrieden*, *erfolgszufrieden* und *sehr unzufrieden* (Kriterium: ZRESID≥2; Tabelle 43).

Tabelle 43: Exkurs: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T) und Therapiezufriedenheit (HAQ-T) zu T1

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T)			
Therapiezufriedenheit (HAQ-T)		**sicher**	**ängstlich-vermeidend**	**verstrickt**	**gesamt**
sehr zufrieden	f_o	67	25	36	128
	f_e	49,7	47,7	30,6	128,0
	Spalten-%	69,8%	27,2%	61,0%	51,8%
	ZRESID	2,4	-3,3	1,0	
beziehungszufrieden	f_o	22	30	15	67
	f_e	26,0	25,0	16,0	67,0
	Spalten-%	22,9%	32,6%	25,4%	27,1%
	ZRESID	-0,8	1,0	-0,3	
erfolgszufrieden	f_o	0	6	0	6
	f_e	2,3	2,2	1,4	6,0
	Spalten-%	,0%	6,5%	,0%	2,4%
	ZRESID	-1,5	2,5	-1,2	
sehr unzufrieden	f_o	7	31	8	46
	f_e	17,9	17,1	11,0	46,0
	Spalten-%	7,3%	33,7%	13,6%	18,6%
	ZRESID	-2,6	3,3	-0,9	
gesamt	f_o	96	92	59	247
	f_e	96,0	92,0	59,0	247,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Reliabilität

Die internen Konsistenzen der Skala der CATS-T ähneln denen der CATS-P und betragen für die Skala *sicher* α=.85, für die Skala *ängstlich-vermeidend* α=.89 und für die Skala *verstrickt* α=.86. 38,6% (N=96) der Patienten werden anhand der CATS-T als *sicher* gebunden klassifiziert, 36,9% (N=92) als *ängstlich-vermeidend* und 24,5% (N=61) als *verstrickt*.

4.2 Therapieevaluation

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Patienten

Bei der Beschreibung der Patientenstichprobencharakteristika werden fehlende Werte itemweise berichtet und in die Prozentuierung einbezogen, da auf diese Weise beurteilt werden kann, welche Fragen nicht beantwortet wurden. Es werden gesondert Daten ausgewiesen für die Gruppen der planmäßigen und der unplanmäßigen Beender[2].

Insgesamt beendeten 44,1% der Patienten ihren stationären Aufenthalt planmäßig, d. h. sie verließen die stationäre Einrichtung nach der geplanten Aufenthaltsdauer oder wurden planmäßig verlegt. Ein planmäßiger Therapieaufenthalt endete nach durchschnittlich 155 Tagen (SD=30). Im Rahmen der unplanmäßigen Therapiebeendigungen waren vorzeitige Entlassungen ohne ärztliches Einverständnis der häufigste Therapiebeendigungsgrund (29,3% der Gesamtstichprobe; Tabelle 44). Die durchschnittliche Verweildauer der unplanmäßigen Beender lag bei 81 Tagen (SD=45).

Tabelle 44: Therapieevaluation: Therapiebeendigung

Therapiebeendigung	**%**	**N**
planmäßig beendet		
regulär	43,3	158
verlegt	0,8	3
gesamt	44,1	161
unplanmäßig beendet		
vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	17,8	65
vorzeitig mit ärztl. Einverständnis	0,5	2
vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis	29,3	107
disziplinarisch	8,2	30
gesamt	55,9	204

Unterschiede zwischen planmäßigen und unplanmäßigen Beendern wurden für alle soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Variablen mithilfe von T-Tests (metrische Daten) oder Chi^2-Tests (kategoriale Daten) berechnet. Es werden im Folgenden im Text lediglich signifikante Gruppenunterschiede berichtet.

[2] Im Folgenden werden diese Gruppen mit *planmäßig* und *unplanmäßig* gekennzeichnet.

Die Altersspanne der Patienten umfasst 17 bis 49 Jahre, das Durchschnittsalter liegt bei 29 Jahren (SD=7; fehlende Angaben: 3,8%). Das Durchschnittsalter der planmäßigen und unplanmäßigen Beender unterscheidet sich signifikant voneinander (T=2,171 (349), p=.031). Planmäßige Beender sind im Durchschnitt bei Aufnahme in die stationäre Einrichtung 30 (SD=8), unplanmäßige Beender 28 Jahre alt (SD=7).

Von den insgesamt 365 einbezogenen Patienten sind 77,0% (N=281) männlich (fehlende Angaben: 1,6%). 83,6% (N=305) der Patienten sind deutsch (fehlende Angaben: 4,1%). Die meisten Patienten sind ledig (77,8%, N=284), 6,8% (N=25) verheiratet, 10,7% (N=39) geschieden und 0,5% (N=2) verwitwet (fehlende Angaben: 4,2%). Vor Aufnahme in die Therapieeinrichtung hatten 34,5% (N=126) Patienten einen festen Partner (fehlende Angaben: 6,6%). 37,4% (N=127) der Patienten wohnten und lebten vor Aufnahme in die Therapieeinrichtung allein, 41,9% (N=153) mit jemandem zusammen und 16,4% (N=60) verfügten über keinen festen Wohnsitz (fehlende Angaben: 6,8%). 16,2% (N=59) der Patienten weisen keinen Schulabschluss auf. 2,7% (N=10) verfügen über einen Sonderschul-, 49,9% (N=182) über einen Hauptschul-, 20,8% (N=76) über einen Realschul- und die restlichen 3% (N=11) über einen höheren Schulabschluss (fehlende Angaben: 7,4%). Hinsichtlich Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Schulabschluss, Partnerschaftsstatus und Wohn- und Lebenssituation unterscheiden die planmäßigen sich nicht von den unplanmäßigen Beendern (Tabelle 45).

Tabelle 45: Therapieevaluation: Soziodemographische Parameter und Therapiebeendigung

	Therapiebeendigung							
	gesamt		planmäßig		unplanmäßig		Statistik	
Variable	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**χ^2(df)**	**p**
Geschlecht (männlich)	77,0	281	77,0	124	77,0	157	0,082 (1)	.798
Staatsangehörigkeit							5,444 (5)	.364
deutsch	83,6	305	82,0	132	84,8	173		
türkisch	3,6	13	2,5	4	4,4	9		
russisch	2,5	9	1,9	3	2,9	6		
sonstiges[3]	6,3	23	7,4	12	5,4	11		
Familienstand							5,371 (3)	.147
ledig	77,8	284	72,0	116	82,4	168		
verheiratet	6,8	25	8,1	13	5,9	12		
geschieden	10,7	39	14,3	23	7,8	16		
verwitwet	0,5	2	0,6	1	0,5	1		
Schulabschluss							6,616 (5)	.251
kein Schulabschluss	16,2	59	11,2	18	20,1	41		
Sonderschulabschluss	2,7	10	3,7	6	2,0	4		
Hauptschulabschluss	49,9	182	53,4	86	47,1	96		
Realschulabschluss	20,8	76	20,5	33	21,1	43		
Hochschulreife	2,5	9	1,9	3	2,9	6		
Hochschulabschluss	0,5	2	0,6	1	0,5	1		
Partnerschaft (ja)	34,5	126	31,7	51	36,8	75	0,842 (1)	.368
Wohn- & Lebenssituation[4]							3,051 (2)	.218
allein	37,4	127	39,1	63	31,4	64		
mit jm. zusammen[5]	41,9	153	37,3	60	45,6	93		
kein fester Wohnsitz	16,4	60	16,1	26	16,7	34		

Durchschnittlich wurde der regelmäßige Alkoholkonsum im Alter von 14 Jahren aufgenommen (SD=3; fehlende Angaben: 29%). Der Cannabiskonsum wurde durchschnittlich im Alter von 15 Jahren (SD= 3; fehlende Angaben: 55,1%) und der Heroinkonsum im Alter von durchschnittlich 19 Jahren aufgenommen (SD=5; fehlende Angaben: 69,6%). Planmäßige und unplanmäßige Therapiebeender weisen keine Unterschiede bezüglich des Drogenkonsumeinstiegsalters auf (Tabelle 46).

[3] Es werden lediglich die drei am häufigsten genannten Staatsangehörigkeiten aufgeführt. Patienten folgender Nationalitäten nahmen ebenfalls an der Studie teil, ihre N-Zahl war jedoch jeweils ≤ 3: Italiener, Griechen, Kurden, Österreicher, Iraner, Iraker, Portugiesen, Ex-Jugoslawen.
[4] Dieses Item bezieht sich auf die Situation vor Therapiebeginn.
[5] Dies können Partner, Verwandte oder Freunde sein.

Tabelle 46: Therapieevaluation: Einstiegsalter in den Substanzkonsum und Therapiebeendigung

	Therapiebeendigung						Statistik	
	gesamt		planmäßig		unplanmäßig			
Einstiegsalter	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**T (df)**	**p**
Alkoholkonsum	14	3	14	4	13	3	-1,705 (257)	.089
Cannabiskonsum	15	3	15	2	15	3	-1,203 (162)	.231
Heroinkonsum	19	5	19	5	19	4	-0,701 (109)	.485

Hinsichtlich der Therapieerfahrung wird zwischen planmäßig und unplanmäßig beendeten vorherigen Therapieversuchen unterschieden. 20,5% (N=75) der Patienten hatten bereits mindestens eine Therapie vor dem aktuellen Aufenthalt in der Therapieeinrichtung planmäßig beendet (fehlende Angaben: 7,4%). 34,8% (N=127) der Patienten hatten zuvor bereits eine oder mehrere Therapien unplanmäßig beendet (fehlende Angaben: 8,0%). Aus den Angaben zu vorherigen planmäßig bzw. unplanmäßig beendeten Therapieversuchen lässt sich die allgemeine Indexvariable *Therapieerfahrung* berechnen: Keine Therapieerfahrung (d. h. weder planmäßig beendete noch unplanmäßig beendete Therapieversuche in der Vorgeschichte) weisen 168 Patienten auf (50,3%). Bei 31 Patienten kann über die Therapieerfahrenheit keine Aussage getroffen werden, da diese Patienten entweder gar keine Angaben zu planmäßigen und unplanmäßigen Therapiebeendigungen gemacht hatten oder nur eine Angabe zur Therapieunerfahrenheit zu einem der beiden Items vorlag. Aufgrund der Therapieerfahrung aus der Vorgeschichte lassen sich keine Unterschiede hinsichtlich der Therapiebeendigung feststellen (Tabelle 47).

Tabelle 47: Therapieevaluation: Therapieerfahrung und Therapiebeendigung

	Therapiebeendigung						Statistik	
	gesamt		planmäßig		unplanmäßig			
Therapieerfahrung	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**χ^2(df)**	**p**
Index Therapieerf. (nein)	50,3	168	47,8	77	44,6	91	3,906 (2)	.142
planmäßige Therapieabschlüsse							1,016 (2)	.602
keine	72,1	263	70,2	113	73,5	150		
ein bis zwei	18,6	68	19,9	32	17,6	36		
drei oder mehr	1,9	7	1,2	2	2,5	5		
unplanmäßige Therapieabschlüsse							3,464 (2)	.177
keine	56,2	205	59,0	95	53,9	110		
ein bis zwei	31,2	114	26,1	42	35,3	72		
drei oder mehr	3,6	13	2,5	4	4,4	9		

Die meisten Patienten sind in erster Linie aufgrund von Störungen im Zusammenhang mit Opiaten in der Einrichtung (58,4%, N=213). Die zweithäufigste Hauptdiagnose stammt aus dem Spektrum der cannabisassoziierten Störungen (15,8%, N=58). Am dritthäufigsten sind Patienten aufgrund von kokainbezogenen (7,9%, N=29) und am vierthäufigsten aufgrund von stimulanzienbezogenen (6,6%, N=24) Hauptdiagnosen in der Einrichtung. Polytoxikomanie wird bei 5,2% (N=19) der Patienten als Hauptdiagnose kodiert (fehlende Angaben: 4,1%; Tabelle 48). Zur Berechnung von Unterschieden hinsichtlich der Therapiebeendigung wird die Stichprobe anhand der Hauptdiagnose dichotomisiert in Opiate vs. andere Substanzen, da nur auf diese Weise ein annähernde Gleichverteilung bezüglich der Gruppengrößen erzielt werden kann. Patienten, welche in erster Linie aufgrund einer Störung im Zusammenhang mit Opiaten in die stationäre Einrichtung aufgenommen worden waren, beendeten ihre Behandlung signifikant häufiger unplanmäßig als andere Patienten (χ^2=4,409 (1), p=.036; Tabelle 48).

Tabelle 48: Therapieevaluation: Hauptdiagnose und Therapiebeendigung

	Therapiebeendigung						**Statistik**	
	gesamt		**planmäßig**		**unplanmäßig**			
	%	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**χ^2 (df)**	**p**
Hauptdiagnose							4,409 (1)	.036
F10 Alkohol	0	0	0	0	0	0		
F11 Opioide	58,4	213	51,6	83	63,7	130		
F12 Cannabinoide	15,9	58	19,3	31	13,2	27		
F13 Sedativa/Hypnotika	1,6	6	0,6	1	2,5	5		
F14 Kokain	7,9	29	9,3	15	6,9	14		
F15 andere Stimulanzien	6,6	24	8,1	13	5,4	11		
F16 Halluzinogene	0,3	1	0	0	0,5	1		
F17 Tabak	0	0	0	0	0	0		
F18 flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0		
F19 multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	5,2	19	5,6	9	4,9	10		
gesamt	95,9	350	94,5	152	97,1	198		

Hinsichtlich der Komorbidität wird zwischen substanzbezogener und psychiatrischer unterschieden. Substanzbezogene Multimorbidität stellt die Regel und nicht die Ausnahme dar: Die meisten Patienten (22,6%, N=79) erhalten drei substanzbezogene Diagnosen; 17,7% (N=62) erhalten eine Diagnose, 21,1% (N=74) zwei, 19,1% (N=67) vier und 19,4% (N=68) fünf Diagnosen. Patienten mit substanzbezogener Komorbidität unterscheiden sich nicht von denen ohne Komorbidität hinsichtlich der Art der Therapiebeendigung (χ^2=3,036 (4), p=.552; Abbildung 11).

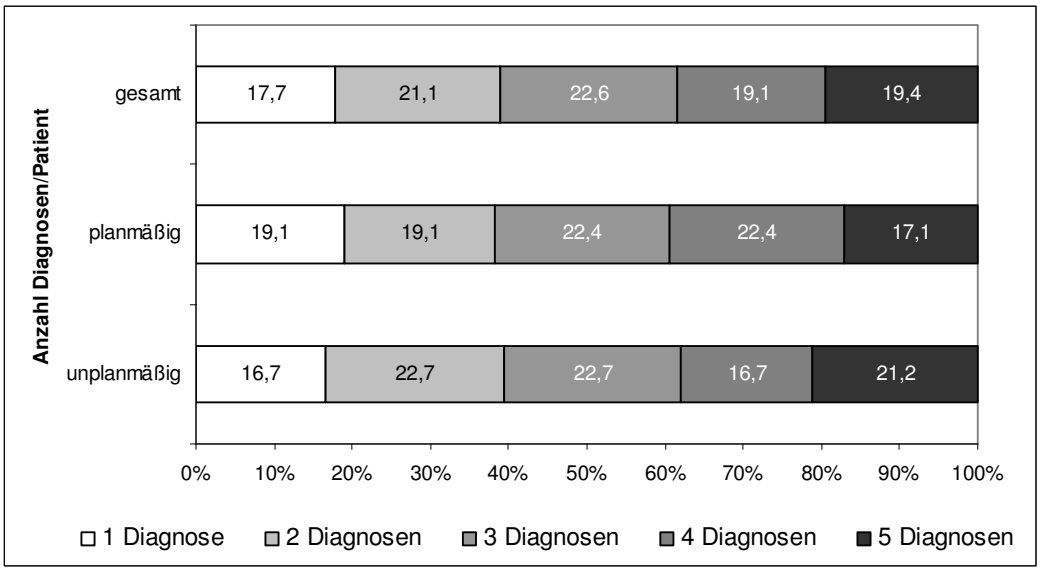

Abbildung 11: Therapieevaluation: Anzahl der substanzbezogenen Diagnosen pro Patient

Psychiatrische Komorbidität wird nur bei knapp einem Drittel der Stichprobe festgestellt (28,2%, N=103). Die häufigste psychiatrische Zusatzdiagnose entstammt dem Spektrum der depressiven Störungen, am zweithäufigsten werden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, von denen die häufigsten die emotional instabile und die dissoziale sind. Bei 6,3% der Gesamtstichprobe werden zwei psychiatrische Zusatzdiagnosen und bei 1,1% drei festgestellt. Die planmäßigen unterscheiden sich nicht von den unplanmäßigen Beendern hinsichtlich des Vorhandenseins psychiatrischer Komorbidität (χ^2=0,018 (1), p=.894).

Aus dieser vergleichenden Stichprobenbeschreibung wird ersichtlich, dass die soziodemographischen und drogenkonsumassoziierten Variablen bis auf die Variablen Alter und Hauptdiagnose keinen Einfluss auf das im Folgenden näher zu untersuchende Kriterium der Therapiebeendigung nehmen und daher bei weiterführenden Analysen nicht statistisch kontrolliert werden müssen. Bei der Multikollinearitätsanalyse zeigt sich, dass die Variablen Alter und Drogenkonsumeinstiegsalter bedeutsam miteinander korrelieren (vgl. Anhang H1). Die Zusammenhänge zeigen auf, dass mit einem jüngeren Alter ein früheres Drogenkonsumeinstiegsalter assoziiert ist, während ältere Patienten später mit dem Drogenkonsum begonnen hatten. Dieser Zusammenhang gilt sowohl für legale als auch für illegale Substanzen und entspricht den Daten groß angelegter epidemiologischer Untersuchungen, in denen eine Vorverlagerung des Drogenkonsumeinstiegsalters beobachtet werden konnte (Kraus, 2001; Kraus & Augustin, 2005; Kraus, Augustin & Orth, 2005). Da

die Korrelationen alle in die gleiche Richtung weisen, müssen die Variablen nicht auf Interaktionseffekte getestet werden. Dieser Befund wird durch die VIF-Indikatoren erhärtet, welche keine Multikollinearität anzeigen (vgl. Anhang H2). Die patientenseitigen Variablen Alter und Hauptdiagnose werden in weiterführenden Analysen kontrolliert.

Therapeuten

Insgesamt machten 27 Therapeuten Angaben zu 327 Patienten (38 Patienten beendeten die Therapie vor T1). Durchschnittlich behandelte ein Therapeut im Rahmen der Therapieevaluationsstudie 13 Patienten (SD=8). Das Durchschnittsalter der Therapeuten liegt bei 39 Jahren (SD=8) und durchschnittlich weisen die Therapeuten 7 Jahre (SD=6) Berufserfahrung im suchtbezogenen Kontext auf. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlich durch die Therapeuten behandelten Patientenzahl (χ^2=1,716 (1), p=.190), des Alters des Therapeuten (T=-1,369 (325), p=.172) und der therapeutischen Berufserfahrung im Suchtkontext (T=0,403 (325), p=.687) auf die Therapiebeendigung der Patienten.

44,4% (N=12) der Therapeuten sind männlich. Die meisten der Therapeuten sind Diplom-Psychologen (63%, N=17), am zweithäufigsten ist die Berufsgruppe der Sozialpädagogen vertreten (33,3%, N=9). Einer der Therapeuten ist Erzieher (3,6%). Die meisten Therapeuten weisen einen Universitätsabschluss auf (59,3%, N=16), neun Therapeuten haben einen Fachhochschulabschluss (33,3%) und je einer einen Abschluss einer Berufsakademie bzw. „sonstiges“ (je 3,7%). Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Geschlechts (χ^2=0,390 (1), p=.532), des erlernten Berufs (χ^2=1,080 (2), p=.583) und des Ausbildungsabschlusses des Therapeuten (χ^2=1,004 (3), p=.800) bezogen auf das Kriterium der Therapiebeendigung der Patienten.

Hinsichtlich der therapeutischen Ausbildungsrichtung weist der Großteil der Therapeuten einen verhaltenstherapeutischen Hintergrund auf (33,3% abgeschlossene Ausbildungen, 75% begonnene Weiterbildungen). Am zweithäufigsten sind gestalttherapeutische Ausbildungsrichtungen (27,8% abgeschlossene Ausbildungen). Aus den Variablen abgeschlossene Ausbildung und in Ausbildung wird die Indexvariable *praktizierte Therapierichtung* gebildet, welche anzeigt, nach welcher (erlernten) Therapierichtung der Patient behandelt wurde. Anhand dieses Indexes zeigt sich, dass die meisten Patienten von

einem Therapeuten behandelt wurden, welcher eine verhaltenstherapeutische Ausbildung genossen hatte (61,5%), die zweithäufigste erlernte Therapiemethode ist die Gestalttherapie, anhand derer 9,8% Patienten behandelt wurden (Tabelle 49).

Tabelle 49: Therapieevaluation: Therapeutische Ausbildungsrichtung

	abgeschlossen		in Ausbildung		Index: praktizierte Therapierichtung	
Ausbildungsrichtung	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Tiefenpsychologie (TP)	1	5,6	1	8,3	14	4,3
Psychoanalyse (PA)	1	5,6	2	16,7	31	9,5
Verhaltenstherapie (VT)	6	33,3	9	75,0	201	61,5
Gesprächstherapie (GT)	1	5,6	0	0,0	18	5,5
Familientherapie (FT)	2	11,1	0	0,0	17	5,2
Gestalttherapie (GTT)	5	27,8	0	0,0	32	9,8
Psychodrama (PD)	2	11,1	0	0,0	14	4,3
gesamt	18	100,0	12	100,0	327	100,0

Aufgrund einer zu großen statistischen Varianz in der praktizierten Therapierichtung und damit einhergehenden zu geringen Randsummenhäufigkeiten werden für weiterführende Analysen die Kategorien Tiefenpsychologie und Psychoanalyse und die Kategorien Gesprächstherapie, Familientherapie und Psychodrama zusammengefasst (Tabelle 50). Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der praktizierten Therapierichtung auf das Kriterium der Therapiebeendigung (χ^2=7,929 (3), p=.048). Dieser Effekt ergibt sich hauptsächlich zwischen den Therapierichtungen Tiefenpsychologie/Psychoanalyse, welche zu weniger planmäßigen Abschlüssen führen, und der Therapierichtung Gestalttherapie, welche zu häufigeren planmäßigen Therapieabschlüssen führt. Der Effekt ist allerdings nur klein und erreicht nicht das von Bühl und Zöfel (2005) vorgeschlagene Kriterium von ZRESID≥2.

Tabelle 50: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und praktizierte Therapierichtung

		Therapiebeendigung		
Prakt. Therapiericht.		**unplanmäßig**	**planmäßig**	**gesamt**
TP + PA	f_o	30	15	45
	f_e	23,4	21,6	45,0
	Zeilen-%	66,7%	33,3%	100,0%
	Gesamt-%	9,2%	4,6%	13,8%
	ZRESID	1,4	-1,4	
VT	f_o	103	98	201
	f_e	104,5	96,5	201,0
	Zeilen-%	51,2%	48,8%	100,0%
	Gesamt-%	31,5%	30,0%	61,5%
	ZRESID	-0,1	0,2	
GT + FT + PD	f_o	26	23	49
	f_e	25,5	23,5	49,0
	Zeilen-%	53,1%	46,9%	100,0%
	Gesamt-%	8,0%	7,0%	15,0%
	ZRESID	0,1	-0,1	
GTT	f_o	11	21	32
	f_e	16,6	15,4	32,0
	Zeilen-%	34,4%	65,6%	100,0%
	Gesamt-%	3,4%	6,4%	9,8%
	ZRESID	-1,4	1,4	
gesamt	f_o	170	157	327
	f_e	170,0	157,0	327,0
	Zeilen-%	52,0%	48,0%	100,0%
	Gesamt-%	52,0%	48,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

59,3% (N=16) Therapeuten geben als bevorzugte therapeutische Arbeitsweise die Verhaltenstherapie an, jeweils 11,1% (N=3) Gestalttherapie bzw. Tiefenpsychologie, jeweils 7,4% Psychoanalyse bzw. Gesprächstherapie (N=2) und 3,7% (N=1) Familientherapie. Aus oben bereits ausgeführten Gründen wird auch bei dieser Berechnung hinsichtlich des Kriteriums Therapiebeendigung eine Kategorienzusammenfassung vorgenommen (Tabelle 51). Es zeigt sich kein signifikanter Effekt der bevorzugten therapeutischen Arbeitsweise auf das Kriterium der Therapiebeendigung (χ^2=4,454 (3), p=.216).

Tabelle 51: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und bevorzugte therapeutische Arbeitsweise

		Therapiebeendigung		
Bevorzugte ther. Arbeitsw.		**unplanmäßig**	**planmäßig**	**gesamt**
TP + PA	f_o	30	17	47
	f_e	24,4	22,6	47,0
	Zeilen-%	63,8%	36,2%	100,0%
	Gesamt-%	9,2%	5,2%	14,4%
	ZRESID	1,1	-1,2	
VT	f_o	106	105	211
	f_e	109,7	101,3	211,0
	Zeilen-%	50,2%	49,8%	100,0%
	Gesamt-%	32,4%	32,1%	64,5%
	ZRESID	-0,4	0,4	
GT + FT + PD	f_o	24	20	44
	f_e	22,9	21,1	44,0
	Zeilen-%	54,5%	45,5%	100,0%
	Gesamt-%	7,3%	6,1%	13,5%
	ZRESID	0,2	-0,2	
GTT	f_o	10	15	25
	f_e	13,0	12,0	25,0
	Zeilen-%	40,0%	60,0%	100,0%
	Gesamt-%	3,1%	4,6%	7,6%
	ZRESID	-0,8	0,9	
gesamt	f_o	170	157	327
	f_e	170,0	157,0	327,0
	Zeilen-%	52,0%	48,0%	100,0%
	Gesamt-%	52,0%	48,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Bei der Multikollinearitätsanalyse der Therapeutenvariablen (vgl. Anhang H3 und H4) zeigt sich, dass die Prädiktoren untereinander nicht bedeutsam korrelieren. Dieser Befund bestätigt sich bei der Analyse der VIF-Indikatoren. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nur die Therapeutenvariable praktizierte Therapierichtung einen Effekt auf das Kriterium Therapiebeendigung besitzt. Diese Variable wird daher in logistische Regressionsmodelle zur Therapieerfolgsprädiktion eingeschlossen (vgl. Hypothese 2.5).

Kliniken

Da in einer Klinik nur 26 Patienten behandelt wurden und damit die Anforderungen, welche an komplexere statistische Berechnungen gestellt werden, nicht erfüllt sind, werden zwei Kliniken zusammengefasst. Da die beiden Kliniken einem Träger angehören und sich in einer Stadt befinden, ist davon auszugehen, dass die Klinikpolitik sich nicht unterscheidet und die Ergebnisse durch diesen Zusammenschluss nicht beeinträchtigt werden. Es zeigt sich kein

signifikanter Klinikeffekt hinsichtlich der Rate der unplanmäßigen und planmäßigen Therapiebeendigungen (χ^2=0,754 (2), p=.684; Tabelle 52).

Tabelle 52: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und Kliniken

		Therapiebeendigung		
Klinik		**unplanmäßig**	**planmäßig**	**gesamt**
Klinik 1	f_o	84	79	163
	f_e	84,7	78,3	163,0
	Zeilen-%	51,5%	48,5%	100,0%
	Gesamt-%	25,7%	24,2%	49,8%
	ZRESID	-0,1	0,1	
Klinik 2	f_o	34	36	70
	f_e	36,4	33,6	70,0
	Zeilen-%	48,6%	51,4%	100,0%
	Gesamt-%	10,4%	11,0%	21,4%
	ZRESID	-0,4	0,4	
Klinik 3 + 4	f_o	52	42	94
	f_e	48,9	45,1	94,0
	Zeilen-%	55,3%	44,7%	100,0%
	Gesamt-%	15,9%	12,8%	28,7%
	ZRESID	0,4	-0,5	
gesamt	f_o	170	157	327
	f_e	170,0	157,0	327,0
	Zeilen-%	52,0%	48,0%	100,0%
	Gesamt-%	52,0%	48,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

4.2.2 Ergebnisse der Hypothesentestung

Zu Hypothesenteil 1: Deskription und Zusammenhänge

Zunächst werden die Konstrukte auf signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer und drogenkonsumassoziierter Parameter überprüft. In Tabelle 53 und Tabelle 54 wird ein Überblick über die Testvariablen gegeben, wobei jeweils die Kategorie mit der höchsten Anzahl als Referenzkategorie angegeben wird (z. B. männlich). Metrische Variablen (Alter, Drogenkonsumeinstiegsalter) werden anhand eines Mediansplits kategorisiert.

Es zeigt sich ein Effekt des Geschlechts und des Alters bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung dergestalt, dass Männer und ältere Patienten (≥ 28 Jahre) höhere Selbstwirksamkeitserwartungswerte erreichen (Geschlecht: Männer: M=44,35; SD=10,05 vs. Frauen: M=38,39; SD=10,62; T=3,938 (317), p=.000; Alter: ≥ 28 Jahre: M=44,56; SD=9,64 vs. ≤ 27 Jahre: M=41,79; SD=10,99; T=-2,387 (316), p=.018). Hinsichtlich aller anderen

Variablen gibt es keine Unterschiede bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung (Tabelle 53).

Tabelle 53: Therapieevaluation: Vergleichende Stichprobenbeschreibung (Selbstwirksamkeitserwartung)

	Selbstwirksamkeits-erwartung		Statistik	
Variable	**M**	**SD**	**T (df)/F (df)**	**p**
Alter (≥ 28)	44,56	9,64	T=-2,387 (316)	.018
Geschlecht (männlich)	44,35	10,05	T=3,938 (317)	.000
Staatsangehörigkeit (deutsch)	42,95	10,22	F=1,996 (5)	.079
Familienstand (ledig)	42,82	10,12	F=0,975 (4)	.405
Schulabschluss (Hauptschulabschluss)	43,14	10,19	F=0,581 (5)	.715
Partnerschaftsstatus (kein Partner)	42,69	10,01	T=-1,410 (307)	.160
Wohn- und Lebenssituation (mit jm. zusammen lebend)	44,33	10,79	F=2,085 (2)	.126
Alkoholkonsumeinstiegsalter (≤ 13)	42,30	10,65	T=-1,068 (240)	.287
Cannabiskonsumeinstiegsalter (≥ 15)	43,35	11,55	T=-0,251 (153)	.802
Heroinkonsumeinstiegsalter (≥ 18)	45,47	12,05	T=-1,242 (100)	.217
Hauptdiagnose (Opiate)	43,94	9,83	F=0,921 (6)	.480
Therapieerfahrung (keine)	42,69	10,99	T=-0,876 (300)	.381
Anzahl substanzbezogene Diagnosen (drei)	43,03	10,84	F=0,146 (4)	.965
Psychiatrische Komorbidität (keine)	43,70	9,93	T=-1,389 (317)	.166

Bezüglich des Bindungsstiles tauchen zwei signifikante Unterschiede auf (Tabelle 54). Ein Effekt zeigt sich hinsichtlich des Alters: Jüngere Patienten (≤ 27 Jahre) weisen häufiger als ältere einen ängstlichen Bindungsstil auf (≤ 27 Jahre: 36,1% vs. ≥ 28 Jahre: 22,5%, χ^2=9,318 (3), p=.025; Tabelle 55). Der andere Effekt zeigt sich in der Variable psychiatrische Komorbidität, welche in dichotomisierter Form anzeigt, ob eine solche vorhanden oder nicht vorhanden ist. Patienten mit psychiatrischer Zusatzdiagnose weisen signifikant seltener einen sicheren Bindungsstil verglichen mit Patienten ohne psychiatrische Komorbidität auf (mit psychiatrischer Zusatzdiagnose: 14,1% vs. ohne psychiatrische Zusatzdiagnose: 29,5%, χ^2=11,087 (3), p=.011). Das von Bühl und Zöfel (2005) vorgeschlagene Kriterium zur Identifikation signifikanter Unterschiede zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten von ZRESID≥2 wird lediglich hinsichtlich der Unterschiede zur psychiatrischen Komorbidität erreicht, während der Alterseffekt dieses Kriterium nicht erfüllt (Tabelle 55).

Tabelle 54: Therapieevaluation: Vergleichende Stichprobenbeschreibung (Bindungsstil)

	Bindungsstil (sicher)		Statistik	
Variable	**%**	**N**	**χ^2 (df)/C**	**p**
Alter (≥ 28)	28,1	45	χ^2=9,318 (3)	.025
Geschlecht (männlich)	26,0	64	χ^2=2,067 (3)	.559
Staatsangehörigkeit[6] (deutsch)	24,2	67	χ^2=2,631 (3)	.452
Familienstand (ledig)	24,3	62	C=0,129	.805
Schulabschluss (Hauptschulabschluss)	28,0	46	C=0,251	.152
Partnerschaftsstatus (kein Partner)	24,6	49	χ^2=1,737 (3)	.629
Wohn- und Lebenssituation (mit jm. zusammen lebend)	26,9	36	C=0,183	.104
Alkoholkonsumeinstiegsalter (≤ 13)	22,3	27	χ^2=0,348 (3)	.951
Cannabiskonsumeinstiegsalter (≥ 15)	26,3	21	χ^2=2,295 (3)	.514
Heroinkonsumeinstiegsalter (≥ 18)	26,7	16	χ^2=2,437 (3)	.487
Hauptdiagnose (Opiate)	28,3	53	χ^2=5,693 (3)	.128
Therapieerfahrung (keine)	22,0	33	χ^2=5,029 (6)	.540
Anzahl substanzbezogene Diagnosen (drei)	22,9	16	C=0,161	.758
Psychiatrische Komorbidität (keine)	29,5	64	χ^2=11,097 (3)	.011

Tabelle 55: Therapieevaluation: Kontingenztabellen Bindungsstil und Alter / Bindungsstil und psychiatrische Komorbidität

		Bindungsstil				
Alter		**sicher**	**ängstlich**	**präokkupiert**	**vermeidend**	**gesamt**
≤ 27 Jahre	f_o	32	56	39	28	155
	f_e	37,9	45,3	37,4	34,4	155,0
	Zeilen-%	20,6%	36,1%	25,2%	18,1%	100,0%
	ZRESID	-1,0	1,6	0,3	-1,1	
≥ 28 Jahre	f_o	45	36	37	42	160
	f_e	39,1	46,7	38,6	35,6	160,0
	Zeilen-%	28,1%	22,5%	23,1%	26,3%	100,0%
	ZRESID	0,9	-1,6	-0,3	1,1	
gesamt	f_o	77	92	76	70	315
	f_e	77,0	92,0	76,0	70,0	315,0
	Zeilen-%	24,4%	29,2%	24,1%	22,2%	100,0%
Psychiatr. Komorbidität		**sicher**	**ängstlich**	**präokkupiert**	**vermeidend**	**gesamt**
vorhanden	f_o	14	38	26	21	99
	f_e	24,4	28,8	23,8	21,9	99,0
	Zeilen-%	14,1%	38,4%	26,3%	21,2%	100,0%
	ZRESID	-2,1	1,7	0,4	-0,2	
nicht vorhanden	f_o	64	54	50	49	217
	f_e	53,6	63,2	52,2	48,1	217,0
	Zeilen-%	29,5%	24,9%	23,0%	22,6%	100,0%
	ZRESID	1,4	-1,2	-0,3	0,1	
gesamt	f_o	78	92	76	70	316
	f_e	78,0	92,0	76,0	70,0	316,0
	Zeilen-%	24,7%	29,1%	24,1%	22,2%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

[6] Diese Variable wurde aufgrund zu geringer Zellenhäufigkeiten dichotomisiert in *deutsch* vs. *alle anderen Nationalitäten*.

Alter und Geschlecht werden in weiterführenden Analysen zur Selbstwirksamkeitserwartung kontrolliert. Die Variable psychiatrische Komorbidität kann in nachfolgend durchgeführten komplexen Analysen (z. B. Regressionsmodellen) aufgrund zu geringer Zellenhäufigkeiten und einem zu großen Kovariatenmuster nicht statistisch kontrolliert werden (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003).

Zu Hypothese 1.1

Die Ergebnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung entsprechen den auf vorangegangenen Untersuchungen basierenden Erwartungen. Mit einem auf T-Normen transformierten Mittelwert von 43,16 (SD=10,41) sind die Werte bei der Stichprobe der Drogenabhängigen im Vergleich mit einer Normstichprobe (T=50, SD=10) signifikant unterdurchschnittlich ausgeprägt (T=-11,729 (318), p=.000). Hypothese 1.1 wird bestätigt.

Zu Hypothese 1.2

Hypothese 1.2 zur hohen Prävalenz unsicherer Bindungsstile wird bestätigt. 24,7% (N=78) der Patienten werden als *sicher* gebunden klassifiziert. Mit einem Anteil von 29,1% (N=92) ist der *ängstliche* Bindungsstil am häufigsten vertreten. 24,1% (N=76) der Patienten erweisen sich als *präokkupiert* und 22,2% (N=70) als *vermeidend* gebunden (Abbildung 12).

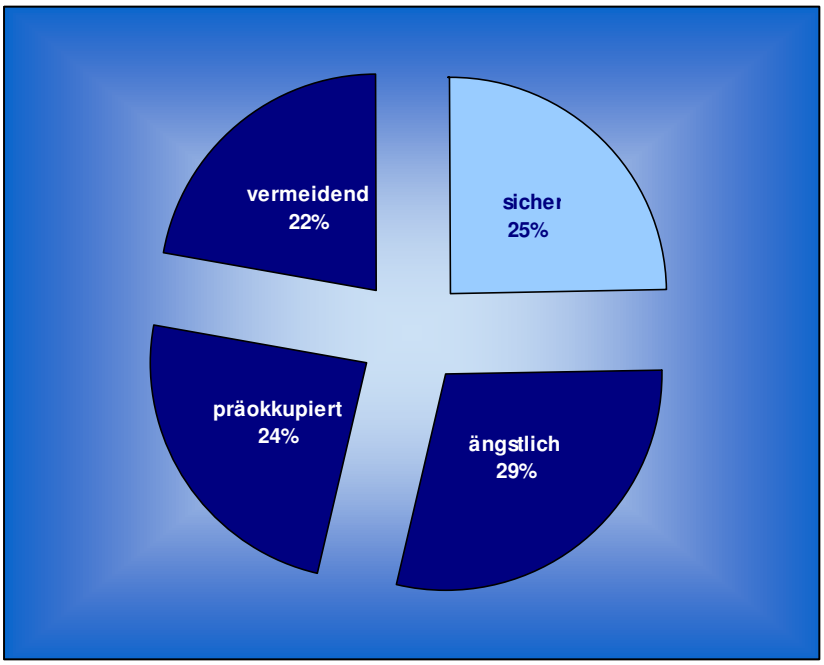

Abbildung 12: Therapieevaluation: Bindungsstil (T0)

Zu Hypothese 1.3

Hypothese 1.3 wird bestätigt. Es zeigt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Bindungsstiles und der der Selbstwirksamkeitserwartung. Patienten mit einem *sicheren* Bindungsstil weisen die höchsten Selbstwirksamkeitserwartungswerte auf, solche mit einem *ängstlichen* die niedrigsten (Abbildung 13). Die Bindungsstil-Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander (F=13,110 (3), p=.000).

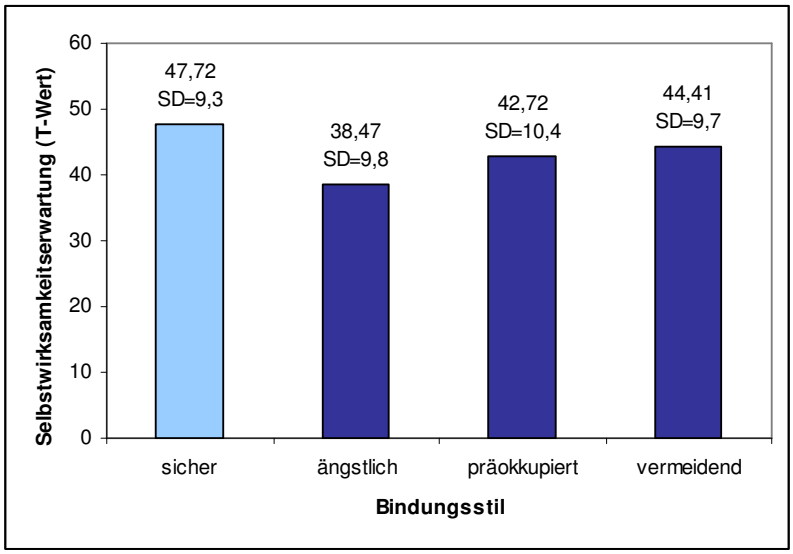

Abbildung 13: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Bindungsstil

Mithilfe von Posthoc-Tests nach Scheffé werden die Subgruppen identifiziert, deren Werte sich signifikant voneinander unterscheiden. *Sicher* gebundene Patienten weisen die höchsten Selbstwirksamkeitserwartungswerte auf (M=47,72; SD=9,28) und unterscheiden sich von den *ängstlich* bzw. den *präokkupiert* gebundenen signifikant (p=.000 bzw. p=.020). Die Selbstwirksamkeitserwartungswerte der *ängstlich* gebundenen Patienten sind am niedrigsten ausgeprägt (M=38,47; SD=9,82) und unterscheiden sich signifikant von denen der *sicher* und der *vermeidend* gebundenen (p=.000 bzw. p=.002; Tabelle 56).

Tabelle 56: Therapieevaluation: Posthoc-Tests (Bindungsstil und Selbstwirksamkeitserwartung)

(I) Bindungsstil	(J) Bindungsstil	Mittlere Differenz (I-J)	SE	p
1 (sicher)	2	9,25	1,507	.000
	3	5,00	1,583	.020
	4	3,30	1,612	.243
2 (ängstlich)	1	-9,25	1,507	.000
	3	-4,25	1,523	.052
	4	-5,95	1,553	.002
3 (präokkupiert)	1	-5,00	1,583	.020
	2	4,25	1,523	.052
	4	-1,69	1,627	.781
4 (vermeidend)	1	-3,30	1,612	.243
	2	5,95	1,553	.002
	3	1,69	1,627	.781

Die Varianz in der Variable Selbstwirksamkeitserwartung aufgrund des Bindungsstiles ist unabhängig von den potentiellen Störgrößen Alter und Geschlecht, welche mithilfe einer multinomialen logistischen Regression kontrolliert werden (-2-Log-Likelihood=792,937; χ^2=36,517 (3), p=.000; Tabelle 57). Aufgrund der Assoziationen zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Bindungsstil zu T0 werden die beiden Variablen im Folgenden zusammen in regressionsanalytische Modelle aufgenommen, um Interaktionsterme zu kontrollieren.

Tabelle 57: Therapieevaluation: Multinomial logistisches Regressionsmodell (Kriterium Bindungsstil)

	Modellfit		
	Kriterien für Modellanpassung	**Likelihood-Quotienten-Test**	
Effekt	**-2-Log-Likelihood (-2 LL)**	**χ^2 (df)**	**p**
Konstanter Term	756,420	0,000 (0)	
Selbstwirksamkeitserwartung	792,937	36,517 (3)	.000
Alter	763,688	7,268 (3)	.064
Geschlecht	757,918	1,499 (3)	.683

Anmerkung: Bei kategorialen Prädiktorvariablen werden in der Tabelle die Werte der ersten Kategorie berichtet.

Zu Hypothesenteil 2: Therapieerfolgsprädiktion

Zu Hypothese 2.1

Mithilfe der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zum Zeitpunkt T0 kann der Therapieerfolg nicht vorhergesagt werden. Die Selbstwirksamkeitserwartung der planmäßigen Beender unterscheidet sich mit einem Mittelwert von 42,21 (SD=9,95) nicht signifikant von der der unplanmäßigen (M=43,97; SD=10,74; T=-1,512 (317), p=.132). Hypothese 2.1. wird nicht bestätigt. Unter Kontrolle der Variablen Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose und Bindungsstil weist die Selbstwirksamkeitserwartung bei Überprüfung mit logistischer Regression dementsprechend keinen signifikanten Prädiktionswert hinsichtlich der Therapiebeendigung auf (B=-0,021; p=.084), während Alter und Hauptdiagnose – wie bereits berichtet – einen signifikanten Prädiktionswert besitzen (Alter: B=0,035; p=.043; Hauptdiagnose: B=-0,542; p=.025; Tabelle 58).

Tabelle 58:Therapieevaluation: Logistisches Regressionsmodells (Kriterium Therapiebeendigung)

	Parameterschätzer				
Prädiktor	**B**	**p**	**OR**	**95% CI (OR)**	
Selbstwirksamkeitserwartung	-0,021	.084	0,979	0,955	1,003
Alter	0,035	.043	1,035	1,001	1,070
Hauptdiagnose	-0,542	.025	0,581	0,361	0,935
Bindungsstil	-0,265	.442	0,767	0,390	1,508
Geschlecht	0,080	.782	1,083	0,614	1,912

Anmerkung: Bei kategorialen Prädiktorvariablen werden in der Tabelle die Werte der ersten Kategorie berichtet.

Zu Hypothese 2.2

Hypothese 2.2 wird nicht bestätigt. Die Ausprägung des Bindungsstiles zum Zeitpunkt T0 besitzt keinen Wert zur Prognose des Therapieerfolgs wie bereits bei Beantwortung der Hypothese 2.1 ausgeführt (vgl. Tabelle 58). Die planmäßigen unterscheiden sich nicht signifikant von den unplanmäßigen Beendern (χ^2=1,786 (3), p= .618). Bei den planmäßigen Beendern erweisen sich zum Zeitpunkt T0 23,4% der Patienten als *sicher*, 28,3% als *ängstlich*, 22,8% als *präokkupiert* und 25,5% als *vermeidend* gebunden. 25,7% der unplanmäßigen Beender erweisen sich zum Aufnahmezeitpunkt als *sicher*, 29,8% als *ängstlich*, 25,1% als *präokkupiert* und 19,3% als *vermeidend* gebunden (Tabelle 59).

Tabelle 59: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und Bindungsstil

		Therapiebeendigung		
Bindungsstil		**unplanmäßig**	**planmäßig**	**gesamt**
sicher	f_o	44	34	78
	f_e	42,2	35,8	78,0
	Spalten-%	25,7%	23,4%	24,7%
	ZRESID	0,3	-0,3	
ängstlich	f_o	51	41	92
	f_e	49,8	42,2	92,0
	Spalten-%	29,8%	28,3%	29,1%
	ZRESID	0,2	-0,2	
präokkupiert	f_o	43	33	76
	f_e	41,1	34,9	76,0
	Spalten-%	25,1%	22,8%	24,1%
	ZRESID	0,3	-0,3	
vermeidend	f_o	33	37	70
	f_e	37,9	32,1	70,0
	Spalten-%	19,3%	25,5%	22,2%
	ZRESID	-0,8	0,9	
gesamt	f_o	171	145	316
	f_e	171,0	145,0	316,0
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Zu Hypothese 2.3:

Zu Hypothese 2.3.1

Eine Varianzanalyse zur Überprüfung der Hypothese 2.3.1 weist keinen Einfluss der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 auf die Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive (CATS-P) zu T1 nach (F=0,818 (2), p=.443; Tabelle 60). Unter Kontrolle der Variablen Bindungsstil, Hauptdiagnose, Alter und Geschlecht weist die Selbstwirksamkeitserwartung entsprechend bei Überprüfung der Hypothese mit multinomialer logistischer Regression keinen signifikanten Prädiktionswert hinsichtlich der Ausprägung der Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive auf. Das Modell besitzt keine Anpassung an die beobachteten Daten (-2-Log-Likelihood=455,573; χ^2=13,039 (14), p=.523).

Tabelle 60: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)

	Selbstwirksamkeitserwartung			Statistik	
Patient-Therapeut-Bindung CATS-P	**N**	**M**	**SD**	**F (df)**	**p**
sicher	89	41,12	10,80		
ängstlich-vermeidend	80	42,55	9,50		
verstrickt	55	43,13	8,67		
gesamt	224	42,13	9,85	0,818 (2)	.443

Zu Hypothese 2.3.2

Mithilfe einer Varianzanalyse zur Überprüfung der Hypothese 2.3.2 wird kein Einfluss der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 auf die Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive (CATS-T) zu T1 nachgewiesen (F=1,282 (2), p=.280; Tabelle 61). Dementsprechend weist die Selbstwirksamkeitserwartung bei Überprüfung der Hypothese mit multinomialer logistischer Regression unter Kontrolle der Variablen Bindungsstil, Alter, Hauptdiagnose und Geschlecht keinen signifikanten Prädiktionswert hinsichtlich der Ausprägung der Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive auf. Das Modell besitzt keine Anpassung an die beobachteten Daten (-2-Log-Likelihood=460,831; χ^2=15,843 (14), p=.324).

Tabelle 61: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T)

	Selbstwirksamkeitserwartung			Statistik	
Patient-Therapeut-Bindung CATS-T	**N**	**M**	**SD**	**F (df)**	**p**
sicher	91	42,42	9,96		
ängstlich-vermeidend	84	43,29	9,50		
verstrickt	54	40,54	10,33		
gesamt	229	42,29	9,90	1,282 (2)	.280

Zu Hypothese 2.3.3

Eine Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive (F=4,427 (3), p=.005; Tabelle 62).

Tabelle 62: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiezufriedenheit (HAQ-P)

	Selbstwirksamkeitserwartung			Statistik	
Therapiezufriedenheit (HAQ-P)	**N**	**M**	**SD**	**F (df)**	**p**
sehr zufrieden	50	44,52	8,27		
beziehungszufrieden	44	41,14	8,73		
erfolgszufrieden	18	47,94	9,46		
sehr unzufrieden	112	40,51	10,50		
gesamt	224	42,13	9,85	4,427 (3)	.005

Anhand des Posthoc-Tests nach Scheffé zeigt sich, dass die signifikante Differenz zwischen den Gruppen der *erfolgszufriedenen* und der *sehr unzufriedenen* Patienten auftritt (Tabelle 63): Während *erfolgszufriedene* Patienten im Durchschnitt einen Selbstwirksamkeitserwartungswert von 47,94 (SD=9,46) aufweisen, haben *sehr unzufriedene* Patienten einen Wert von 40,51 (SD=10,50; Tabelle 62).

Tabelle 63: Therapieevaluation: Posthoc-Tests (Therapiezufriedenheit [HAQ-P] und Selbstwirksamkeitserwartung)

(I) Therapiezufriedenheit	(J) Therapie-zufriedenheit	Mittlere Differenz (I-J)	SE	p
1 (sehr zufrieden	2	3,38	1,991	.411
	3	-3,42	2,647	.643
	4	4,01	1,638	.115
2 (beziehungszufrieden)	1	-3,38	1,991	.411
	3	-6,81	2,695	.098
	4	0,63	1,714	.987
3 (erfolgszufrieden)	1	3,42	2,647	.643
	2	6,81	2,695	.098
	4	7,44	2,446	.028
4 (sehr unzufrieden)	1	-4,01	1,638	.115
	2	-0,63	1,714	.987
	3	-7,44	2,446	.028

Aufgrund zu geringer Zellenhäufigkeiten kann die Berechnung der multinomialen logistischen Regression zum Prädiktionswert der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive unter Kontrolle der Variablen Bindungsstil, Alter, Hauptdiagnose und Geschlecht nicht mit vier Kriteriumskategorien durchgeführt werden. Zur Vergrößerung der Substichproben werden die Kategorien *beziehungszufrieden* (N=44) und *erfolgszufrieden* (N=18) zusammengelegt, um die Testanforderungen, die an die Durchführung einer multinomial logistischen Regression gestellt werden (≥ 25 Fälle pro Kategorie; Urban, 1993), zu erfüllen. Aufgrund des Zusammenfassens der Kategorien lässt sich mit der Regressionsmethode der Effekt nicht replizieren. Das modifizierte Modell besitzt keine Anpassung an die beobachteten Daten (-2-Log-Likelihood=435,201; χ^2=3,552 (2), p=.169; Tabelle 64).

Tabelle 64: Therapieevaluation: Multinomial logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive)

	Modellfit		
	Kriterien für Modellanpassung	**Likelihood-Quotienten-Test**	
Effekt	**-2-Log-Likelihood (-2 LL)**	**χ^2 (df)**	**p**
Konstanter Term	431,649	0,000	.
Selbstwirksamkeitserwartung	435,201	3,552 (2)	.169
Alter	434,409	2,760 (2)	.252
Geschlecht	436,357	4,708 (2)	.095
Bindungsstil	435,462	3,813 (6)	.702
Hauptdiagnose	431,679	0,029 (2)	.985

Anmerkung: Bei kategorialen Prädiktorvariablen werden in der Tabelle die Werte der ersten Kategorie berichtet.

Zu Hypothese 2.3.4

Eine ANOVA zeigt, dass die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 keinen Einfluss auf die Therapiezufriedenheit aus Therapeutenperspektive (HAQ-T) zu T1 besitzt (F=1,171 (3), p=.322; Tabelle 65). Aufgrund zu geringer Zellenhäufigkeiten kann die Berechnung der multinomialen logistischen Regression zum Prädiktionswert der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Therapiezufriedenheit aus Therapeutenperspektive unter Kontrolle der Variablen Bindungsstil, Alter, Hauptdiagnose und Geschlecht nicht mit vier Kriteriumskategorien durchgeführt werden. Zur Vergrößerung der Substichproben wird – ebenso wie bei der Berechnung der Hypothese 2.3.3 – eine Kategorienzusammenfassung vorgenommen (Kategorie *beziehungszufrieden* [N=60] und Kategorie *erfolgszufrieden* [N=6] zusammengelegt), um die Testanforderungen zu erfüllen. Das modifizierte Modell besitzt keine Anpassung an die beobachteten Daten (-2-Log-Likelihood=415,195, χ^2=21,452 (14), p=.091).

Tabelle 65: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiezufriedenheit (HAQ-T)

	Selbstwirksamkeitserwartung			Statistik	
Therapiezufriedenheit (HAQ-T)	**N**	**M**	**SD**	**F (df)**	**p**
sehr zufrieden	121	41,98	10,89		
beziehungszufrieden	60	41,75	9,36		
erfolgszufrieden	6	49,17	11,17		
sehr unzufrieden	40	43,20	7,01		
gesamt	227	42,32	9,93	1,171 (3)	.322

Zu Hypothese 2.4

Hypothese 2.4 wird nicht bestätigt. Der Bindungsstil besitzt keine signifikante Vorhersagekraft zur Ausprägung der Patient-Therapeut-Bindung oder der Therapiezufriedenheit (aus Patienten- und Therapeutenperspektive), wie bereits unter 2.3.1 bis 2.3.4 ausgeführt (der Bindungsstil wurde jeweils als Kovariate in die Regressionsmodelle aufgenommen).

Zu Hypothese 2.5

In das logistische Regressionsmodell gehen die Maße zur Beurteilung der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P und CATS-T) und zur Therapiezufriedenheit (HAQ-P und HAQ-T) als Prädiktoren ein. Aufgrund der geringen Zellenhäufigkeiten bei den Kategorien des HAQ-P und HAQ-T werden diese nach dem bereits bekannten Verfahren zusammengefasst (vgl. Ergebnisse zur Hypothesentestung 2.3.3 und 2.3.4). Als Kontrollvariablen werden das Patientenalter und die Hauptdiagnose und die vom Therapeuten praktizierte Therapierichtung aufgenommen. Das hypothetisierte Modell besitzt keine prognostische Vorhersagekraft bezüglich des Kriteriums Therapiebeendigung. Der bereits bekannte Alterseffekt zeigt sich auch in dem hier spezifizierten Modell (B=0,056, p=.010; Tabelle 66).

Tabelle 66: Therapieevaluation: Logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiebeendigung)

	Parameterschätzer				
Prädiktor	**B**	**p**	**OR**	**95% CI (OR)**	
Pat.-Th.-Bind. (CATS-P)	-0,333	.381	0,717	0,340	1,509
Pat.-Th.-Bind. (CATS-T)	0,661	.108	0,516	0,213	1,157
Th.-Zufr. (HAQ-P)	0,805	.055	2,236	0,984	5,081
Th.-Zufr. (HAQ-T)	-0,219	.639	0,803	0,322	2,005
Alter	0,056	.010	1,058	1,013	1,104
Hauptdiagnose	-0,482	.117	0,617	0,338	1,128
Prakt. Therapierichtung	-0,898	.215	0,408	0,099	1,684

Anmerkung: Bei kategorialen Prädiktorvariablen werden in der Tabelle die Werte der ersten Kategorie berichtet.

Nach der Überprüfung der vorherigen Hypothesen stellt sich die Frage, welche Variablen zur Therapieerfolgsprädiktion von Abhängigen von illegalen Drogen in stationärer Postakutbehandlung geeignet sind. Aus den bisherigen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass von Patientenseite nur die Variablen Alter und Hauptdiagnose und von Therapeutenseite nur die praktizierte Therapierichtung einen Prädiktionswert bezüglich des Therapieerfolgs aufweisen, während die Variablen Bindungsstil, Selbstwirksamkeitserwartung, Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit weder aus Patienten- noch Therapeutenperspektive signifikant mit dem Kriterium Therapieerfolg assoziiert sind. Im Folgenden werden die Patientenvariablen Alter und Hauptdiagnose und die Therapeutenvariable praktizierte Therapierichtung in eine binär logistische Regression aufgenommen. Alle drei Variablen unterscheiden signifikant zwischen den Gruppen der planmäßigen und der unplanmäßigen Therapiebeender (Tabelle 67). Mit zunehmendem Alter des Patienten steigt die Wahrscheinlichkeit für eine planmäßige Therapiebeendigung (B=0,041; p=.014). Weist der Patient keine opiatassoziierte Hauptdiagnose auf, steigt

ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für eine planmäßige Therapiebeendigung (B=0,528; p=.029). Wird der Patient von einem Therapeuten mit gestalttherapeutischem Ausbildungshintergrund behandelt, nimmt die Wahrscheinlichkeit einer planmäßigen Therapiebeendigung ebenfalls zu (B=1,442; p=.005).

Tabelle 67: Therapieevaluation: Modifiziertes logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiebeendigung)

	Parameterschätzer				
Prädiktor	**B**	**p**	**OR**	**95% CI (OR)**	
Alter	0,041	.014	1,042	1,008	1,077
Hauptdiagnose [a]	0,528	.029	1,696	1,056	2,722
Therapierichtung [b]					
VT	0,614	.088	1,848	0,913	3,742
GT+FT+PD	0,532	.237	1,703	0,705	4,112
GTT	1,442	.005	4,230	1,532	11,677

Anmerkung: [a] Die Referenzkategorie ist „opiatassoziiert"; [b] Die Referenzkategorie ist „TP und PA".

Zu Hypothesenteil 3: Prä-Post-Veränderung

Zu Hypothese 3.1

Hypothese 3.1 bestätigt sich. Die Selbstwirksamkeitserwartung steigt von T0 zu T2 signifikant an (F=47,102 (114), p=.000), wobei Alter und Geschlecht mit dieser Veränderung nicht signifikant interagieren (Tabelle 68). Während die Patienten zu T0 stark unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartungswerte aufweisen, liegen diese zu T2 im Normbereich (T0: M=41,76; SD=9,52; T2: M=49,20; SD=9,10; Abbildung 14).

Tabelle 68: Therapieevaluation: Teststatistiken zur ANOVA mit Messwiederholung (abhängige Variable: Selbstwirksamkeitserwartung T2)

Multivariater Test

Effekt	**Wert**	**F**	**df**	**p**
Faktor 1 (Zeit)	0,292	47,102	114	.000
Faktor 1 x Geschlecht	0,000	0,048	114	.827
Faktor 1 x Alter	0,008	0,966	114	.328
Faktor 1 x Geschlecht x Alter	0,000	0,021	114	.886

Eine Analyse der Zwischensubjekteffekte zeigt einen signifikanten Geschlechtseffekt, d. h. dass Männer sowohl zu T0 als auch zu T2 signifikant höhere

Selbstwirksamkeitserwartungswerte haben als Frauen (F=4,859 (1), p=.030). Männer haben zu T0 durchschnittlich einen Selbstwirksamkeitserwartungswert von 42,69 (SD=9,73), Frauen von 38,13 (SD=7,73). Zu T2 weisen Männer durchschnittlich Werte von 50,05 (SD=9,26) und Frauen von 45,87 (SD=7,71) auf (Abbildung 14).

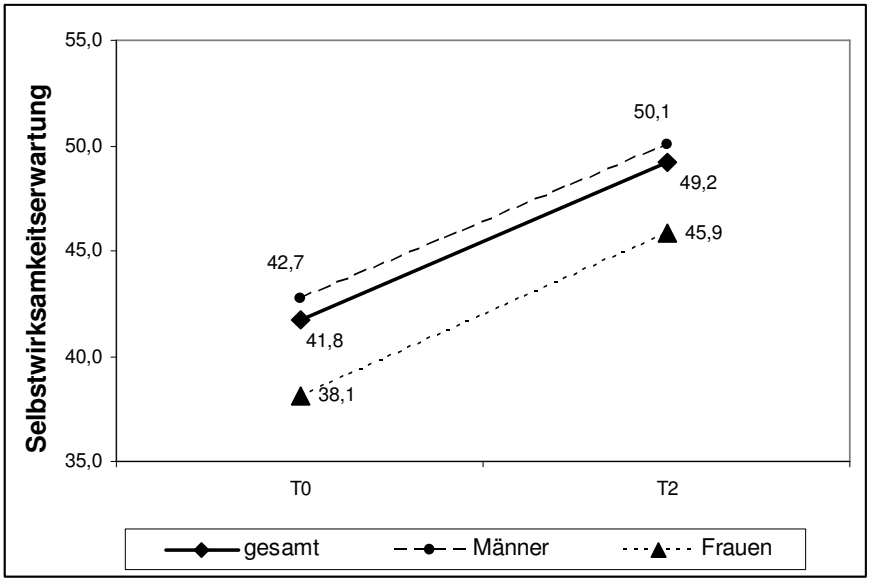

Abbildung 14: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 und T2 nach Geschlecht

Zu Hypothese 3.1.1

Hypothese 3.1.1, welche eine Moderation der zu T1 erhobenen Variablen (Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit) auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 zu T2 spezifiziert, bestätigt sich hinsichtlich des Moderationseffektes der Patient-Therapeut-Bindung, aber nicht hinsichtlich der Therapiezufriedenheit. Bei einer ANOVA mit Messwiederholung zeigt sich, dass die Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung moderiert (F=3,320 (106), p=.040; Tabelle 69). D. h., dass eine *sichere* Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive mit einem steileren Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung zusammenhängt, während eine *ängstlich-vermeidene* Patient-Therapeut-Bindung mit einem niedrigeren Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung über den Interventionszeitraum assoziiert ist (Abbildung 15). Zu T0 unterscheiden sich die Mittelwerte der Selbstwirksamkeitserwartung nicht signifikant voneinander (F=0,818 (2), p=.443). Zu T2 lassen sich signifikante Differenzen der Selbstwirksamkeitserwartung aufgrund der Patient-Therapeut-Bindung feststellen (F=4,149

(2), p=.018): *Ängstlich-vermeidende* Patienten weisen mit einem Mittelwert von 46,02 (SD=8,17) gegenüber *sicher* (M=50,80; SD=9,72) bzw. *verstrickt* (M=51,32; SD=9,72) gebundenen Patienten signifikant unterdurchschnittliche Werte auf.

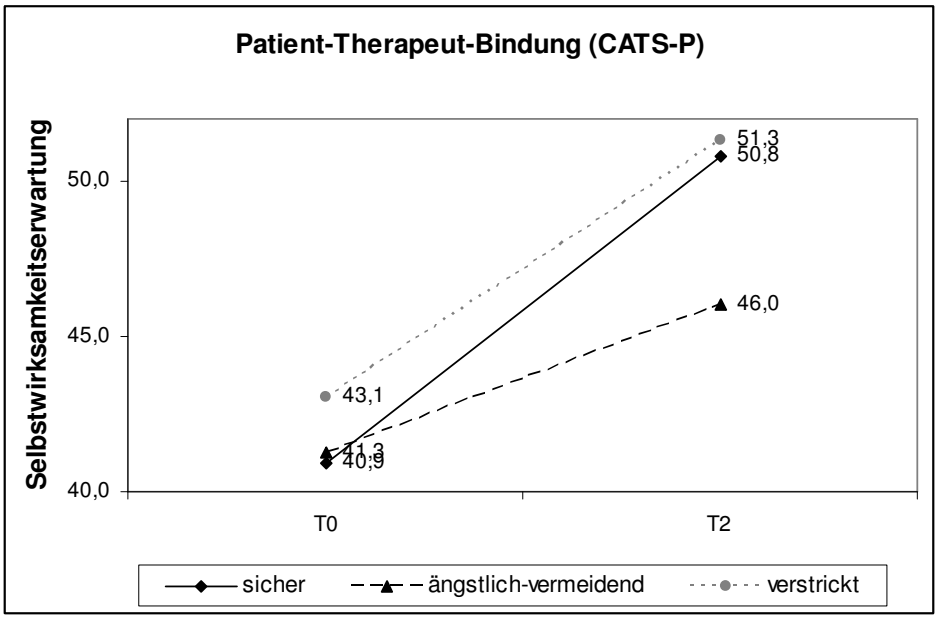

Abbildung 15: Therapieevaluation: Moderationseffekt der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 nach T2

Es zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Moderationseffekt der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 zu T2 aufgrund der Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive (CATS-T; F=3,308 (100), p=.041; Abbildung 16; Tabelle 69). Das bedeutet, dass Patienten, deren Patient-Therapeut-Bindung von dem Therapeuten als *sicher* eingestuft wird, ihre Selbstwirksamkeitserwartung von T0 zu T2 mehr steigern als *ängstlich-vermeidende* Patienten. Die Gruppen unterscheiden sich jedoch weder zu T0 noch zu T2 signifikant voneinander (T0: F=1,282 (2), p=.280; T2: F=1,072 (2), p=.346).

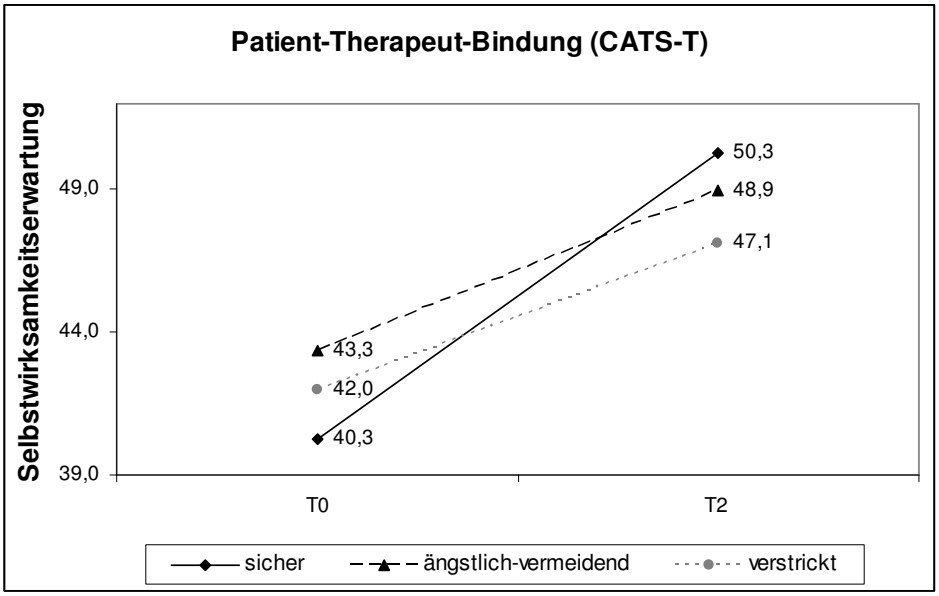

Abbildung 16: Therapieevaluation: Moderationseffekt der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T) auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 nach T2

Es liegen keine signifikanten Moderationseffekte der Variablen Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive (HAQ-P) bzw. aus Therapeutenperspektive (HAQ-T) auf die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 zu T2 vor (HAQ-P: F=1,107 (105), p=.350; HAQ-T: F=1,209 (98), p=.311; Tabelle 69).

Tabelle 69: Therapieevaluation: Zusammengefasste Teststatistiken zu hypothetisierten Moderatoreffekten (abhängige Variable: Selbstwirksamkeitserwartung T2)

Multivariate Teststatistiken

Effekt	Wert	F	df	p
Faktor 1 x CATS-P	0,059	3,320	106	.040
Faktor 1 x CATS-T	0,062	3,308	100	.041
Faktor 1 x HAQ-P	0,031	1,107	105	.350
Faktor 1 x HAQ-T	0,036	1,209	98	.311

Zu Hypothese 3.2

Der Bindungsstil verändert sich von T0 zu T2 nicht signifikant (κ=,130, p=.012; Tabelle 70). 34,5% der Patienten bleiben in ihrer Einschätzung über den Interventionszeitraum konstant. Da die Hypothese zur Veränderung des Bindungsstiles nicht bestätigt wird, erübrigt sich die Überprüfung der Moderatorhypothese.

Tabelle 70: Therapieevaluation: Bindungsstil (Prä-Post)

		Bindungsstil T2				
Bindungsstil T0		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sicher (1)	f_o	14	2	6	7	29
	f_e	9,5	6,3	7,8	5,4	29,0
	Gesamt-%	11,8%	1,7%	5,0%	5,9%	24,4%
	ZRESID	1,5	-1,7	-0,6	0,7	
ängstlich (2)	f_o	4	9	13	6	32
	f_e	10,5	7,0	8,6	5,9	32,0
	Gesamt-%	3,4%	7,6%	10,9%	5,0%	26,9%
	ZRESID	-2,0	0,8	1,5	0,0	
präokkupiert (3)	f_o	8	6	10	1	25
	f_e	8,2	5,5	6,7	4,6	25,0
	Gesamt-%	6,7%	5,0%	8,4%	,8%	21,0%
	ZRESID	-0,1	0,2	1,3	-1,7	
vermeidend (4)	f_o	13	9	3	8	33
	f_e	10,8	7,2	8,9	6,1	33,0
	Gesamt-%	10,9%	7,6%	2,5%	6,7%	27,7%
	ZRESID	0,7	0,7	-2,0	0,8	
gesamt	f_o	39	26	32	22	119
	f_e	39,0	26,0	32,0	22,0	119,0
	Gesamt-%	32,8%	21,8%	26,9%	18,5%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Zu Hypothesenteil 4: Prozess-Post-Veränderung und Interrater-Konkordanz

Zu Hypothese 4.1

Hinsichtlich der patienten- und therapeutenseitigen Einschätzungen der Patient-Therapeut-Bindung zeigen sich über den Beobachtungszeitraum keine Veränderungen (CATS-P: κ=,201; p=.003; 47,9% Stabilität; vgl. Anhang I1; CATS-T: κ=,425; p=.000; 62% Stabilität; vgl. Anhang I2). Auch die aus Therapeutenperspektive eingeschätzte Therapiezufriedenheit bleibt von T1 zu T2 stabil (κ=,318; p=.000; 62,6% Stabilität; vgl. Anhang I3). Die aus Patientenperspektive eingeschätzte Therapiezufriedenheit jedoch nimmt von T1 zu T2 zu. Der Effekt weist zwar nur auf eine schwache Veränderung hin (κ=,092; p=.055; 30,7% Stabilität), dennoch lässt sich vor allem in der Kategorie der *sehr zufriedenen* Patienten eine Zu- (ZRESID=1,8) und in der Kategorie der *sehr unzufriedenen* eine Abnahme beobachten (ZRESID=-1,9; Tabelle 71).

Tabelle 71: Therapieevaluation: Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive (Prozess-Post)

		Therapiezufriedenheit (HAQ-P) T2				
Therapiezufriedenheit (HAQ-P) T1		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sehr zufrieden (1)	f_o	17	0	8	2	27
	f_e	11,1	4,0	6,6	5,2	27,0
	Gesamt-%	14,9%	,0%	7,0%	1,8%	23,7%
	ZRESID	1,8	-2,0	0,5	-1,4	
beziehungszufrieden (2)	f_o	14	5	3	6	28
	f_e	11,5	4,2	6,9	5,4	28,0
	Gesamt-%	12,3%	4,4%	2,6%	5,3%	24,6%
	ZRESID	0,7	0,4	-1,5	0,3	
erfolgszufrieden (3)	f_o	3	0	1	2	6
	f_e	2,5	,9	1,5	1,2	6,0
	Gesamt-%	2,6%	,0%	,9%	1,8%	5,3%
	ZRESID	0,3	-0,9	-0,4	0,8	
sehr unzufrieden (4)	f_o	13	12	16	12	53
	f_e	21,9	7,9	13,0	10,2	53,0
	Gesamt-%	11,4%	10,5%	14,0%	10,5%	46,5%
	ZRESID	-1,9	1,5	0,8	0,6	
gesamt	f_o	47	17	28	22	114
	f_e	47,0	17,0	28,0	22,0	114,0
	Gesamt-%	41,2%	14,9%	24,6%	19,3%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Zu Hypothese 4.2

Zum Zeitpunkt T1 besteht keine signifikante Übereinstimmung bezüglich der Einstufung der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Patient-Therapeut-Bindung: κ=,027; p=.702; 36,3%; Konkordanz; Tabelle 72; Therapiezufriedenheit: κ=,102; p=.058; 34,3% Konkordanz; Tabelle 73).

Tabelle 72: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Patient-Therapeut-Bindung zu T1

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T)			
Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)		**1**	**2**	**3**	**gesamt**
sicher (1)	f_o	22	8	13	43
	f_e	18,0	13,1	11,9	43,0
	Gesamt-%	21,0%	7,6%	12,4%	41,0%
	ZRESID	0,9	-1,4	0,3	
ängstl.-verm. (2)	f_o	14	11	11	36
	f_e	15,1	11,0	9,9	36,0
	Gesamt-%	13,3%	10,5%	10,5%	34,3%
	ZRESID	-0,3	0,0	0,3	
verstrickt (3)	f_o	8	13	5	26
	f_e	10,9	7,9	7,2	26,0
	Gesamt-%	7,6%	12,4%	4,8%	24,8%
	ZRESID	-0,9	1,8	-0,8	
gesamt	f_o	44	32	29	105
	f_e	44,0	32,0	29,0	105,0
	Gesamt-%	41,9%	30,5%	27,6%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Tabelle 73: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Therapiezufriedenheit zu T1

		Therapiezufriedenheit (HAQ-T)				
Therapiezufriedenheit (HAQ-P)		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sehr zufrieden (1)	f_o	17	4	1	2	24
	f_e	12,6	7,5	,5	3,4	24,0
	Gesamt-%	16,2%	3,8%	1,0%	1,9%	22,9%
	ZRESID	1,2	-1,3	0,8	-0,8	
beziehungszufrieden (2)	f_o	16	9	0	2	27
	f_e	14,1	8,5	,5	3,9	27,0
	Gesamt-%	15,2%	8,6%	,0%	1,9%	25,7%
	ZRESID	0,5	0,2	-0,7	-0,9	
erfolgszufrieden (3)	f_o	3	1	0	1	5
	f_e	2,6	1,6	,1	,7	5,0
	Gesamt-%	2,9%	1,0%	,0%	1,0%	4,8%
	ZRESID	0,2	-0,5	-0,3	0,3	
sehr unzufrieden (4)	f_o	19	19	1	10	49
	f_e	25,7	15,4	,9	7,0	49,0
	Gesamt-%	18,1%	18,1%	1,0%	9,5%	46,7%
	ZRESID	-1,3	0,9	0,1	1,1	
gesamt	f_o	55	33	2	15	105
	f_e	55,0	33,0	2,0	15,0	105,0
	Gesamt-%	52,4%	31,4%	1,9%	14,3%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Zu T2 lässt sich ebenfalls keine signifikante Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut bezüglich der Therapiezufriedenheit feststellen (κ=,052; p=.312; 40% Konkordanz; Tabelle 74). Die längsschnittliche Betrachtung der Daten von T1 zu T2 mithilfe der Indexvariable ist dementsprechend nicht signifikant (T=-0,467 (90), p=.642).

Die querschnittliche Datenanalyse mithilfe des Interrater-Koeffizienten Kappa zeigt zu T2 eine signifikante Übereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten hinsichtlich der Einschätzung der Bindung des Patienten an den Therapeuten an (κ=,162, p=.022; 45,1% Konkordanz; Tabelle 75). Die längsschnittliche Analyse der Indexvariable von T1 zu T2 zeigt jedoch keine signifikante Veränderung an (T=-1,518 (91), p=.132). Das bedeutet, dass anhand des Konkordanzmaßes Kappa zwar eine signifikante Interrater-Übereinstimmung zu T2 festgestellt wird, die Veränderung des Indexes jedoch nicht als signifikant beurteilt werden kann (36,3% Übereinstimmung zu T1 vs. 45,1% Übereinstimmung zu T2).

Tabelle 74: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Therapiezufriedenheit zu T2

		Therapiezufriedenheit (HAQ-T)				
Therapiezufriedenheit (HAQ-P)		**1**	**2**	**3**	**4**	**gesamt**
sehr zufrieden (1)	f_o	36	3	1	3	43
	f_e	32,3	4,3	,9	5,6	43,0
	Gesamt-%	36,0%	3,0%	1,0%	3,0%	43,0%
	ZRESID	0,7	-0,6	0,2	-1,1	
beziehungszufrieden (2)	f_o	12	2	0	1	15
	f_e	11,3	1,5	,3	2,0	15,0
	Gesamt-%	12,0%	2,0%	,0%	1,0%	15,0%
	ZRESID	0,2	0,4	-0,5	-0,7	
erfolgszufrieden (3)	f_o	14	2	0	7	23
	f_e	17,3	2,3	,5	3,0	23,0
	Gesamt-%	14,0%	2,0%	,0%	7,0%	23,0%
	ZRESID	-0,8	-0,2	-0,7	2,3	
sehr unzufrieden (4)	f_o	13	3	1	2	19
	f_e	14,3	1,9	,4	2,5	19,0
	Gesamt-%	13,0%	3,0%	1,0%	2,0%	19,0%
	ZRESID	-0,3	0,8	1,0	-0,3	
gesamt	f_o	75	10	2	13	100
	f_e	75,0	10,0	2,0	13,0	100,0
	Gesamt-%	75,0%	10,0%	2,0%	13,0%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

Tabelle 75: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Patient-Therapeut-Bindung zu T2

		Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T)			
Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P)		**1**	**2**	**3**	**gesamt**
sicher (1)	f_o	20	10	11	41
	f_e	16,9	13,3	10,9	41,0
	Gesamt-%	19,6%	9,8%	10,8%	40,2%
	ZRESID	0,8	-0,9	0,0	
ängstl.-verm. (2)	f_o	9	19	9	37
	f_e	15,2	12,0	9,8	37,0
	Gesamt-%	8,8%	18,6%	8,8%	36,3%
	ZRESID	-1,6	2,0	-0,3	
verstrickt (3)	f_o	13	4	7	24
	f_e	9,9	7,8	6,4	24,0
	Gesamt-%	12,7%	3,9%	6,9%	23,5%
	ZRESID	1,0	-1,4	0,3	
gesamt	f_o	42	33	27	102
	f_e	42,0	33,0	27,0	102,0
	Gesamt-%	41,2%	32,4%	26,5%	100,0%

Anmerkung: f_o = beobachtete Zellenhäufigkeit, f_e = erwartete Zellenhäufigkeit, ZRESID = standardisiertes Residuum.

5. DISKUSSION

Die Diskussion ist ebenso wie die Abschnitte Methodik und Ergebnisse zweigeteilt. Dementsprechend wird im ersten Teil die Validierung des Instrumentes zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung CATS-P und im zweiten Teil die Evaluation der Therapie von Abhängigen von illegalen Drogen in stationärer Postakutbehandlung diskutiert. Das bedeutet, dass zum einen das Instrument (unter 5.1) und zum anderen die Stichprobe und die Hypothesentestung (unter 5.2) im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

5.1 Instrumentenvalidierung

5.1.1 CATS-P

Die im Folgenden diskutierten Resultate beziehen sich auf die Ergebnisse zur Instrumentenvalidierung der CATS-P, welche an der Stichprobe von 119 Patienten in stationärer Postakutbehandlung gewonnen wurden. Im Rahmen einer Kreuzvalidierung anhand der Therapieevaluationsstichprobe (N=365) konnten die Ergebnisse zur Reliabilität und Validität des Selbstbeurteilungsinstrumentes CATS-P jedoch größtenteils repliziert werden, was für deren Generalisierbarkeit spricht.

Reliabilität

Die Ergebnisse zu den Item-Charakteristika sind die einzigen, welche im Rahmen der Kreuzvalidierung nicht exakt repliziert werden konnten. In der Instrumentenvalidierungsstudie erweisen sich die Kriterien von sechs Items der Skala *sicher*, einem der Skala *ängstlich-vermeidend* und zwei der Skala *verstrickt* als ungenügend, während sich bei Überprüfung der Item-Charakteristika an der Therapieevaluationsstichprobe nur insgesamt vier Items als weniger gut geeignet erweisen. Diese vier Items entsprechen den auffälligen der Instrumentenvalidierungsstudie, weshalb diese aus dem endgültigen Fragebogen entfernt werden sollten. Der Fragebogen kann so auf insgesamt 32 Items gekürzt werden, von denen 12 auf die Skala *sicher* entfallen, 11 auf die Skala *ängstlich-vermeidend* und 9 auf die Skala *verstrickt* (vgl. Tabelle 32). Dank der Testkürzung kann das

Nebengütekriterium der Testökonomie, die Wirtschaftlichkeit der Testanwendung, besser erfüllt werden.

Die internen Konsistenzen der drei CATS-P-Skalen fallen gut aus, was deren inhaltliche Homogenität unterstreicht. Auch die Retest-Reliabilitätskoeffizienten über den Messwiederholungszeitraum von einer Woche können als gut bewertet werden, so dass von Stabilität bei der Merkmalserfassung ausgegangen werden kann. Stabilität bei der Messung ist die Voraussetzung für die reliable Abbildung von tatsächlicher Veränderung über ein Zeit-Intervall. Verzerrungen aufgrund spontaner Stimmungsfluktuationen oder kurzfristiger Einflüsse auf die Patient-Therapeut-Bindung wie sie beispielsweise durch Konfrontationen im Rahmen der Therapie ausgelöst werden können, haben keinen wesentlichen Einfluss auf das Ankreuzverhalten der Patienten bei der Beantwortung der CATS-P-Items.

Auffällig sind die schiefen Verteilungen der drei Subskalen des Fragebogens. Den Items der Skala *sicher* wird überproportional und systematisch zugestimmt, was möglicherweise mit einem Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit zusammenhängt (sogenanntes *Faking Good*; Bortz & Döring, 2002). Es könnte allerdings auch eine tatsächlich erlebte hohe Sicherheit in der Bindung an den Therapeuten widerspiegeln. Aufgrund der links- bzw. rechtssteilen Verteilung der Items, wurden die Werte z-transformiert. Die darauffolgende Klassifizierung bleibt über das Retest-Intervall stabil, sodass davon ausgegangen werden kann, dass mit dem Instrument CATS-P tatsächlich stattfindende Veränderungen abgebildet werden.

Der hohe Anteil sicherer Patient-Therapeut-Bindungen ist nach den Ausführungen von Beck et al. (1993) zur therapeutischen Beziehung bei Sucht-Patienten nicht zu erwarten gewesen (vgl. Kapitel 2.2.8). Beck und Mitarbeiter führen eine acht Stichpunkte umfassende Liste auf, warum es besonders schwierig ist, zu Patienten mit Drogenproblemen eine stabile und von Vertrauen geprägte Beziehung aufzubauen. Vor allem die expliziten Hinweise auf die voreingenommene Haltung von Sucht-Patienten gegenüber ihrem Therapeuten (Misstrauen, Feindseligkeit, Unterstellung von Desinteresse) legen die Vermutung nahe, dass die Items der CATS-Subskala *sicher* im Sinne der sozialen Erwünschtheit angekreuzt wurden. Zur Beantwortung dieser Frage sollte die Skala an Patientenkollektiven mit anderen Störungsbildern eingesetzt werden. Es könnte sein, dass beispielsweise Patienten mit besonders hoher Therapiemotivation stärker das Bedürfnis haben, sich an ihren Therapeuten sicher zu binden, während Patienten, die keine oder kaum eigene Motivation für die Therapie

mitbringen, eine Vermeidungshaltung gegenüber ihrem Therapeuten einnehmen. Diese differentielle Zuordenbarkeit des Störungsbildes zur Bindungscharakteristik sollte auch unter Normierungsgesichtspunkten Berücksichtigung bei weiteren Forschungsvorhanden finden.

Validität

Hinsichtlich der Inhaltsvalidität des Fragebogens fällt auf, dass insgesamt zehn Items von den Experten als missverständlich bewertet wurden, von denen neun der Subskala *verstrickt* angehören. Diese eindeutige Negativbewertung der Items dieser Skala muss vor allem unter Berücksichtigung des theoretischen Bindungskonzeptes erfolgen. Ein Grund könnte sein, dass die befragten Experten mit dem Konzept (noch) nicht ausreichend vertraut und sich aufgrund dessen nicht bewusst darüber sind, dass emotional verstrickte Bindungen zwischen Psychotherapeuten und Patienten auftauchen können (Broda & Senf, 2004; Reimer, 2004; Znoj, 2005). Schmidt-Traub (2003) und Caspar (2003) merken in ähnlichem Zusammenhang an, dass sich in der Regel keine oder zu spärliche Hinweise auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in empirisch abgesicherten Therapiemanualen finden. Eine andere mögliche Erklärung betrifft die Adäquatheit der Items. Die Items der Skala *verstrickt* sind möglicherweise nicht inhaltlich repräsentativ für das Itemuniversum „Verstrickung in therapeutischen Beziehungen“ (Moosbrugger & Kelava, 2007). So sind Aussagen, welche Verschmelzungswünsche des Patienten an seinen Therapeuten ausdrücken, wie beispielsweise „Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein“ im deutschen Sprachschatz eher ungebräuchlich. Eine Reformulierung dieses und ähnlich uneingängig formulierter Items könnte zu einer größeren Akzeptanz der Skala bei Experten und Patienten führen.

Item 13 („Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen“), welches ebenfalls der Skala *verstrickt* angehört, erhält von den Experten sowohl eine positive als auch eine negative Bewertung. Die Beurteilung dieses Items als gut und verständlich zielt wahrscheinlich auf das Spannungsfeld zwischen tatsächlicher als professionell eingeschätzter Öffnungsbereitschaft des Therapeuten gegenüber dem Patienten und antizipiertem erhöhten patientenseitigen Öffnungswunsch ab. Die Negativbewertung des Items bildet die potentiell gegebene Gefahr ab, dass der Therapeut zu viel von sich preisgibt und beim Patienten Erwartungen, Erwartungsdruck, negative Emotionalität oder sonstige unerwünschten Reaktionen auslöst, welche für den Therapieverlauf nicht förderlich wären.

Die als verständlich eingeschätzten Items stammen, bis auf Item 13, aus den beiden Subskalen *sicher* und *ängstlich-vermeidend*. Es scheint zumindest für Verhaltenstherapeuten so zu sein, dass die Items dieser beiden Subskalen therapeutische Bindungsbeziehungen realistischer beschreiben als die Items der Subskala *verstrickt* oder dass *sichere* oder *ängstlich-vermeidende* Beziehungsgestaltungen leichter verbal darstellbar sind als Verstrickungen in therapeutischen Beziehungen. Methodisch wäre wünschenswert gewesen, Einschätzungen zur Inhaltsvalidität der CATS-P nicht nur von Verhaltenstherapeuten zu erhalten, sondern auch von Therapeuten mit anderem Ausbildungshintergrund. Dies sollte in weiteren Studien berücksichtigt und weiter erforscht werden, um festzustellen, wie Verstrickungen in Patient-Therapeut-Bindungen aussehen und sich beschreiben lassen. Darauf aufbauend könnte ein gezieltes Training der Therapeuten zur Vermeidung von Verstrickungen in therapeutischen Beziehungen vorgenommen werden.

Faktorenanalytisch lässt sich die aus der amerikanischen Version des Instrumentes bekannte Struktur mit den drei Skalen *sicher*, *ängstlich-vermeidend* und *verstrickt* replizieren, wobei jedoch der Faktor *verstrickt* nur einen geringen Anteil an Varianz aufklärt. Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen zur Inhaltsvalidität. Mit hoher Wahrscheinlichkeit lösen die Items, die Verstrickungs- und Verschmelzungswünsche thematisieren, bei den Patienten Befremdlichkeit aus, was sie zu einem im Sinne des intendierten Konstruktes wenig homogenen Antwortmusters veranlasst. Die Subskalen-Interkorrelationen des Instrumentes bestätigen die theoretischen Vorannahmen und die Beobachtungen, die in der Originalstudie gemacht worden waren. Erwartungsgemäß korreliert eine *sichere* Patient-Therapeut-Bindung mit einer *ängstlich-vermeidenden* stark negativ, während *sichere* und *verstrickte* Bindungen leicht positiv korrelieren und kein Zusammenhang zwischen *verstrickter* und *ängstlich-vermeidender* Bindung vorliegt.

Zur Bestimmung der konvergenten Validität zur Abgrenzung der Konstrukte Patient-Therapeut-Bindung, Therapiezufriedenheit und Bindungsstil wurden die Subskalen der drei Instrumente korreliert. Therapiezufriedenheit bzw. –unzufriedenheit ist assoziiert mit der Qualität der Bindung, die der Patient an seinen Therapeuten wahrnimmt. Diese Zusammenhänge sind sowohl theoretisch als auch empirisch begründet (z. B. Mallinckrodt et al., 1995; Mallinckrodt et al., 2005; Ambühl, 1991; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998).

Die signifikant positive Korrelation zwischen einer *sicheren* Patient-Therapeut-Bindung und *Angst vor Trennung* (erfasst mit dem RSQ) ist nicht theoriekonform und gibt einen Hinweis auf die Unterschiedlichkeit der beiden Konstrukte. Der allgemeine Bindungsstil weist in vorliegender Studie nicht den hypothetisch angenommenen und durch empirische Forschung bereits oftmals belegten Zusammenhang zur Patient-Therapeut-Bindung auf. Der allgemeine Bindungsstil, wie er sich in Beziehungen zu nahe stehenden Personen äußert, ist nach den vorliegenden Ergebnissen kein Maß dafür, wie die Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung – zumindest bei der untersuchten Population und im Rahmen des stationären Behandlungssettings – gelingt. Dieses Ergebnis kann auf unterschiedliche Weise interpretiert werden.

Die erste Möglichkeit ist, dass aufgrund der Begrenztheit der therapeutischen Beziehung, deren Ende durch den Rahmen des stationären Aufenthalts vorgegeben ist, generelle Angst vor Trennung, welche ein Anzeichen für einen *ängstlichen* bzw. *präokkupierten* Bindungsstil ist, bei dem Aufbau einer *sicheren* Bindung an den Therapeuten keine Rolle spielt. Ein zweiter Erklärungsversuch für den fehlenden Zusammenhang der beiden Konstrukte ist das Modell der multiplen Bindungsrepräsentationen, welches davon ausgeht, dass zu unterschiedlichen Bezugspersonen auch qualitativ unterschiedliche Bindungsbeziehungen bestehen können (Bartholomew & Shaver, 1998; Klohnen & John, 1998; Brisch, 2003). Im vorliegenden Fall würde dies bedeuten, dass ein Patient mit einem *ängstlichen* oder *präokkupierten* Bindungsstil trotzdem eine *sichere* Bindung an seinen Therapeuten aufbauen kann. Dieses Ergebnis stimmt insofern optimistisch, als dass auch Patienten mit einem unsicheren Bindungsstil, welche in klinischen Stichproben die Mehrzahl darstellen, eine neue, korrigierende Bindungserfahrung mit ihrem Therapeuten machen können, indem sie eine sichere Bindung zu ihm aufbauen.

Die Art der Erhebung des allgemeinen Bindungsstiles und der Patient-Therapeut-Bindung ist eine potentielle Fehlerquelle und bietet eine weitere Erklärung für den fehlenden Zusammenhang zwischen allgemeiner Bindung und Patient-Therapeut-Bindung. Die Erhebung des allgemeinen Bindungsstiles wird anhand einer diffusen Vorgabe bezüglich der zu beurteilenden Bindungsperson vorgenommen. So kann der Proband sich bei der Beantwortung der Fragen auf seinen aktuellen oder letzten Partner, aber auch auf einen sehr engen Freund oder seine Eltern beziehen. Da es mehrere innere Arbeitsmodelle von Bindung gibt, verwischen eventuell die Grenzen zwischen den möglichen Bindungspersonen, sodass schlussendlich unterschiedliche Bewertungen in die Beantwortung der Items einfließen. Diese

Bewertungen können durch Erinnerungseffekte noch zusätzlich verzerrt werden. Bei der Beurteilung der Patient-Therapeut-Bindung hingegen ist die zu beurteilende Person eindeutig definiert und der Kontakt zu dieser Person findet aktuell (d. h. während der Fragebogenbeantwortung) statt, so dass keine durch Erinnerungsdefizite bedingten Verzerrungen auftreten können. Eine andere mögliche Fehlerquelle bei der Beurteilung der Patient-Therapeut-Bindung könnte der bereits thematisierte Faktor soziale Erwünschtheit sein, der die Patienten dazu veranlasst, die Beziehung zu ihrem Therapeuten als besser einzustufen als sie tatsächlich ist. Um die Stör-Variable soziale Erwünschtheit auszuschließen, wurden zwar einige Bemühungen unternommen – wie beispielsweise die Aufklärung der Patienten über den Verbleib der Daten und die persönliche Vergabe und Entgegennahme der Fragebögen –, dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Patienten so antworteten, wie sie annahmen, dass es ihre Therapeuten von ihnen erwünschten. Eine weitere Interpretation – und die wünschenswerteste zudem – geht davon aus, dass der Therapeut dem Patienten tatsächlich eine sichere Basis bietet, von der aus dieser die Welt explorieren kann (Vollmer & Krauth, 2001; Strauß, 2006; Ball & Legow, 1996). Unterschiedliche Forscher zogen aus ihren empirischen Beobachtungen den Schluss, dass der Bindungsstil gegebenenfalls über einen indirekten Weg Einfluss auf die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung nimmt (Meyer et al., 2003; Dolan, Arnkoff & Glass, 1993; Hardy, Stiles, Barkham & Startup, 1998; Slade, 1999). Mediierende Variablen könnten beispielsweise patientenseitige Erwartungen und die Fähigkeit, beim Therapeuten Feinfühligkeit auszulösen, sein.

Clusteranalytisch lassen sich zwei signifikant unterschiedliche Patientenkollektive identifizieren, von denen das eine eine *zufrieden-sichere Therapiequalität* und das andere eine *unzufrieden-ängstliche Therapiequalität* erlebt. Die Unterscheidung zwischen den beiden Clustern wird anhand von vier Skalen der zwei Instrumente CATS-P und HAQ-P (*sicher* und *ängstlich-vermeidend* der CATS-P, beide Subskalen des HAQ-P) getroffen, die restlichen Skalen (*verstrickt* der CATS-P, *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* des RSQ) differenzieren nicht signifikant zwischen den Clustern. Auswertungen anhand kategorialer Daten stützen die bereits berichteten Ergebnisse. Auch anhand kreuztabellarischer Kontingenzanalysen ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit: *Ängstlich-vermeidend* an ihren Therapeuten gebundene Patienten geben überzufällig häufig an, mit ihrer Therapie *sehr unzufrieden* zu sein, während *sicher* an ihren Therapeuten gebundene selten *sehr unzufrieden* sind. *Verstrickt* gebundene Patienten lassen sich nicht eindeutig zu Zufriedenheitskategorien

zuordnen, was konkordant mit den Ergebnissen zu den Subskalen-Interkorrelationen und der Clusteranalyse ist.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Patient-Therapeut-Bindung als eines der multiplen im Individuum vorhandenen Bindungsmodelle verstanden werden kann. Diese Bindung erweist sich bei den in vorliegender Arbeit untersuchten Drogen-Patienten als so spezifisch, dass sie nicht auf den allgemeinen Bindungsstil generalisierbar ist. Der allgemeine Bindungsstil von Drogenabhängigen in stationärer Postakutbehandlung weist keine Bezüge zu der aus Patientenperspektive eingeschätzten Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit auf. Dieses Ergebnis widerspricht den meisten empirischen Beobachtungen, welche dem allgemeinen Bindungsstil einen starken Prädiktionswert zur Vorhersage der Güte der therapeutischen Beziehung oder der Patient-Therapeut-Bindung zuschreiben (z. B. Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998; Hardy et al., 2001; Dozier, 1990; Mallinckrodt, 1991).

Therapiezufriedenheit und Patient-Therapeut-Bindung weisen dagegen starke Zusammenhänge auf, welche sowohl inhaltslogische Gültigkeit besitzen als auch entsprechend in der Literatur berichtet werden (z. B. Mallinckrodt et al., 1995; Mallinckrodt et al., 2005). *Sichere* und *ängstlich-vermeidende* Patient-Therapeut-Bindungen sind mit Beziehungszufriedenheit und Therapieunzufriedenheit assoziiert, während *verstrickte* Bindungen keinen Zusammenhang zur Therapiezufriedenheit aufweisen. An diesem Punkt stellt sich die Frage nach dem inkrementellen Informationsgewinn (Nebengütekriterium Nützlichkeit), den eine Skala zur Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung gegenüber oder zusätzlich zu einer Skala zur Erfassung der Therapiezufriedenheit bietet. Würde es nicht ausreichen, sich während des Therapieprozesses einen Überblick über die Zufriedenheit seines Patienten zu verschaffen, um daraufhin gegebenenfalls Strategien zu erarbeiten, wie man dessen Zufriedenheit steigern kann? Die Ergebnisse vorliegender Arbeit sprechen nicht für diese einseitige Betrachtung der Realität, welche sich nur auf die patientenseitige Zufriedenheit konzentriert. Stattdessen bietet das Konzept der Bindung eines Patienten an seinen Therapeuten die Möglichkeit, sowohl den allgemeinen Bindungsstil des Patienten genauer zu explorieren (Dozier & Tyrrell, 1998) als auch konkrete Strategien zum Umgang mit dem Patienten aufgrund der Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung abzuleiten (Ciechanowski et al., 2002). Neben diesen beiden Aspekten, die im Folgenden ausgeführt werden, räumt auch das Gütekriterium der Reliabilität (Retest) dem Instrument CATS-P einen Vorteil gegenüber dem HAQ-P ein.

Da der allgemeine Bindungsstil des Patienten sich im Laufe seines Lebens entwickelte und manifestierte und dieser allgemeine Bindungsstil auch der ist, mit dem er die Therapie aufnahm und mit dem er die Therapie (eventuell in veränderter Ausprägung) beendet und sich in seiner Umwelt bewegen muss, sollte eine stärkere Fokussierung in der Therapie auf diesen Stil erfolgen (vgl. Grawe, 1992). Ein Weg zur Bewusstmachung des allgemeinen Bindungsstiles könnte über die Thematisierung der Patient-Therapeut-Bindung führen. Lässt sich hier beispielsweise feststellen, dass ein Patient, der in der Vergangenheit einen unsicheren Bindungsstil erworben hat, in der Lage ist, sich an seinen Therapeuten sicher zu binden, so könnte dies nicht nur optimistisch stimmen und dem Therapieerfolg dienen, sondern dem Patienten auch die Möglichkeit eröffnen, sich in Zukunft anders gegenüber seinen Bindungspersonen (außerhalb des therapeutischen Settings) zu verhalten, um befriedigende Beziehungen herzustellen, die dem Patienten Unterstützung bei seiner Emotionsverarbeitung und Stressregulation bieten.

Hat der Therapeut Kenntnis über die Bindung, die der Patient an ihn als Bindungsperson erlebt, lassen sich daraus leichter Verhaltens- und Kommunikationsstrategien formulieren, die den Therapieprozess und den Therapieabschied erleichtern. Deutet sich beispielsweise eine Verstrickung in der Bindungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient an, so sollte der Therapeut darauf bedacht sein, diese aufzulösen, um die Professionalität der Beziehung nicht zu gefährden (Reimer, 2004). Ein Patient, der die Bindung an den Therapeuten als *ängstlich-vermeidend* erlebt, sollte die Option erhalten, den Therapeuten zu wechseln, um sich in eine therapeutische Beziehung begeben zu können, in der er mehr Sicherheit und Vertrauen empfindet, um die Herausforderung, die die Erreichung der Therapieziele an ihn stellt, von einer sicheren Basis aus meistern zu können (Caspar, 2003).

Die exkursartig beschriebenen Ergebnisse zu den Gütekriterien des aus Therapeutenperspektive erhobenen Patient-Therapeut-Bindung-Fragebogens CATS-T weisen große Ähnlichkeit mit den Ergebnissen zu den psychometrischen Kriterien der CATS-P auf. Die Gütekriterien von insgesamt drei Items fallen unzureichend aus (Tabelle 38). Eines der betroffenen Items (Nr. 6) jedoch wurde im Rahmen der Überprüfung der Inhaltsvalidität sehr positiv beurteilt und sollte daher aus inhaltlichen Überlegungen nicht aus dem Fragebogen entfernt werden. Der endgültige Fragebogen zur Erhebung der Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive umfasst daher schlussendlich 34 Items. Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität der CATS-T sind äquivalent mit denen der CATS-P. Die Subskalen-Interkorrelationen und Korrelationen zur konvergenten Validität fallen erwartungsgemäß aus.

Auch cluster- und kontingenzanalytisch zeigen sich die gleichen Zusammenhänge wie bei der Überprüfung der CATS-P. Diese aus der Fremdbeurteilungsperspektive gewonnenen Ergebnisse sprechen für die Generalisierbarkeit und Validität des Instrumentes zur Messung der Patient-Therapeut-Bindung (Moosbrugger & Kelava, 2007).

5.1.2 RSQ

Der Bindungsstil verändert sich über das Messwiederholungs-Intervall nicht, sodass Stabilität bei der Erfassung des Merkmals angenommen werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dem RSQ reliable Veränderung erfasst wird. Dieser Umstand stellt eine unabdingbare Voraussetzung für den Einsatz des Instrumentes im Rahmen der Therapieevaluationsstudie dar, da eine der zu beantwortenden Hypothesen sich mit der Veränderbarkeit des allgemeinen Bindungsstiles über den Zeitraum der Therapie beschäftigt (Hypothese 3.2).

Die Ergebnisse zur Klassifikation des allgemeinen Bindungsstiles entsprechen den auf theoretischen Annahmen basierenden Erwartungen in dem Sinne, dass weniger als ein Drittel der untersuchten Stichprobe als *sicher* gebunden eingeordnet werden. Innerhalb der Gruppe der unsicher gebundenen Patienten stellen die *vermeidend* gebundenen die größte Gruppe dar, die zweitgrößte die *ängstlich* und die drittgrößte die *präokkupiert* gebundenen. Die Verteilung der unsicheren Bindungsstile spricht für die Auswahl des RSQ als Diagnostikinstrument, da eine hohe Prävalenz des *vermeidenden* Bindungsstils vorliegt, welcher laut Schindler (2005) im Suchtbereich gehäuft anzutreffen ist. Im Rahmen einer Pilotstudie an chronisch mehrfach beeinträchtigten Opiatabhängigen wiesen Küfner, Hellwich, Sonn und Vollmer (2007) den *vermeidenden* Bindungsstil von allen vier Bindungsstilen ebenfalls am häufigsten nach (31%).

Eine globale Kritik am RSQ zielt auf die Erfassung des allgemeinen Bindungsstiles mithilfe der Fragebogen-Methode ab. Möglicherweise ist diese zu oberflächlich, um den Bindungsstil valide zu erfassen (Strauß, 2006; Zimmer & Brömer, 1991; Fonagy et al., 1994). Aufwendigere Erhebungsmethoden zur Erfassung des Bindungsstiles wie beispielsweise Interviewverfahren (AAI) oder Fremdbeobachtungen (z. B. Interaktionen mit dem Partner im Paargespräch oder Urteile von anderen nahe stehenden Personen) könnten eventuell validere Verfahren zur Bindungsstilbestimmung darstellen (Mestel, 1996). Die Interviewmethodik zur

Bindungsmessung verspricht laut Brennan, Clark und Shaver (1998) aussagekräftige und leistungsstarke Daten, allerdings wird sie aufgrund der Impraktikabilität im Rahmen von Forschungsarbeiten selten verwendet und erscheint aufgrund des Umfangs und zeitlichen Aufwandes als standardmäßiges Diagnostikverfahren für stationäre therapeutische Settings ungeeignet.

Eine weitere Kritik am allgemeinen Bindungsstil fassen von Sydow und Ullmeyer (2001) treffend zusammen, indem sie die Unstrukturiertheit des Forschungsfeldes „Bindung" feststellen, obwohl Publikationen zum Thema stetig zunehmen. Wie aus den theoretischen Ausführungen in vorliegender Arbeit ersichtlich wird, besteht nach wie vor kein Konsens bezüglich einer einheitlichen Definition des Bindungskonstruktes. So ist unklar, durch wie viele und welche Dimensionen Bindungsmerkmale hinreichend beschrieben werden können und wie die einzelnen voneinander abzugrenzenden Stile zu benennen sind. Hartmann (2005) beispielsweise merkt kritisch an, dass vor allem für den psychopathologischen Bereich eine größere Differenzierung der Bindungsstile fehle.

In theoretischer Nähe zum Bindungskonzept entwickelten unterschiedliche Autoren Ansätze, die das Interaktionsverhalten von Menschen innerhalb des psychotherapeutischen Kontextes zusammenfassend beschreiben sollen, wie beispielsweise die *Structural Analysis of Social Behavior* (*SASB*; Benjamin, 1974), das *Quantitative Assessment of Interpersonal Themes* (*QUAINT*; Crits-Christoph, Demorest & Connolly, 1990) und die *Role Relationship Model Configuration* (*RRMC*; Horowitz et al., 1991). Möglicherweise sind diese Verfahren besser geeignet, das Beziehungsverhalten von Patienten zu diagnostizieren und therapeutisch zu bearbeiten als das Konzept des Bindungsstiles. Das Bindungsstilkonzept ist zwar theoretisch gut fundiert, weist aber große Schwächen in der Operationalisierung auf (Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Das Beziehungsverhalten von Therapeuten wurde bereits anhand *SASB* untersucht, um damit die Güte therapeutischer Beziehungen zu prädizieren (Reandeau & Wampold, 1991) oder die Passung zwischen Therapeut und Patient festzustellen (Henry & Strupp, 1991). Diese Ansätze sollten in weiteren Forschungsarbeiten ausgebaut werden. Ein Fokus könnte auf die Zusammenhänge zwischen allgemeinem Bindungsstil und den oben aufgeführten Instrumenten gelegt werden.

5.1.3 HAQ-P

Die vierkategoriale Erfassung der Therapiezufriedenheit erlaubt sowohl eine rasche Einschätzung der Patienten als auch eine feinere Differenzierung zwischen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit. Dieser Auswertungsalgorithmus stellt vor allem im stationären Setting eine Arbeitserleichterung dar. Die vierkategoriale Therapiezufriedenheit erweist sich über das Retest-Intervall stabil. Auffällig ist, dass die Parameter zur Skalenhomogenität insgesamt besser ausfallen als die Retest-Koeffizienten, welche nur ausreichend sind. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass die Erfassung der Therapiezufriedenheit mithilfe des HAQ-P stärker durch aktuelle Erlebnisse mit dem Therapeuten bzw. den Therapiefortschritten geprägt ist als beispielsweise die Patient-Therapeut-Bindung oder der allgemeine Bindungsstil. Die Zusammenhänge zur Patient-Therapeut-Bindung wurden bereits in Kapitel 5.1.1 diskutiert.

5.1.4 Assoziationen zur Soziodemographie

Es zeigt sich lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der vor Therapiebeginn hauptsächlich konsumierten Droge und der Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung. Patienten, die Opiate als ihre Hauptproblemsubstanz angeben, weisen häufiger als Patienten, welche eine andere Substanz als ihre Hauptdroge benennen, eine *verstrickte* Bindung an ihren Therapeuten auf. Dieses Ergebnis gibt zunächst einen Hinweis darauf, dass die Art der konsumierten Droge in weiterführenden Untersuchungen im Zusammenhang mit der Patient-Therapeut-Bindung kontrolliert werden sollte. Da das Ergebnis im Zusammenhang mit der Subskala *verstrickt* auftaucht, kann es ein methodisches Artefakt darstellen, da die psychometrischen Gütekriterien dieser Skala ungünstiger ausfallen als die der Skalen *sicher* und *ängstlich-vermeidend*. Eine mögliche inhaltliche Erklärung des Ergebnisses könnte jedoch sein, dass das Wirkprofil von Opiaten, welches auf Ausblendung der Realität abzielt, das Bedürfnis der Drogenabhängigen nach einem Bindungssurrogat besonders gut befriedigt (Schindler, 2005). Das Leben von Opiatabhängigen ist in der Regel stärker und durchgreifender von der Droge bestimmt als das von Abhängigen von anderen Substanzen, was in vielen Fällen verhindert, dass tiefe, intensive Beziehungen zu anderen Menschen aufgebaut und gepflegt werden können (Strahl, 2002). Diese These wurde von Panksepp (1986) anhand physiologischer Studien untermauert, in denen er feststellte, dass das körpereigene Endorphinsystem von Opiatabhängigen durch die regelmäßige Fremdzufuhr der Substanz gestört ist, sodass die Patienten nach Opiatentzug nicht in der Lage sind,

Glücksgefühle auf normalem Wege zu erhalten. Dieses Ergebnis setzte Panksepp mit der erschwerten Resozialisierbarkeit von Opiatabhängigen in Beziehung. Geht man von dieser Hypothese aus, ist vorstellbar, dass Opiat-Patienten zunächst von Grund auf lernen müssen, wie man Beziehungen zu anderen Menschen gestaltet und sich daher in Verstrickungen mit ihren Therapeuten begeben. Die Verstrickung kann darüber hinaus als ein Indiz dafür betrachtet werden, dass die Grenzen, die durch die professionelle therapeutische Beziehung gesteckt sind, von dem Opiatabhängigen nicht eingehalten werden wollen.

5.2 Therapieevaluation

5.2.1 Stichproben

Bei der Stichprobenbeschreibung der Therapieevaluationsstudie werden drei Kollektive unterschieden: Patienten, Therapeuten und Kliniken. Die deskriptiven Daten werden jeweils auf ihre Prädiktionseigenschaften hinsichtlich des Therapieerfolgskriteriums untersucht. Zwei Patientenvariablen und eine Therapeutenvariable weisen einen signifikanten Prädiktionswert auf. Patientenseitig sind dies die Variablen Alter und Hauptdiagnose und auf Therapeutenseite die Variable praktizierte Therapierichtung.

Mit höherem Alter des Patienten steigt die Wahrscheinlichkeit signifikant an, dass er den aktuellen Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik planmäßig abschließt. Dieses Ergebnis stellt einen Haupteffekt dar und ist beispielsweise unabhängig davon, wie viel Therapieerfahrung der Patient aus seiner Vorgeschichte mitbringt. Der Alterseffekt ist aus der Literatur zur Therapieerfolgsprädiktion von Drogenabhängigen bekannt (Agosti et al., 1996; Connors et al., 2000). Demnach „wachsen“ Patienten mit zunehmendem Alter aus der Sucht heraus und ihre Motivation für einen planmäßigen Therapieabschluss und ein drogenfreies Leben steigt.

Der Einfluss der Hauptdiagnose auf den Therapiebeendigungsmodus ist ebenfalls aus epidemiologischen Untersuchungen bekannt. Die Quote planmäßiger Therapieabschlüsse ist für Opiat-Patienten gegenüber anderen Drogen-Patienten stark reduziert. Während beispielsweise 48% aller Kokain-Patienten in stationärer Behandlung ihren Therapieaufenthalt im Jahre 2006 planmäßig abschlossen, beendeten nur 38,9% der Patienten mit opiatassoziierten Störungen ihren stationären Aufenthalt planmäßig (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007).

Dass die Therapierichtung einen Einfluss auf das Therapieergebnis von Drogen-Patienten besitzt, ist ein Ergebnis, welches Anlass zu vertiefter Betrachtung bietet. Während die Metaanalyse von Grawe et al. (1994) einen Vorteil der Verhaltenstherapie gegenüber humanistischen Therapieformen ermittelte, folgten darauf Darstellungen, welche versuchten, das Gegenteil zu beweisen bzw. zumindest das von Grawe et al. Behauptete zu entkräften (z. B. Mertens, 1995; Tschuschke, 1997). Seligmans *Consumer Report* (1995) bekräftigte das Äquivalenzparadoxon, nach dem keine Therapieform einer anderen überlegen sei. Ziel vorliegender Arbeit war es nicht, einen Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung zu leisten, sondern vielmehr das Gemeinsame und Prozesshafte an jeder Psychotherapie, nämlich die Ausprägung der Güte der therapeutischen Dyade unter besonderer Berücksichtigung bindungstheoretischer Überlegungen, herauszustellen. Da die praktizierte Therapierichtung jedoch einen signifikanten Beitrag zur Therapieerfolgsprognose leistet, wird im Folgenden eine Interpretation dieses Ergebnisses versucht.

Während sich bei Patienten, deren Therapeuten Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Familientherapie oder Psychodrama praktizierten, keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Therapiebeendigung zeigen (planmäßig:unplanmäßig = ca. 1:1), ergeben sich bei den Patienten, welche von Therapeuten mit tiefenpsychologischem bzw. psychoanalytischem vs. gestalttherapeutischem Hintergrund behandelt wurden, signifikante Unterschiede hinsichtlich der Art des Therapieabschlusses. Patienten tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Therapeuten schlossen seltener ihre Behandlung planmäßig ab (ca. 1:2), während Patienten von gestalttherapeutisch geschulten Therapeuten ihren Therapieaufenthalt häufiger planmäßig abschlossen (ca. 2:1). Wie lässt sich diese Diskrepanz begründen? Zunächst müssen die Therapieformen inhaltlich und unter Berücksichtigung des stationären Behandlungssettings betrachtet werden. So stellt sich die Frage, wie genau eine psychoanalytische Behandlung im stationären Setting umgesetzt wird. Es muss angezweifelt werden, dass das klassische psychoanalytische Behandlungsparadigma in diesem Rahmen idealtypisch erfüllt wurde. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine an das stationäre Setting angepasste, abgewandelte Behandlungsform, welche auf der Psychoanalyse fußt, durchgeführt wurde. Laplanche und Pontalis (1972, S. 417, zitiert nach Grawe et al. 1994) bezeichnen „eine Form der Psychotherapie, die sich auf die theoretischen und technischen Prinzipien der Psychoanalyse stützt, ohne indessen die Bedingungen einer strengen psychoanalytischen Behandlung zu erfüllen“ als *psychoanalytisch orientierte Psychotherapie* (PAOPT). Da Grawe et al. einen fast fließenden Übergang zwischen PAOPT und *psychoanalytischer Kurztherapie* (PAK) beschreiben, werden diese Verfahren beide im Folgenden erläutert. Grawe et al. bezeichnen

PAOPT als mittelgut untersuchte Therapieform, deren Wirksamkeitsnachweis sich erst nach einer gewissen Therapiezeit (>30 Sitzungen) erbringen lässt und mit der kaum Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich, dafür aber Symptomverbesserungen, einhergehen. Bei PAK liegt laut Grawe et al. der Fokus auf der Bearbeitung eines zentralen Konfliktes, dem pathogene Bedeutung beigemessen wird. Die Wirkungen von PAOPT und PAK schätzen Grawe et al. gleich ein. Von PAOPT und PAK grenzen Grawe et al. die *psychodynamisch orientierten Psychotherapien ohne nähere Spezifizierung* ab, unter die ebenfalls die tiefenpsychologischen Behandlungen fallen. Grawe et al. definieren diese Ansätze als einsichts- und deutungsbetont. Für diese Kategorie konnte kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Allerdings gingen auch nur acht Studien in die Analyse ein.

Als zentrale Therapieziele der Gestalttherapie geben Grawe und Mitarbeiter Wachstum und Selbstverwirklichung im persönlichen und gemeinschaftlichen Leben an. Die Patienten sollen lernen, ihre Gefühle besser auszudrücken und diese auch bei anderen besser wahrzunehmen. Ein Hauptaugenmerk wird auf das Erleben im Hier und Jetzt gelegt. Vergangenheitsbewältigung erfolgt in erlebnisaktivierender Art und Weise und nur, wenn dies für die Gegenwart eine Rolle spielt. Den wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Gestalttherapie bezeichnen Grawe und Mitarbeiter als sehr schmal, was die Autoren hauptsächlich auf methodische Mängel der Studien zurückführen. Die Ergebnisse der ausgewerteten Studien deuten jedoch an, dass die Gestalttherapie in einem weiten Veränderungsspektrum signifikant positive Effekte bewirkt. Diese von Grawe et al. identifizierten Faktoren scheinen für den Bereich der Suchttherapie von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Die Fokussierung auf die Gegenwart ist für Sucht-Patienten sicher eine einfachere Strategie zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und Veränderung der bis dato erlernten (Über-) Lebensstrategien als eine Durcharbeitung der Vergangenheit, wie sie die psychoanalysenahen Verfahren präferieren, da die Vergangenheit von Abhängigen illegaler Drogen hauptsächlich durch die Substanzeinnahme gekennzeichnet ist, welche in der Regel in einem sehr jungen Alter begonnen wurde. Strategien, die auf eine verbesserte Wahrnehmung der eigenen Emotionen (beispielsweise bezüglich abstinenzverletzender Kognitionen und Impulse) und der anderer Personen abzielen, scheinen für Drogenabhängige in hohem Maße geeignet, um sie für ein drogenfreies Leben zu re- bzw. erstmalig zu sozialisieren. Bevor der Befund zur Überlegenheit gestalttherapeutischer Arbeitsweisen bzw. gestalttherapeutisch ausgebildeter Therapeuten in der Postakutbehandlung von Störungen durch illegale Drogen generalisiert wird, sollte er einer Kreuzvalidierung standhalten. Außerdem wäre es natürlich aus Forscherperspektive wünschenswert, weitere Informationen über die Therapeuten zu

erhalten, um auszuschließen, dass konfundierende Variablen (beispielsweise im Sinne der von Grawe [2005] identifizierten psychotherapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren) für das Ergebnis verantwortlich sind.

5.2.2 Hypothesentestung

Die Ergebnisse des **Hypothesenteils 1** zur Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung und des allgemeinen Bindungsstiles und deren Zusammenhängen entsprechen den Erwartungen. Die Hypothesen 1.1, 1.2 und 1.3 werden bestätigt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung von Drogenabhängigen ist verglichen mit einer Normstichprobe stark unterdurchschnittlich ausgeprägt. Dieses Ergebnis ist konform mit Ergebnissen anderer empirischer Studien (z. B. Stephans, Wertz & Roffmann, 1993; Demmel, 2001; Sperry & Nicki, 1991; Küfner et al., 2007) und theoretischer Überlegungen zur Entstehung von Drogenabhängigkeit und Verletzung von einmal erzielter Abstinenz (Küfner et al., 2000; Marlatt & Gordon, 1985). In Ätiologiemodellen zur Drogenabhängigkeit wird der Selbstwirksamkeitserwartung eine zentrale Rolle beigemessen. Aus der Präventionsperspektive ist die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung von gefährdeten Jugendlichen die wünschenswerteste Forderung an Eltern, Lehrer und sonstige Betreuungspersonen. Aus der Therapieperspektive betrachtet ergibt sich die gleiche Forderung an Therapeuten, Kostenträger und Entscheider im gesundheitspolitischen Kontext. Der Geschlechtseffekt zur Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung bei Drogenabhängigen entspricht dem nicht-klinischer Stichproben. Es konnte krosskulturell nachgewiesen werden, dass Männer generell höhere Ausprägungen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen als Frauen (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud & Schwarzer, 2002). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung von Drogenabhängigen eine hohe Wichtigkeit zuzusprechen ist, wobei die Ergebnisse dieser Studie nahe legen, das Augenmerk besonders auf jüngere Patienten zu richten, da diese eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung haben als ältere. Beck et al. (1993) widmen in ihrem Standardwerk „Kognitive Therapie der Sucht“ dem Appell an den Therapeuten, das positive Selbstwertgefühl des Patienten zu fördern, ein ganzes Kapitel, was die Relevanz dieser Thematik unterstreicht.

Die Verteilung der Ausprägungen des allgemeinen Bindungsstils in vorliegender Studie unterstreicht einmal mehr das Ergebnis der hohen Prävalenz unsicherer Bindungsstile in klinischen Stichproben (z. B. van Ijzendoorn, 1994). Es konnte jedoch nicht das Verteilungsmuster repliziert werden, das in der Instrumentenvalidierungsstudie gefunden wurde, welches dem *vermeidenden* Bindungsstil den größten Raum unter den unsicheren Bindungsstilen einräumt. Stattdessen weisen fast ein Drittel der Patienten einen *ängstlichen* Bindungsstil auf. Der zweithäufigste unsichere Bindungsstil ist der *präokkupierte* und erst an dritter Stelle finden sich *vermeidende* Patienten. Nur ein Viertel der Patienten wird als *sicher* gebunden klassifiziert. Die von Schindler (2005) aufgestellte These, dass der *vermeidende* Bindungsstil für den Suchtbereich eine besondere Bedeutung besitzt, kann mit den Daten der Therapieevaluationsstudie nicht gestützt werden. Differentielle Befunde legen nahe, dass der allgemeine Bindungsstil mit dem Alter und dem Vorhandensein psychiatrischer Komorbidität variiert. Jüngere Patienten weisen häufiger als ältere einen *ängstlichen* Bindungsstil auf. Der Alterseffekt ist jedoch nur schwach und sollte in größer angelegten Studien repliziert werden, bevor an dieser Stelle spekulative Aussagen zu diesem Befund getroffen werden. Mit dem Vorhandensein psychiatrischer Komorbidität geht seltener ein *sicherer* Bindungsstil einher als ohne Zusatzdiagnose. Die häufigsten vergebenen Einzeldiagnosen entstammen dem Spektrum der depressiven Erkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen. Da sich Persönlichkeitsstörungen im sozialen Kontakt äußern, ist die Nähe zur Bindungsunsicherheit nachvollziehbar. Ähnlich ist der Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und Depression erklärbar: Die Fähigkeiten zur Emotionsregulation korrelieren mit der Bindungssicherheit (z. B. Grossmann & Grossmann, 1991; Grossmann, Grossmann & Kindler, 2005; Kobak, 1999; Kobak & Sceery 1988). Entwicklungsgeschichtlich stellt die Bindungsunsicherheit den zeitlich vorangehenden Risikofaktor für die verminderte Emotionsregulationsfähigkeit und somit für die Entstehung einer depressiven Symptomatik dar (Grawe, 2004).

Bindungsstil und Selbstwirksamkeitserwartung weisen starke Zusammenhänge auf, die unabhängig von den potentiell konfundierenden Variablen Alter und Geschlecht sind. Patienten mit einem *sicheren* Bindungsstil weisen die höchsten Selbstwirksamkeitserwartungen auf, solche mit einem *ängstlichen* die niedrigsten. Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten ist theoretisch nachvollziehbar. *Sicher* gebundene Personen besitzen ein positives Modell von ihrer eigenen Person und von anderen Personen, deren Nähe sie in emotional belastenden Situationen aufsuchen können (Simpson & Rholes, 1994). Einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung liegt die Überzeugung von

Kontrollierbarkeit der Umwelt und der eigenen Situation zugrunde. Beiden Konstrukten gemeinsam ist die aktive Herangehensweise an Herausforderungen der Umwelt und die Überzeugung, dass man selbst bzw. andere diese Herausforderungen meistern können. Der *ängstliche* Bindungsstil ist nach der theoretischen Konzeption von Bartholomew und Horowitz (1991) derjenige, dem sowohl ein negatives *Bild vom Selbst* als auch *vom Anderen* zugrunde liegt. Der *ängstliche* steht somit dem *sicheren* Bindungsstil diametral gegenüber. Dass mit diesem Stil die niedrigsten Selbstwirksamkeitserwartungswerte assoziiert sind, spricht für die externe Validität des vierkategorialen Modells der Bindungsstile. Die zweithöchsten Selbstwirksamkeitserwartungswerte erzielen Patienten mit einem *vermeidenden* Bindungsstil und die dritthöchsten solche mit einem *präokkupierten* Stil. Diese Abstufungen sind ebenfalls in Einklang mit der theoretischen Konzeption des Bindungsstiles. *Vermeidende* Personen besitzen zwar ein positives *Bild vom Selbst* aber ein negatives *Bild vom Anderen*, welches sie dazu veranlasst, ihre eigenen Kontrollfähigkeiten im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung tendenziell hoch einzuschätzen, während *präokkupierte* Personen ihre eigenen Kontrollfähigkeiten aufgrund ihres negativen Selbstbildes niedriger einschätzen. Dieses Ergebnis der abgestuften Selbstwirksamkeitserwartungswerte aufgrund des Bindungsstiles sollte jedoch an größeren klinischen und nicht-klinischen Stichproben überprüft werden, um allgemeinere Aussagen diesbezüglich treffen zu können.

Im **Hypothesenteil 2** werden alle Zusammenhänge der Konstrukte auf ihre Prädiktionseigenschaften bezüglich des Therapieerfolgskriteriums bzw. des Kriteriums der Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit untersucht.

Selbstwirksamkeitserwartung, Bindungsstil, Patient-Therapeut-Bindung (aus Patienten- und Therapeutenperspektive) und Therapiezufriedenheit (aus Patienten- und Therapeutenperspektive) eignen sich in der vorliegenden Studie nicht zur Vorhersage des Therapieerfolgs. Dieses Ergebnis widerspricht sowohl metaanalytisch nachgewiesenen Zusammenhängen (z. B. Martin et al., 2000) als auch den Beobachtungen vieler einzelner Studien, die den Variablen einen eindeutigen Prädiktionswert in der hypothetisierten Richtung zuschreiben (Prädiktor Selbstwirksamkeitserwartung: z. B. Meier et al., 2005; Prädiktor Bindungsstil: z. B. Hardy et al., 2001; Mallinckrodt et al., 2005; Prädiktor therapeutische Beziehung: z. B. Orlinksy et al., 2004). Fenton et al. (2001) wiesen allerdings auch nach, dass die therapeutische Beziehung bei Drogen-Patienten keinen signifikanten Einfluss auf die

Therapiebeendigung hat. Prognosen zur Haltequote bzw. zum Therapiebeendigungsmodus von Drogenabhängigen scheinen generell schwierig zu sein – das Verhalten von Drogenabhängigen kann in diesem Zusammenhang als „chaotisch“ bezeichnet werden (H. Küfner, persönliche Mitteilung, 07.01.2008).

Neben der Überprüfung der Prädiktionseigenschaften der Konstrukte auf das Therapieerfolgskriterium wurden die zu T0 erhobenen Konstrukte ebenfalls auf ihre Prädiktionseigenschaften auf die zu T1 erhobenen Maße zur Beurteilung der Güte der Patient-Therapeut-Bindung und der therapeutischen Beziehung überprüft. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 und der Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive zu T1. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem von Meier et al. (2005), die ebenfalls eine große Stichprobe Drogenabhängiger untersuchten und feststellten, dass die Güte der therapeutischen Beziehung im Zusammenhang mit der patientenseitigen Selbstwirksamkeitserwartung steht. Patienten mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung zu Therapiebeginn erweisen sich in vorliegender Studie bei der Prozessmessung (T1) am häufigsten als *erfolgszufrieden*. Aufgrund dieses Zusammenhangs liegt es nahe zu vermuten, dass Patienten mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen während des ersten Monats ihres Therapieaufenthaltes am stärksten von der Intervention profitieren und sehr zufrieden mit den Erfolgen sind, die sie in der Therapie bis dahin erzielten. Ebenfalls hohe Selbstwirksamkeitserwartungswerte weisen die Patienten auf, die nach einem Monat angeben, mit ihrer Therapie *sehr zufrieden* zu sein. Dieses Ergebnis entspricht den Annahmen Caspars (2003) zum Balance-Modell, nach welchem sich eine optimale therapeutische Beziehung durch eine ausgewogene Mischung von Sicherheit und Herausforderung auszeichnet. Patienten mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung trauen sich selbst mehr zu und können daher von ihrem Therapeuten zur Bewältigung größerer therapeutischer Herausforderungen motiviert werden. Unter diesem Blickwinkel ist nachvollziehbar, warum die Therapiezufriedenheit dieser Patienten zu T1 höher ist als die von Patienten, die mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung die Therapie beginnen. Letztere sind diejenigen, die zu T1 mit ihrer Therapie am unzufriedensten sind.

Die Selbstwirksamkeitserwartung stellt nicht, wie erwartet, einen Prädiktor des Therapieerfolgs dar. Die untersuchten Drogen-Patienten weisen eine signifikant unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung, verglichen mit Normkontrollen, auf. Möglicherweise ist diese starke Unterdurchschnittlichkeit und die damit einhergehende

geringe Varianz die Ursache für die ausbleibende Prädiktionskraft. Das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung scheint sich besser dazu anzubieten, gezielt therapeutisch gefördert zu werden, um bei Abschluss der Therapie ein Niveau erreicht zu haben, welches rückfallprognostisch günstig ist. Newman (1997) formuliert als eines der wichtigsten Therapieziele die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung bei Drogenabhängigen (vgl. Kapitel 2.2.8). In weiteren Studien sollte überprüft werden, ob die Patienten, die ihre Selbstwirksamkeitserwartung über den Interventionszeitraum steigern können, bessere katamnestische Resultate erzielen als solche, bei denen eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung ausbleibt.

Der Bindungsstil scheint – genau wie die Selbstwirksamkeitserwartung – ein Konstrukt zu sein, welches therapeutisch in Richtung vermehrter Bindungssicherheit bearbeitet werden sollte, statt es im Rahmen von Drogentherapien als Therapieerfolgsprädiktor zu verwenden. Erstrebenswert ist laut Strauß und Schmidt (1997) die Veränderung eines unsicheren Bindungsstiles in einen sicheren über einen Interventionszeitraum. Auch Grawe (2004) fordert eine stärkere Beachtung der Variable Bindungsstil im therapeutischen Setting und die Formulierung der Veränderung unsicherer Bindungsstile als Therapieziel und Erfolgskriterium (dies könnte laut Grawe z. B. über die Aufnahme in Behandlungsmanuale geschehen). Sinnvoll könnte auch eine Erfassung des therapeutenseitigen Bindungsstiles sein, damit dieser seine eigenen Bindungsstrategien überprüfen und dann flexibel an den Patienten anpassen kann (Slade, 1999). Dozier et al. (1994) konnten eindrücklich nachweisen, dass unsicher gebundene Therapeuten bei ihren Patienten weniger herausfordernde therapeutische Strategien anwenden. Sicher gebundene Therapeuten dagegen waren in der Lage, ihren Patienten eine korrigierende emotionale Erfahrung zu bieten, die es ihnen ermöglichte, neue interpersonelle Strategien zu entwickeln.

Die Prozess-Variablen Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit, die zu T1 erhoben wurden, besitzen keinen Prädiktionswert zur Vorhersage des Kriteriums Therapieerfolg. Möglicherweise ist ein vierwöchiger Zeitraum zwischen der Aufnahme in die stationäre Einrichtung und der Erfassung der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit zu T1 nicht ausreichend, um eine valide Therapieerfolgsprädiktion zu gewährleisten. Da eine stationäre Drogentherapie oft sehr lange dauert, ist ein Prozessmessungs-Intervall von einem Monat nach Therapiebeginn möglicherweise nicht geeignet, um konkrete Aussagen über die nächsten Monate bis zur planmäßigen Therapiebeendigung zu treffen. In der Zeit bis zum potentiellen planmäßigen

Therapieabschluss kann zu viel passieren (sowohl außerhalb des therapeutischen Settings als auch in der Interaktion mit dem Therapeuten), als dass eine Prognose über einen so langen Zeitraum möglich ist.

Eine andere Erklärung für die ausbleibende Prädiktionskraft der Variablen Therapiezufriedenheit und Patient-Therapeut-Bindung in der vorliegenden Studie könnte mit der Stichprobe zusammenhängen. Sucht-Patienten, die ein besonders schwierig zu behandelndes Patientenkollektiv darstellen, kommen in der Regel mit negativen Erwartungen bzw. einer geringen Veränderungsmotivation zur Therapie. Oft beginnen sie ihren Therapieaufenthalt auch nicht freiwillig, sondern aufgrund gerichtlicher Auflagen oder weil Familie oder Freunde sie dazu zwingen. Möglicherweise sind diese zahlreichen potentiell moderierenden Variablen dafür verantwortlich, dass der metaanalytisch nachgewiesene Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und Therapieerfolg ausbleibt. Das Instrument zur Patient-Therapeut-Bindung sollte an Patienten mit anderen Störungbildern eingesetzt werden, um Aussagen über die generellen prädiktiven Qualitäten des Instrumentes treffen zu können. Reddemann (2002, 2003) und Vogelgesang (2006) beispielsweise betonen die Wichtigkeit der Etablierung einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Trauma-Patient und Therapeut, damit der Patient von dieser sicheren Basis aus eine Exploration des Traumas vornehmen kann. Eventuell lässt sich eine differentielle Relevanz der Ausgestaltung der Patient-Therapeut-Bindung aufgrund unterschiedlicher Störungsbilder feststellen. Dies sollte anhand weiterer empirischer Forschungsarbeiten überprüft werden.

In **Hypothesenteil 3** werden die Veränderungen über den Interventionszeitraum und die potentiell moderierenden Einflüsse der Prozess-Variablen (Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit) auf diesen Veränderungsprozess untersucht. Hypothese 3.1 bestätigt sich. Die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung wird über den Interventionszeitraum signifikant gesteigert und erreicht nach der Intervention ein Niveau, das sich nicht mehr von dem einer nicht-klinischen Stichprobe unterscheidet. Diese Prä-Post-Zunahme ist unabhängig von Alter und Geschlecht der Patienten. Während sich zu Therapiebeginn die Selbstwirksamkeitserwartungswerte in Abhängigkeit vom Alter signifikant unterscheiden, verschwindet dieser Alterseffekt nach der Intervention. Die Post-Selbstwirksamkeitserwartungswerte von jüngeren und älteren Patienten unterscheiden sich nicht mehr. Da keine gesonderten Normwerte für unterschiedliche Altersklassen vorliegen,

unterstreicht dieses Ergebnis die psychotherapeutische Wirkung eines stationären Aufenthaltes. Der mit Normstichproben konforme Geschlechtsunterschied lässt sich dagegen nach der Intervention nach wie vor beobachten.

Die Moderatorhypothese 3.1.1 wird teilweise bestätigt. Die Patient-Therapeut-Bindung besitzt sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutenperspektive einen moderierenden Einfluss auf die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 zu T2, während die Therapiezufriedenheit hierauf keinen Einfluss nimmt. Die Effekte der patienten- und therapeutenseitigen Einschätzungen weisen in die gleiche Richtung, fallen allerdings für die Patientendaten eindrücklicher aus. *Sicher* an ihren Therapeuten gebundene Patienten können ihre Selbstwirksamkeitserwartung von einem Prä-Niveau, das annähernd eine Standardabweichung unter den Werten von Normkontrollen liegt, auf ein durchschnittliches Niveau steigern. *Ängstlich-vermeidende* Patienten erzielen ebenfalls eine Steigerung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung, diese fällt allerdings geringer aus als die *sicher* gebundener Patienten und erreicht keine durchschnittlichen Werte, sondern bleibt auch nach der Intervention signifikant unterdurchschnittlich. Das Erlebnis einer sicheren Bindung an einen als unterstützend und herausfordernd wahrgenommenen Therapeuten erweist sich für die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung für Drogen-Patienten als sehr förderlich. Dieses Ergebnis ist konform mit der theoretischen Annahme Banduras (1997), der Feedback als eine der Quellen des Auf- oder Abbaus der Selbstwirksamkeitserwartung identifiziert. Es ist anzunehmen, dass Therapeuten, die eine sichere Bindungsperson für einen Drogen-Patienten darstellen, ihm häufiger positive Rückmeldungen bezüglich seiner Therapiefortschritte geben, was für seine Selbstwirksamkeitserwartung günstig ist, während Patienten, die ihrem Therapeuten *ängstlich-vermeidend* gegenüberstehen, von diesem vermutlich keine selbstwirksamkeitsdienlichen verbalen oder nonverbalen Rückmeldungen erhalten.

Hypothese 3.2 bestätigt sich nicht. Der Bindungsstil der Patienten verändert sich über den Interventionszeitraum nicht signifikant. Dieses Ergebnis ist konform mit dem von Mestel (2001a), der über einen siebenwöchigen Interventionszeitraum keine Veränderung des allgemeinen Bindungsstiles bei 55 Patienten einer psychosomatischen Klinik feststellte, widerspricht allerdings dem zwei etwas kleinerer Studien (N=45, Fonagy et al., 1996; N=29, Travis et al., 2001), in denen eine signifikante Veränderung in Richtung vermehrter Bindungssicherheit nachgewiesen wurde. Der Interventionszeitraum in der Studie von Fonagy et al. (1996) erstreckte sich allerdings über ein Jahr. In der Studie von Travis et al. (2001) fand eine Veränderung eines unsicheren zu einem sicheren Bindungsstil nur in 24% der Fälle

statt, was zwar ein signifikantes Ergebnis darstellt, wegen des geringen Stichprobenumfanges sollte der Befund jedoch im Rahmen einer Kreuzvalidierung repliziert werden, bevor das Ergebnis generalisiert wird. Aufgrund der methodischen Differenzen sind die Befunde mit denen dieser Studie nicht vergleichbar.

Theoretische Überlegungen zur wünschenswerten Veränderbarkeit unsicherer Bindungsstile im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen sind zahlreich (z. B. Strauß & Schmidt, 1997; Bowlby, 1988; Grawe, 1998, 2004). Möglicherweise ist ein Grund für die Veränderungsresistenz der unsicheren Bindungsstile über den Interventionszeitraum, dass der Fokus in der Therapie zu wenig auf die Gestaltung enger zwischenmenschlicher Beziehungen im täglichen Leben gelegt wurde (vgl. Dozier & Tyrrell, 1998) oder dass es aufgrund der starken Bindungsunsicherheit und der damit verbundenen geringen emotionalen Öffnungsbereitschaft dem Therapeuten weniger gut möglich war, die Patientenhistorie und –zukunft diesbezüglich zu explorieren (Zimmer und Brömer, 1991).

Auch wenn der Bindungsstil ein Konstrukt ist, welches mittels therapeutischer Intervention veränderbar ist, ist er dennoch ein Muster, das sich außerhalb des therapeutischen Settings im täglichen Leben in engen zwischenmenschlichen Beziehungen bewähren muss. Der stationäre Aufenthalt sollte daher ein Setting darstellen, das die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Veränderung des Bindungsstiles in Richtung Sicherheit bietet. In diesem Zusammenhang wäre es hilfreich, das Rollenverständnis, das Sucht-Patienten in die Therapie mitbringen, zu klären. Erleben Sucht-Patienten tatsächlich Leidensdruck und suchen aufgrund dessen Hilfe bei einer als „weiser und stärker“ wahrgenommenen Bindungsperson, dem Psychotherapeuten? Oder sehen Sucht-Patienten den stationären Therapieaufenthalt eher als eine unvermeidbare Zwischenstation auf ihrem Weg durch die „Drehtür“ aus süchtigem und Abstinenzverhalten (Petry, 1987)? Außerdem wirft sich die Frage auf, inwieweit das Therapeutenverhalten es dem Patienten ermöglicht, die Rollenaufteilung zu akzeptieren und wie gut es dem Therapeuten gelingt, eine „Passung“ in der Form zu erreichen, die den Bedürfnissen des Patienten gerecht wird. Wie gut kann der Therapeut für einen unsicher gebundenen Patienten Sicherheit in der Therapiebeziehung etablieren, damit dieser den Herausforderungen der Therapie gewachsen ist?

Darüber hinaus ist es eventuell erfolgversprechender, den patientenseitigen Bindungsstil über ein zeitlich längeres Intervall oder katamnestisch zu beobachten, da die Gestaltung von Beziehungen ein dynamischer und fluktuierender wechselseitiger Prozess ist, der sich im

alltäglichen Leben vollzieht und wenig mit dem professionellen therapeutischen Setting gemein hat (Holm-Hadulla et al., 2004). Einen empirischen Beleg für die Annahme des Transfers der während der Therapie neu erworbenen sozialen Kompetenzen in den Alltag legen Steffanowski et al. (2001) vor: Die Forscher konnten nur eine leichte Zunahme des sicheren Bindungsstiles über den Interventionszeitraum feststellen (von 20,5% auf 23,1%), während zur Ein-Jahres-Katamnese 39,7% sichere Bindungsstile vorlagen.

Der **Hypothesenteil 4.1** zur verbesserten Güteeinschätzung der Prozess-Variablen Patient-Therapeut-Bindung und Therapiezufriedenheit von T1 zu T2 wird bis auf die Ausnahme der gesteigerten patientenseitigen Therapiezufriedenheit nicht bestätigt. Die Bindung, die ein Patient an seinen Therapeuten aufbaut, bleibt über einen längeren Zeitraum stabil und fluktuiert nicht über den Therapieverlauf. Diese Stabilität spricht für Effekte, die aus der Psychologie der Personenwahrnehmung als *Erster-Eindruck-Effekt* bekannt sind (Taylor, Peplau & Sears, 1999): Wenn der Patient sich nach einem Monat bei seinem Therapeut *sicher* aufgehoben fühlt, bleibt diese Sicherheit genauso bestehen wie das Gefühl der Ängstlichkeit oder Verstricktheit. Auch der Therapeut nimmt das Bindungsverhalten seines Patienten zu T1 und T2 in der gleichen Weise wahr.

Therapiezufriedenheitseinschätzungen aus Therapeutenperspektive fluktuieren vom Prozess- bis zum Therapieendzeitpunkt ebenfalls nicht. Ein über den Therapiezeitraum fluktuierendes Maß ist jedoch die aus Patientenperspektive eingeschätzte Therapiezufriedenheit. Diese nimmt von T1 zu T2 signifikant zu. Aufgrund des planmäßigen Therapieabschlusses – den in vorliegender Studie nur 44,1% aller Patienten erreichten – sind die Patienten stolz darauf, die Therapie über eine so lange Zeit erfolgreich durchgeführt und beendet zu haben und bewerten daher auch ihre Therapiezufriedenheit höher als einen Monat nach Therapiebeginn. Vor allem in den Kategorien der *sehr zufriedenen* und der *erfolgszufriedenen* Patienten lässt sich eine signifikante Zunahme beobachten. Dies spricht dafür, dass eine Erreichung der Therapieziele zu verbesserter allgemeiner oder Erfolgs-, aber nicht zu vermehrter Beziehungszufriedenheit führt.

Hinsichtlich der Ergebnisse zu **Hypothesenteil 4.2** zur Interrater-Konkordanz der Patient-Therapeut-Bindung und der Therapiezufriedenheit fällt auf, dass diese zu T1 für beide Maße negativ und zu T2 für das Maß Patient-Therapeut-Bindung positiv ausfällt. Zu T1 können die Therapeuten ihre Patienten nicht adäquat einschätzen. Zu T2 erzielen die Therapeuten eine

mit dem Patientenurteil konkordante Einschätzung der Patient-Therapeut-Bindung, während die Therapiezufriedenheit nach wie vor nicht übereinstimmend beurteilt wird. Dieses Ergebnis muss allerdings unter Vorbehalt interpretiert werden, da die Zunahme in der Konkordanz der Patient-Therapeut-Bindung von T1 zu T2 (von 36,3% auf 45,1%) sich als statistisch nicht signifikant erwies.

Auffällig ist, dass die Therapeuten die Zufriedenheit ihrer Patienten sowohl zu T1 als auch zu T2 positiver bewerten als die Patienten. Diese Diskrepanz wird besonders deutlich bei der Betrachtung der Extremkategorien der Therapiezufriedenheit *sehr zufrieden* und *sehr unzufrieden*. So beurteilen die Therapeuten die Zufriedenheit von mehr als der Hälfte ihrer Patienten zu T1 mit *sehr zufrieden*, während weniger als ein Viertel der Patienten angeben, sehr zufrieden zu sein. Dagegen geben fast die Hälfte der Patienten an, zu T1 sehr unzufrieden mit ihrer Therapie zu sein. Die Therapeuten dagegen gehen nur von ca. einem Sechstel sehr unzufriedenen Patienten aus. Insgesamt liegt nur bei 34,3% der Patient-Therapeut-Dyaden zu T1 Übereinstimmung bezüglich der Einschätzung der Therapiezufriedenheit vor. Zu T2 differieren die Einschätzungen in der gleichen Weise: Die Therapeuten nehmen von drei Vierteln ihrer Patienten an, dass sie *sehr zufrieden* sind, aber nur 43% der Patienten geben diese Einschätzung ab. Zu T2 stimmen 40% der Patienten und Therapeuten bei der Einschätzung der Therapiezufriedenheit überein. Diese Zunahme von 5,7% ist statistisch nicht signifikant. Schindler (1991) wies ebenfalls nur eine geringe Übereinstimmung von Patienten- und Therapeutenurteilen hinsichtlich der Güte der Beurteilung der therapeutischen Beziehung nach. Somit ist dieses Ergebnis nicht allzu überraschend, bietet allerdings dennoch Anlass zum Nachdenken. Es stellt sich die Frage, ob die Therapeuten von einer höheren Therapiezufriedenheit ausgehen, um auf diese Weise Therapieoptimismus zu versprühen oder ob sie ihre Patienten tatsächlich nur unzureichend einschätzen können. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung der Patient-Therapeut-Bindung sich über den Therapiezeitraum leicht angleicht, während die Einschätzung der Therapiezufriedenheit zwischen Patienten und Therapeuten nach wie vor differiert.

5.2.3 Fazit und Ausblick

Die Beantwortung der Frage, welche Variablen im Kontext stationärer Suchtbehandlungen zur Prädiktion des Therapieerfolgs von Bedeutung sind, fällt etwas unbefriedigend aus. Es konnten in vorliegender Studie insgesamt drei Faktoren identifiziert werden, von denen zwei

auf den Patienten und einer auf den Therapeuten entfallen. Ein höheres Patientenalter und eine Hauptdiagnose aus dem Spektrum der nicht-opiatassoziierten Störungen erhöht die Wahrscheinlichkeit eines planmäßigen Therapieabschlusses. Auf Therapeutenseite spielt die praktizierte Therapierichtung die einzige Rolle zur Prädiktion des Therapieerfolgs: Therapeuten mit gestalttherapeutischem Hintergrund erreichen bei ihren Patienten häufiger einen planmäßigen Abschluss als Therapeuten mit einem anderen Ausbildungshintergrund. Während weder das Patientenalter noch die Diagnose veränderbar sind, stellt die praktizierte Therapierichtung eine Variable dar, die beeinflussbar ist. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, gestalttherapeutische Elemente in die Therapie von Drogenabhängigen zu integrieren, um die Haltequote zu verbessern.

Das Instrument CATS erweist sich in vorliegender Studie als besonders geeignet, um die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung über den Behandlungszeitraum vorherzusagen. Dieses Ergebnis spricht für die Aufnahme einer bindungstheoretisch orientierten Sichtweise auf den Therapieprozess. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass sich katamnestisch eine Veränderung des Bindungsstiles aufgrund einer *sicheren* Patient-Therapeut-Bindung nachweisen ließe, was ebenfalls für die Fokussierung auf bindungsbezogene Aspekte in der Beziehungsgestaltung spräche. Möglicherweise spielen bei Drogen-Patienten zu viele andere Faktoren eine Rolle, welche es erschweren, die Relevanz des therapeutischen Beziehungsgeschehens eindeutig abzubilden. Für zukünftige Forschungsarbeiten wäre es wünschenswert, andere Patientengruppen in anderen Settings zu untersuchen, um das potentielle Einsatzspektrum des Patient-Therapeut-Bindungs-Fragebogens CATS auszuschöpfen. Brisch (2003) beispielsweise geht davon aus, dass der bindungstheoretische Ansatz in ganz verschiedenen Settings – ambulant, stationär, in Kooperation mit Kinderärzten und Gynäkologen – eine neue Perspektive für die Diagnose und Behandlung eröffnen könnte. Ein weiterer erfolgversprechender und fruchtbarer Ansatz könnte sein, die bindungsmäßigen Unterschiede der Patienten in Beziehung zu deren Emotions- und Stressregulationsmechanismen zu setzen. Feeney (1996) geht davon aus, dass *sicher* gebundene Patienten in der Lage sind, Ereignisse sowohl kognitiv als auch emotional zu verarbeiten, während *vermeidend* gebundene eher auf Kognitionen fokussieren dürften. Diese Unterschiedlichkeit der patientenseitigen Informationsverarbeitung kann für einen Therapeuten eine wichtige Arbeitshilfe darstellen, da er aufgrund dessen die Interventionen an den Patienten anpassen kann (Sachse & Strauß, 2002). So kann der Therapeut bei *sicher* gebundenen Patienten herausfordernder vorgehen als bei *unsicher* gebundenen, bei denen

zunächst mehr Wert auf die Etablierung einer sicheren therapeutischen Beziehung gelegt werden muss, bevor von dieser aus die Problematik exploriert werden kann.

Da sich Psychotherapeuten nicht gerne zum Forschungsgegenstand machen, beschäftigten sich die meisten Interventionen, deren Ziel die Veränderung von Bindungsstilen und –strategien war, mit der Verbesserung mütterlicher Feinfühligkeit (Lieberman, Weston & Pawl, 1991; Heinicke et al., 1999; Korfmacher, Adam, Ogawa & Egeland, 1997). An diesem Punkt wäre ein Umdenken und eine größere Bereitwilligkeit zu Transparenz von Therapeutenseite erforderlich und begrüßenswert, um in zukünftigen Forschungsarbeiten einen Zugang zu Therapeuten-Bindungsstilen und dem prozesshaften Aufbau von Patient-Therapeut-Bindungen zu erhalten. Videoanalysen könnten eine Möglichkeit sein, wie der Therapeut Feedback über sein eigenes Beziehungsverhalten in Interaktion mit spezifischen Patienten erhalten kann.

Abschließend kann – Grawe zitierend – festgehalten werden, dass „Therapeuten … zu Beziehungsexperten werden“ sollten, da „Glück und Unglück des Menschen sich zu einem großen Teil in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen realisiert.“ (1998, S. 699).

6. LITERATUR

Agosti, V., Nunes, E. & Ocepeck-Welikson, K. (1996). Client factors related to early attrition from an outclient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22,* 29-39.

Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (p. 113-136). London: Methuen.

Allen, J. P., Hauser, S. T. & Borman-Spurell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae or severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (2), 254-263.

Altermann, A. I., McLellan, A. T. & Shifman, R. B. (1993). Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? *Journal of Nervous and Mental Disease, 181,* 576-582.

Ambühl, H. (1991). Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktdynamik. In J. Margraf & C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 245-264). München: Röttger.

Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumacher, G., McGuinnes, T. & Schiff, E. Z. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry, 59,* 213-239.

Ammaniti, M., Speranza, A. M. & Candelori, C. (1996). Stability of attachment in children and intergenerational transmission of attachment. *Psychiatria dell`Infanzia e dell`Adolscenza, 63,* 313-332.

Andreß, H.-J., Hagenaars, J. A. & Kühnel, S. (1997). *Analyse von Tabellen und kategorialen Daten.* Berlin: Springer.

Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. In T. B. Baker & D. Cannon (Eds.), *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment* (p. 88-112). New York: Praeger Publishing Company.

Asay, T. P. & Lamberg, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 23-55). Dortmund: Modernes Lernen.

Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 133-166). Washington DC: American Psychological Association.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden.* Berlin: Springer.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 29* (5), 870-879.

Ball, S. A. & Legow, N. E. (1996). Attachment theory as a working model of the therapist transitioning from early to later recovery substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22* (4), 533-547.

Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L. & Gallop. R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 9,* 54-73.

Barber, J. P, Luborsky, L., Gallop. R., Crits-Cristoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., Thase, M. E., Connolly, M. B., Gladis, M., Foltz, C. & Siqueland, L. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (1), 119-124.

Barbor, T. F. & Del Boca, F. K (2003). *Treatment Matching in Alcoholism.* Cambridge: University Press.

Barchat, D. (1989, June). *Representations and separations in therapy: The August phenomenon.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, Canada.

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

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 226-244.

Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 25-45). New York: Guilford Press.

Bassler, M. (2003). Helping Alliance Questionnaire (HAQ). In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 187-190). Göttingen: Hogrefe.

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40,* 23-32.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects.* New York: Harper and Row.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Kognitive Therapie der Sucht.* Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Beckwith, L., Cohen, S. E. & Hamilton, C. E. (1999). Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representations at early adulthood. *Developmental Psychology, 35,* 693-700.

Belding, M. A., Iguchi, M. Y., Morral, A. R. & McLellan, A. T. (1997). Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 48,* 51-59.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behaviour. *Psychological Review, 81,* 392-425.

Benoit, D. & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development, 65,* 1444-1456.

Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual Review of Psychology, 31,* 419-456.

Bergmann, R. (1995). Schadensmindernde Strategien im einzelnen. In J. Gölz, (Hrsg.), *Der drogenabhängige Patient* (S. 206-209). München: Urban und Schwarzenberg.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., p. 229-269). New York: Wiley.

Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M. & Harwood, T. M (2000, June). *The UC Santa Barbara Study of fitting therapy to patients: First results.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, IL.

Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 16,* 252-260.

Borelli, J. L. & David, D. H. (2004). Attachment theory and research as a guide to psychotherapy practice. *Imagination Cognition and Personality, 2,* 257-287.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler.* Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation.* Springer: Berlin.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1975). *Bindung.* München: Kindler.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of emotional bonds.* London: Tavistock.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base.* New York: Basic Books.

Braun, A. K., Bock, J., Gruss, M., Helmeke, C., Ovtscharoff, W., Schnabel, R., Ziabreva, I. & Poegel, G. (2002). Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 121-128). Stuttgart: Schattauer.

Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). New York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (p. 45-84). London: The Analytic Press.

Brisch, K. H. (2003). *Bindungsstörungen – von der Bindungstheorie zur Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Broda, M. & Senf, W. (2004). Die therapeutische Beziehung als Boden für therapeutisches Handeln. *Psychotherapie im Dialog, 4,* 397-398.

Buchheim, A. Strauß, B & Kächele, H. (2002). Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 52,* 128-133.

Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows.* München: Pearson.

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

Bühringer, G. (2006). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 604-612). Heidelberg: Springer.

Bühringer, G. & de Jong, R. (1980). Manual für die stationäre Behandlung (Entwöhnung) von Drogenabhängigen. In S. Kraemer & R. de Jong (Hrsg.), *Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 97-207). München: Röttger.

Bühringer, G., de Jong, R., Kaliner, B., Kraemer, S., Ferstl, R. & Feldhege, F .J. (1978). Beschreibung eines stationären verhaltenstherapeutischen Programms zur Behandlung junger Drogenabhängiger. In R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.), *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 89-104). München: Röttger.

Bühringer, G., Gossop, M., Türk, D., Winigaratne, S. & Kaplan, C. (1999). European perspectives on relapse and relapse prevention. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld & J. J. Platt, (Eds.), *Relapse and recovery processes in the addictions* (p. 60-108). London: Yale University Press.

Bühringer, G. & Küfner, H. (1996). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit: Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In K. Hahlweg & A. Ehlers

(Hrsg.), *Psychologische Störungen und ihre Behandlungen* (S. 513-588). Göttingen: Hogrefe.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. (2001). *Der ärztliche Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung* (2. Auflage). Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - Abteilung Rehabilitation.

Burian, W. (2000). Psychodynamische Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 90-101). Stuttgart: Thieme.

Buser, K., Schneller, T. & Wildgrube, K. (2003). *Medizinische Psychologie - Medizinische Soziologie.* München: Urban & Fischer.

Carver, C. S. & Dunham, R. G. (1991). Abstinence expectancy and abstinence among men undergoing inpatient treatment for alcoholism. *Journal of Substance Abuse, 3,* 39-57.

Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 67-82). München: CIP-Medien.

Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R. & Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive behaviors, 30,* 1007-1011.

Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behaviour Research, 1*, 245-276.

Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon W. J. & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine, 64,* 660-667.

Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influences of client variable on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., p. 104-226). New York: Wiley.

Collins, W. A. & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (p. 53-90). London: Jessica Kingsley.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 61,* 139-149.

Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of a psychotherapy. *Psychotherapy, 27,* 513-521.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16,* 297-334.

Crowell, J. A., Fraley, C. R. & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment – Theory, Research and Clinical Applications* (p. 434-468). New York: Guilford Press.

Cyranowski, J. M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B. & Frank, E. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21,* 191-217.

Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review, 26*, 968-984.

Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., Mezzich, A. & Clark, D. B. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 61* (1), 3-14.

De Bellis, M. D. (2002). Development traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology, 27* (1), 155-170.

De Jong, R. & Henrich, G. (1978). Ergebnisse eines stationär en Programmes zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. In R. De Jong & G. Bühringer (Hrsg.), *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 281-310). München: Röttger.

De Jong, C. A., van den Brink, W., Harteveld, F. M. & van der Wielen, E. G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry, 34* (2), 87-94.

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community.* New York: Springer.

Demmel, R. (2001): Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *Sucht, 47* (3), 171-188.

De Weert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A. J., Jörg, F. & Schrijvers, G. J. P. (1999). The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use and Misuse, 34* (3), 1549-1569.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (5. Auflage). Bern: Huber.

Dolan, R. T., Arnkoff, D. B. & Glass, C. R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist`s interpersonal stance. *Psychotherapy, 30,* 408-412.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2,* 47-60.

Dozier, M. & Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 167-180). Mahwah, NJ: Earlbaum.

Dozier, M. & Cue, K. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 62* (4), 793-800.

Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment – Theory, Research and Clinical Applications* (p. 497-519). New York: Guilford Press.

Dozier, M. & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and close relationships* (p. 221-248). New York: Guilford Press.

Dunkle, J. H. & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43,* 456-460.

Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10* (4), 421-434.

Edwards, G. & Gross, M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of clinical syndrome. *British Medical Journal, 1,* 1058-1061.

Egle, U. T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B. & Hoffmann, S. O. (2002). Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. *Zeitschrift für Psychosomatik und Medizinische Psychotherapie, 48,* 411-434.

Erickson, R. F., Sroufe, L, A. & Egelnad, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (1), 147-166.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16,* 319-324.

Farber, B. A., Lippert, R. A. & Nevas, D. B (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy, 32,* 204-212.

Farrell, A. D., Danish, S. J. & Howard, C. W. (1991). Evaluation of data screening methods in surveys of adolescents' drug use. *Psychological Assessment, 3* (2), 295-298.

Farrell, M., Howes, S., Tayler, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. & Meltzer, H. (2003). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *International Review of Psychiatry, 15,* 43-49.

Feeney, J. (1996). *Adult attachment.* Thousand Oaks: Sage.

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. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 10* (4), 262-268.

Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In J. Margraf & C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 89-109). München: Röttger.

Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik.* Göttingen: Hogrefe.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1994). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specifity of the adulat attachment interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (p. 233-278). London: The Analytic Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (1), 22-31.

Foppa, K. (1995). Lernprozesse in der Bindungsentwicklung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 149-158). Stuttgart: Klett-Cotta.

Freud, S. (1912). *Zur Dynamik der Übertragung.* Frankfurt am Main: Fischer.

Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung.* Göttingen: Hogrefe.

Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen – systemisch denken – suggestiv intervenieren.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., p. 190-228). New York: Wiley.

Gaston, L. & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Scales. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance - theory, research and practice* (p. 85-108). New York: Wiley.

Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique and their interactions in predicting outcome of behavioural, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research, 8* (2), 190-209.

Gloger-Tippelt, G. & Hofmann, V. (1997). Das Adult Attachment Interview: Konzeption, Methode und Erfahrungen im deutschen Sprachraum. *Kindheit und Entwicklung, 6,* 161-172.

Gloger-Tippelt, G., Vetter, J. & Rauh, H. (2000). Untersuchungen mit der Fremden Situation in deutschsprachigen Ländern: Ein Überblick. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 47* (2), 87-98.

Golder, S., Gillmore, M. R., Spieker, S. & Morrison, D. (2005). Substance use, related problem behaviors and adult attachment in a sample of high risk older adolescent women. *Journal of Child and Family Studies, 14* (2), 181-193.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. & Bradley, B. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. *British Journal of Psychiatry, 154,* 348-353.

Gölz, J. (1995). Somatische, psychische und soziale Folgen des Drogenkonsums unter illegalen Bedingungen. In J. Gölz (Hrsg.), *Der drogenabhängige Patient* (S. 83-99). München: Urban und Schwarzenberg.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). *Komorbidität. Psychose und Sucht.* Darmstadt: Steinkopf.

Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.

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

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal, 1*, 4-11.

Grawe, K., Caspar, R. & Ambühl, H. (1990a). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19* (4), 338-361.

Grawe, K., Caspar, R. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19* (4), 362-376.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.

Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook.* New York: The Guilford Press.

Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (p. 469-496). New York: Guilford.

Griffin, D. W. & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 5, p. 17-52). London: Jessica Kingsley.

Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (p. 93-114). London: Tavistock.

Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1994). Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. *Zeitschrift der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, 96,* 26-41.

Grossmann, K., Grossmann, K. E. & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representation in the Bielefeld and Regensburg longitudinal studies. In K. E Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 98-136). New York: Guilford Press.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Sprangler, G., Suess, G. & Unzne, L. (1985). Maternal sensitivity and newborn orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 233-278.

Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (1998). *Standards für pädagogisches und psychologisches Testen.* Supplementum 1/1998 der Diagnostica und der Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie. Bern: Huber.

Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung.* Heidelberg: Carl Auer.

Hank, P. & Krampen, G. (2007). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (in Druck). Tübingen: DGVT-Verlag.

Hansen, W. B. (2002). Program evaluation strategies for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention, 22* (4), 409-436.

Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A. & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 841-845.

Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M. & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 304-312.

Hartmann, H.-P. (2005). Die Bindungstheorie – wiederentdeckt: Umdenken in der Psychiatrie? In M. Urban & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 13-31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hassebrauck, M. & Küpper, B. (2002). *Warum wir aufeinander fliegen. Die Gesetze der Partnerwahl.* Hamburg: Rowohlt.

Hauser, S. & Endres, M. (2002). Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 159-176). München: Ernst Reinhardt.

Hautzinger, M. (1992). Aspekte der Therapeut-Patient-Beziehung in der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen. In J. Margraf & C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 135-160). München: Röttger.

Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günther, A., Schalast, N. & Vollmer, H. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. *Sucht, 50* (4), 226-257.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (3), 511-524.

Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1997). Zum Menschenbild der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Die Person des Therapeuten* (S. 9-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Heinicke, C., Fineman, N. R., Ruth, G., Recchia, S. L., Guthrie, D. & Rodning, C. (1999). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal, 20* (4), 349-374.

Hellwich, A. K., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). *Suchthilfestatistik 2006. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin* (IFT-Berichte Bd. 169). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A. K., Sonn, J., Küfner, H. & Vollmer, H. C. (2006, Mai). *Chronisch mehrfachbeeinträchtigte, schwer erreichbare Opiatabhängige: Bindungsstil, Veränderungsbereitschaft und soziale Situation.* Posterpräsentation auf dem Kongress des Fachverbandes Sucht, Heidelberg.

Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1991). Vanderbilt University: The Vanderbilt Center for Psychotherapy Research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 166-174). Washington: American Psychological Association Press.

Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research, 15,* 9-23.

Herbst, K. & Hanel, E. (1989). Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren, 35*, 135-152.

Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 10* (4), 205-216.

Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., p. 84-136). New York: Wiley.

Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59,* 192-207.

Holmes, J. (1996). *Attachment, intimacy and autonomy.* New York: Aronson.

Holm-Hadulla, R., Kriz, J., Lieb, H., Broda, M. & Senf, W. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? *Psychotherapie im Dialog, 4,* 321-334.

Höfler, M. (2004). *Statistik in der Epidemiologie psychischer Störungen.* Berlin: Springer.

Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut, 44,* 159-166.

Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstile. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 17-24). Stuttgart: Schattauer.

Höger, D. (2005). Die psychotherapeutische Beziehung im Lichte der Bindungsforschung. In M. Urban & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 46-54). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Horowitz, M. J., Merluzzi, T. V., Ewert, M., Ghannam, J., Hartley, D. & Stinson, C. H. (1991). Role-Relationship Models Configuration (RRMC). In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* (p. 115-154). Chicago: University Press.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 549-560.

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.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 12-19.

Jänner, M. (1993). *Neue Ansätze zur Lösung des Problems fehlender Werte im linearen Regressionsmodell* (Europäische Hochschulschriften: Reihe 5, Bd. 1423). Frankfurt am Main: Lang.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 15-28). Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.

Johann, M., Lange, K. & Wodarz, N. (2007). Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis, 34* (1), 47-48.

Johann, M., Laufkötter, R., Lange, K. & Wodarz, N. (2004). Bindungsstile bei deutschen Alkoholabhängigen mit und ohne Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). *Psychiatrische Praxis, 31* (1), 105-107.

Kächele, H. & Kordy, H. (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt, 63* (9), 517-526.

Kendall, P. C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., p. 16-43). New York: Wiley.

Kiss, M. (1999). *Die prognostische Bedeutung von Bindungsmustern für den Therapieerfolg bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Eine Längsschnittstudie im stationären Gruppensetting.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Kivlighan, D. M., Patton, M. J. & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counsellor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology, 45,* 274-278.

Kleinbaum, D. G. & Klein, M. (2002). *Logistic regression: A self learning text.* New York: Springer.

Klohnen, E. C. & John, O. P. (1998). Working models of attachment: A theory-based prototype approach. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 115-142). New York: Guilford Press.

Kobak, R. (1999). The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 21-43). New York: The Guilford Press.

Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, afect regulation, and representations of self and others. *Child Development, 59,* 135-146.

Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J. & Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications fort he therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science, 1,* 43-52.

Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences, 15,* 493-541.

Kraemer, H. C., Wilson, T., Fairburn, C. G. & Agras, S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59,* 877-883.

Kraus, L. (2001). Epidemiologie illegaler Drogen: Verbreitung, Konsummuster und Folgen. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 119-141). Göttingen: Hogrefe.

Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht, 51*, 4-57.

Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht, 51*, 19-28.

Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 12-20.

Küfner, H. (1989). Bindung und Autonomie als Grundmotivationen des Erlebens und Verhaltens. *Forum der Psychoanalyse, 5,* 99-123.

Küfner, H. (2000). Sucht als Symptom? Psychosoziale Diagnostik in der Suchtbehandlung. In Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe. In M. Beutel (Hrsg.), *Diagnose: Sucht* (S. 8-20). Geesthacht: Neuland.

Küfner, H. & Brückl, T. (2003). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Drogen und Medikamenten. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 191-207). München: CIP-Medien.

Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse eine empirischen Studie. *Sucht, 46,* 32-53.

Küfner, H., Hellwich, A. K., Sonn, J. & Vollmer, H. C. (2007). *Motivierung von therapieresistenten Drogenabhängigen für eine Behandlung.* Nicht veröffentlichter Abschlussbericht. IFT Institut für Therapieforschung: München.

Küfner, H., Metzner, C. & Bühringer, G. (2006). Drogenmissbrauch und –abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 613-636). Heidelberg: Springer.

Kunz, D. & Kampe, H. (1985). Zum Problem des Therapieabbruchs von Heroinabhängigen. *Suchtgefahren, 31*, 146-154.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., p. 139-193). New York: Wiley.

Lehmann, A. F., Myers, C. P. & Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 1019-1025.

Lieberman, A., Weston, D. & Pawl, J. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development, 62,* 199-209.

Lienert, G. A & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse.* Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Liese, B. S. & Beck, A. T. (1997). Back to basics: Fundamental cognitive therapy skills for keeping drug-dependent individuals in treatment. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 165,* 233-244.

Lindenmeyer, J. (2007). Suchtbehandlung - Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. In Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. (Hrsg.), *Wirksame Therapie – Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung* (Bd. 30, S. 46-70). Geesthacht: Neuland.

Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory:*

Social, developmental, and clinical perspectives (p. 343-366). London: The Analytic Press.

Little, R. J. A. & Rubin, D. B. (1989). The analysis of social science data with missing values. *Sociological Methods and Research, 18,* 292-326.

Lobo-Drost, A. (2002). *Bindung in der Psychotherapie.* Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Lopez, F. G. (1995). Contemporary attachment theory: An introduction with implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 23,* 395-415.

Lopez, F. G., Melendez, M. C., Sauer, E. M., Berger, E. & Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems and help seeking attitudes among college students. *Journal of Counseling Psychology, 45* (1), 79-83.

Luborsky, L. (1993). How to maximize the curative factors in dynamic psychotherapy research. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (p. 519-535). New York: Basic Books.

Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., McLellan, A. T, & Woody, G. (1997). Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 165,* 233-244.

Mace, C. & Margison, F. (1997). Attachment and psychotherapy: An overview. *British Journal of Medical Psychology, 70,* 209-215.

MacNair, R. R. & Corazzini, J. G. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy, 31,* 352-362.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*, 48-61.

Main, M. & Goldwyn, R. (1985). *Attachment interview for adults.* Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 66-104.

Mallinckrodt, B. (1991). Clients` representations of childhood emotional bonds with parents, social support and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 401-409.

Mallinckrodt, B., Coble, H. M. & Gantt, D. L. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology, 42* (3), 307-317.

Mallinckrodt, B. & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 133-138.

Mallinckrodt, B., Porter, M. J. & Kivlighan, D. M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42,* 85-100.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A. & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry, 176,* 285-289.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 438-450.

Meier, P. S., Barrowclough, C, & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction, 100,* 304-316.

Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P. & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction, 100,* 500-511.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. E., Aguilar-Gaziola, S., Biji, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H. U. & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorder: Results of the International Consortium Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors, 23* (6), 893-907.

Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien.* Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens, W. (1995). *Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse vom Klaus Grawe.* München: Urban & Vogel.

Mestel, R. (1996, September). Attachment styles and attachment to therapists within an inpatient setting. Paper presented at the 5th European Conference on Psychotherapy Research in Cernobbio, Italy.

Mestel, R. (2001a). *Spezifität und Stabilität von Bindungsmustern bei Borderline und selbstunsicheren Patientinnen in stationärer Therapie.* Köln: Müller.

Mestel, R. (2001b). Bindungstheorie, klinische Psychologie und Psychotherapie bei Erwachsenen. In F. DuBois, J. Gordon, P. Kutter, R. Mestel & M. Oppl (Hrsg.), *Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die klinische Praxis* (S. 84-149). Wiesbaden: Franz-Bert Müller Verlag.

Meyer, B. & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (p. 367-382). London: Oxford University Press.

Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L. & Egan, M. (2003). Attachment styles, personality disorders and response to treatment. *Journal of Personality Disorders, 15,* 371-389.

Michel, L. & Conrad, W. (1982). Theoretische Grundlagen psychometrischer Tests. In K. J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B: Methodologie und Methoden, Serie II: Psychologische Diagnostik* (Bd. 1, S. 1-129). Göttingen: Hogrefe.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing.* New York: Guilford.

Moggi, F. (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht.* Bern: Huber.

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 7-25). Berlin: Springer.

Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Kinzl, J., Biebl, W. & Richter, R. (2000). Bindung und Psychotherapie. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 45,* 223-229.

Müller, A. (2001). Diagnostik süchtiger Störungen. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 252-281). Göttingen: Hogrefe.

Mummendey, H. D. (1987). *Die Fragebogen-Methode.* Göttingen: Hogrefe.

Nace, E. P., Davis, C. W. & Gaspari, J. P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry, 148* (1), 118-120.

Najavits, L. M., Weiss, R. D. & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *American Journal on Addictions, 6,* 273-283.

Newman, C. F. (1997). Establishing and maintaining a therapeutic alliance with substance abuse patients: A cognitive therapy approach. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 165,* 233-244.

Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (p. 3-16). Oxford: Oxford University Press.

O`Connell Corcoran, K. & Mallinckrodt, B. (2000). Adult attachment, self-efficacy, perspective taking and conflict resulution. *Journal of Counseling and Development, 78,* 473-483.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. J. (1986a). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd ed., p. 311-384). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. J. (1986b). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Resports. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 477-501). New York: Guilford Press.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 270-376). London: Wiley.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., p. 307-390). New York: Wiley.

Otiashvili, D., Djordjevic, A., Morales, D., Parsons, A., Platt, E. & Stempliuk, V. (2005). Factors related to the process of seeking and completing treatment for drug abuse. *Georgian Medical News, 122,* 29-32.

Panksepp, J. (1986). The anatomy of emotions. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and experience* (p. 91-124). New York: Adademic Press.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions.* New York: Oxford University Press.

Perrez, M. (1991). Behandlung und Therapie: Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Bd. 2, S. 99-116). Bern: Huber.

Petry, J. (1987). *Alkoholismustherapie.* Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Petry, N. M. & Bickel, W. K. (1999). *Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. Psychiatric Services, 50* (2), 219-227.

Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives : Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders, 2,* 144-152.

Pilkonis, P. A. (1997). Measurement Issues Relevant to Personality Disorders. In H. Strupp, L. M. Horowitz & M. J. Lambert (Eds.), *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety and Personality Disorders - Toward a Core Battery* (p. 371-388). Washington : American Psychological Association Press.

Powell, J., Dawe, S. Richards, D., Gossop, M. Marks, I., Strang, J & Gray, J. (1993). Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addictive Behaviours, 18,* 473-490.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification, 28,* 183-218.

Reandeau, S. G. & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement of working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 107-114.

Reddemann, L. (2002). Trauma und Traumatherapie. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention* (S. 578-584). Landsberg/Lech: Ecomed.

Reddemann, L. (2003). Psychotherapie von Suchterkrankungen als Traumafolgestörungen. *Psychotherapie im Dialog, 2,* 136-139.

Reimer, C. (2004). Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung. *Psychotherapie im Dialog, 4,* 381-387.

Reis, S. & Grenyer, B. F. S. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11,* 414-424.

Rist, F. & Watzl, H. (1983). Self-assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviours, 8,* 121-127.

Rockstroh, S. (2001). *Einführung in die Neuropsychopharmakologie.* Bern: Huber.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95-103.

Rosenstein, D. S. & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (2), 244-253.

Rosner, R. & Gavranidou, M. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus Sicht der Verhaltenstherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 17-24). Stuttgart: Schattauer.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P. & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29* (2), 263-279.

Rost, J. (1996). *Testtheorie und Testkonstruktion.* Bern: Huber

Routtenberg, A. (1988). Das Belohnungssystem des Gehirns. *Spektrum der Wissenschaft,* 161-167.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T. & Fearson, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychotherapy Research, 10,* 408-420.

Russell, R. L. & Orlinsky, D. E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective. Implications for mental health care policy. *Archives of General Psychiatry, 53* (8), 708-715.

Rutter, M. (1997). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. In L. Attkinson & K. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (p. 17-46). New York: Guilford Press.

Sachse, J. & Strauß, B. (2002). Bindungscharaktistika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 52,* 134-140.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Therapeutic relationships that work* (p. 235-254). New York: Oxford Press.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR).* Göttingen: Hogrefe.

Satterfield, W. A. & Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counseling Psychology Quarterly, 11,* 407-415.

Sauer, E. M., Lopez, F., G. & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 13* (3), 371-382.

Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7* (2), 147-177.

Schauenburg, H. & Strauß, B. (2002). Bindung und Psychotherapie. In B. Strauss, H. Kächele & A. Buchheim (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 281-292). Stuttgart: Schattauer.

Scheidt, C. E. (2005). Bindungstheorie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 92-96). Stuttgart: Thieme.

Schindler, A. (2005). Bindung und Sucht. In M. Urban & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 96-106). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung.* Heidelberg: Springer.

Schindler, L. (1996). Prozeßforschung. In A. Ehlers und K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 269-298). Göttingen: Hogrefe.

Schmelzer, D. (2003). Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 49-65). München: CIP-Medien.

Schmidt, S. & Strauß, B. (2002). Bindung und Coping. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 255-271). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt-Traub, S. (2003). Therapeutische Beziehung – ein Überblick. *Psychotherapeutische Praxis, 3*, 111-129.

Schneider, H. (2007). Nachweis und Behandlung von Multikollinearität. In S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter & J. Wolf (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (S. 187-204). Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2004). *Methoden der empirischen Sozialforschung.* München: Oldenbourg.

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18* (3), 242-251.

Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22* (4), 374-393.

Schulte, D. (1997). Dimensions of outcome measurement. In H. H. Strupp, L. M. Horowitz & M. J. Lambert (Eds.), *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery* (p. 57-80). Washington: American Psychological Association Press.

Schumann, J., Augustin, R., Duwe, A. & Küfner, H. (2000). Welchen Einfluss haben erste Erfahrungen und Begleitumstände zu Beginn des Drogenkonsums auf den weiteren Verlauf? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8* (2), 69-82.

Schwab, G. (1991). *Fehlende Werte in der angewandten Statistik.* Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica, 40* (2), 105-123.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen.* Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwoon, D. R. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 147-160). Stuttgart: Thieme.

Schwoon, D. R. (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 504-517). Göttingen: Hogrefe.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50,* 965-974.

Simpson, D. D. & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30,* 357-368.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A. & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14,* 565-572.

Simpson, D. D., Joe, G. W. & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 47,* 227-235.

Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (1994). Stress and secure base relationships in adulthood. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (p. 3-21). London: Jessica Kingsley.

Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (1998). Attachment in adulthood. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and close relationships* (p. 3-24). New York: Guilford Press.

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Griffin, M., Frank, A., Thase, M. E., Luborsky, L. & Liese, B. (2004). What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 169-178.

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment – Theory, Research and Clinical Applications* (p. 575-594). New York: Guilford Press.

Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752-760.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, I. T. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Sonntag, D., Hellwich, A. K. & Bauer, C. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik für stationäre Einrichtungen. *Sucht, 53*, 42-63.

Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht, 46* (2), 92-123.

Spangler, G. & Grossmann, K. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development, 64,* 1439-1450.

Spangler, G. & Schieche, M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 297-310). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sperry, J. S. & Nicky, R. M. (1991). Cognitive appraisal, self-efficacy and cigarette smoking behaviour. *Addictive Behaviours, 16,* 381-388.

Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ). In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Therapieansätze – Konzepte und Ergebnisse* (S. 320-342). Gießen: Psychosozial Verlag.

Stephans, R. S., Wertz, J. S. & Roffmann, R. A. (1993). Predictors of marijuana treatment outcomes: The role of self-efficacy. *Journal of Substance Abuse, 5,* 341-354.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5,* 439-458

Strahl, N. (2002). *Empirische Untersuchung des Bindungs- und Beziehungsverhaltens bei Kindern opiatabhängiger Eltern.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen.

Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut, 1,* 5-14.

Strauß, B., Lobo-Drost, A. & Pilkonis, P. A. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen – erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49,* 223-245.

Strauß, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut, 42,* 1-16.

Strupp, H. (1998). The Vanderbilt I Study revisited. *Psychotherapy Research, 8* (1), 17-29.

Stuart, S., Pilkonis, P. Heape, C., Smith, K. & Fisher, B. (1990). *The patient-therapist match in psychotherapy. Effects of security of attachment and personality style.* Unpublished manusript, University of Pittsbourgh.

Swett, C. & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital Community Psychiatry, 40,* 947-951.

Sydow, K. von & Ullmeyer, M. (2001). Paarbeziehung und Bindung. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 51*, 1-15.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Taylor, S. E., Peplau, D. O. & Sears, L. A. (1999). *Social Psychology* (10th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Todt, D. (1995). Verhaltensbiologische Aspekte der Entwicklung sozialer Bindungen auf vormenschlicher Stufe. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 21-39). Stuttgart: Klett-Cotta.

Travis, L. A., Bliwise, N. G., Binder, J. L., & Horne Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38* (2), 149–159.

Tretter, F. (2001). Drogeneffekte aus pharmakologischer Sicht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 73-98). Göttingen: Hogrefe.

Tschuschke, V. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Tunis, S. L., Delucchi, K. L., Schwartz, K., Banys, P. & Sees, K. L. (1995). The relationship of counselor and peer alliance to drug use and HIV risk behaviors in a sex-month methadone detoxification program. *Addictive Behaviors, 20,* 395-405.

Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 725-733.

Umbricht-Schneiter, A., Santora, P. & Moore, R. (1991). Alcohol abuse: Comparison of methods for assessing its prevalence and associated morbidity in hospitalized patients. *American Journal of Medicine, 91,* 110-118.

Urban, D. (1993). *Logit-Analyse.* Stuttgart: Gustav Fischer.

Vallis, T. M., Shaw, B. F. & McCabe, S. B. (1988). The relationship between therapist competency in cognitive therapy and general therapy skill. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 188* (2), 237-249.

van Ijzendoorn, M. H. (1994). Adult attachment representation, parental responsiveness and infant attachment: A metaanalysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387-403.

van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and clinical Psychology, 64* (1), 8-21.

van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology, 11,* 225-249.

Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist, 40* (2), 127-136.

Vogelgesang, M. (2006). Verhaltenstherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei SuchtpatientInnen. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrgs.), *Trauma und Sucht* (S. 153-176). Stuttgart: Klett-Cotta.

Vollmer, H. C. (2007). Mehr als eine Ausbildung in evidenzbasierter Psychotherapie. In Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. (Hrsg.), *Wirksame Therapie – Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung* (Bd. 30, S. 294-304). Geesthacht: Neuland.

Vollmer, H. C. & Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen.* Stuttgart: Thieme.

Vollmer, H. C. & Krauth, J. (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 395-438). Göttingen: Hogrefe.

Voß, W. (2000). *Praktische Statistik mit SPSS.* München: Carl Hanser.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71,* 684-689.

Weiler, D., Vogt, M. & Küfner, H. (2006). Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. *Sucht, 46,* 197-208.

Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Die Rehabilitation, 43* (2), 109-115.

Woody, G. D. (2003). Research findings on psychotherapy of addicitve disorders. *The American Journal on Addictions, 12,* 19-26.

Yousfi, S. (2005). Mythen und Paradoxien der klassischen Testtheorie (II): Trennschärfe und Gütekriterien. *Diagnostica, 51,* 55-66.

Zimmer, D. (2004). Wie arbeiten Verhaltenstherapeuten mit der therapeutischen Beziehung? *Psychotherapie im Dialog, 4,* 335-340.

Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In J. Margraf & C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 11-38). München: Röttger.

Zimmer, F. T. & Brömer, A. (1991). Verhaltenstherapie bei Patienten mit chronischen Depressionen. *Münchener Medizinische Wochenschrift, 133* (49), 762-765.

Zimmermann, P. (2002). Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionalsregulation: Das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 147-161). Stuttgart: Schattauer.

Znoj, H. (2005). Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 81-96). Heidelberg: Springer.

Zwick, W. R. & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin, 99* (3), 432-442.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Vierkategoriales Modell der Bindungsstile nach Bartholomew und Horowitz (1991) 19
Tabelle 2: Bindungsstil und Patientenverhalten im Versorgungssystem 23
Tabelle 3: Bindungen in therapeutischen Beziehungen 28
Tabelle 4: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD 10 (nur illegale Substanzen) 36
Tabelle 5: Design, Stichproben und Fragestellungen....63
Tabelle 6: Instrumentenvalidierung: Instrumente und Datenerhebungszeitpunkte 65
Tabelle 7: Items der RSQ-Skalen Angst vor Trennung und Angst vor Nähe....67
Tabelle 8: Rückübersetzung der CATS-P (kritische Items) 70
Tabelle 9: Items und Skalen der CATS-P....71
Tabelle 10: Psychometrische Eigenschaften der CATS-Skalen in der Originalstudie (Mallinckrodt et al., 1995)....72
Tabelle 11: Therapieevaluation: Datenerhebung 81
Tabelle 12: Therapieevaluation: Patienten- und Therapeutenstichproben 82
Tabelle 13: Therapieevaluation: Instrumente und Datenerhebungszeitpunkte....82
Tabelle 14: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 1 88
Tabelle 15: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 2 90
Tabelle 16: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 3 92
Tabelle 17: Überblick über die statistische Überprüfung des Hypothesenteils 4 93
Tabelle 18: Instrumentenvalidierung: Skalen-Eigenschaften CATS-P....96
Tabelle 19: Instrumentenvalidierung: Item-Charakteristika der drei CATS-P-Subskalen....97
Tabelle 20: Instrumentenvalidierung: Expertenbeurteilung 98
Tabelle 21: Instrumentenvalidierung: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-P 100
Tabelle 22: Instrumentenvalidierung: Interkorrelationen der CATS-P-Skalen 101
Tabelle 23: Instrumentenvalidierung: Subskalen-Interkorrelationen (RSQ, HAQ-P, CATS-P) 101
Tabelle 24: Instrumentenvalidierung: Clusterzentrenanalyse....102
Tabelle 25: Instrumentenvalidierung: Clusterbasierte Stichprobenbeschreibung 103
Tabelle 26: Instrumentenvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Therapiezufriedenheit (HAQ-P) zu T0 104
Tabelle 27: Instrumentenvalidierung: Stabilität der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) .105
Tabelle 28: Instrumentenvalidierung: Stabilität des Bindungsstiles (RSQ) 106
Tabelle 29: Instrumentenvalidierung: Stabilität der Therapiezufriedenheit (HAQ-P)....107
Tabelle 30: Instrumentenvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Hauptdroge 108
Tabelle 31: Kreuzvalidierung: Skalen-Eigenschaften CATS-P....109
Tabelle 32: Kreuzvalidierung: Item-Charakteristika der drei CATS-P-Skalen....109
Tabelle 33: Kreuzvalidierung: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-P 110
Tabelle 34: Kreuzvalidierung: Interkorrelationen der CATS-P-Skalen....111
Tabelle 35: Kreuzvalidierung: Subskalen-Interkorrelationen (RSQ, HAQ-P, CATS-P)....111
Tabelle 36: Kreuzvalidierung: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) und Therapiezufriedenheit (HAQ-P) zu T1 112
Tabelle 37: Exkurs: Skalen-Eigenschaften CATS-T....113
Tabelle 38: Exkurs: Item-Charakteristika der drei CATS-T-Subskalen 114
Tabelle 39: Exkurs: Rotierte Komponentenmatrix der CATS-T 116
Tabelle 40: Exkurs: Interkorrelationen der CATS-T zu T1....117
Tabelle 41: Exkurs: Subskalen-Interkorrelationen (HAQ-T, CATS-T)....117
Tabelle 42: Exkurs: Clusterzentrenanalyse....118

Tabelle 43: Exkurs: Kontingenztabelle Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T) und Therapiezufriedenheit (HAQ-T) zu T1 119
Tabelle 44: Therapieevaluation: Therapiebeendigung 120
Tabelle 45: Therapieevaluation: Soziodemographische Parameter und Therapiebeendigung 122
Tabelle 46: Therapieevaluation: Einstiegsalter in den Substanzkonsum und Therapiebeendigung 123
Tabelle 47: Therapieevaluation: Therapieerfahrung und Therapiebeendigung 123
Tabelle 48: Therapieevaluation: Hauptdiagnose und Therapiebeendigung 124
Tabelle 49: Therapieevaluation: Therapeutische Ausbildungsrichtung 127
Tabelle 50: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und praktizierte Therapierichtung 128
Tabelle 51: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und bevorzugte therapeutische Arbeitsweise 129
Tabelle 52: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und Kliniken 130
Tabelle 53: Therapieevaluation: Vergleichende Stichprobenbeschreibung (Selbstwirksamkeitserwartung) 131
Tabelle 54: Therapieevaluation: Vergleichende Stichprobenbeschreibung (Bindungsstil) 132
Tabelle 55: Therapieevaluation: Kontingenztabellen Bindungsstil und Alter / Bindungsstil und psychiatrische Komorbidität 132
Tabelle 56: Therapieevaluation: Posthoc-Tests (Bindungsstil und Selbstwirksamkeitserwartung) 135
Tabelle 57: Therapieevaluation: Multinomial logistisches Regressionsmodell (Kriterium Bindungsstil) 136
Tabelle 58:Therapieevaluation: Logistisches Regressionsmodells (Kriterium Therapiebeendigung) 137
Tabelle 59: Therapieevaluation: Kontingenztabelle Therapiebeendigung und Bindungsstil 137
Tabelle 60: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) 138
Tabelle 61: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T) 139
Tabelle 62: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiezufriedenheit (HAQ-P) 139
Tabelle 63: Therapieevaluation: Posthoc-Tests (Therapiezufriedenheit [HAQ-P] und Selbstwirksamkeitserwartung) 140
Tabelle 64: Therapieevaluation: Multinomial logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive) 140
Tabelle 65: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiezufriedenheit (HAQ-T) 141
Tabelle 66: Therapieevaluation: Logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiebeendigung) 142
Tabelle 67: Therapieevaluation: Modifiziertes logistisches Regressionsmodell (Kriterium Therapiebeendigung) 143
Tabelle 68: Therapieevaluation: Teststatistiken zur ANOVA mit Messwiederholung (abhängige Variable: Selbstwirksamkeitserwartung T2) 143
Tabelle 69: Therapieevaluation: Zusammengefasste Teststatistiken zu hypothetisierten Moderatoreffekten (abhängige Variable: Selbstwirksamkeitserwartung T2) 146
Tabelle 70: Therapieevaluation: Bindungsstil (Prä-Post) 147
Tabelle 71: Therapieevaluation: Therapiezufriedenheit aus Patientenperspektive (Prozess-Post) 148

Tabelle 72: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Patient-Therapeut-Bindung zu T1 . 148
Tabelle 73: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Therapiezufriedenheit zu T1 149
Tabelle 74: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Therapiezufriedenheit zu T2 150
Tabelle 75: Therapieevaluation: Interrater-Konkordanz Patient-Therapeut-Bindung zu T2 . 150

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Balance-Modell (Caspar, 2003) 35
Abbildung 2: Dreiecksmodell (nach Küfner et al., 2006) 39
Abbildung 3: Funktionales Rückkopplungsmodell (nach Küfner, 2000) 40
Abbildung 4: Allgemeines Modell der Psychotherapie (verkürzt dargestellt nach Orlinsky et al., 2004, S. 321) 56
Abbildung 5: Übersicht über Datenerhebungszeitpunkte und hypothetisierte Zusammenhänge zwischen den Konstrukten 62
Abbildung 6: Bindungsstile 66
Abbildung 7: Therapiezufriedenheit 69
Abbildung 8: Übersicht über Datenerhebungszeitpunkte, Instrumente und hypothetisierte Zusammenhänge 94
Abbildung 9: Instrumentenvalidierung: Screeplot CATS-P 99
Abbildung 10: Exkurs: Screeplot CATS-T 115
Abbildung 11: Therapieevaluation: Anzahl der substanzbezogenen Diagnosen pro Patient 125
Abbildung 12: Therapieevaluation: Bindungsstil (T0) 134
Abbildung 13: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung und Bindungsstil 135
Abbildung 14: Therapieevaluation: Selbstwirksamkeitserwartung zu T0 und T2 nach Geschlecht 144
Abbildung 15: Therapieevaluation: Moderationseffekt der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-P) auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 nach T2 145
Abbildung 16: Therapieevaluation: Moderationseffekt der Patient-Therapeut-Bindung (CATS-T) auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von T0 nach T2 146

ANHANG

Anhang A: *Basisdaten Patient*

Anhang B: *RSQ*

Anhang C1: *HAQ-P*

Anhang C2: *HAQ-T*

Anhang D1: *CATS-P Rückübersetzung*

Anhang D2: *CATS-P*

Anhang D3: *CATS-T*

Anhang E: *Basisdaten Therapeut*

Anhang F1: *WIRKALL*

Anhang F2: *T-Normen WIRKALL*

Anhang G: *Experteneinschätzungen*

Anhang H1: *Multikollinearitätsdiagnose Patienten – Korrelationsmatrix*

Anhang H2: *Multikollinearitätsdiagnose Patienten – lineare Regressionsanalyse*

Anhang H3: *Multikollinearitätsdiagnose Therapeuten – Korrelationsmatrix*

Anhang H4: *Multikollinearitätsdiagnose Therapeuten – lineare Regressionsanalyse*

Anhang I1: *Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive (Prozess-Post)*

Anhang I2: *Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive (Prozess-Post)*

Anhang I3: *Therapiezufriedenheit aus Therapeutenperspektive (Prozess-Post)*

Anhang A: Basisdaten Patient

Basisdatenblatt für den/die Patient/in Datum: _____

Alter: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Ihr höchster erzielter Schulabschluss:

☐ kein ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Hochschule

Hatten Sie vor Beginn der Therapie eine/n festen Partner/in? ☐ ja ☐ nein

Lebten Sie vor Beginn der Therapie ... ?

☐ allein

☐ mit jemandem zusammen (Eltern, Kinder, Freunde, Partner)

☐ kein fester Wohnsitz

Wegen welcher Droge (welcher Abhängigkeitsdiagnose) sind Sie hauptsächlich in Therapie? Wenn Sie mehrere Drogen konsumieren, geben Sie bitte für die unten aufgeführten Substanzen in den Kästchen eine Rangliste an, was Ihre Hauptsubstanz ist (1, 2, 3, usw.)

☐ Opiate

☐ Cannabis

☐ Sedativa/Hypnotika

☐ Kokain

☐ Stimulanzien

☐ Halluzinogene

☐ Andere psychotrope Substanzen

In welchem Alter haben Sie begonnen, Alkohol zu konsumieren? _____

In welchem Alter haben Sie begonnen, Haschisch zu konsumieren? _____

In welchem Alter haben Sie begonnen, Heroin zu nehmen? _____

Wie viele stationäre Therapien haben Sie vor diesem aktuellen Aufenthalt bereits begonnen?

Wie viele dieser Therapien haben Sie **regulär** beendet: ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3 oder mehr

Wie viele haben Sie **irregulär** beendet: ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3 oder mehr
(d. h. Abbruch, disziplinarisch)

RSQ – Beziehungsfragebogen

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und beurteilen Sie, wie jede Ihre Gefühle in nahen Beziehungen beschreibt. Denken Sie dabei an alle Ihre vergangenen und jetzigen nahen Beziehungen und antworten Sie so, wie Sie sich im Allgemeinen in diesen Beziehungen gefühlt haben bzw. fühlen.

	nicht zu-treffend		etwas zu-treffend		sehr zu-treffend
1. Ich finde es schwierig, von anderen abhängig zu sein.	1	2	3	4	5
2. Es ist mir sehr wichtig, mich unabhängig zu fühlen.	1	2	3	4	5
3. Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen.	1	2	3	4	5
4. Ich möchte vollkommen mit einem anderen Menschen verschmelzen.	1	2	3	4	5
5. Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich wohl, auch ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen.	1	2	3	4	5
7. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich bei anderen immer darauf verlassen kann, dass sie da sind, wenn ich sie brauche.	1	2	3	4	5
8. Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein.	1	2	3	4	5
9. Ich mache mir Sorgen über das Alleinsein.	1	2	3	4	5
10. Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich mich auf andere verlassen kann.	1	2	3	4	5
11. Oft sorge ich mich darum, ob mich meine Liebespartner/Innen wirklich lieben.	1	2	3	4	5
12. Ich finde es schwierig, anderen vollständig zu vertrauen.	1	2	3	4	5
13. Es macht mir Angst, wenn mir andere zu nahe kommen.	1	2	3	4	5

	nicht zu-treffend		etwas zu-treffend		sehr zu-treffend
14. Ich möchte gefühlsmäßig enge Beziehungen.	1	2	3	4	5
15. Es geht mir gut damit, wenn andere von mir abhängig sind.	1	2	3	4	5
16. Ich mache mir Sorgen darüber, dass andere mich nicht so sehr schätzen, wie ich sie.	1	2	3	4	5
17. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.	1	2	3	4	5
18. Meine Sehnsucht nach „völliger Verschmelzung“ schreckt manchmal Leute von mir ab.	1	2	3	4	5
19. Es ist mir sehr wichtig, dass ich mich selbständig fühle.	1	2	3	4	5
20. Ich werde nervös, wenn mir irgendwer zu nahe kommt.	1	2	3	4	5
21. Häufig sorge ich mich darum, dass meine Liebespartner/Innen nicht bei mir bleiben wollen.	1	2	3	4	5
22. Ich ziehe es vor, wenn andere Menschen nicht von mir abhängig sind.	1	2	3	4	5
23. Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden.	1	2	3	4	5
24. Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu sein.	1	2	3	4	5
25. Ich finde, dass sich andere gegen soviel Nähe sträuben, wie ich sie mir wünschen würde.	1	2	3	4	5
26. Ich ziehe es vor, nicht von anderen abhängig zu sein.	1	2	3	4	5
27. Ich weiß, dass andere da sind, wenn ich sie brauche.	1	2	3	4	5
28. Ich fürchte mich davor, dass andere mich nicht akzeptieren könnten.	1	2	3	4	5
29. Liebespartner/Innen wollen häufig, dass ich ihnen näher bin, als mir lieb ist.	1	2	3	4	5
30. Mir fällt es recht leicht, anderen nahe zu kommen.	1	2	3	4	5

Fragebogen zum Therapieverlauf für den/die Patientin

Name Patient/in: Name Bezugstherapeut/in: Datum:

Das Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie Ihre Beziehung zu Ihrem **Bezugstherapeuten** (der Therapeut, mit dem Sie Einzeltherapiesitzungen haben) und Ihre Therapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.
Prüfen Sie bitte jede dieser Aussagen daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem Therapeuten bzw. für Ihre Therapie für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Antworten Sie ruhig spontan, so wie Sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab. **Die hier gemachten Angaben erhält Ihr Therapeut nicht!**
Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

sehr unzutreffend	unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzu-treffend	unzu-treffend	eher unzutreff.	eher zutreff.	zu-treffend	sehr zutreffend
1. Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich glaube, dass mir die Therapie hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Seit kurzem fühle ich mich besser.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Therapie kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeut verlassen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut versteht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe das Gefühl, dass ich, wie auch der Therapeut, ernsthaft an einem Strang ziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzu-treffend	unzu-treffend	eher unzutreff.	eher zutreff.	zu-treffend	sehr zutreffend
10. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeut keine weiteren Gespräche mehr habe).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sagen Sie uns bitte, ob es Ihnen im Vergleich zum Therapiebeginn jetzt besser oder schlechter geht:

sehr viel schlechter	schlechter	etwas schlechter	unverändert	etwas besser	besser	sehr viel besser
1	2	3	4	5	6	7

Fragebogen zum Therapieverlauf für den/die Therapeut/in

Patienten-Code: Therapeut/in: Datum:

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem/r Patienten/in anhand der unten aufgeführten Aussagen ein.

sehr unzutreffend	unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzu-treffend	unzu-treffend	eher unzutreff.	eher zutreff.	zu-treffend	sehr zutreffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich meinem/r Patienten/in helfen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem/r Patienten/in hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe den Eindruck, dass mein/e Patient/in einige neue Einsichten gewonnen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe den Eindruck, dass sich mein/e Patient/in seit kurzem besser fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe den Eindruck, dass mein/e Patient/in vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er/sie zur Behandlung kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe den Eindruck, dass ich für meine/n Patienten/in verlässlich bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe den Eindruck, dass ich meine/n Patienten/in verstehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetze, dass der/die Patient/in seine/ihre Ziele erreicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe den Eindruck, dass mein/e Patient/in mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang zieht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe den Eindruck, dass mein/e Patient/in seine/ihre Probleme ähnlich wie ich sieht und beurteilt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr unzu-treffend	unzu-treffend	eher unzutreff.	eher zutreff.	zu-treffend	sehr zutreffend
11. Ich glaube, dass mein/e Patient/in sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen/ihren Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn er/sie mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Welche symptomatische und strukturelle Besserung halten Sie bei dem/r Patienten/in in der Therapie für erreichbar?

A. Symptomatische Besserung:

1	2	3	4	5	6	7
sehr verschlechtert			unverändert			sehr verbessert

B. Strukturelle Besserung:

1	2	3	4	5	6	7
sehr verschlechtert			unverändert			sehr verbessert

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie momentan die Beziehung zu Ihrem Therapeuten einschätzen.

The following statements refer to how you evaluate your relationship with your therapist at the moment.

➲ **Bitte beantworten Sie die Fragen eher spontan nach Ihrer persönlichen Einschätzung, so wie Sie diese empfinden, und achten Sie nicht darauf, wie es „idealerweise" für Ihren Therapeuten wünschenswert wäre!**

Please answer the questions spontaneously according to your own judgement about how you feel. Do not consider how you ideally would like your therapist to be.

***Wichtig*: Ihr Therapeut erhält Ihre hier gemachten Angaben *nicht*!**

Important: Your therapist will not receive the answers that you provide here!

Bitte beantworten Sie jede Frage und benutzen Sie die unten stehende Skala, um anzuzeigen, wie stark Sie jeder Feststellung zustimmen oder diese ablehnen.

Please answer each question, using the scale provided below to indicate how strongly you agree or disagree with each statement.

1. Ich bekomme nicht genug gefühlsmäßige Unterstützung von meinem Therapeuten.
I don't get enough emotional support from my therapist.

2. Mein Therapeut ist meinen Bedürfnissen gegenüber empfindsam.
My therapist is not at all sensitive to my needs.

3. Ich denke, dass mein Therapeut mich verurteilt.
I think that my therapist judges me harshly.

4. Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein.
I long to be „at one" with my therapist.

5. Mein Therapeut ist zuverlässig.
My therapist is reliable.

6. Wenn ich mit meinem Therapeuten über meine Probleme spreche, komme ich mir beschämt oder dumm vor.
When I speak with my therapist about my problems, I feel ashamed or stupid.

7. Ich wünschte, mein Therapeut könnte täglich bei mir sein.
I wish that my therapist could be with me every day.

8. Ich fühle, dass die Dinge irgendwie gut ausgehen werden, wenn ich bei meinem Therapeuten bin.
I feel that things will somehow turn out well when I am with my therapist.

9. Ich weiß, dass ich meinem Therapeut alles erzählen kann, und er würde mich nicht zurückweisen.
I know that I can tell my therapist anything and that he would not reject me.

10. Ich hätte gerne, dass sich mein Therapeut mir näher fühlt.
I would like for my therapist to feel closer to me.

11. Mein Therapeut gibt mir nicht genug Aufmerksamkeit.
My therapist does not pay enough attention to me.
12. Ich möchte meine Gefühle nicht mit meinem Therapeut teilen.
I would not want to share my feelings with my therapist.

13. Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen.
I would like to know more about my therapist as a person.

14. Wenn ich meine Gefühle zeige, reagiert mein Therapeut darauf in hilfreicher Weise.
When I express my feelings, my theraptist reacts in a helpful manner.

15. In den Therapiesitzungen fühle ich mich gedemütigt.
In the therapy sessions, I feel humiliated.

16. Ich denke daran, meinen Therapeut bei ihm zu Hause anzurufen.
I think about calling my therapist at home.

17. Ich weiß nicht, was ich erwarten soll, wie mein Therapeut von Therapiesitzung zu Therapiesitzung reagieren wird.
I do not know what reaction to expect from my therapist from one session to the next.

18. Manchmal fürchte ich mich davor, dass mich mein Therapeut zurückweist, wenn ich ihn nicht zufrieden stelle.
Sometimes I am afraid that my therapist will reject me if I do not satisfy him.

19. Ich denke darüber nach, der liebste Patient meines Therapeuten zu sein.
I sometimes think about being my therapist's favourite patient.

20. Ich kann sagen, dass mein Therapeut Freude daran hat, mit mir zu arbeiten.
I am sure that my therapist enjoys working with me.

21. Ich befürchte, dass mein Therapeut mir gegenüber wahrscheinlich nicht ehrlich ist.
I am afraid that my therapist is not honest with me.

22. Ich wünschte, es gäbe einen Weg, wie ich mehr Zeit mit meinem Therapeut verbringen könnte.
I wish there were a way that I could spend more time with my therapist.

23. Ich ärgere mich darüber, mit Problemen alleine umzugehen, wenn mein Therapeut mir dabei mehr behilflich sein könnte.
I get annoyed when I have to deal with my problems alone when my therapist could be more helpful.

24. Mein Therapeut möchte mehr von mir wissen, als ich mit gutem Gefühl erzählen will.
My therapist would like to know more about me than I feel comfortable revealing.

25. Ich wünschte, ich könnte auch etwas für meinen Therapeuten tun.
I wish that I could do something for my therapist in return for what he does for me.

26. Mein Therapeut hilft mir, genau auf die furchterregenden oder beunruhigenden Dinge zu sehen, die mir passiert sind.
My therapist helps me to understand clearly the anxiety-provoking or disturbing things that have happened to me.

27. Ich fühle mich bei meinem Therapeut sicher.
I feel secure with my therapist.

28. Ich wünschte, mein Therapeut wäre nicht mein Therapeut, so dass wir Freunde sein könnten.
I wish that my therapist were not my therapist, so that we could be friends.

29. Die Gegenwart meines Therapeuten ist beruhigend, wenn ich mich durcheinander fühle.
The presence of my therapist is reassuring when I feel confused.

30. Mein Therapeut behandelt mich eher wie ein Kind als wie einen Erwachsenen.
My therapist treats me more like a child than an adult.

31. Oft bin ich neugierig auf die anderen Patienten meines Therapeuten.
Often I am curious about my therapist's other patients.

32. Ich weiß, dass mein Therapeut die Dinge versteht, die mich beunruhigen.
I know that my therapist understands the things that worry me.

33. Es fällt mir schwer, meinem Therapeut zu trauen.
It is hard for me to trust my therapist.

34. Ich bin sicher, dass mein Therapeut da ist, wenn ich ihn wirklich brauche.
I know that my therapist is there when I really need him.

35. Ich bin mir nicht sicher, ob mein Therapeut wirklich an mir interessiert ist.
I am not certain whether my therapist is really interested in me.

36. Wenn ich mit meinem Therapeuten arbeite, fühle ich, dass ich seine höchste Priorität bin, also ihm in diesem Moment am wichtigsten bin.
When I am working with my therapist, I feel that I am his highest priority and the most important thing to him at that moment.

CATS-Patient

Datum: _____ Name: _____

Name des Bezugstherapeuten: _____

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie momentan die Beziehung zu Ihrem **Bezugstherapeuten** (der Therapeut, mit dem Sie Einzeltherapiesitzungen haben) einschätzen.

➲ **Bitte beantworten Sie die Fragen eher spontan nach Ihrer persönlichen Einschätzung, so wie Sie diese empfinden, und achten Sie nicht darauf, wie es „idealerweise" für Ihren Therapeut wünschenswert wäre!**

***Wichtig*: Ihr Therapeut erhält Ihre hier gemachten Angaben *nicht*!**

Bitte beantworten Sie jede Frage und benutzen Sie die unten stehende Skala, um anzuzeigen, wie stark Sie jeder Feststellung zustimmen oder diese ablehnen.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziem-lich zu	trifft völlig zu
1. Ich bekomme nicht genug gefühlsmäßige Unterstützung von meinem Therapeuten.	1	2	3	4	5	6
2. Mein Therapeut ist meinen Bedürfnissen gegenüber empfindsam.	1	2	3	4	5	6
3. Ich denke, dass mein Therapeut mich verurteilt.	1	2	3	4	5	6
4. Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein.	1	2	3	4	5	6
5. Mein Therapeut ist zuverlässig.	1	2	3	4	5	6
6. Wenn ich mit meinem Therapeuten über meine Probleme spreche, komme ich mir beschämt oder dumm vor.	1	2	3	4	5	6
7. Ich wünschte, mein Therapeut könnte täglich bei mir sein.	1	2	3	4	5	6
8. Ich fühle, dass die Dinge irgendwie gut ausgehen werden, wenn ich bei meinem Therapeut bin.	1	2	3	4	5	6
9. Ich weiß, dass ich meinem Therapeut alles erzählen kann, und er würde mich nicht zurückweisen.	1	2	3	4	5	6
10. Ich hätte gerne, dass sich mein Therapeut mir näher fühlt.	1	2	3	4	5	6

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
11. Mein Therapeut gibt mir nicht genug Aufmerksamkeit.	1	2	3	4	5	6
12. Ich möchte meine Gefühle nicht mit meinem Therapeut teilen.	1	2	3	4	5	6
13. Ich möchte mehr über meinen Therapeut als Person wissen.	1	2	3	4	5	6
14. Wenn ich meine Gefühle zeige, reagiert mein Therapeut darauf in hilfreicher Weise.	1	2	3	4	5	6
15. In den Therapiesitzungen fühle ich mich gedemütigt.	1	2	3	4	5	6
16. Ich denke daran, meinen Therapeut bei ihm zu Hause anzurufen.	1	2	3	4	5	6
17. Ich weiß nicht, was ich erwarten soll, wie mein Therapeut von Therapiesitzung zu Therapiesitzung reagieren wird.	1	2	3	4	5	6
18. Manchmal fürchte ich mich davor, dass mich mein Therapeut zurückweist, wenn ich ihn nicht zufrieden stelle.	1	2	3	4	5	6
19. Ich denke darüber nach, der liebste Patient meines Therapeuten zu sein.	1	2	3	4	5	6
20. Ich kann sagen, dass mein Therapeut Freude daran hat, mit mir zu arbeiten.	1	2	3	4	5	6
21. Ich befürchte, dass mein Therapeut mir gegenüber wahrscheinlich nicht ehrlich ist.	1	2	3	4	5	6
22. Ich wünschte, es gäbe einen Weg, wie ich mehr Zeit mit meinem Therapeut verbringen könnte.	1	2	3	4	5	6
23. Ich ärgere mich darüber, mit Problemen alleine umzugehen, wenn mein Therapeut mir dabei mehr behilflich sein könnte.	1	2	3	4	5	6
24. Mein Therapeut möchte mehr von mir wissen, als ich mit gutem Gefühl erzählen will.	1	2	3	4	5	6
25. Ich wünschte, ich könnte auch etwas für meinen Therapeuten tun.	1	2	3	4	5	6
26. Mein Therapeut hilft mir, genau auf die Furcht erregenden oder beunruhigenden Dinge zu sehen, die mir passiert sind.	1	2	3	4	5	6

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
27. Ich fühle mich bei meinem Therapeut sicher.	1	2	3	4	5	6
28. Ich wünschte, mein Therapeut wäre nicht mein Therapeut, so dass wir Freunde sein könnten.	1	2	3	4	5	6
29. Die Gegenwart meines Therapeuten ist beruhigend, wenn ich mich durcheinander fühle.	1	2	3	4	5	6
30. Mein Therapeut behandelt mich eher wie ein Kind als wie einen Erwachsenen.	1	2	3	4	5	6
31. Oft bin ich neugierig auf die anderen Patienten meines Therapeuten.	1	2	3	4	5	6
32. Ich weiß, dass mein Therapeut die Dinge versteht, die mich beunruhigen.	1	2	3	4	5	6
33. Es fällt mir schwer, meinem Therapeut zu trauen.	1	2	3	4	5	6
34. Ich bin sicher, dass mein Therapeut da ist, wenn ich ihn wirklich brauche.	1	2	3	4	5	6
35. Ich bin mir nicht sicher, ob mein Therapeut wirklich an mir interessiert ist.	1	2	3	4	5	6
36. Wenn ich mit meinem Therapeuten arbeite, fühle ich, dass ich seine höchste Priorität bin, also ihm in diesem Moment am wichtigsten bin.	1	2	3	4	5	6
37. Ich denke, dass mein Therapeut gegen mich ist.	1	2	3	4	5	6
38. Oft frage ich mich, wie die anderen Patienten meines Therapeuten sind.	1	2	3	4	5	6

CATS-Therapeut/in

Datum: _____ Name: _____

Pat-Code des/der zu beurteilenden Patienten/in: _____

Bei den folgenden Fragen geht es darum, was Sie glauben, wie Ihr/e Patient/in Ihre therapeutische Beziehung einschätzt, d. h. nicht wie Sie persönlich glauben, wie die Beziehung aussieht, sondern wie Sie sie „durch die Augen" Ihres/er Patienten/in sehen. Die im Folgenden gebrauchte maskuline Personenbezeichnung schließt die feminine Form ein und wird lediglich aufgrund von Platzknappheit verwendet.

Bitte beantworten Sie jede Frage und benutzen Sie die unten stehende Skala, um anzuzeigen, wie stark Sie jeder Feststellung zustimmen oder diese ablehnen.

Ich glaube, mein Patient…	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziem-lich zu	trifft völlig zu
1. … denkt, dass er nicht genug gefühlsmäßige Unterstützung von mir bekommt.	1	2	3	4	5	6
2. ... denkt, dass ich seinen Bedürfnissen gegenüber empfindsam bin.	1	2	3	4	5	6
3. … denkt, dass ich ihn verurteile.	1	2	3	4	5	6
4. … sehnt sich danach, mit mir "Eins" zu sein.	1	2	3	4	5	6
5… hat das Gefühl, dass ich zuverlässig bin.	1	2	3	4	5	6
6. … kommt sich beschämt oder dumm vor, wenn er mit mir über seine Probleme spricht.	1	2	3	4	5	6
7. … wünscht sich, ich könnte täglich bei ihm sein.	1	2	3	4	5	6
8. … hat das Gefühl, dass die Dinge irgendwie gut ausgehen werden, wenn er bei mir ist.	1	2	3	4	5	6
9. … glaubt, dass er mir alles erzählen kann, und ich würde ihn nicht zurückweisen.	1	2	3	4	5	6
10. … würde sich mir gern näher fühlen.	1	2	3	4	5	6
11. … denkt, ich gebe ihm nicht genug Aufmerksamkeit.	1	2	3	4	5	6
12. … möchte seine Gefühle nicht mit mir teilen.	1	2	3	4	5	6
13. … möchte mehr über mich als Person wissen.	1	2	3	4	5	6
14. … denkt, wenn er seine Gefühle zeigt, reagiere ich darauf in hilfreicher Weise.	1	2	3	4	5	6
15. … fühlt sich in den Gesprächssitzungen gedemütigt.	1	2	3	4	5	6
16 … denkt daran, mich zu Hause anzurufen.	1	2	3	4	5	6
17. … weiß nicht, was er erwarten soll, wie ich Gesprächssitzung zu Gesprächssitzung reagieren werde.	1	2	3	4	5	6
18. … fürchtet sich davor, dass ich ihn zurückweise, wenn er mich nicht zufrieden stellt.	1	2	3	4	5	6
19. … denkt darüber nach, mein liebster Patient zu sein.	1	2	3	4	5	6

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziem-lich zu	trifft völlig zu
20. … hat das Gefühl, dass ich Freude daran habe, mit ihm zu arbeiten.	1	2	3	4	5	6
21. … denkt, dass ich ihm gegenüber wahrscheinlich nicht ehrlich bin.	1	2	3	4	5	6
22. … wünschte, es gäbe einen Weg, wie er mehr Zeit mit mir verbringen könnte.	1	2	3	4	5	6
23. … ärgert sich darüber, mit Problemen alleine umzugehen, wenn ich ihm dabei mehr behilflich sein könnte.	1	2	3	4	5	6
24. … denkt, dass ich mehr von ihm wissen möchte, als er mit gutem Gefühl erzählen will.	1	2	3	4	5	6
25. … wünschte, er könnte auch etwas für mich tun.	1	2	3	4	5	6
26. … findet, dass ich ihm helfe, genau auf die Furcht erregenden oder beunruhigenden Dinge zu sehen, die ihm passiert sind.	1	2	3	4	5	6
27. … fühlt sich bei mir sicher.	1	2	3	4	5	6
28. … wünschte, ich wäre nicht sein Therapeut, so dass wir Freunde sein könnten.	1	2	3	4	5	6
29. … hat das Gefühl, dass meine Gegenwart beruhigend ist, wenn er sich durcheinander fühlt.	1	2	3	4	5	6
30. … denkt, ich behandele ihn eher wie ein Kind als wie einen Erwachsenen.	1	2	3	4	5	6
31. … ist oft neugierig auf meine anderen Patienten.	1	2	3	4	5	6
32. … hat das Gefühl, dass ich die Dinge verstehe, die ihn beunruhigen.	1	2	3	4	5	6
33. … tut sich schwer, mir zu trauen.	1	2	3	4	5	6
34. … ist sich sicher, dass ich da bin, wenn er mich wirklich braucht.	1	2	3	4	5	6
35. … ist sich nicht sicher, ob ich wirklich an ihm interessiert bin.	1	2	3	4	5	6
36. … fühlt, dass er meine höchste Priorität ist, wenn ich mit ihm spreche, d. h. er mir in diesem Moment am wichtigsten ist.	1	2	3	4	5	6
37. ...denkt, dass ich gegen ihn bin.	1	2	3	4	5	6
38. ...fragt sich oft, wie meine anderen Patienten sind.	1	2	3	4	5	6

Anhang E: Basisdaten Therapeut

Basisdatenblatt für den/die Therapeut/in* Datum:

Name: _____ Alter: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Berufsbezeichnung
☐ Dipl-Sozialpädagoge
☐ Dipl-Psychologe
☐ sonstiges: _____

Abschluss
☐ Uni
☐ FH
☐ Berufsakademie
☐ sonstiges

Berufserfahrung im Suchtbereich in Jahren: _____

Sind Sie in einer therapeutischen Ausbildung bzw. haben diese bereits abgeschlossen?

☐ Tiefenpsychologie	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Psychoanalyse	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Verhaltenstherapie	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Gesprächspsychotherapie	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Familientherapie	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Gestalttherapie	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Psychodrama	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung
☐ Sonstige: _____	☐ abgeschlossen	☐ in Ausbildung

Bevorzugte therapeutische Arbeitsweise
☐ Tiefenpsychologie
☐ Psychoanalyse
☐ Verhaltenstherapie
☐ Gesprächspsychotherapie
☐ Familientherapie
☐ Gestalttherapie
☐ Psychodrama
☐ Sonstige:
_____

*Ihre Daten werden anonym ausgewertet; es erfolgt keine individuelle Auswertung und keine Rückmeldung an Ihre Einrichtung.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen!

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
2) Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde.	1	2	3	4
5) In unerwarteten Situationen, weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
6) Für jedes Problem habe ich eine Lösung.	1	2	3	4
7) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	1	2	3	4
8) Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	1	2	3	4
9) Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4

T-Norms of the General Perceived Self-Efficacy Scale of a Heterogenous Adult Population

x	T	*x*	T	*x*	T
10	12	***20***	32	***30***	51
11	14	***21***	34	***31***	53
12	16	***22***	36	***32***	55
13	18	***23***	38	***33***	57
14	20	***24***	40	***34***	59
15	22	***25***	42	***35***	61
16	24	***26***	44	***36***	63
17	26	***27***	46	***37***	65
18	28	***28***	48	***38***	67
19	30	***29***	49	***39***	69
				40	71

The T-norms for the German version of this scales are based on a sample of N = 1,660 persons. The weighted mean was found to be 29.28, the weighted variance equaled 25.91.

Quelle:
http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficac/Validity_and_T-Norms_of_the_Ge/validity_and_t-norms_of_the_ge.htm

Anhang G: Experteneinschätzungen

CATS-P-Item

Therapeut (Nr.)	CATS_1	CATS_2	CATS_3	CATS_4	CATS_5	CATS_6	CATS_7	CATS_8	CATS_9	CATS_10	CATS_11	CATS_12	CATS_13	CATS_14	CATS_15	CATS_16	CATS_17	CATS_18	CATS_19	CATS_20	CATS_21	CATS_22	CATS_23	CATS_24	CATS_25	CATS_26	CATS_27	CATS_28	CATS_29	CATS_30	CATS_31	CATS_32	CATS_33	CATS_34	CATS_35	CATS_36	CATS_37	CATS_38
1																			0					0		0												0
2				0			1		1	0			1			1					1	1			1		1											
3	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
4				0	1		0	0		0	1		1	1	0	0	0			1	1	0	0			0	1	0	1				1	1			1	
5	1	1	1	0	1		0	0	1	0			0	1		0	0		0			0	0	1	0		1	0			0	1	1					0
6				0			0			0			0								1										0				1			0
7			0									1	0				0								1											1		
8	0				1								0	1			0	1			1	0						0	1			1		1	1			
9						1				0			0			0	0					0									0							0
10									1					1						1													1			1		
11				0									1				0		1	1	1	0								1						0		
12		1		0		1		1								0	1		0	1	1			1				0	0					1			1	
13			1			1												1			1					1	1											

Legende:
0 = schlechtes, missverständliches Item
1 = gutes, verständliches Item

Anhang H1: Multikollinearitätsdiagnose Patienten – Korrelationsmatrix

		ALTER	SEX	Staats-angehörigkeit	Schulabschluß	Partnerschafts-status	Lebenssituation	Alkoholkonsum-einstiegsalter	Cannabiskonsum-einstiegsalter	Heroinkonsum-einstiegsalter	HD	psychiatrische Komorbidität
ALTER	r	1,000	-,124	,054	,173	-,114	-,087	,208	,340	,562	-,151	-,103
	p	.	,020	,310	,001	,035	,111	,001	,000	,000	,005	,053
	N	351	351	351	337	340	339	258	163	111	348	351
SEX	r	-,124	1,000	-,056	,147	,216	-,010	-,020	-,066	-,245	-,032	,174
	p	,020	.	,293	,007	,000	,853	,745	,401	,009	,557	,001
	N	351	359	359	338	341	340	259	164	111	349	359
Staatsangehörig-keit	r	,054	-,056	1,000	-,056	,033	,076	-,108	-,034	-,017	-,018	-,009
	p	,310	,293	.	,301	,541	,165	,084	,664	,862	,738	,871
	N	351	359	365	338	341	340	259	164	111	350	365
Schulabschluß	r	,173	,147	-,056	1,000	,053	-,067	,128	,156	,046	-,005	,065
	p	,001	,007	,301	.	,340	,226	,042	,050	,639	,923	,232
	N	337	338	338	338	331	333	252	158	108	338	338
Partnerschafts-status	r	-,114	,216	,033	,053	1,000	-,004	,001	-,164	-,006	-,134	,064
	p	,035	,000	,541	,340	.	,946	,983	,040	,950	,013	,236
	N	340	341	341	331	341	334	252	157	106	341	341
Lebenssituation	r	-,087	-,010	,076	-,067	-,004	1,000	-,031	-,053	-,049	-,035	-,041
	p	,111	,853	,165	,226	,946	.	,620	,510	,618	,517	,455
	N	339	340	340	333	334	340	252	156	105	340	340
Alkoholkonsum-einstiegsalter	r	,208	-,020	-,108	,128	,001	-,031	1,000	,446	,300	,100	-,075
	p	,001	,745	,084	,042	,983	,620	.	,000	,003	,108	,230
	N	258	259	259	252	252	252	259	150	99	259	259
Cannabiskonsum-einstiegsalter	r	,340	-,066	-,034	,156	-,164	-,053	,446	1,000	,510	,134	-,027
	p	,000	,401	,664	,050	,040	,510	,000	.	,000	,086	,729
	N	163	164	164	158	157	156	150	164	106	164	164
Heroinkonsum-einstiegsalter	r	,562	-,245	-,017	,046	-,006	-,049	,300	,510	1,000	-,111	-,145
	p	,000	,009	,862	,639	,950	,618	,003	,000	.	,245	,128
	N	111	111	111	108	106	105	99	106	111	111	111
HD	r	-,151	-,032	-,018	-,005	-,134	-,035	,100	,134	-,111	1,000	,112
	p	,005	,557	,738	,923	,013	,517	,108	,086	,245	.	,037
	N	348	349	350	338	341	340	259	164	111	350	350
psychiatrische Komorbidität	r	-,103	,174	-,009	,065	,064	-,041	-,075	-,027	-,145	,112	1,000
	p	,053	,001	,871	,232	,236	,455	,230	,729	,128	,037	.
	N	351	359	365	338	341	340	259	164	111	350	365

Anhang H2: Multikollinearitätsdiagnose Patienten – lineare Regressionsanalyse

Koeffizienten

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	Kollinearitätsstatistik	
		B	SE	Beta	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	20,517	6,150			
	SEX	-2,248	1,603	-,152	,699	1,431
	Staatsangehörigkeit	-3,096E-02	,339	-,009	,891	1,122
	Schulabschluß	6,325E-02	,493	,012	,862	1,161
	Partnerschaftsstatus	-1,586	1,269	-,117	,926	1,079
	Lebenssituation	-2,193	,992	-,208	,920	1,087
	Alkoholkonsumeinstiegsalter	,173	,254	,074	,702	1,425
	Cannabiskonsumeinstiegsalter	,178	,346	,063	,544	1,839
	Heroinkonsumeinstiegsalter	,576	,173	,358	,710	1,408
	HD	-2,095	2,652	-,074	,941	1,062
	psychiatrische Komorbidität	-1,443	1,448	-,099	,835	1,198

a Abhängige Variable: ALTER

Anhang H3: Multikollinearitätsdiagnose Therapeuten – Korrelationsmatrix

		Alter_Th	Sex_Th	Berufs-bez.	Abschluss	Berufs-erfahrung	Prakt. Therapie-richtung	Bevorzugte therap. Arbeitsweise
Alter_Th	Korrelation nach Pearson	1	-,415	,023	,182	,617	,616	,549
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,684	,001	,000	,000	,000
	N	327	327	327	327	327	327	327
Sex_Th	Korrelation nach Pearson	-,415	1	,065	,145	-,255	-,075	-,163
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,243	,008	,000	,178	,003
	N	327	327	327	327	327	327	327
Berufsbezeichnung	Korrelation nach Pearson	,023	,065	1	-,326	-,411	,193	,238
	Signifikanz (2-seitig)	,684	,243		,000	,000	,000	,000
	N	327	327	327	327	327	327	327
Abschluss	Korrelation nach Pearson	,182	,145	-,326	1	,536	,418	,440
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,008	,000		,000	,000	,000
	N	327	327	327	327	327	327	327
Berufserfahrung	Korrelation nach Pearson	,617	-,255	-,411	,536	1	,549	,500
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	327	327	327	327	327	327	327
Prakt. Therapierichtung	Korrelation nach Pearson	,616	-,075	,193	,418	,549	1	,895
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,178	,000	,000	,000		,000
	N	327	327	327	327	327	327	327
Bevorzugte therap. Arbeitsweise	Korrelation nach Pearson	,549	-,163	,238	,440	,500	,895	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,003	,000	,000	,000	,000	
	N	327	327	327	327	327	327	327

Anhang H4: Multikollinearitätsdiagnose Therapeuten – lineare Regressionsanalyse

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	Kollinearitätsstatistik	
		B	SE	Beta	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	31,092	1,592			
	Sex_Th	-4,021	,595	-,273	,746	1,340
	Berufserfahrung	,639	,078	,472	,366	2,735
	Berufsbezeichnung	2,049	,773	,132	,490	2,041
	Abschluss	-1,516	,576	-,130	,506	1,978
	Prakt. Therapierichtung	4,727	,786	,513	,168	5,945
	Bevorzugte therap. Arbeitsweise	-1,621	,852	-,166	,162	6,190

Anhang I1: Patient-Therapeut-Bindung aus Patientenperspektive (Prozess-Post)

			CATS-P T2			Gesamt
			1	2	3	
CATS-P T1	1	Anzahl	27	12	7	46
		Erwartete Anzahl	19,6	16,0	10,4	46,0
		% der Gesamtzahl	23,5%	10,4%	6,1%	40,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-1,0	-1,1	
	2	Anzahl	14	17	8	39
		Erwartete Anzahl	16,6	13,6	8,8	39,0
		% der Gesamtzahl	12,2%	14,8%	7,0%	33,9%
		Standardisierte Residuen	-,6	,9	-,3	
	3	Anzahl	8	11	11	30
		Erwartete Anzahl	12,8	10,4	6,8	30,0
		% der Gesamtzahl	7,0%	9,6%	9,6%	26,1%
		Standardisierte Residuen	-1,3	,2	1,6	
Gesamt		Anzahl	49	40	26	115
		Erwartete Anzahl	49,0	40,0	26,0	115,0
		% der Gesamtzahl	42,6%	34,8%	22,6%	100,0%

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise Signifikanz
Maß der Übereinstimmung	Kappa	,201	,070	,003
Anzahl der gültigen Fälle		115		

Anhang I2: Patient-Therapeut-Bindung aus Therapeutenperspektive (Prozess-Post)

			CATS-T T2			
			1	2	3	Gesamt
CATS-T T1	1	Anzahl	27	6	8	41
		Erwartete Anzahl	16,7	14,4	9,9	41,0
		% der Gesamtzahl	25,0%	5,6%	7,4%	38,0%
		Standardisierte Residuen	2,5	-2,2	-,6	
	2	Anzahl	7	25	3	35
		Erwartete Anzahl	14,3	12,3	8,4	35,0
		% der Gesamtzahl	6,5%	23,1%	2,8%	32,4%
		Standardisierte Residuen	-1,9	3,6	-1,9	
	3	Anzahl	10	7	15	32
		Erwartete Anzahl	13,0	11,3	7,7	32,0
		% der Gesamtzahl	9,3%	6,5%	13,9%	29,6%
		Standardisierte Residuen	-,8	-1,3	2,6	
Gesamt		Anzahl	44	38	26	108
		Erwartete Anzahl	44,0	38,0	26,0	108,0
		% der Gesamtzahl	40,7%	35,2%	24,1%	100,0%

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise Signifikanz
Maß der Übereinstimmung	Kappa	,425	,070	,000
Anzahl der gültigen Fälle		108		

Anhang I3: Therapiezufriedenheit aus Therapeutenperspektive (Prozess-Post)

			HAQ-T T2				Gesamt
			1	2	3	4	
HAQ-T T1	1	Anzahl	54	1	0	2	57
		Erwartete Anzahl	43,1	5,3	1,1	7,5	57,0
		% der Gesamtzahl	50,5%	,9%	,0%	1,9%	53,3%
		Standardisierte Residuen	1,7	-1,9	-1,0	-2,0	
	2	Anzahl	19	6	2	4	31
		Erwartete Anzahl	23,5	2,9	,6	4,1	31,0
		% der Gesamtzahl	17,8%	5,6%	1,9%	3,7%	29,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	1,8	1,9	,0	
	3	Anzahl	1	0	0	1	2
		Erwartete Anzahl	1,5	,2	,0	,3	2,0
		% der Gesamtzahl	,9%	,0%	,0%	,9%	1,9%
		Standardisierte Residuen	-,4	-,4	-,2	1,4	
	4	Anzahl	7	3	0	7	17
		Erwartete Anzahl	12,9	1,6	,3	2,2	17,0
		% der Gesamtzahl	6,5%	2,8%	,0%	6,5%	15,9%
		Standardisierte Residuen	-1,6	1,1	-,6	3,2	
Gesamt		Anzahl	81	10	2	14	107
		Erwartete Anzahl	81,0	10,0	2,0	14,0	107,0
		% der Gesamtzahl	75,7%	9,3%	1,9%	13,1%	100,0%

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise Signifikanz
Maß der Übereinstimmung	Kappa	,318	,067	,000
Anzahl der gültigen Fälle		107		

Lebenslauf

Name:	Hellwich, Ann Katrin
Geboren:	5. August 1978 in Wiesbaden
Familienstand:	ledig
Wohnort:	München

Ausbildung:

1985-1989	Grundschule Bad Camberg/Erbach
1989-1998	Gymnasium Marienschule Limburg/Lahn (Abiturnote 1,6)
1998-2004	Studium Diplom-Psychologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Diplomnote: sehr gut), Zusatzqualifikation BWL Wahlfach Organisation (Abschlussnote: gut)