



Masterarbeit

Zur therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern – eine qualitative Analyse

Manuela Jäger

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Agnes von Wyl

Eschen, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Vorwort

"In the relation between doctor and patient we meet with imponderable factors which bring about a mutual transformation."

(Jung, 1933/2001, S. 50)

Ich danke Frau Prof. Dr. Agnes von Wyl, Herrn Dr. med. Ruedi Zollinger sowie den Therapierenden der KJPD St. Gallen, dass sie mir vertraut und damit die Durchführung dieser Studie möglich gemacht haben. Mein herzlicher Dank gilt auch all jenen, die mich während des Verfassens dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	2
1.1	AUSGANGSLAGE.....	2
1.2	ZIELSETZUNG.....	2
1.3	AUFBAU DER ARBEIT	2
1.4	ABGRENZUNG	2
2	THEORIETEIL	3
2.1	DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG.....	3
2.1.1	<i>Geschichte der therapeutischen Beziehung</i>	3
2.1.2	<i>Was ist die therapeutische Beziehung?</i>	5
2.1.3	<i>Therapeutische Allianz und Therapieerfolg</i>	8
2.2	DIE THERAPEUTISCHE ALLIANZ IN DER PSYCHOTHERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	10
2.2.1	<i>Besonderheiten der therapeutischen Allianz bei Kindern und Jugendlichen</i>	10
2.2.2	<i>Therapeutische Allianz, gemeinsame Prozessfaktoren und Therapieerfolg</i>	13
2.2.3	<i>Die Rolle von Eltern und Familie in der therapeutischen Allianz</i>	23
2.2.4	<i>Die Kind-Allianz-Prozess-Theorie</i>	24
3	EMPIRISCHER TEIL	27
3.1	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE DIENSTE ST. GALLEN (KJPD ST. GALLEN)	27
3.2	METHODIK.....	27
3.2.1	<i>Untersuchungsdesign</i>	27
3.2.2	<i>Stichprobe</i>	28
3.2.3	<i>Datenerhebung und Instrumente</i>	29
3.2.4	<i>Methode des Vorgehens, der Aufbereitung und Auswertung</i>	33
3.2.5	<i>Ergebnisse der Einzelfallanalyse</i>	34
3.2.6	<i>Aggregierte Inhaltsanalyse</i>	55
4	DISKUSSION	67
4.1	HYPOTHESEN.....	76
4.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS	78
4.3	METHODENKRITIK	79
4.4	AUSBLICK	80
5	ABSTRACT	81
6	LITERATURVERZEICHNIS	82
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	85
8	TABELLENVERZEICHNIS	85
9	ANHANG	86

1 EINLEITUNG

1.1 AUSGANGSLAGE

Im Vergleich zur Psychotherapieforschung mit Erwachsenen wurde in der Psychotherapieforschung mit Kindern und Jugendlichen die Entwicklung und Bedeutung der therapeutischen Beziehung bislang wenig erforscht. Im Erwachsenenfeld kristallisierte sich die therapeutische Beziehung schulübergreifend als zuverlässiger Prädiktor für den Therapieerfolg heraus (Horvath, Re, Flückiger & Symonds, 2011). Ihre Wichtigkeit steht sowohl bei Forschenden als auch bei Therapierenden ausser Frage.

Verschiedene Studien belegen, dass die therapeutische Beziehung auch in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eine wichtige Determinante für den Therapieerfolg darstellt (Shirk & Karver, 2003; McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011). Es ist offensichtlich, dass sich der therapeutische Beziehungsaufbau zu Kindern und Jugendlichen von jenem zu Erwachsenen unterscheidet. Manche Forschende (z. B. Shirk & Saiz, 1992) gehen davon aus, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern eine ungleich grössere Herausforderung darstellt, als in jener mit Erwachsenen. Die Frage danach, wo genau diese Unterschiede liegen und welche Mediatoren den therapeutischen Beziehungsaufbau zu Kindern und Jugendlichen beeinflussen können, rückt zunehmend ins Interesse von Forschenden.

1.2 ZIELSETZUNG

In dieser Arbeit wird die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern exploriert. Es soll anhand von Einzelfällen festgestellt werden, ob ein und dieselbe therapeutische Beziehung aus verschiedenen Perspektiven gleich oder unterschiedlich bewertet wird und ob Variablen ausgemacht werden können, die einen moderierenden Charakter beim Beziehungsaufbau oder der Aufrechterhaltung der Beziehung einnehmen. Des Weiteren soll untersucht werden, ob über die Einzelfälle hinweg Hypothesen zur therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern generiert werden können und ob sich der Detaillierungsgrad der bereits in der Literatur bestehenden Ergebnisse zu diesem Thema explizieren und/oder fixieren lässt.

1.3 AUFBAU DER ARBEIT

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in die vier Bereiche: Einleitung, Theorieteil, Empirischer Teil und Diskussion. Insgesamt umfasst sie neun Kapitel.

Im zweiten Teil der Arbeit, der auf die Einleitung folgt, werden - basierend auf Literaturrecherchen - die therapeutische Beziehung im Allgemeinen sowie die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen theoretisch beschrieben. Das erste Kapitel des Theorieteils enthält einen kurzen historischen Abriss zur therapeutischen Beziehung sowie eine Begriffsklärung. Es wird zudem kurz auf den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg bei Erwachsenen eingegangen. Das zweite Kapitel des Theorieteils ist ausschliesslich der therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen gewidmet. Neben dem Aufzeigen der Besonderheiten dieser Beziehung werden allgemeine Prozessfaktoren und deren Moderatorenwirkung auf die therapeutische Beziehung, den Therapieprozess und den Therapieerfolg bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Auch die Rolle der Eltern und der Familie beim Aufbau und der Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung wird aufgezeigt. Danach wird die Kind-Allianz-Prozess-Theorie, ein neues themenübergreifendes Konzept, vorgestellt.

Im Anschluss an die Theorie folgt der empirische Teil dieser qualitativen Studie. Zuerst werden die KJPD – die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen vorgestellt. Anschliessend werden neben dem Untersuchungsdesign die Stichprobe, die Datenerhebung und die dafür eingesetzten Instrumente beschrieben. Zudem wird die Methode der Aufbereitung und Auswertung der Daten transparent gemacht. Ebenfalls in diesem Teil der Arbeit erfolgt die Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse sowie die inhaltsanalytische Auswertung der Daten.

Diskussion und Hypothesenbildung bilden den vierten und abschliessenden Teil der Studie. Grundlage hierfür sind die Interpretation der Ergebnisse und deren Zusammenführung mit den Literaturrecherchen. Ausserdem erfolgen eine kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign sowie weiterführende Überlegungen.

1.4 ABGRENZUNG

Diese Arbeit hat einen rein explorativen Charakter. Sie beschäftigt sich nicht mit der Unterscheidung der therapeutischen Beziehung in den verschiedenen psychologischen Schulen oder Therapierichtungen. Es erfolgen auch keine Bewertungen oder Vergleiche der verschiedenen Messinstrumente zur therapeutischen Beziehung bei Kindern und Jugendli-

chen. Die theoretische Beschreibung der therapeutischen Beziehung im Allgemeinen erfolgt nur insoweit, dass sie einen Einblick ins Thema vermittelt.

2 THEORIETEIL

2.1 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Die Ausführungen in diesem Kapitel sollen den Lesenden als Kurzeinstieg in die Thematik der therapeutischen Beziehung dienen.

2.1.1 Geschichte der therapeutischen Beziehung

Das Konzept der therapeutischen Beziehung findet seine Anfänge in der Psychoanalyse. Beziehung wurde dort zu Beginn als Ergebnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen gesehen und galt als intrapsychischer Prozess ohne transindividuellen Charakter. Mehr als die reale Beziehung zwischen therapierender und zu therapierender Person in den Therapiesitzungen interessierten frühere Beziehungserfahrungen der Analysanden und Analysandinnen, die in der Therapie reinszeniert, analysiert und bearbeitet wurden. Daneben wies Freud (1913/1975) von jeher auf die Notwendigkeit eines guten, die therapeutische Beziehung stabilisierenden Rappports hin, der die Gefahr, dass die Beziehung dem Druck der negativen Übertragung nicht standhalten könnte, minimieren sollte. Zetzel (1956) und Greenson (1965) schlossen daraus, dass bereits Freud eine Art Arbeitsbündnis (Allianz) als Grundlage erfolgreicher Psychotherapie sah. Die konzeptionelle Weiterentwicklung der Psychoanalyse führte letztlich zu einer transindividuellen Sicht auf die therapeutische Beziehung. Der von Zetzel (1956) begründete Allianzbegriff wurde später von Greenson (1967) um den bewussten Aspekt im Allianzkonzept weiterentwickelt. Konkret unterscheidet Letzterer zwischen einer Arbeitsallianz und einer therapeutischen Allianz. Unter der therapeutischen Allianz versteht er die Fähigkeit der therapierenden Person und des Patienten oder der Patientin, eine persönliche Bindung einzugehen.

Luborsky, Singer und Luborsky (1975) wiesen in einer Studie nach, dass in Bezug auf den Therapieerfolg keine therapeutische Schule eine eindeutige Vorrangstellung für sich beanspruchen konnte. Als Folge davon konzentrierten sich Forschende ab diesem Zeitpunkt vermehrt auf schulübergreifende Therapieelemente (den Schulen gemeinsame Prozessfaktoren); die therapeutische Beziehung rückte dabei in den Vorder-, die schulenspezifischen Therapietechniken in den Hintergrund der Untersuchungen (Hermer & Röhrle, 2008).

Seit den 70er Jahren finden die therapeutischen Allianzkonzepte Luborskys (1976) und Bordins (1979) besondere Beachtung.

Luborsky (1976) betrachtet den Allianzaufbau als einen in zwei Phasen ablaufenden Prozess. In der ersten Phase sollte der Patient oder die Patientin die therapierende Person als potente Hilfsquelle wahrnehmen und die therapierende Person sollte dem Patienten oder der Patientin eine warme, unterstützende und fürsorgliche Beziehung anbieten. Diese Phase sieht Luborsky als Basis für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung, der Grundlage jeglicher therapeutischen Arbeit. Die zweite Phase beinhaltet die Beteiligung und das Vertrauen des Patienten oder der Patientin am, beziehungsweise in den Therapieprozess. Ferner die Übereinstimmung der therapierenden mit der zu therapierenden Person in Bezug auf die zentralen Therapieelemente, wie zum Beispiel der Art des Problems, und schließlich den Willen des Patienten oder der Patientin, eine Mitverantwortung für den therapeutischen Prozess zu tragen. Der psychoanalytisch orientierte Luborsky war wesentlich an der Entwicklung pantheoretischer Beziehungsmodelle beteiligt und erklärte die therapeutische Allianz zum wichtigsten Prädiktor für den Therapieausgang.

Das noch heute am häufigsten beigezogene pantheoretische Allianzkonzept geht auf Bordin (1979) zurück. Bordin prägte den Begriff der therapeutischen Arbeitsallianz, welche die drei Elemente therapeutische Ziele, therapeutische Aufgaben und therapeutische Bindung beinhaltet. Nach Bordin hängt die Qualität der Allianz vom Grad der Übereinstimmung zwischen therapierender Person und Patient oder Patientin in Bezug auf die ersten beiden Elemente ab sowie vom Zustandekommen einer positiven gegenseitigen therapeutischen Bindung.

Horvath et al. (2011) stützen sich auf Bordin (1980), Hatcher, Barends, Hansell und Gutfreund (1995) sowie Luborsky (1976), wenn sie feststellen, dass bei den zeitgemässen pantheoretischen Konzepten die aktive Zusammenarbeit zwischen den an der Therapie teilnehmenden Parteien im Vordergrund und die Bedeutung von Übertragungsprozessen im Hintergrund steht.

2.1.2 Was ist die therapeutische Beziehung?

Grundcharakteristika der therapeutischen Beziehung

Sachse (2006) sowie Hermer und Röhrle (2008) beschreiben die Grundzüge therapeutischer Beziehungen ähnlich. Typisch für die therapeutische Beziehung ist, so Hermer & Röhrle (2008), dass es sich um eine formelle und gleichzeitig hoch intime Beziehung handelt. Sie unterscheidet sich von einer alltäglichen Beziehung durch das Vorliegen eines Vertrages und eines Geldverhältnisses. Im Vergleich der therapeutischen Beziehung mit einer freundschaftlichen stossen die Autoren auf folgende Unterschiede:

Tabelle 1: Unterschiede zwischen therapeutischer und Freundschaftsbeziehung (Hermer & Röhrle, 2008). Eigene Darstellung

therapeutische Beziehung	Freundschaftsbeziehung
formell	informell
asymmetrisch und komplementär	auf Gegenseitigkeit beruhend
bedingt primär keine wechselseitige Anziehung	auf gegenseitiger Anziehung beruhend
nicht immer frei gewählt	frei gewählt
in der Regel zeitlich limitiert	dauerhaft
asymmetrisch	symmetrisch
tauschorientiert (Geld gegen Beratung)	keine Tauschorientierung
mit einem Auftrag verbunden	losgelöst von spezifischem Zweck
eindeutige Macht- und Rollenverteilung	variable Macht- und Rollenverteilung
auf einen Lebensbereich beschränkt (Problemlösung)	verschiedenste Lebensbereiche einschliessend
meist nach klar bestimmten Regeln verlaufend	freier Verlauf
Ergebnis eines Indikationsprozesses	kein Indikationsprozess im Vorfeld
erreicht meist schnell hohes Mass an Intimität	Intimität entsteht meist erst nach längerer Zeit

Sachse (2006) führt als Hauptmerkmal der therapeutischen Beziehung an, dass es sich bei ihr um ein theoretisches Konstrukt handelt. Folglich ist sie nicht direkt beobachtbar, sondern muss aus beobachtbarem Verhalten erschlossen werden. Es ist für Therapierende von grossem Interesse, die Reaktionen von Klienten und Klientinnen auf Interventionen ständig zu beobachten, da sich jede Interaktion auf die Qualität der therapeutischen Beziehung auswirken kann.

Auch Kazdin, Whitley und Marciano (2006) stellen fest, dass sich die therapeutische Beziehung über die Zeit hinweg verändern kann, wobei ihre Einschätzung je nach Beobachtungsperspektive (therapierende Person, Klient/Klientin, unabhängige Beobachtende) variieren kann. Hermer und Röhrle (2008) erklären die verschiedenen Einschätzungen ein und derselben Beziehung damit, dass ihnen, je nachdem wer beobachtet, unterschiedliche Beobachtungskriterien zugrunde liegen.

Konzeptionen der therapeutischen Beziehung

In der Literatur lassen sich gemäss Sachse (2006) im wesentlichen zwei Konzeptionen der therapeutischen Beziehung finden: die therapeutische Beziehungsgestaltung und die therapeutische Allianz.

Unter der therapeutischen Beziehungsgestaltung versteht man jene Aspekte der therapeutischen Beziehung, die vor allem bei der therapierenden Person liegen. Darunter fallen zum Beispiel Empathie, Verständnis, Wertschätzung und so weiter (Watson & Greenberg, 1994).

Für den Begriff therapeutische Allianz (auch genannt therapeutische Arbeitsallianz, Arbeitsbündnis oder helfende Allianz) gibt es derzeit keine allgemein verwendete Definition. Auf jeden Fall ist der Begriff therapeutische Allianz umfassender als jener, der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Er betrifft neben der positiven affektiven therapeutischen Bindung zwischen therapierender Person und Klient oder Klientin auch kognitive Beziehungsaspekte, wie die Übereinstimmung in Therapiezielen und Therapieaufgaben sowie das aktive sich darauf Einlassen. Somit impliziert die therapeutische Allianz eine Art Partnerschaft, in der die therapierende Person und der Patient oder die Patientin bewusst und zielgerichtet zusammenarbeiten (Horvath & Bedi, 2008).

Das pantheoretische Allianzkonzept nach Bordin

Der empirische Teil dieser Arbeit basiert auf dem pantheoretischen Allianzkonzept Bordin (1979), welches einen prominenten Stellenwert in der Literatur – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen und Kindern – einnimmt. Aus diesem Grund wird dieses Konzept nachstehend näher erläutert.

Bordin (1979) bezeichnete die therapeutische Arbeitsallianz (therapeutic working alliance) als das aktive Beziehungselement aller auf Veränderungen hin ausgerichteter Beziehungen. Als konzeptuelle Basis sah er die positive Zusammenarbeit von Klient oder Klientin und therapierender Person im Kampf gegen das Leiden des Klienten oder der Klientin. Zentrales Merkmal seines Konzepts ist das aktive Mitwirken des Klienten oder der Klientin am Veränderungsprozess.

Nach seiner Konzeption setzt sich die Arbeitsallianz aus den drei zentralen Allianz-Dimensionen therapeutische Bindung (bond), Therapieaufgaben (task) und Therapieziel(e) (goal) zusammen.

Die Dimension therapeutische Bindung umfasst die gesamte positive persönliche Verbindung zwischen Klient oder Klientin und therapierender Person. Sie betrifft unter anderem die Bereiche gegenseitiges Vertrauen, Wertschätzung, Wärme, Akzeptanz und Zuversicht. Die Dimension Therapieaufgaben bezieht sich auf jene Aktivitäten der Therapie, die als Basis des therapeutischen Prozesses dienen. Eine gut funktionierende therapeutische Allianz setzt voraus, dass alle an der Therapie beteiligten Personen diese Aktivitäten einerseits als passend und wirksam erachten, und andererseits Verantwortung in Bezug auf deren Umsetzung übernehmen.

Die Ziel-Dimension bezieht sich auf das gemeinsame Festlegen und Gutheissen von Therapiezielen durch die therapierende Person und den Klienten oder die Klientin.

Das Element des gemeinsamen und expliziten Aushandelns der Therapieaufgaben und Therapieziele sah Bordin (1994) als integrativen Bestandteil des Allianzaufbaus. Er betonte ausdrücklich, diesem mehr Beachtung zu schenken, als dies bei personenzentrierten oder psychoanalytischen Methoden üblich sei. Die verschiedenen Therapierichtungen, so Bordin, stellen unterschiedliche Ansprüche an die drei Allianz-Dimensionen. Bezüglich der Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz führte er aus, dass diese sich im Therapieverlauf sowohl verbessern als auch verschlechtern kann. Die Reparatur von Brüchen und das Überstehen von Belastungen in der Beziehung sah er dabei als therapeutische Gelegenheiten für Veränderungen beim Patienten oder der Patientin. In Bezug auf das gesamte thera-

peutische Setting vertrat Bordin die Ansicht, dass das Arbeitsbündnis keinen Ersatz für therapeutische Techniken darstellen kann. Letztere sah er als aktiven Bestandteil des Heilungsprozesses.

Für Horvath und Bedi (2008) verdeutlicht Bordin's Konzeption der therapeutischen Arbeitsallianz die wichtige Verbindung zwischen den Therapieelementen Beziehung und Technik. Beziehung wird nicht als losgelöster Prozess definiert, sondern als eine Form aktiver Zusammenarbeit. Der Akt des gemeinsamen Aushandelns und Definierens rückt ins Zentrum des Geschehens und fördert sowohl die Entwicklung einer positiven Allianz als auch den therapeutischen Veränderungsprozess. Das Konzept hebt, neben allgemeinen Merkmalen positiver Beziehungen wie zum Beispiel Sympathie oder Vertrauen, in erster Linie interpersonelle Faktoren hervor. Diese sollen es dem Klienten oder der Klientin ermöglichen, die gesetzten Ziele zu erreichen. Als solche Faktoren gelten beispielsweise das Bekenntnis zur Therapie, zu den gemeinsam gesetzten realistischen Zielen und zu zielführenden Arbeitsschritten.

2.1.3 Therapeutische Allianz und Therapieerfolg

Sachse (2006) führt an, dass die Konzepte der therapeutischen Allianz eindeutig bessere Prädiktoren für den Therapieerfolg darstellen, als jene der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Wie später auch Hermer und Röhrle (2008) stellt er fest, dass die Korrelation zwischen Allianz und Therapieerfolg in Abhängigkeit davon variiert, welche Messinstrumente verwendet wurden, wie die therapeutische Beziehung operationalisiert, wie der Therapieerfolg gemessen und welche Therapieart eingesetzt wurde.

Die therapeutische Allianz stellt in der Erwachsenenliteratur mit über 2000 empirischen Studien den am meisten untersuchten Prozess für therapeutische Veränderungen dar (Zack, Castonguay & Boswell, 2007). Der Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg erwies sich mit Effektstärken zwischen .22 und .26 als bescheiden bis mittelstark, womit sie eine grössere Varianzaufklärung aufweisen als verschiedene technische Faktoren.

Den Standpunkt, dass nur objektive Meta-Analysen wirkliche Effektstärken der therapeutischen Beziehung liefern können, vertreten Hermer und Röhrle (2008). Sie sprechen von mangelhafter Methodik in einzelnen Studien, die zur erheblichen Überschätzung des Einflusses der therapeutischen Beziehung auf den Therapieerfolg geführt haben. Unter Bezug auf Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) führen sie jedoch an, dass dem Therapiebündnis als gemeinsamem, schulenübergreifendem Wirkfaktor in jedem Fall eine Schlüsselstelle in Bezug auf den Therapieerfolg zukommt. Ihre Untersuchungen betreffend den

Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg ergaben ebenfalls leichte bis mittlere Effektstärken.

Asay und Lambert (2001) schreiben 40 % des Therapieerfolges Veränderungen zu, die sich ausserhalb der Therapie ergeben, 30 % der therapeutischen Beziehung, 15 % verschiedenen Placeboeffekten und nur weitere 15 % den therapeutischen Methoden (siehe Abbildung 1).

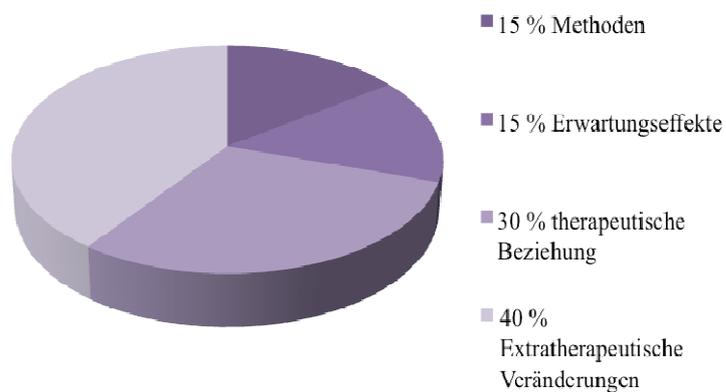


Abbildung 1: Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Asay & Lambert, 2001).

2.2 DIE THERAPEUTISCHE ALLIANZ IN DER PSYCHOTHERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die meisten Therapierenden sehen in der therapeutischen Allianz eine der wichtigsten Variablen in Bezug auf den Therapieerfolg in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Weder der therapeutischen Technik noch der Therapiedauer oder der Therapiestundenanzahl wird die gleiche Bedeutung beigemessen (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Zack et al., 2007). Probleme in der therapeutischen Beziehung wurden gemäss Garcia und Weisz (2002) als Hauptfaktoren für vorzeitige Therapieabbrüche identifiziert. Für DiGiuseppe et al. (1996) ist die therapeutische Allianz massgeblich für den Grad der Veränderung der Heranwachsenden verantwortlich, der in einer Therapie erreicht werden kann. Sie definieren eine positive therapeutische Allianz mit Kindern und Jugendlichen daher wie folgt (1996):

A contractual, accepting, respectful, and warm relationship between a child/adolescent and a therapist for the mutual exploration of, or agreement on, ways that the child/adolescent may change his or her social, emotional or behavioral functioning for the better, and the mutual exploration of, or agreement on procedures and tasks that can accomplish such changes. (S. 87)

2.2.1 Besonderheiten der therapeutischen Allianz bei Kindern und Jugendlichen

Aus entwicklungspsychologischer Sicht unterscheidet sich die therapeutische Beziehung mit Kindern in mehreren Punkten von derjenigen mit Erwachsenen. Sie wird als noch bedeutender angesehen und stellt die therapierende Person in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes vor besondere Herausforderungen (Weisz, Huey & Weersing, 1998; DiGiuseppe et al., 1996; Shirk & Karver, 2003; Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley & Tims, 2006).

Shirk et al. (2011) stellen fest, dass in der Jugendliteratur, gleich wie in der Erwachsenenliteratur, den drei Allianz-Dimensionen therapeutische Bindung, Therapieaufgaben und Therapieziele ein prominenter Stellenwert zukommt. Aus diesem Grund finden sie in ihren Ausführungen besondere Beachtung.

In Bezug auf die Dimension der therapeutischen Bindung stellen sie fest, dass viele Kinder die Therapiestunden nutzen, um dort Bedürfnisse zu stillen, die in ihrem sozialen Umfeld nicht befriedigt werden. Die positiven Gefühle, die Kinder der therapierenden Person gegenüber entwickeln, können deshalb auch auf nicht therapeutischer Grundlage entstehen wie zum Beispiel aufgrund von Spiel, Spass, Stimulation oder Belohnung. Es ist oft schwierig festzustellen, ob ein Kind die therapierende Person als Verbündete, im Sinn einer Allianzpartnerin, sieht, oder einfach als Spielgefährtin. Im erwünschten Fall der Allianz erwächst die therapeutische Bindung aus der kindlichen Erfahrung, dass die therapierende Person dem Kind beim Auftreten von Problemen verlässlich Hilfe bietet.

Bezüglich der Dimension Therapieaufgaben stellen Shirk et al. (2011) fest, dass viele Kinder aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen kognitiven Entwicklung nicht in der Lage sind, die Angemessenheit von Therapieaufgaben in Bezug auf das Therapieziel zu beurteilen. Das Aushandeln adäquater Therapieaufgaben zwischen therapierender Person und Kind wird dadurch erheblich erschwert. Aus diesem Grund wird die Beurteilung der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen therapierender Person und Kind als zuverlässiger erachtet, wenn sie durch unabhängige Personen erfolgt anstatt durch Selbsteinschätzung des Kindes (Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmundsen & McMakin, 2008; Shirk & Karver, 2006).

Auch die Dimension Therapieziele gestaltet sich in der Arbeit mit Kindern komplizierter. Ein wichtiger Unterschied zur Erwachsenentherapie ist der Einbezug mehrerer Personen in die Therapie. So sind Erwachsene in jedem Fall zumindest für das Bringen der Kinder in die Therapiestunden und die Bezahlung der Sitzungen zuständig. Eltern dienen ausserdem als typische Informationsquellen bezüglich der kindlichen Störung(en). Sie nehmen teilweise begleitend an den Therapien teil oder werden co-therapierend tätig, wenn es um die tägliche Umsetzung neu erlernter Verhaltensweisen ihrer Kinder geht. Therapierende sind daher in vielen Fällen mit Therapiezielen verschiedener Personen konfrontiert. Stimmen die Zielvorstellungen nicht überein, verkompliziert allein die Entscheidung, welche Ziele nun verfolgt werden sollen, den therapeutischen Prozess.

Weitere Unterschiede zwischen der Psychotherapie von Kindern und derjenigen Erwachsener liegen nach Weisz et al. (1998) darin, dass Kinder sich selbst selten als psychisch krank oder gestört empfinden. Ob ein Kind eine Psychotherapie durchlaufen und welches Ziel die Therapie verfolgen soll, wird in der Regel von Erwachsenen bestimmt. Viele Kinder befinden sich ohne eigenen Veränderungswunsch in einer Therapie oder ohne die gleichen Ziele zu verfolgen wie die Erwachsenen. DiGiuseppe et al. (1996) erachten die Bildung einer Allianz, also eines Arbeitsbündnisses, aus den gleichen Gründen als mindestens ebenso wichtig wie den Aufbau einer, vor allem auf Bindung hin ausgerichteten, therapeutischen Beziehung. Sie sehen in der therapeutischen Allianz einerseits die Erfolgsbasis für thera-

apeutische Techniken und Aufgaben und andererseits ein eigenständiges kuratives Element. In einer Studie, die sich ausschliesslich mit den Therapiezielen der Kind-Eltern-TherapeutIn-Triade befasste, stellten Hawley und Weisz (2003) fest, dass in 3/4 der untersuchten Fälle (n = 315) keine Übereinstimmung in auch nur einem Therapieziel vorlag. Nahezu in der Hälfte der Fälle lag auch keine Übereinstimmung vor, in welcher Domäne das kindliche Problem zu verorten sei, zum Beispiel Depression versus Angststörung. Bei der Frage nach den kindlichen Problemen stimmten die Therapierenden öfters mit den Eltern überein als mit den Kindern, wohingegen bei Familienproblemen und Problemen im sozialen Umfeld das Gegenteil der Fall war.

In der oft eingeschränkten Fähigkeit von Kindern, sich selbst wahrzunehmen, sich auszudrücken oder psychologisches Verständnis zu entwickeln, sehen Weisz et al. (1998) gleich wie DiGiuseppe et al. (1996) eine weitere Herausforderung für Therapierende. Therapierende sind durch diese kindliche Einschränkung bei der Exploration der Störung auf die Angaben Erwachsener angewiesen, die sich im sozialen Umfeld der Kinder aufhalten. Aufgrund ihrer subjektiven Einfärbung können die Ausführungen der Erwachsenen leicht zu einem verfälschten Bild über das kindliche Verhalten führen. Ausserdem sind Kinder ihrer sozialen Umwelt bis zu einem hohen Grad ausgeliefert und es besteht die Möglichkeit, dass die Gründe der psychischen Störungen eher im Umfeld der Kinder angesiedelt sein könnten als bei den Kindern selbst. Die Therapien müssten in diesem Fall, um effizient sein zu können, auf die Personen im Umfeld der Kinder ausgeweitet werden.

DiGiuseppe et al. (1996) unterscheiden in Bezug auf den Einfluss der drei Dimensionen der therapeutischen Allianz zwischen Vorschul- / frühen Grundschulkindern und Jugendlichen. Während die therapeutische Allianz bei den jüngeren Kindern vorwiegend von der Dimension Bindung beeinflusst wird, spielen bei den Jugendlichen auch die Dimensionen Aufgaben und Ziele eine wichtige Rolle, weil diese eng mit deren aktuellen Entwicklungsthemen zusammenhängen wie Abhängigkeit, Unabhängigkeit oder Selbstbestimmung. Entsprechend schlagen sie vor, dem Entwicklungsstand angepasste unterschiedliche Techniken beim Beziehungsaufbau anzuwenden.

Eine weitere Besonderheit in der therapeutischen Arbeit mit Heranwachsenden stellt ihre zunehmende Autonomieentwicklung dar. Ähnlich wie es Eltern idealerweise tun, sollen Therapierende Kindern und Jugendlichen das Wachstum psychologischer Freiheit ermöglichen und dabei gleichzeitig emotional für sie erreichbar bleiben; sie sollen verantwortungsvolles Handeln von ihnen erwarten und es auch fördern (Allen, Hauser, Bell & O'Conner, 1994).

2.2.2 Therapeutische Allianz, gemeinsame Prozessfaktoren und Therapieerfolg

Die therapeutische Allianz ist eine der wenigen Prozessvariablen, die in der Literatur in Bezug auf den Therapieerfolg bei Kindern Beachtung erlangt hat (Russell & Shirk, 1998). Verschiedene, den Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Therapieerfolg bei Heranwachsenden betreffende Meta-Analysen wiesen, ähnlich wie in der Erwachsenenliteratur, bescheidene bis mittlere Effektstärken auf (Shirk et al., 2011; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). Bezeichnend für diese Studien im Kinder- und Jugendlichenfeld ist, dass ihnen kein einheitliches Beziehungskonstrukt zugrunde liegt. An seiner Stelle stehen Beziehungsvariablen wie unter anderem die therapeutische Bindung, das sich Einlassen des Kindes auf die Behandlung oder das Wahrnehmen der Wärme, die vom Therapeuten oder der Therapeutin ausgeht. Aus diesem Grund wurden von Forschenden bisher immer verschiedene, sich zum Teil überlappende Facetten der therapeutischen Allianz untersucht (Shirk & Karver, 2003; Zack et al., 2007).

Nachstehend werden verschiedene transtheoretische (allgemeine) Prozessfaktoren beschrieben, die sich auf die therapeutische Allianz und damit auf den Therapieerfolg in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen auswirken können. Zur besseren Übersicht erfolgt eine Aufteilung in Faktoren, die ausschliesslich bei den Therapierenden liegen und weiteren Faktoren, die nicht ausschliesslich von den Therapierenden abhängig sind.

Verhalten der therapierenden Person

Creed und Kendall (2005) untersuchten an einer Gruppe von Kindern, die eine kognitive Verhaltenstherapie wegen Angststörungen durchliefen, elf spezifische Verhaltensweisen von Therapierenden dahingehend, wie diese sich auf die Wahrnehmung der Qualität der therapeutischen Allianz der Kinder auswirkten. Die therapeutische Allianz wurde aus verschiedenen Perspektiven zu einem frühen Therapiezeitpunkt (dritte Sitzung) und einem mittleren Therapiezeitpunkt (siebente Sitzung) eingeschätzt.

Die in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Verhaltensweisen von Therapierenden wurden in Zusammenhang mit der wahrgenommenen Allianz untersucht.

Tabelle 2: Therapeuten- / Therapeutinnenverhaltensweisen und Erläuterungen (Creed & Kendall, 2005). Eigene Darstellung

Therapeuten / Therapeutinnen-Verhalten	Beispiel(e) / Erläuterung(en)
Anpassen der Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfragen, was das Kind mag und was nicht • Einbinden dieser Informationen in die Sitzung(en)
Spielerisch sein	<ul style="list-style-type: none"> • Präsentation der Therapie und ihrer einzelnen Aufgaben in spielerischer Art und Weise • sich beispielsweise als Belohnung zum Kind auf den Boden setzen und an seinem Spiel teilnehmen
Hoffnung und Ermutigung vermitteln	<ul style="list-style-type: none"> • Ermutigen des Kindes • Zuversicht in Bezug auf den Therapieerfolg und die Fortschritte des Kindes zeigen
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie als gemeinsame Aufgabe präsentieren • Erzeugen eines Gefühls der Zusammengehörigkeit durch Worte wie <i>wir</i>, <i>uns</i> oder <i>lass uns</i> • Ermutigen des Kindes, sich auf die Therapie einzulassen
Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> • Zeigen von Respekt und Verständnis für die kindlichen Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen • Ansprechen von Problemen in der Kind-Therapeut-/Therapeutinnen-Beziehung, sofern solche auftauchen
Allgemeine Konversation betreiben	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechen therapieunabhängiger Themen, die das Kind interessieren
Finden von Gemeinsamkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Dinge tun oder sagen, die dazu führen können, dass das Kind sich mit der therapierenden Person verbunden fühlt, wie zum Beispiel "ich kenne dieses Gefühl, mir geht es in dieser Situation genau gleich wie dir"
Drängen des Kindes zum Sprechen	<ul style="list-style-type: none"> • Drängen des Kindes zu sprechen oder weiter zu sprechen, obwohl dieses nicht (mehr) will

Überformal sein	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beziehung formal gestalten anstatt entspannt und angenehm • sich bevormundend, distanziert oder verurteilend äussern
Versprechen nicht einhalten	<ul style="list-style-type: none"> • nicht Einhalten gegebener Versprechen oder nicht Erfüllen erweckter Erwartungen
Sprechen auf unangemessenem Niveau	<ul style="list-style-type: none"> • in einer Sprache sprechen, die dem Kindesalter nicht angemessen ist • über das Kind sprechen, als wäre es nicht im Raum

Aus Sicht der Kinder stellte sich die Verhaltensweise *Zusammenarbeit* als positiver Prädiktor für die Beziehung zum frühen Therapiezeitpunkt heraus. Das *Finden von Gemeinsamkeiten* erwies sich zum frühen Therapiezeitpunkt als negativer Prädiktor für die Beziehung und das *Drängen des Kindes zum Sprechen* erwies sich sowohl zum frühen als auch zum mittleren Therapiezeitpunkt als negativer Prädiktor für die Allianz aus Kindersicht.

Anders zeigte sich die Bewertung der Therapierenden. Aus ihrer Perspektive gab es zum frühen Therapiezeitpunkt keine Verhaltensweise, welche die therapeutische Allianzqualität massgeblich beeinflusste. Erst in Bezug auf den mittleren Therapiezeitpunkt bewerteten sie die Verhaltensweisen *Zusammenarbeit* als positiven und *überformal sein* als negativen Voraussagewert für die Allianz.

Die anderen Verhaltensweisen hatten keine Voraussagekraft in Bezug auf die Allianz. Die Bewertungen der Kinder, der Therapierenden und der unabhängigen Beobachtenden korrelierten signifikant untereinander.

Andere Verhaltensweisen von Therapierenden untersuchten Diamond, Hogue, Liddle und Dakof (1999). Sie verglichen sie anhand zweier Gruppen von Jugendlichen. Bei der einen Gruppe verbesserte sich die therapeutische Allianz zwischen der ersten und der dritten Sitzung, bei der anderen Gruppe blieb sie gleich oder verschlechterte sich. Untersucht wurden die folgenden Verhaltensweisen:

- die Jugendlichen über die Zusammenarbeit in der Therapie orientieren
- persönlich wichtige Ziele mit den Jugendlichen formulieren
- den Erfahrungen der Jugendlichen Beachtung schenken
- sich selbst als mit den Jugendlichen verbündet präsentieren
- den Jugendlichen Vertrauen, Zuversicht und Aufrichtigkeit vermitteln

Bei der Analyse der dritten Sitzung wurde deutlich, dass die therapierenden Personen der Gruppe mit verbesserter therapeutischer Allianz im Gegensatz zu jenen der Gruppe mit gleich bleibender oder sich verschlechternden Allianz den Erfahrungen der Jugendlichen intensivere Beachtung schenkten, sich den Jugendlichen stärker als Verbündete präsentierten und sie mehr darin unterstützten, persönlich wichtige Ziele zu formulieren. In der Gruppe mit verbesserter Allianz steigerten die Therapierenden diese Verhaltensweisen zwischen der zweiten und der dritten Sitzung, in der anderen Gruppe verringerten die Therapierenden diese Verhaltensweisen zwischen der zweiten und dritten Sitzung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Shirk et al. (2011) in ihrer Meta-Analyse über den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg in der Einzeltherapie mit Heranwachsenden. Sie empfehlen unter anderem die positive Allianz zu den Heranwachsenden während der ganzen Therapiedauer aktiv aufrecht zu erhalten, den Heranwachsenden aktiv zuzuhören und ihnen Rahmenbedingungen zu bieten, mit deren Hilfe sie den Therapieprozess (Rollen, Aufgaben, Bedeutung) verstehen können.

Weitere allgemeine Prozessfaktoren / Moderatoren

In der bisher umfangreichsten Meta-Analyse untersuchte McLeod (2011) die Natur und Stärke des Zusammenhangs von Allianz und Therapieerfolg in der Jugendpsychotherapie. Im Gegensatz zu früheren Meta-Analysen (Karver et al., 2006; Shirk & Karver, 2003; Martin, Garske & Davis, 2000), in denen eine mittlere Effektstärke ($r = .21$ beziehungsweise $r = .22$) ausgemacht wurde, ermittelt McLeod in seiner Studie lediglich einen leichten Effekt von $r = .14$. Bei der Interpretation der Ergebnisse kommt er unter anderem zum Schluss, dass die Unterschiede in der Gesamteffektstärke durch verschiedene Haupt- und methodische Moderatoren zustande kommen, die den Allianz-Therapieerfolg-Zusammenhang beeinflussen. Als Hauptmoderatoren bezeichnet er Charakteristika der Patienten und Patientinnen, wie zum Beispiel ihr Alter, den zu behandelnden Problemtyp, die Freiwilligkeit beziehungsweise Unfreiwilligkeit der Heranwachsenden an der Therapie teilzunehmen sowie die Behandlungsart. Die methodischen Moderatoren beziehen sich auf die Untersuchungsmerkmale der Studien, wie die Messzeitpunkte der Allianz, die Informationsquellen oder die Art der Erfolgsmessung.

Tabelle 3: Moderatoren des Allianz-Erfolg-Zusammenhangs bei Kindern und Jugendlichen (McLeod, 2011). Eigene Darstellung.

Hauptmoderatoren	Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg
Alter	stärkerer positiver Zusammenhang bei Kindern als bei Jugendlichen
Problemtyp	stärkerer positiver Zusammenhang bei Jugendlichen mit externalisierender Problemverarbeitung oder gemischten Problemen als bei internalisierenden oder substanzmissbrauchenden Jugendlichen
Freiwilligkeit	stärkerer positiver Zusammenhang bei Personen, die sich bereitwillig auf die Therapie einlassen als bei unfreiwillig teilnehmenden Personen
Behandlungsart	stärkerer positiver Zusammenhang bei Einzeltherapien als bei familienbasierten Therapien
Methodische Moderatoren	Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg
Messzeitpunkt der Allianz	stärkerer positiver Zusammenhang bei späteren Messzeitpunkten als bei früheren
Quelle der Allianzbewertung	stärkerer positiver Zusammenhang bei der Allianzbewertung durch die Eltern als bei der Selbstbewertung durch die Kinder oder die Bewertung durch eine externe Person
Art der Erfolgsmessung	stärkerer positiver Zusammenhang wenn der Erfolg an der Behandlungszufriedenheit des Kindes gemessen wurde als bei der Messung des Erfolges durch Symptombewertung, durch die Funktionsfähigkeit oder den Einfluss auf die Umgebung
Informationsquelle	stärkerer positiver Zusammenhang bei Studien mit ein und derselben Informationsquelle für die Allianz- und Erfolgsmessung als bei Studien mit unterschiedlichen Informationsquellen

Bereits Shirk und Karver (2003) kamen in Bezug auf die Moderatoren des Allianz-Therapieerfolg-Zusammenhangs zu identischen Ergebnissen wie McLeod (2011). In Bezug auf die Quelle der Allianzbewertung stellten sie zudem fest, dass nicht nur bei der Allianzbewertung durch die Eltern, sondern auch bei der Bewertung durch die Therapierenden ein stärkerer positiver Allianz-Therapieerfolg-Zusammenhang vorlag, als bei der Allianzbewertung durch die Kinder. Zudem untersuchten sie, zusätzlich zu den von McLeod (2011)

angeführten noch weitere Moderatoren. Nämlich die Art und Weise der Behandlung (verhaltenstherapeutisch versus nicht-verhaltenstherapeutisch), deren Level und Struktur (manualisiertes versus nicht manualisiertes Vorgehen) und den Kontext der Behandlung (innerhalb eines Forschungsprojekts versus ausserhalb eines Forschungsprojekts). Shirk und Karver (2003) kamen zum Ergebnis, dass die therapeutische Allianz bei Kindern und Jugendlichen sowohl über die verschiedenen Behandlungsweisen als auch über deren Level und Struktur hinweg einen zwar bescheidenen, jedoch konsistenten Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Wie später von McLeod (2011) bestätigt, stellten auch sie fest, dass der Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Therapieerfolg sowohl von den Haupt- als auch von den methodischen Moderatoren beeinflusst wird.

Diamond et al. (2006), die die Rolle der therapeutischen Allianz als Prädiktor für den Therapieerfolg und den Besuch der Therapiestunden bei cannabiskonsumierenden Jugendlichen untersuchten, kamen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass die von den Patienten und Patientinnen bewertete therapeutische Allianz ein besserer Prädiktor für den Therapieerfolg war, als die Bewertung der Allianz durch die Therapierenden. Weder die von den Jugendlichen noch die von den Therapierenden bewertete Allianz hatte Voraussagekraft in Bezug auf den regelmässigen Besuch der Therapiestunden.

Karver, Handelsman, Fields und Bickman (2005) sprechen von Anzeichen universeller Aspekte im therapeutischen Prozess, welche sich als ausschlaggebend auf den Therapieerfolg in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen auswirken. Sie stellen ein Modell allgemeiner Prozessfaktoren vor, welches die vielfältigen Beziehungsvariablen mit dem Therapieerfolg verbindet (siehe Abbildung 2). Für Karver et al. (2005) gelten als Therapieerfolg die Verringerung des Schweregrades der psychischen Symptome, die Verbesserung des Funktionsgrades, die Entwicklung von Copingstrategien und –fähigkeiten und das Verringern von Negativstress. Das Modell zeigt auf, dass die Variablen der therapeutischen Beziehung sich in Form eines dynamischen Prozesses moderierend auf den Verlauf der Therapie und den Therapieerfolg auswirken. So hängt die Empfänglichkeit für die Therapie und die therapierende Person bereits bei Therapieeintritt von den persönlichen Eigenschaften des Klienten, der Klientin oder ihres sozialen Systems ab. Auch die Wahrnehmung der therapierenden Person wird durch ihre eigenen Erwartungen und ihre Gefühle dem Patienten oder der Patientin gegenüber beeinflusst, immer in Abhängigkeit der eigenen und fremden Charaktereigenschaften. Das daraus resultierende therapeutische Verhalten wiederum beeinflusst den Klienten oder die Klientin kognitiv, emotional und in ihrem weiteren Verhalten.

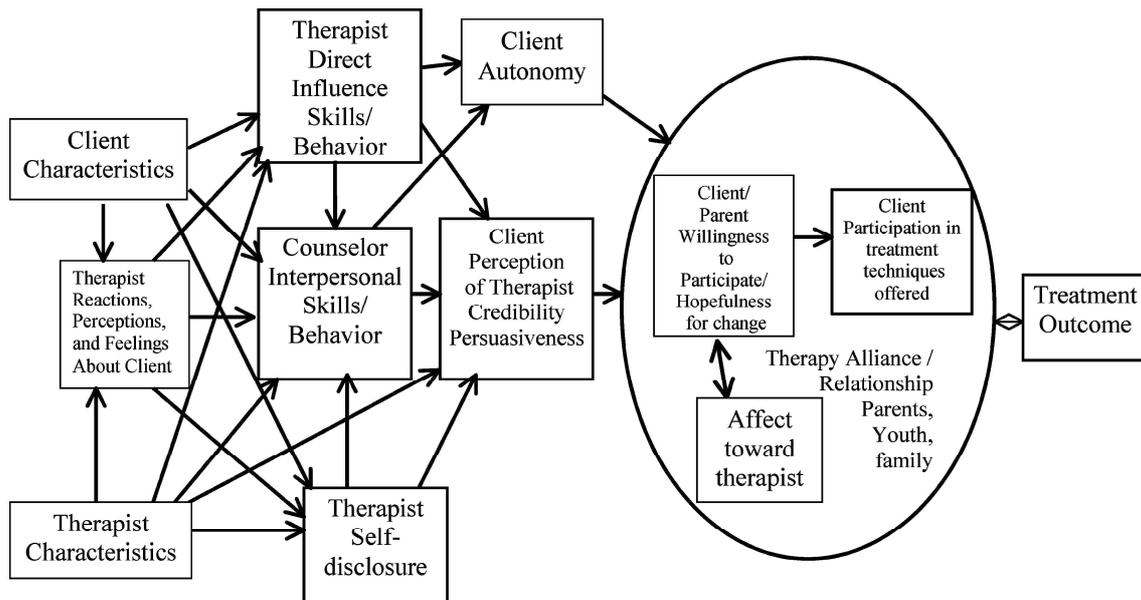


Abbildung 2: Modell allgemeiner Prozessfaktoren (Karver et al., 2005).

Die im Modell (Abbildung 2) beschriebenen Variablen, die nachstehend erläutert werden, wurden im Wesentlichen in Bezug auf Erwachsene erforscht.

- Persönliche Eigenschaften des Klienten oder der Klientin, welche in die erste Sitzung "mitgebracht werden" (Client characteristics)

Der Schweregrad der psychischen Krankheit, die Intelligenz, das Selbstwertgefühl und die Motivation der Patienten und Patientinnen wirken sich auf die Empathieentwicklung der Therapierenden aus.
- Persönliche Eigenschaften der therapierenden Person, welche in die erste Sitzung "mitgebracht werden" (Therapist characteristics)

Eigenschaften, wie kognitive Vielschichtigkeit oder Offenheit gegenüber konflikthafte Gefühlen, erwiesen sich als ausschlaggebend für den Grad der Empathieentwicklung der therapierenden Personen ihren Patienten und Patientinnen gegenüber.
- Reaktionen, Wahrnehmung und Gefühle der therapierenden Person (Therapist Reactions, Perceptions, and Feelings About Client)

Klienten- oder Klientinneneigenschaften wie zum Beispiel Geschlecht, Selbstbild, aggressives oder suizidales Verhalten, führen bei Therapierenden zu Reaktionen wie zum Beispiel zu negativen oder positiven Gefühlen ihren Patienten oder Patientinnen gegenüber. Zudem beeinflussen sie die Wahrnehmung der therapierenden Personen in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, mit der sich Klienten oder Klientinnen auf die Therapie einlassen werden.

- **Zwischenmenschliche Fähigkeiten der therapierenden Person (Counselor Interpersonal Skills/Behavior)**
Unter zwischenmenschlichen Fähigkeiten Therapierender werden zum Beispiel Wärme, Echtheit, Empathie oder Wertschätzung verstanden. Diese Fähigkeiten unterstützen das psychische Wachstum, die Selbstverwirklichung und die Selbstbestimmung von Klienten und Klientinnen.
- **Selbstoffenbarung der therapierenden Person (Therapist Self-disclosure)**
Unter Selbstoffenbarung wird das Offenbaren eigener Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Erfahrungen verstanden. Selbstoffenbarung seitens therapierender Personen kann den Aufbau der therapeutischen Beziehung erleichtern und den Klienten oder die Klientin zur Teilnahme an der Therapie bewegen. Sie kann jedoch auch zu Zweifeln an der Autorität der therapierenden Person führen, weil diese sich als verletzlich preisgibt. Karver et al. (2005) gehen in ihrem Modell von einer positiven Wirkung der Selbstoffenbarung aus.
- **Direktives Verhalten der therapierenden Person (Therapist Direct Influence Skills/Behavior)**
Unter direkтивem Verhalten therapierender Personen wird unter anderem die Vorgabe klarer Anweisungen und Ratschläge, das Steuern des Sitzungsverlaufes oder das Aufstellen von Leitlinien verstanden. Dieses Therapierenden-Verhalten wird kontrovers diskutiert. Einerseits kann es sich negativ auf die Autonomie und Selbstverwirklichung des Klienten oder der Klientin auswirken, andererseits erwies es sich in Familientherapien als wirksam.
- **Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft der therapierenden Person (Client Perception of Therapist Credibility/Persuasiveness)**
Eine hohe Glaubwürdigkeit und Kompetenz der therapierender Personen beeinflusst die kognitive und emotionale Einstellung der Klienten oder Klientinnen und stärkt ihren Glauben daran, die gewünschten Veränderungen erreichen zu können.
- **Autonomie (Client Autonomy)**
Karver et al. (2005) schlagen in ihrem Modell vor, dass die Autonomie der Heranwachsenden von verschiedenen Therapierenden-Verhaltensweisen gefördert wird. Sie gehen davon aus, dass es eher unterstützendes als direktives Therapierenden-Verhalten ist, das sich positiv auf die Autonomieentwicklung auswirkt.
- **Gefühle gegenüber der therapierenden Person (Affect toward therapist)**
Es wird angenommen, dass die emotionale Verbindung zwischen therapierender Person und Kind oder Jugendlichen eine Grundlage für den Willen zur Zusammenarbeit des oder der Heranwachsenden ist. Wenn der Klient oder die Klientin sich der thera-

pierenden Person positiv verbunden fühlt und spürt, dass diese ihm oder ihr gut gesonnen ist, ist sie eher gewillt, Ratschläge anzunehmen oder Verhaltenstechniken auszuprobieren.

- Wille, an der Behandlung mitzuwirken (Client/Parent Willingness to Participate/Hopefulness for change)

Diese Variable bezieht sich auf die Bereitschaft der Kinder, sich im Therapieverlauf zu verändern, auf ihren Glauben in die Wirksamkeit der Therapie und daran, dass die Therapie keine Überforderung für sie darstellt sowie auf ihren Selbstwirksamkeitsglauben in Bezug auf die angestrebten Veränderungen.

- Elterlicher Wille, an der Behandlung mitzuwirken (Client/Parent Willingness to Participate/Hopefulness for change)

Der elterliche Wille an der Therapie mitzuwirken, hängt von ähnlichen Faktoren ab wie jener der Kinder. Beim elterlichen Willen liegt die Betonung jedoch eher bei der Entscheidung, die Therapie durch- beziehungsweise weiterzuführen. Eltern, die die therapierende Person als glaubwürdig und hilfreich erleben, sind eher bereit, Hürden zu überwinden und an der Therapie teilzunehmen. Die Wahrscheinlichkeit, die Therapie vorzeitig abubrechen, wird vom elterlichen Willen massgeblich beeinflusst.

- Mitwirkung der Kinder an der Behandlung und elterliche Mitwirkung an der Behandlung (Client Participation in treatment techniques offered)

Eine Person wirkt an einer Behandlung mit, wenn sie die Therapieschritte oder –aufgaben mental oder physisch ausführt. Eine mitwirkende Person erscheint beispielsweise als kooperativ, als in die Therapie einbezogen und macht Vorschläge in Bezug auf die Ausführung der Therapieschritte. Sie führt die Hausaufgaben aus und befolgt die Anweisungen in den Therapiesitzungen.

- Therapeutische Beziehung mit dem Kind, dem Jugendlichen oder der Jugendlichen (Therapy Alliance / Relationship Parents, Youth, family)

In der Kinder- und Jugendliteratur wurde die therapeutische Beziehung meist als emotionale Bindung beschrieben. Die Kinder und Jugendlichen nehmen die therapierende Person als unterstützend, vertrauenswürdig und ermutigend wahr. Vereinzelt wurden zusätzlich kognitive Komponenten, wie Übereinkunft oder Ziele in die Definition einbezogen oder das Verhalten der Kinder oder Jugendlichen der therapierenden Person gegenüber.

- Therapeutische Allianz mit dem Kind, dem Jugendlichen oder der Jugendlichen (Therapy Alliance / Relationship Parents, Youth, family)

Karver et al. (2005) führen aus, dass die therapeutische Allianz in Bezug auf Kinder und Jugendliche unterschiedlich definiert wurde. Meist entweder als emotionale Ver-

bindung (Bindung, Wärme etc.) oder als kognitive Verbindung (Vereinbarung von Zielen und Aufgaben) oder als Kombination dieser beiden Varianten. Manchmal wurde auch das Verhalten der Kinder oder Jugendlichen der therapierenden Person gegenüber in die Definition eingeschlossen. Die therapeutische Allianz wird hier als reifere Form der therapeutischen Beziehung beschrieben.

- Therapeutische Beziehung mit den Eltern oder einem Elternteil (Therapy Alliance / Relationship Parents, Youth, family)

Die Definitionen der therapeutischen Beziehung mit den Eltern sind vergleichbar mit jenen der therapeutischen Beziehung mit Kindern oder Jugendlichen. Das heisst, die Definitionen richten sich entweder nach emotionalen Komponenten, nach kognitiven, oder nach einer Verbindung von emotionalen und kognitiven Komponenten. Auch hier wurde vereinzelt das Verhalten der Eltern gegenüber der therapierenden Person eingeschlossen.

- Therapeutische Allianz mit der Familie (Therapy Alliance / Relationship Parents, Youth, family)

Die therapeutische Allianz mit der Familie wurde nur in wenigen Studien untersucht. Allen gemeinsam war, dass ihnen Bordins (1979) Allianzkonzept zugrunde lag. Erweiterungen des Konzeptes wurden kritisiert und bis heute wurde keine Alternative dazu entwickelt.

Anhand einer weiteren Meta-Analyse, die 49 Studien beinhaltet, untersuchten Karver et al. (2006) zu einem späteren Zeitpunkt den Einfluss dieser verschiedenen Beziehungsvariablen auf den Therapieerfolg in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Die Korrelationen variierten zwischen bescheiden und stark. Zu den besten Prädiktoren für den Therapieerfolg gehörten die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der therapierenden Person, ihr direktives Verhalten, der Wille der Kinder und Jugendlichen an der Therapie teilzunehmen, der Wille der Eltern an der Therapie teilzunehmen sowie das tatsächliche Mitwirken der Kinder und Jugendlichen und das tatsächliche Mitwirken der Eltern an der Therapie. Als Moderatoren mit bescheidenerem Einfluss erwiesen sich die therapeutische Allianz mit der Familie, die therapeutische Allianz mit den Kindern und Jugendlichen, die Gefühle der Kinder und Jugendlichen gegenüber der therapierenden Person, die therapeutische Allianz mit den Eltern und die Autonomiebestrebungen der Kinder und Jugendlichen. Bei der Ergebnisanalyse stellen Karver et al. (2006) in Frage, ob die Fähigkeit der therapierenden Person, direkten Einfluss zu nehmen, von der Behandlungsart abhängig sein könnte, da sich die verschiedenen Psychotherapierichtungen in ihrer Direktivität erheblich unterscheiden. Den bescheidenen Einfluss der Allianzvariablen erklären sie mit dem Einsatz unterschiedlicher Messinstrumente in den analysierten Studien. Die meisten Messinstrumente beinhalteten eine Bindungs- oder emotionale Komponente, nur etwa die Hälfte eine Ziel-

und Aufgabenkomponente und ebenfalls ungefähr die Hälfte der Messinstrumente beinhalten eine Komponente der aktiven Teilnahme.

2.2.3 Die Rolle von Eltern und Familie in der therapeutischen Allianz

Nicht nur die Therapierenden sondern auch die Heranwachsenden und deren Eltern erachten die therapeutische Allianz als wichtigen Therapieaspekt. So erwiesen sich mangelhafte therapeutische Allianzen als die stärksten Voraussagewerte für vorzeitige Therapieabbrüche. Anders als im Erwachsenenfeld, in dem die therapeutische Allianz in der Regel aufgrund einer einzigen dyadischen Beziehung (Patient/Patientin – Therapeut/Therapeutin) aufgebaut wird, kommt es bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen typischerweise zum Aufbau mindestens einer weiteren therapeutischen Allianz, nämlich jener zwischen therapierender Person und einem Elternteil oder der wichtigsten Bezugsperson des Kindes (Zack et al., 2007). Nach Shirk et al. (2011) sind Erwachsene in jedem Fall zumindest für das Bringen der Kinder an den Ort der Therapie und die Finanzierung der Behandlung zuständig. Eine gute Allianz zu den Eltern oder der wichtigsten Bezugsperson des Kindes kann allein schon aus diesen Gründen für die kontinuierliche Fortsetzung der Therapie ausschlaggebend sein. DeVet, Kim, Charlot-Swilley & Ireys (2003) untersuchten die therapeutische Allianz unter anderem aus der Sicht von 157 Müttern, deren Kinder sich in Behandlung befanden. Aufgrund der Analyse ihrer Ergebnisse vermuten sie eine reziproke Beziehung der therapeutischen Allianz zwischen Müttern und Therapierenden und den Wirksamkeitserwartungen der Mütter in Bezug auf die Therapie ihrer Kinder.

Werden die Eltern direkt in die Therapie des Kindes einbezogen, was nach Kazdin, Siegel und Bass (1990) vor allem bei Kindern mit oppositionellem, aggressivem und antisozialem Verhalten der Fall ist, erlangt die Eltern-Therapierenden-Allianz eine noch grössere Wichtigkeit. Eine gute Allianz zwischen Eltern und therapierender Person wirkt sich auf das reguläre Zuendeführen der Therapie aus (Harwood & Eyberg, 2004; Shelef, Diamond, Diamond & Liddle, 2005), auf die Behandlungszufriedenheit, auf die Compliance während der Behandlung und auf das Ausmass der therapeutischen Veränderungen des Kindes. Beim Einbezug der Eltern in die Therapie ist das Hauptthema meist deren Erziehungsverhalten und es wurde festgestellt, dass positiv veränderte Erziehungsmethoden direkt mit der Reduktion unerwünschten kindlichen Verhaltens zusammenhängen (Kazdin et al., 2006). Je besser die Allianz zwischen Eltern und Therapierenden ist, um so stärker gelingt es auch den Eltern, ihr Erziehungsverhalten positiv zu verändern.

Der Einbezug der gesamten Familie in die Therapie stellt nach Beck, Friedlander und Escudero (2006) noch höhere Anforderungen an Therapierende. Nach Bowen (1976) besteht hier eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich die Familienmitglieder emotional an die the-

rapierende Person binden, ihr eine hochwichtige Position zuschreiben und sie für den Erfolg oder Misserfolg der Therapie verantwortlich machen, während sie selbst passiv auf Veränderungen warten. Um eine solche Haltung zu verhindern, erachten es Beck et al. (2006) als unerlässlich, dass Therapierende über die Fähigkeit verfügen, bei Bedarf gleichzeitig mehrere Allianzen auf verschiedenen Ebenen und mit Personen unterschiedlichen Entwicklungsstandes aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Die therapeutische Allianz zwischen der therapierenden Person und jedem einzelnen Familienmitglied beeinflusst die Allianz der therapierenden Person zu allen anderen Familienmitgliedern und wird umgekehrt auch durch sie beeinflusst. Eine isolierte Betrachtung der verschiedenen Allianzen ignoriert die komplexe intrafamiliäre Dynamik (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). So wurde festgestellt, dass Familienmitglieder aus Familien, die eine ähnliche Auffassung in Bezug auf die Zweckmässigkeit der Therapie vertraten, die Therapie als wertvoller und tiefgreifender bewerteten, als Familienmitglieder aus Familien, in denen unterschiedliche Einstellungen der Therapie oder der therapierenden Person gegenüber vorherrschten. Je grösser der Unterschied der Familienmitglieder in der Einstellung der Therapie gegenüber war, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Therapieabbruchs.

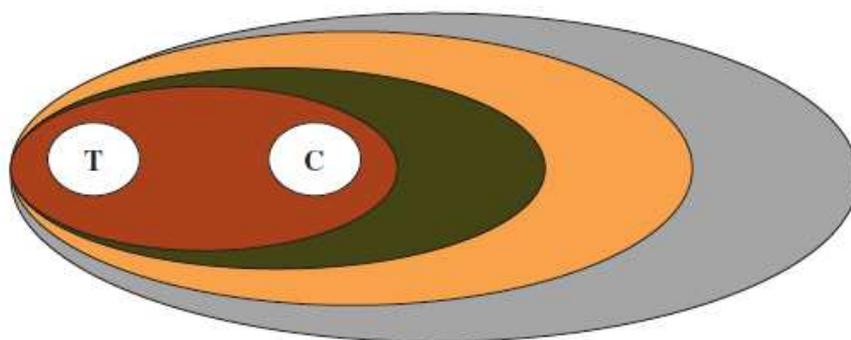
2.2.4 Die Kind-Allianz-Prozess-Theorie

Baylis, Collins und Coleman (2011) untersuchten mittels einer qualitativen Studie zur therapeutischen Allianz die Erfahrungen von Kindern mit ihren Therapeuten oder Therapeutinnen. Ihrer Studie lag die Feststellung Bedis (2006) zugrunde, dass die beliebtesten Beurteilungsinstrumente der therapeutischen Beziehung fast ausschliesslich aufgrund von Erfahrungen und Theorien von Forschenden und Therapierenden entwickelt wurden, obwohl eine Allianz die Mitwirkung jedes Mitglieds der Beziehung, also auch jener der Patienten und Patientinnen, erfordert. Um auch dieser Perspektive Rechnung zu tragen, entwickelten sie, basierend auf den Informationen von 6 - 12-jährigen Kindern, die schulenübergreifende Kind-Allianz-Prozess-Theorie.

Nach der Kind-Allianz-Prozess-Theorie erfolgt die Entwicklung einer Allianz schrittweise, wobei sich die therapierende Person dem Kind gegenüber je nach Bedarf initiativ oder responsiv verhält. Die Forschenden unterscheiden zwischen allianzaufbauendem Verhalten (*alliance dependent behaviors*) und allianzvertiefendem Verhalten (*alliance expectant behaviors*). Unter allianzaufbauendem Verhalten verstehen sie die Verhaltensweisen *weniger sprechen, Aktivitäten durchführen, nett sein, fürsorglich sein, aktiv zuhören* und *den Fokus auf das Kind lenken*. Unter allianzvertiefendes Verhalten fallen die Verhaltensweisen *Gefühle wertschätzen, Geduld haben, die Vertraulichkeit und Privatsphäre respektieren, Akti-*

vitäten durchführen und Interesse an der Problemlösung zeigen. Im Gegensatz zum allianzaufbauenden Verhalten, das zu jeder Zeit gezeigt werden kann, bedarf es für ein allianzvertiefendes Verhalten einer entsprechenden Gelegenheit. So muss das Kind beispielsweise erst Gefühle zum Ausdruck bringen, bevor diese von der therapierenden Person wertgeschätzt werden können, wohingegen es keiner besonderen Umstände dafür bedarf, dass die therapierende Person dem Kind nett und fürsorglich entgegentritt. Es liegt nahe, dass bei Therapiebeginn verstärkt allianzaufbauendes Verhalten erforderlich ist und dass das allianzvertiefende Verhalten eher im Verlauf der Therapie zum Tragen kommt. Brüche in der Beziehung, zu denen es im Therapieverlauf kommen kann, verlangen verstärkt allianzaufbauendes Verhalten. Gemäss den Forschenden entwickelt sich eine kind-zentrierte Allianz nicht passiv im Verlauf der Therapie, sondern nach und nach als Ergebnis entsprechenden Therapierendenverhaltens.

Das nachstehende Diagramm zeigt die verschiedenen Stufen der Kind-Allianz-Prozess-Theorie.



- Layer I**
- The brown circle encompasses the most proximal factors associated with the person of the therapist as experienced by the child. This includes things such as being experienced as patient, nice, caring, and possessing a level of training that informs how to display these qualities in a meaningful way to distressed children.
- Layer II**
- The olive green circle represents all of the micro skills valued by participants in the research such as the expression of sincere caring, patience, active listening, validating feelings, and less talk, and doing activities.
- Layer III**
- The yellow circle represents the importance of a plan as it contains anxiety, and relates to problem solving from the perspective of the child client.
- Layer IV**
- The grey circle represents the importance of creating a sense of privacy and confidentiality.

Abbildung 3: Die Kind-Allianz-Prozess-Theorie (Baylis et al., 2011).

Die erste Stufe (Layer I) beinhaltet allianzaufbauendes und –vertiefendes Therapierenden-Verhalten. Die therapierende Person zeigt Geduld, Fürsorge, ist nett und aufrichtig. Ihr Verhalten entspricht dem Entwicklungsstand und den mentalen Fähigkeiten des Kindes. Eines der anlässlich der Studie befragten Kinder, äusserte sich zum Verhalten seines Therapeuten wie folgt: "just pushed me and pushed me and really got me mad. It just made me feel stubborn".

In der zweiten Stufe (Lyer II) kommt es zu verstärktem allianzvertiefendem Verhalten und/oder bewusstem Spielen. Ziel dieses Verhaltens ist es, sich gegenseitig aufeinander einzulassen. In dieser Stufe soll sich die therapierende Person responsiv in Bezug auf die Probleme des Kindes verhalten. Sie soll fürsorglich sein, geduldig, wertschätzend und nicht zu viel sprechen. Stufe II soll zu einer besseren Befindlichkeit des Kindes führen und sein Vertrauen in die Beziehung fördern. Eines der Kinder äusserte sich hierzu wie folgt: "she was very encouraging. She was polite and just fun".

In Stufe III (Lyer III) geht es um die Einbettung des gemeinsam entwickelten Plans zur Problemlösung. Die Verantwortung dafür liegt bei der therapierenden Person. Die für die Studie befragten Kinder legten ausdrücklichen Wert darauf, in der Therapie Fertigkeiten zu erlernen, die ihnen den Umgang mit ihren Problemen erleichtern. Ein Kind sagte dazu "because I'd know more about the problem and she'd share some better ways to solve it".

Stufe IV (Lyer IV) soll zu vertieftem Vertrauen in die Beziehung und den bisherigen Therapieverlauf führen. Obwohl in der Behandlung von Minderjährigen die Vertraulichkeit nicht im gleichen Rahmen gewährleistet werden kann wie bei Erwachsenen, soll das Kind spüren, dass es seinem Therapeuten beziehungsweise seiner Therapeutin vertrauen kann und dass die Therapie einem geschützten Raum gleichkommt. Ein Junge meinte hierzu: "if you can't trust someone, you won't like go in with them either, and they might blow your secrets".

3 EMPIRISCHER TEIL

3.1 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE DIENSTE ST. GALLEN (KJPD ST. GALLEN)

Das Videomaterial, welches eine zentrale Rolle für den empirischen Teil dieser Arbeit spielt, wurde von den KJPD St. Gallen, einer von einer Stiftung getragenen Institution im Gesundheitswesen, zur Verfügung gestellt. Die KJPD St. Gallen bilden eine Anlaufstelle für die Behandlung und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen. In Ergänzung zu den Privatpraxen tragen die KJPD St. Gallen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Einwohner und Einwohnerinnen der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden bei. Jährlich werden im Zentralen Ambulatorium, in der Zweigstelle für Jugendliche, sowie in den fünf Regionalstellen und der Tagesklinik etwa 2000 Kinder und Jugendliche beraten und behandelt. An der vorliegenden Studie wirkten sieben Therapeutinnen und zwei Therapeuten dieser Institution mit.

3.2 METHODIK

3.2.1 Untersuchungsdesign

Für die vorliegende Studie wurde ein qualitativer Untersuchungsansatz angewendet, der den Grundsätzen der empirischen Sozialforschung folgt. Nachdem die therapeutische Allianz zu Kindern bisher nur unzureichend beforscht wurde, bot sich ein exploratives Vorgehen an. Bortz und Döring (2006) verstehen unter Exploration das mehr oder weniger systematische Sammeln von Informationen zum Untersuchungsgegenstand. Mayring (2002) führt an, dass durch Exploration wichtige Aspekte eines Forschungsgebietes aufgedeckt werden können, was das Bilden von Hypothesen erlaubt. Es handelt sich somit um ein hypothesengenerierendes Verfahren. Es erscheint als sinnvoll, den Forschungsgegenstand zunächst anhand einer geringen Anzahl Einzelfälle und der Zusammenfassung ihrer Ergebnisse zu untersuchen. Durch diese Einzelfallanalysen können sowohl generelle Einsichten zum Forschungsgegenstand gewonnen als auch den Eigenheiten der Einzelfälle Rechnung getragen werden. Die auf diese Weise gewonnen Erkenntnisse können anschliessend anhand neuer Daten auf ihre Validität hin geprüft werden. Sie stellen somit eine Grundlage für weitere Untersuchungen dar. Leuzinger-Bohleber (1995) erachtet es als sehr gut möglich "von Einzelbeobachtungen zu sukzessiven Generalisierungen, von Daten zu Meta-

phern, Konzepten und schliesslich Theorien zu gelangen". Des Weiteren bietet diese Vorgangsweise die Möglichkeit, den Detaillierungsgrad bereits bestehender Ergebnisse zum Untersuchungsgegenstand zu explizieren oder zu fixieren.

3.2.2 Stichprobe

Die Stichprobe für diese Studie wurde aus einer definierten Personengruppe – Kinder, deren Eltern und die Therapierenden der Kinder – gezogen. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach folgenden Kriterien:

- die Kinder mussten zwischen 7 und 12 Jahre alt sein
- die Kinder mussten sich im Frühjahr 2012 bei den KJPD St. Gallen in Behandlung befinden und in der Lage sein einen Fragebogen mit 12 Fragen zu beantworten
- sowohl die Kinder, deren Eltern oder erste Bezugsperson, als auch die Therapeuten beziehungsweise Therapeutinnen der Kinder mussten der Studie zustimmen und bereit sein, daran mitzuwirken

Beschreibung der untersuchten Gruppe

Kinder

Für die Studie konnten insgesamt 10 Kinder rekrutiert werden – drei Mädchen und sieben Buben. Bei neun Kindern handelt es sich um Schweizer Staatsangehörige, ein Kind hat die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Therapiesprache aller Kinder ist entweder Schweizerdeutsch oder Schriftdeutsch. Die Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit mindestens drei Monaten bei den KJPD St. Gallen in Einzeltherapie. Die Kinder nehmen die Therapie aufgrund verschiedener Verhaltens- und emotionaler Störungen in Anspruch. Ein Kind zeigt zusätzlich Entwicklungsstörungen, ein anderes leidet zusätzlich an einer Belastungs- und wieder ein anderes an einer Anpassungsstörung. Die Hälfte der Kinder ist zwischen sieben und neun Jahren alt, die andere Hälfte zwischen zehn und elf Jahren.

Eltern / Bezugsperson(en)

In den meisten Fällen, nämlich bei acht Kindern, wirkte die Mutter beziehungsweise Pflege-mutter an der Studie mit. In einem Fall der Vater und bei einem weiteren Kind beide Elternteile. Fünf dieser Bezugspersonen verfügen über keine spezifische berufliche Ausbildung, drei durchliefen eine Berufslehre, zwei absolvierten eine höhere Fachausbildung und bei einer Person liegen keine Informationen über die berufliche Ausbildung vor.

Therapeuten und Therapeutinnen

Alle Therapierenden, die sich für diese Untersuchung zur Verfügung stellten, waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung bei den KJPD St. Gallen tätig. Es handelt sich dabei um sieben Therapeutinnen und zwei Therapeuten im Alter zwischen 28 und 64 Jahren. Sieben der Therapierenden verfügen über eine mehr als zehnjährige Erfahrung in der Psychotherapie mit Kindern, drei Therapierende arbeiteten zum Messzeitpunkt zwischen einem und zehn Jahren mit Kindern.

3.2.3 Datenerhebung und Instrumente

Die Studie wurde durch die kantonale Ethikkommission St. Gallen genehmigt. Alle an der Studie Beteiligten erklärten sich mit den Studienbedingungen einverstanden.

Um die therapeutische Arbeitsallianz zwischen dem Kind und seinem Therapeuten beziehungsweise seiner Therapeutin durch Beobachtung einschätzen zu können, wurde pro Kind eine regulär in den KJPD St. Gallen stattfindende Therapiestunde (50 Minuten) auf Video aufgezeichnet und von einer Beobachterin (zugleich Verfasserin dieser Arbeit) mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens eingeschätzt. Alle Aufzeichnungen erfolgten im Frühjahr 2012. Die Einschätzung der Kind-TherapeutIn-Allianz durch das betroffene Kind, den Therapeuten oder die Therapeutin sowie durch die Eltern beziehungsweise die primäre Bezugsperson des Kindes erfolgte ebenfalls anhand standardisierter Fragebogen, die den jeweils befragten Personen angepasst wurden. Der Aufbau aller Fragebogen ist identisch. Auch der Selbsteinschätzung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen den Eltern beziehungsweise der primären Bezugsperson des Kindes und dem Therapeuten oder der Therapeutin lag ein jeweils an die oder den Befragten angepasster standardisierter Fragebogen zugrunde. Auf diese Weise ergaben sich pro Kind vier Bewertungsperspektiven der Kind-TherapeutIn-Allianz (Beobachterin, Kind, Eltern/Bezugsperson, Therapeut oder Therapeutin) und weitere zwei Bewertungsperspektiven zur Eltern-TherapeutIn-Allianz (Eltern/-teil, Therapeut oder Therapeutin). Zur Erhebung soziodemographischer Daten füllten der Therapeut beziehungsweise die Therapeutin pro Fall zusätzlich einen entsprechenden Erfassungsbogen aus.

Fragebogen

Die in dieser Studie verwendeten Fragebogen basieren auf dem weit verbreiteten und international akzeptierten Messinstrument *Working Alliance Inventory* (WAI), welches von Horvath (1981) entwickelt wurde. Es stellt die Operationalisierung des pantheoretischen Allianzkonzeptes Bordin (1979) dar, dessen Kern die drei Dimensionen *interpersonelle Bindung* (bond), *Therapieaufgaben* (task) und *Therapieziel* (goal) bilden (siehe Kapitel 2.1.2). Das ursprüngliche Inventar, bestehend aus der Klienten- beziehungsweise Klientinnenversion und der Therapierendenversion, umfasst 36 Items, wobei jeder Allianzdimension 12 Items zugeordnet sind. Das vielbeachtete Inventar wurde verschiedentlich weiterentwickelt, unter anderem zu einer Beobachternversion durch Tichenor und Hill (1989). Ausserdem kam es zu Anpassungen des Item-Wortlautes an bestimmte Populationen und zur Entwicklung von Kurzversionen.

Für die vorliegende Studie wurde zur Bewertung der Kind-TherapeutIn-Allianz durch die Kinder die deutsche Übersetzung des *Working Alliance Inventory – short revised* (WAI-SR-P) von Wilmers, Munder, Leonhart, Herzog, Plassmann, Barth und Linster (2008) verwendet. Diese Kurzversion besteht aus 12 Items, wobei jeder Allianzdimension vier Items zugeordnet sind. Die Bewertung jedes einzelnen Items erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala zwischen *selten* (1) und *immer* (5). Aufgrund der Zuordnung der 12 Items zu den verschiedenen Dimensionen erhält man einerseits Informationen zu jeder einzelnen Dimension und andererseits über die therapeutische Arbeitsallianz als Ganzes. Die therapeutische Arbeitsallianz gilt als um so besser, je höher der Summenwert beziehungsweise der Mittelwert der Ergebnisse des Fragebogens ausfallen.

Nachdem das WAI-SR in deutscher Sprache nur als Patienten- beziehungsweise Patientinnenversion vorliegt, wurde der Wortlaut aller weiteren in dieser Studie eingesetzten Fragebogen in Analogie zur deutschen WAI-SR-P Version der jeweils befragten Personengruppe angepasst. Die Anpassung der Fragebogen erfolgte durch die Verfasserin dieser Arbeit.

Tabelle 4: Items des WAI-SR-P; Zuteilung zu den Dimensionen nach F. Wilmers (persönliche Mitteilung, 07. Februar 2012). Eigene Darstellung.

Dimension	Item
Bindung	<p>3. Ich glaube, mein/e Therapeut/in mag mich.</p> <p>5. Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.</p> <p>7. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in mich schätzt.</p> <p>9. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheisst.</p>
Aufgaben	<p>1. Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.</p> <p>2. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.</p> <p>10. Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.</p> <p>12. Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.</p>
Ziel	<p>4. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.</p> <p>6. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten auf Ziele hin, über die wir uns einig sind.</p> <p>8. Mein/e Therapeut/in und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.</p> <p>11. Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.</p>

Die Einschätzung der therapeutischen Arbeitsallianz durch die Beobachterin erfolgte in Analogie zum unveröffentlichten Handbuch des *Segmented Working Alliance Inventory Observer-Based Measure (S-WAI-O)* von Berk, Safran, Muran und Eubanks-Carter (2010). Um Deckeneffekte zu vermeiden, wird bei der Bewertung der Items jeweils von einer durchschnittlichen Allianz (3 Wertepunkte) ausgegangen. Abweichungen davon erfolgen nur bei entsprechenden Anzeichen. Um die Bewertungen der therapeutischen Arbeitsalli-

anz aus den unterschiedlichen Perspektiven besser vergleichen zu können, wurden für die vorliegende Arbeit auch von der Beobachterin alle drei Allianz-Dimensionen eingeschätzt.

Case Report Form

Um einige soziodemographische Angaben zu den Therapierenden und den Kindern zu erhalten, wurde vom Therapeuten beziehungsweise der Therapeutin pro Fall – zusätzlich zu den WAI-Fragebogen – ein Erfassungsbogen (Case Report Form) ausgefüllt.

Tabelle 5: Erhobene Daten mittels Case Report Form

Daten zum Kind und dessen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsdatum des Kindes • Nationalität des Kindes • Schulstatus des Kindes • Sprachfähigkeit des Kindes • ICD-Diagnose des Kindes • Zeitraum der bestehenden Diagnose • Geburtsdaten der Eltern • Bildungsstand der Eltern • Geschwisteranzahl mit Altersangabe
Daten zur Therapie und der therapierenden Person	<ul style="list-style-type: none"> • bisherige Dauer der aktuellen Therapie bei dieser therapierenden Person • Ausmass der Verwendung eines Therapiemanuals • Geschlecht der therapierenden Person • Alter der therapierenden Person • Zeitraum, in dem die therapierende Person mit Kindern arbeitet • Therapiesprache

3.2.4 Methode des Vorgehens, der Aufbereitung und Auswertung

Dieser Exploration der therapeutischen Arbeitsallianz zu Kindern liegen zehn Einzelfälle zu Grunde. Die an der Studie mitwirkenden Kinder sowie deren Eltern oder primäre Bezugsperson wurden über die Therapeutinnen und Therapeuten der KJPD St. Gallen (siehe Kapitel 3.1.) rekrutiert. Im ersten Schritt wurden die Eltern der für die Studie in Frage kommenden Kinder durch den Therapeuten oder die Therapeutin ihres Kindes mündlich über das Forschungsprojekt in Kenntnis gesetzt. Interessierte Eltern erhielten ein Informationsblatt mit detaillierten Angaben und jene, die an der Studie mitwirken wollten, unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Gleichzeitig wurden ihnen vom Therapeuten beziehungsweise der Therapeutin ihres Kindes die beiden Elternfragebogen (siehe Kapitel 3.2.2) ausgehändigt, mit der Bitte, diese ausgefüllt zu retournieren. Im nächsten Schritt wurde das Kind derjenigen Eltern, die am Projekt mitwirken wollten, von seinem Therapeuten oder seiner Therapeutin über das Forschungsprojekt informiert. Bei Einwilligung des Kindes, am Projekt mitzuwirken, wurde – in der Regel – seine nächste Therapiestunde auf Video aufgezeichnet. Unmittelbar nach der Aufzeichnung füllten sowohl das Kind als auch sein Therapeut oder seine Therapeutin die für sie vorgesehenen Fragebogen (siehe Kapitel 3.2.2) aus. Kinder, die beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfe benötigten, wurden von einer Drittperson unterstützt. Der Therapeut beziehungsweise die Therapeutin füllte zudem ein weiteres Formular mit soziodemographischen Fragen zum Kind und sich selbst aus. Die Ergebnisse der Fragebogen wurden vertraulich behandelt. Keine der an der Studie beteiligten Personen erhielt Kenntnis über die Antworten der anderen Beteiligten.

Anschliessend erfolgte die Einschätzung der Kind-TherapeutIn-Allianz durch die Beobachterin. Um eine höchstmögliche Objektivität zu gewährleisten, wurde die Videoaufzeichnung in 5-Minuten-Sequenzen abgespielt und beschrieben. Danach erfolgten die Bewertung des Videos sowie eine zusammenfassende Beschreibung der Therapiestunde. In der Folge wurden die Ergebnisse der Video-Bewertungen mit den weiteren Fragebogen des aktuellen Falles verglichen und analysiert; die Eigenheiten des Einzelfalles wurden beschrieben.

In einem letzten Schritt wurden sämtliche Therapiestunden zusammengefasst beschrieben, die Ergebnisse der Einzelfälle miteinander verglichen und auf Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede hin untersucht. Die gewonnenen Ergebnisse wurden analysiert und beschrieben. Es wurden verschiedene Muster, Auffälligkeiten und mögliche Schlussfolgerungen über alle Einschätzungen hinweg generiert.

3.2.5 Ergebnisse der Einzelfallanalyse

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Einschätzungen der Qualität der therapeutischen Arbeitsallianzen (Kind-Therapeutin, Mutter-Therapeutin) pro Einzelfall miteinander verglichen. Die Einzeleinschätzungen der am jeweiligen Fall beteiligten Personen sind, bis im exemplarischen ersten Fall (Aline), in Anhang A beschrieben. Um die Anonymität der an der Studie beteiligten Personen zu wahren, wurden den Kindern Fantasienamen zugeteilt. Weiters wurde der einheitliche Begriff *Therapeutin* sowohl für weibliche als auch für männliche Therapierende verwendet und die Bezeichnung *Mutter* für beide Elternteile. Ebenfalls zur Wahrung der Anonymität der an der Studie beteiligten Personen erfolgt an dieser Stelle keine Beschreibung der einzelnen Therapiestunden. Anstatt dessen werden in Kapitel 3.2.6 die wesentlichen Merkmale aller Stunden zusammenfassend beschrieben.

Die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz sowie der einzelnen Allianz-Dimensionen wird nachfolgend anhand von Mittelwerten (M) dargestellt. Basis der Mittelwerte bilden die auf Item-Ebene vergebenen Wertepunkte (1 bis 5). Die Bewertung der einzelnen Allianz-Dimensionen sowie der therapeutischen Arbeitsallianz als Ganzes gilt als um so besser, je höher der Mittelwert ausfällt. Im Falle fehlender Items erfolgte eine Hochrechnung. Um die unterschiedlichen Bewertungen besser vergleichen zu können, werden die Bereiche zwischen zwei ganzen Punkten wie folgt beschrieben: Werte von x.1 – x.3 werden tendenziell dem niedrigeren Wert zugeordnet. Ein Mittelwert von zum Beispiel 4.2 wird daher mit tendenziell sehr oft beschrieben. Werte zwischen x.4 und x.6 werden mit "von – bis" bezeichnet. Ein Mittelwert von zum Beispiel 4.5 wird folglich mit von sehr oft bis immer beschrieben und Werte von x.7 – x.9 werden tendenziell dem höheren Wert zugeordnet. So wird ein Mittelwert von zum Beispiel 3.8 mit tendenziell sehr oft beschrieben.

Falldarstellung Aline

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Aline bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *immer* gut (M = 4.7)

Aus Alines Sicht sind Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit ihrer Therapeutin in der Therapieaufgaben-Dimension *immer* und in der Dimension Therapieziele tendenziell *immer* gegeben. Die Bindungs-Dimension bewertet sie etwas schlechter, in dem sie angibt, die therapeutische Bindung sei tendenziell *sehr oft* gut.

Alines Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz tendenziell als *sehr oft* gut (M = 3.8)

Die Therapeutin schätzt die Qualität der Dimension therapeutische Bindung im Vergleich zu den anderen Dimensionen mit Abstand am höchsten ein. Sie erachtet sie als nahezu *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Aline in Bezug auf die Therapieaufgaben und Therapieziele beurteilt sie mit tendenziell *öfters* gegeben. Vor allem das gemeinsame Erarbeiten von Therapiezielen findet ihrer Meinung nach nur *manchmal* statt.

Alines Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.3)

Alines Mutter bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung im Vergleich zu den anderen Allianz-Dimensionen am höchsten. Sie erachtet sie als tendenziell *immer* gut. Zudem vertritt sie die Ansicht, dass in Bezug auf die Therapieaufgaben und Therapieziele tendenziell *sehr oft* Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Aline und der Therapeutin herrschen, wobei sie die Dimension Therapieaufgaben etwas schlechter bewertet. Einerseits geht sie davon aus, dass ihre Tochter *immer* spürt, dass die Therapie ihr hilft, die gewünschten Veränderungen zu erreichen. Andererseits vertritt sie die Meinung, dass bei ihrer Tochter nur *öfters* Klarheit in Bezug auf Veränderungsmöglichkeiten herrscht. Auch die Eröffnung neuer Sichtweisen erachtet sie nur *öfters* als gegeben.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *öfters* bis *sehr oft* gut (M = 3.6)

Die Beobachterin schätzt die drei Allianz-Dimensionen nahezu gleich ein. Die Dimension therapeutische Bindung bewertet sie dabei am höchsten. Sie geht davon aus, dass die therapeutische Bindung tendenziell *sehr oft* gut ist. In der Therapie- und Aufgaben-Dimension erachtet sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit *öfters* bis *sehr oft* als gegeben.

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Beim Vergleich der verschiedenen Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz fällt auf, dass Aline die Qualität der **therapeutischen Arbeitsallianz** von allen Beteiligten deutlich am höchsten einschätzt. Sie empfindet sie nahezu *immer* als gut. Alines Mutter und die Therapeutin erachten die Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut, wobei die Bewertung der Mutter besser ausfällt als jene der Therapeutin. Die Beobachterin beurteilt die Arbeitsallianz etwas schlechter, nämlich als *öfters* bis *sehr oft* gut.

Die **therapeutische Bindung** wird von Alines Mutter und der Therapeutin exakt gleich, nämlich als tendenziell *immer* gut, eingeschätzt. Aline und die Beobachterin beurteilen sie als tendenziell *sehr oft* gut. In der **Therapieaufgaben-Dimension** vergibt Aline die höchste Bewertung. Ihrer Meinung nach herrschen hier zwischen ihr und ihrer Therapeutin *immer* Übereinstimmung und Zusammenarbeit. Ihre Therapeutin, Alines Mutter und die Beobachterin sehen das nur als *öfters* bis *sehr oft* gegeben. Alines Mutter schätzt die Qualität dieser Dimension im Vergleich zu den anderen Dimensionen sogar als am schlechtesten ein. Auch bei der Einschätzung der Qualität der Dimension **Therapieziele** vertritt Aline die Überzeugung, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit tendenziell *immer* gegeben sind. Alines Therapeutin aber bewertet diese Dimension am schlechtesten. Sie sieht Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als tendenziell *öfters* gegeben, während die Bewertungen von Alines Mutter und der Beobachterin dazwischen liegen. Auf Item-Ebene wird deutlich, dass das von der Therapeutin am schlechtesten bewertete Item 4, welches das gemeinsame Arbeiten am Setzen von Zielen betrifft, sowohl von Aline als auch von ihrer Mutter mit der höchstmöglichen Punktzahl bewertet wurde.

Tabelle 6: Aline - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutinnen-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Aline	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.3	4.8	4.8	3.8
Therapieaufgaben	5.0	3.3	3.8	3.5
Therapieziele	4.8	3.3	4.3	3.5
Therapeutische Arbeitsallianz	4.7	3.8	4.3	3.6

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Alines Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft bis immer gut* (M = 4.4)

Die Mutter vertritt die Ansicht, dass die therapeutische Bindung zwischen ihr und der Therapeutin *immer gut* ist. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieziele schätzt sie als tendenziell *sehr oft* gegeben ein, auch wenn sie nur *öfters* davon ausgeht, dass auf Ziele hin gearbeitet wird, über die Einigkeit besteht. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieaufgaben bewertet sie als *sehr oft* gegeben, wobei sie meint, dass die Therapie ihr nur *manchmal* neue Sichtweisen auf das Problem in ihrer Familie eröffnet.

Alines Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft gut* (M = 3.7)

Nach Ansicht von Alines Therapeutin ist die therapeutische Bindung zwischen ihr und Alines Mutter tendenziell *sehr oft* gut. Auch die Übereinstimmung und Zusammenarbeit bei den Therapieaufgaben erachtet sie *sehr oft* als gegeben. Die Bewertung der Dimension Therapieziele fällt deutlich schlechter aus. Hier sieht sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als tendenziell *öfters* gegeben. Das gemeinsame Erarbeiten von Therapiezielen findet ihres Erachtens *selten* statt und auch die Übereinstimmung darin, woran es für die Mutter wichtig wäre zu arbeiten, scheint ihr nur *manchmal* gegeben.

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Qualität der **therapeutischen Arbeitsallianz** zwischen ihr und Alines Therapeutin wird von Alines Mutter merklich höher eingeschätzt als von Alines Therapeutin. Die Mutter empfindet sie als *sehr oft bis immer*, die Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gut. In Bezug auf die **therapeutische Bindung** gibt Alines Mutter an, sie *immer* als gut – und damit etwas besser als die Therapeutin – wahrzunehmen. Die Bewertung der **Therapieaufgaben** fällt gesamthaft gleich aus, obwohl die Mutter die Ansicht vertritt, dass sich ihr durch die Therapie nur *manchmal* neue Sichtweisen auf die Familienprobleme eröffnen. Während die Therapeutin davon ausgeht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Alines Mutter in der Dimension **Therapieziele** nur *manchmal* bis *öfters* gegeben ist, vertritt die Mutter die Meinung, dass dies *sehr oft* der Fall ist. Vor allem wenn es um das gemeinsame Setzen von Therapiezielen geht, besteht Uneinigkeit.

Tabelle 7: Aline - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	5.0	4.3
Therapieaufgaben	4.0	4.0
Therapieziele	4.3	2.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.4	3.7

Falldarstellung Albin

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Im Vergleich der verschiedenen Bewertungen fällt zunächst auf, dass die Qualität der **therapeutischen Arbeitsallianz** von Albins Therapeutin am schlechtesten eingeschätzt wird. Sie erachtet sie nur als *öfters* bis *sehr oft* gut. Die Beurteilungen der anderen fallen besser aus und liegen mit (tendenziell) *sehr oft* gut nahe beieinander. Weiters fällt auf, dass Albin und seine Therapeutin die Dimension Therapieziele am besten von den drei Allianz-Dimensionen bewerten, wenn auch bei unterschiedlicher Punktzahl. Die **therapeutische Bindung** wird von Albins Mutter mit tendenziell *immer* gut am besten eingeschätzt. Auch die Beobachterin findet, die therapeutische Bindung sei *sehr oft* bis *immer* gut. Während Albin die therapeutische Bindung zwischen sich und seiner Therapeutin als *sehr oft* gut bezeichnet, erachtet die Therapeutin sie nur als *öfters* bis *sehr oft* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieaufgaben** wird von der Therapeutin und der Beobachterin gleich, nämlich als *öfters* bis *sehr oft* gegeben, beurteilt. Die Mutter und Albin sehen sie als tendenziell *sehr oft* gegeben, wobei die Bewertung Albins noch etwas besser ausfällt als jene seiner Mutter. Die Dimension **Therapieziele** erfährt von Albin die höchste Bewertung der Allianz-Dimensionen. Er erachtet Übereinstimmung und Zusammenarbeit als tendenziell *sehr oft* gegeben. Das gleiche gilt auch für die Bewertungen der Erwachsenen, auch wenn diese etwas niedriger ausfallen. Albins Therapeutin beurteilt die Qualität dieser Dimension am niedrigsten von allen Bewertenden.

Tabelle 8: Albin - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Albin	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.0	3.5	4.8	4.5
Therapieaufgaben	4.0	3.5	3.8	3.5
Therapieziele	4.3	3.7	4.0	3.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.1	3.6	4.2	3.9

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Ein Vergleich der Einschätzungen zeigt, dass die Therapeutin die **therapeutische Allianz** zwischen ihr und Albins Mutter um einiges höher einschätzt als die Mutter. Sie erachtet sie als *sehr oft* bis *immer* gut. Albins Mutter empfindet sie als *sehr oft* gut. Es fällt auf, dass auch die Bewertungen der einzelnen Dimensionen durch die Mutter jeweils niedriger ausfallen, als durch die Therapeutin. Die grösste Diskrepanz eröffnet sich in der Dimension **Therapieaufgaben**. Hier sieht die Mutter Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als tendenziell *öfters* gegeben, die Therapeutin hingegen findet, sie seien tendenziell *sehr oft* gegeben. Vor allem ist der Mutter durch die Therapiestunden nur *manchmal* klarer geworden, wie sie ihre Familie verändern kann und die Therapie eröffnet ihr nur *öfters* neue Sichtweisen auf die Probleme in ihrer Familie. Die Therapeutin hingegen geht davon aus, dass der Mutter *sehr oft* klarer geworden ist, wie sie sich verändern kann und dass sie *immer* an den Nutzen der Aktivitäten glaubt, die in der Therapie stattfinden. Die therapeutische Bindung bewerten Albins Mutter und seine Therapeutin ähnlicher. Sie erachten sie als *sehr oft* bis *immer* gut (Mutter) und als tendenziell immer gut (Therapeutin). Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der **Therapieziel**-Dimension erachtet Albins Mutter als tendenziell *sehr oft*, seine Therapeutin als tendenziell *immer* gegeben. Die Mutter findet, dass sie und Albins Therapeutin nur *öfters* gemeinsam daran arbeiten, Therapieziele zu setzen während die Therapeutin findet, das sei *immer* der Fall.

Tabelle 9: Albin - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	4.5	4.8
Therapieaufgaben	3.3	4.3
Therapieziele	4.3	4.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.0	4.6

Falldarstellung Belinda

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Es fällt zunächst auf, dass Belindas Mutter keine Bewertung abgegeben hat. Von den vorliegenden Einschätzungen erfährt die **therapeutische Arbeitsallianz** die beste Beurteilung von Belindas Therapeutin. Belinda bewertet die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz am niedrigsten, die Bewertung der Beobachterin liegt dazwischen. Trotz unterschiedlicher Beurteilungen der einzelnen Dimensionen sind alle der Ansicht, dass die therapeutische Arbeitsallianz tendenziell *sehr oft* gut ist. Von den drei Allianz-Dimensionen, wird die Qualität der Dimension **therapeutischen Bindung** von allen Bewerterinnen merklich am höchsten eingeschätzt. Belindas Therapeutin und die Beobachterin vertreten die Meinung, dass die therapeutische Bindung (tendenziell) *immer* gut ist. Belinda empfindet sie als tendenziell *sehr oft* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieaufgaben** erfährt sowohl von Belinda als auch ihrer Therapeutin die niedrigste Bewertung. So meint Belinda, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit hier tendenziell *öfters* gegeben, während ihre Therapeutin und die Beobachterin der Ansicht sind, dass sie (tendenziell) *sehr oft* gegeben sind. Belinda gibt an, dass das, was sie in der Therapie macht, ihr nur *manchmal* neue Sichtweisen auf ihr Problem eröffnet. Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieziele** bestehen aus Sicht von Belinda und ihrer Therapeutin tendenziell *sehr oft*. Trotzdem fällt Belindas Bewertung etwas niedriger aus. Sie vertritt die Ansicht, dass sie und ihre Therapeutin nur *öfters* daran arbeiten, gemeinsam Therapieziele zu setzen. Die Beobachterin bewertet die Qualität dieser Dimension am niedrigsten von allen Dimensionen. Sie sieht Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als tendenziell *öfters* gegeben und meint, dass Belinda und ihre Therapeutin nur *öfters* auf Ziele hinarbeiten, über die sie sich einig sind.

Tabelle 10: Belinda - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Belinda	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.3	5.0	-	4.8
Therapieaufgaben	3.3	4.0	-	4.3
Therapieziele	3.8	4.3	-	3.3
Therapeutische Arbeitsallianz	3.8	4.3	-	4.1

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Nachdem Belindas Mutter keine Bewertung ihrer therapeutischen Arbeitsallianz mit Belindas Therapeutin abgegeben hat, kann kein Vergleich der Einschätzungen erfolgen. Nachstehend wird die Einzelbewertung der Therapeutin beschrieben.

Belindas Therapeutin schätzt ihre **therapeutische Arbeitsallianz** mit Belindas Mutter als tendenziell *öfters* gut ein. Aus ihrer Sicht ist die Qualität in der Dimension **Therapieaufgaben** von allen Allianz-Dimensionen am besten. Sie erachtet hier die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Belindas Mutter als *öfters* gegeben. Etwas weniger Übereinstimmung und Zusammenarbeit sieht sie bei der Dimension **Therapieziele**, wobei sie auch hier der Ansicht ist, dass sie tendenziell *öfters* gegeben sind. Am schlechtesten beurteilt sie die Dimension **therapeutische Bindung**. Die therapeutische Bindung zwischen ihr und Belindas Mutter erachtet sie nur als tendenziell *öfters* gut.

Tabelle 11: Belinda - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	-	2.7
Therapieaufgaben	-	3.0
Therapieziele	-	2.8
Therapeutische Arbeitsallianz	-	2.8

Falldarstellung Bruno

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Es fällt auf, dass die Einschätzung der **therapeutischen Arbeitsallianz** durch Brunos Mutter, die Therapeutin und die Beobachterin vollkommen identisch ausfällt, trotz unterschiedlicher Bewertung der einzelnen Dimensionen. Alle drei bewerten die Qualität der Dimension therapeutische Bindung mit Abstand am höchsten von allen Allianz-Dimensionen, wenn auch bei unterschiedlicher Punktzahl. Brunos Einschätzung der therapeutischen Arbeitsallianz fällt mit *sehr oft* bis *immer* gut deutlich besser aus als jene der Erwachsenen. Die Dimension **therapeutische Bindung** wird aus allen Perspektiven als *sehr oft* bis tendenziell *immer* gut bewertet. Die Bewertung der Therapeutin fällt dabei am besten aus. Während die Einschätzung der Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele bei der Mutter, der Therapeutin und der Beobachterin deutlich schlechter ausfallen als die therapeutische Beziehungs-Dimension, ist Bruno der Ansicht, dass die Qualität in der **Therapieaufgaben**-Dimension am höchsten ist. Er meint, dass hier tendenziell *immer* Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen ihm und seiner Therapeutin besteht. Die Therapeutin hingegen bewertet die Qualität der Dimension Therapieaufgaben von den drei Allianz-Dimensionen als am geringsten. Sie erachtet die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Bruno tendenziell nur als *manchmal* gegeben. Brunos Mutter und die Beobachterin gehen davon aus, dass sie *öfters* gegeben sind. Besonders in Bezug auf Item 2, in dem es um das Erlangen Brunos von neuen Sichtweisen auf sein Problem geht, variieren die Bewertungen von *manchmal* (Mutter und Therapeutin) über *sehr oft* (Beobachterin) bis hin zu *immer* (Bruno). Die Einschätzung der Dimension **Therapieziele** fällt bei der Mutter, der Therapeutin und der Beobachterin ähnlich aus. Sie gehen davon aus, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit im Bereich der Ziele *öfters* gegeben sind. Bruno hingegen vertritt die Ansicht, dass er in Bezug auf die Therapieziele *sehr oft* mit seiner Therapeutin übereinstimmt und zusammenarbeitet.

Tabelle 12: Bruno - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Bruno	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.5	4.8	4.5	4.0
Therapieaufgaben	4.8	2.3	2.8	3.0
Therapieziele	4.0	2.8	2.8	3.0
Therapeutische Arbeitsallianz	4.4	3.3	3.3	3.3

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

In Bezug auf die Qualität ihrer **therapeutischen Arbeitsallianz** sind sich Brunos Mutter und die Therapeutin nahezu einig. Sie bewerten sie als tendenziell *sehr oft* gut. Beide erachten die Qualität der Dimension **therapeutische Bindung** von allen Dimensionen als am höchsten, wobei die Mutter nur *öfters* davon überzeugt ist, dass die Therapeutin auch dann zur Familie steht, wenn sie, die Mutter, etwas tut, was die Therapeutin nicht gutheisst. Ihre Übereinstimmung in der **Therapieaufgaben**-Dimension sehen beide als tendenziell *öfters* gegeben. Die Therapeutin vertritt hier die Ansicht, dass es der Mutter durch die Therapie nur *manchmal* klarer geworden ist, wie sie sich verändern kann. In Bezug auf die Dimension **Therapieziele** erachten beide ihre Übereinstimmung und Zusammenarbeit als (tendenziell) *sehr oft* gegeben.

Tabelle 13: Bruno - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	4.3	4.3
Therapieaufgaben	3.3	3.3
Therapieziele	4.0	3.8
Therapeutische Arbeitsallianz	3.8	3.8

Falldarstellung Chiara

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Die **therapeutische Arbeitsallianz** zwischen Chiara und ihrer Therapeutin wird von Chiaras Mutter am höchsten bewertet, wobei diese keine Bewertungen zur Therapieziele-Dimension abgibt. Chiara und ihre Therapeutin schätzen die therapeutische Arbeitsallianz mit *sehr oft* bis *immer* gut nahezu gleich ein, die Beobachterin bewertet sie mit tendenziell *sehr oft* gut am schlechtesten. Bezüglich der Qualität der drei Allianz-Dimensionen wird jene der **therapeutischen Bindung** sowohl von Chiaras Therapeutin als auch von Chiaras Mutter als am höchsten eingeschätzt. Beide erachten sie *immer* als gut und bewerten sie mit der höchstmöglichen Punktzahl. Chiara selbst und auch die Beobachterin bewerten diese Dimension als *sehr oft* bis *immer* gut. Bei der **Therapieaufgaben**-Dimension fällt auf, dass sowohl Chiara als auch ihre Mutter mehrere Items nicht beantwortet haben. Jene Items jedoch, die beantwortet wurden, erhielten jeweils die höchstmögliche Punktzahl. Die Therapeutin sieht die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Chiara in den Therapieaufgaben als tendenziell *sehr oft* gegeben. Am niedrigsten fällt in dieser Dimension die Bewertung der Beobachterin mit als *öfters* bis *sehr oft* gegeben aus. Auf Item-Ebene besteht bei Chiara, ihrer Mutter und der Beobachterin Einigkeit darüber, dass Chiara *immer* glaubt, dass es richtig ist, wie an ihrem Problem gearbeitet wird. Die Therapeutin meint, Chiara glaube das *sehr oft*, aber nicht immer. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieziele** erachtet Chiara als tendenziell *sehr oft* gegeben. Ihre Therapeutin bewertet sie mit als *sehr oft* bis *immer* gegeben etwas besser. Die Beobachterin ist der Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit lediglich *öfters* bis *sehr oft* gegeben sind. Auffallend ist, dass Chiaras Mutter keines der Ziel-Dimensions-Items bewertet.

Tabelle 14: Chiara - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Chiara	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.3	5.0	5.0	4.5
Therapieaufgaben	5.0	4.3	5.0	3.5
Therapieziele	4.3	4.5	-	3.5
Therapeutische Arbeitsallianz	4.4	4.5	5.0	3.8

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Sowohl Chiaras Mutter als auch die Therapeutin erachten die **therapeutische Arbeitsallianz** als *sehr oft* bis *immer* gegeben. Die Bewertung der Therapeutin fällt dabei noch etwas besser aus als jene der Mutter. In Bezug auf die Dimension **therapeutische Bindung** besteht völlige Einigkeit zwischen Chiaras Mutter und der Therapeutin. Beide bewerten die gegenseitige therapeutische Bindung *immer* als gut. Die Dimension **Therapieaufgaben** beurteilen sie am unterschiedlichsten. Die Therapeutin vertritt die Ansicht, dass die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in dieser Dimension tendenziell *sehr oft* gegeben sind, während die Mutter meint, sie seien nur *öfters* bis *sehr oft* gegeben. Die niedrigste Bewertung in der Aufgaben-Dimension vergibt die Mutter bei Item 2 ("Diese Therapie eröffnet mir neue Sichtweisen auf die Probleme meiner Familie") und Item 10 ("Ich spüre, dass das, was in der Therapie getan wird, helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen"). Mehr Einigkeit zwischen Mutter und Therapeutin herrscht in Bezug auf die Dimension **Therapieziele**. Übereinstimmung und Zusammenarbeit werden hier *sehr oft* bis *immer* (Mutter) und tendenziell *immer* (Therapeutin) als gegeben erachtet.

Tabelle 15: Chiara - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	5.0	5.0
Therapieaufgaben	3.5	4.3
Therapieziele	4.5	4.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.3	4.6

Falldarstellung Cornel

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Zunächst fällt auf, dass die Mutter keine Bewertung der **therapeutischen Arbeitsallianz** zwischen Cornel und seiner Therapeutin abgegeben hat. Beim Vergleich der anderen Einschätzungen wird deutlich, dass die Therapeutin die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz deutlich am höchsten einschätzt. Sie erachtet die Allianz als *sehr oft* gut. Etwas niedriger, mit tendenziell *sehr oft* gut, bewertet die Beobachterin die therapeutische Arbeitsalli-

anz. Cornel gibt mit *manchmal* bis *öfters* gut die schlechteste Gesamtbewertung ab. Die Qualität der Dimension **therapeutische Bindung** wird von Cornels Therapeutin am höchsten von den drei Allianz-Dimensionen eingeschätzt. Sie erachtet die therapeutische Bindung als tendenziell *immer* gut. Die Beobachterin und Cornel teilen diese Meinung nicht. Sie erachten die therapeutische Bindung nur als *öfters* bis *sehr oft* (Beobachterin) und als tendenziell *manchmal* gut (Cornel). Während die Bewertungen Cornels und der Therapeutin in dieser Dimension auf Item-Ebene sehr unterschiedlich ausfallen, liegt die Beobachterin mit ihren Einschätzungen irgendwo dazwischen. Vor allem bei Item 7, in dem es um das gefühlte geschätzt werden Cornels geht, sind die Meinungen unterschiedlich. So sagt die Therapeutin, dass sie Cornel *immer* schätzt, wohingegen Cornel angibt, er spüre nur *manchmal*, dass er von ihr geschätzt werde. Die Beobachterin geht davon aus, dass Cornel *öfters* spürt, dass die Therapeutin ihn schätzt. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieaufgaben** wird aus allen Perspektiven am niedrigsten von den drei Allianz-Dimensionen bewertet, wenn auch bei unterschiedlicher Punktzahl. Cornel ist der Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit hier nur tendenziell *manchmal* stattfinden. Er gibt an, dass ihm das, was er in der Therapie macht, nur *selten* neue Sichtweisen auf sein Problem eröffnet. Trotzdem glaubt er *sehr oft*, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Auch die Beobachterin vertritt auf Item-Ebene die Ansicht, dass Cornel *sehr oft* glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Sie schätzt die Übereinstimmung und Zusammenarbeit als tendenziell *öfters* gegeben ein. Die Therapeutin erachtet sie als *öfters* gegeben. Die **Therapieziel**-Dimension wird von der Beobachterin und der Therapeutin gleich eingeschätzt, obwohl sich die Bewertungen auf Item-Ebene geringfügig unterscheiden. Beide erachten hier die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Cornel und der Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gegeben. Cornel vertritt den Standpunkt, dass das nur *öfters* der Fall ist. Es fällt auf, dass sowohl Cornel als auch die Beobachterin die Qualität dieser Dimension mit Abstand als am höchsten von allen Allianz-Dimensionen einschätzen, auch wenn sie nicht die gleiche Punktzahl vergeben.

Tabelle 16: Cornel - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Cornel	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	2.3	4.8	-	3.5
Therapieaufgaben	2.3	3.0	-	3.3
Therapieziele	3.3	4.3	-	4.3
Therapeutische Arbeitsallianz	2.6	4.0	-	3.7

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Beim Vergleich der beiden Einschätzungen fällt auf, dass Cornels Mutter nur drei Items des Fragebogens bewertet hat. Aus ihrer Sicht ist die **therapeutische Arbeitsallianz** *öfters* bis *sehr oft* gut. Die Therapeutin erachtet sie als tendenziell *öfters* gut und bewertet sie damit merklich weniger gut. Cornels Therapeutin erachtet die Qualität der Dimension **therapeutische Bindung** als am höchsten von allen Allianz-Dimensionen. Sie bezeichnet sie als *sehr oft* gut. Cornels Mutter hingegen bewertet keines der zu dieser Dimension gehörenden Items. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit bei den **Therapieaufgaben** erachtet Cornels Mutter als *öfters* gegeben, die Therapeutin meint, dies sei nur *manchmal* bis *öfters* der Fall. Auch die Dimension Therapieziele wird von Cornels Mutter deutlich besser bewertet als von seiner Therapeutin. Die Mutter erachtet Übereinstimmung und Zusammenarbeit hier als *sehr oft* gegeben, die Therapeutin nur als *öfters*. Vor allem das gemeinsame Arbeiten am Setzen von Therapiezielen sieht Letztere nur *manchmal* als gegeben.

Tabelle 17: Cornel - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	-	4.0
Therapieaufgaben	3.0	2.5
Therapieziele	4.0	3.0
Therapeutische Arbeitsallianz	3.5	3.2

Falldarstellung Dana

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Danas Mutter und Dana bewerten die **therapeutische Arbeitsallianz** als tendenziell *immer* gut, wenn auch bei unterschiedlicher Bewertung der Ziel- und Aufgabendimension. Danas Therapeutin und die Beobachterin erachten die Qualität als tendenziell *sehr oft* gut, wobei die Bewertung der Therapeutin besser ausfällt. Ausser von Dana, die auch die Übereinstimmung in der Therapieziel-Dimension *immer* als gut empfindet, wird die Qualität der **therapeutischen Bindung** von allen am höchsten eingeschätzt. Dana und ihre Mutter empfinden die therapeutische Bindung *immer* als gut, die Beobachterin und Danas Therapeutin

tendenziell *immer*. Obwohl Dana und ihre Therapeutin in der Dimension **Therapieaufgaben** die gleiche Punktzahl vergeben und die Ansicht vertreten, dass hier *sehr oft* Übereinstimmung und Zusammenarbeit herrschen, fallen ihre Bewertungen auf Item-Ebene leicht unterschiedlich aus. Einerseits ist Dana der Ansicht, dass ihr durch die Therapiestunden *öfters* klarer geworden ist, wie sie sich verändern kann, andererseits vertritt die Therapeutin die Meinung, dass das nicht nur *öfters* sondern *sehr oft* der Fall war. Danas Mutter sieht die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Therapieaufgaben als tendenziell *immer*, die Beobachterin lediglich als *öfters* bis *sehr oft* gegeben. Auf Item-Ebene vertritt Letztere die Ansicht, dass Dana *immer* glaubt, dass es richtig ist, wie an ihrem Problem gearbeitet wird, während sie die anderen Items nur mit *öfters* bewertet. In der **Therapieziele**-Dimension liegen die Bewertungen Danas, ihrer Mutter und ihrer Therapeutin nahe beieinander. Dana erachtet die Übereinstimmung und Zusammenarbeit als *immer* gegeben, ihre Therapeutin als *sehr oft* und ihre Mutter als *sehr oft* bis *immer*. Es fällt auf, dass die Beurteilung der Beobachterin etwas schlechter ausfällt. Sie geht davon aus, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit tendenziell nur *öfters* gegeben sind.

Tabelle 18: Dana - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Dana	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	5.0	4.8	5.0	4.8
Therapieaufgaben	4.3	4.3	4.8	3.5
Therapieziele	5.0	4.0	4.5	3.3
Therapeutische Arbeitsallianz	4.8	4.3	4.8	3.8

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter schätzt die **therapeutische Arbeitsallianz** mit tendenziell *sehr oft* gut um einiges besser ein, als Danas Therapeutin. Diese bewertet sie als *öfters* bis *sehr oft* gut. Beide schätzen die Dimension therapeutische Bindung am besten von allen Allianz-Dimensionen ein, wenn auch bei unterschiedlicher Bewertung. In der Dimension Therapieaufgaben fallen die Bewertungen gleich aus. Danas Mutter vertritt die Ansicht, dass die **therapeutische Bindung** *immer* gut ist, Danas Therapeutin geht davon aus, dass sie *sehr oft* gut ist. Die Bewertungen der **Therapieaufgaben**-Dimension unterscheiden sich nur auf Item-Ebene. Während die Mutter angibt, *immer* zu glauben, dass es richtig ist, wie an Danas Problem gearbeitet wird, vertritt die Therapeutin die Ansicht, dass die Mutter das nur *öfters* glaubt. Der grösste Meinungsunterschied zeigt sich in der Dimension **Therapieziele**. Danas Mut-

ter erachtet hier Übereinstimmung und Zusammenarbeit als *sehr oft* bis *immer* gegeben, Danas Therapeutin lediglich als tendenziell *öfters*. Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz bei Item 4, in dem es um die gemeinsame Arbeit am Setzen von Therapiezielen geht und bei Item 11, in dem es um geteilte Klarheit darüber geht, welche Veränderungen gut für die Familie / das Kind wären.

Tabelle 19: Dana - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	5.0	4.0
Therapieaufgaben	3.5	3.5
Therapieziele	4.5	3.3
Therapeutische Arbeitsallianz	4.3	3.6

Falldarstellung Daniel

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Beim Vergleich der verschiedenen Einschätzungen der **therapeutischen Arbeitsallianz** zwischen Daniel und seiner Therapeutin fällt zunächst auf, dass Daniels Mutter keine Bewertung abgegeben hat und dass Daniel selbst die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz am geringsten von allen Bewertenden einschätzt. Er erachtet sie nur als tendenziell *manchmal* gut. Etwas besser fällt die Beurteilung der Beobachterin aus. Sie empfindet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut. Daniels Therapeutin bewertet sie mit tendenziell *sehr oft* gut. Während Daniels Therapeutin und die Beobachterin die Dimension **therapeutische Bindung** wesentlich besser einschätzen als die anderen beiden Allianz-Dimensionen, schätzt Daniel sie am schlechtesten ein. Er empfindet die therapeutische Bindung nur als tendenziell *manchmal* gut. Die Beurteilung der Therapeutin weicht mit tendenziell *immer* gut massiv von Daniels Meinung ab. Die Beobachterin empfindet die therapeutische Bindung als *sehr oft* gut. Auf Item-Ebene gibt Daniel an, dass er nur *manchmal* glaubt, dass seine Therapeutin ihn mag. Daniels Therapeutin ist der Ansicht, dass Daniel sie *sehr oft* mag und auch die Beobachterin denkt, dass die beiden sich *sehr oft* mögen. In Bezug auf Item 5 ("Meine Therapeutin und ich achten einander") ist Daniel der Ansicht, dass das nur *selten* der Fall ist. Die Therapeutin sieht die gegenseitige Achtung *immer* als gegeben, die Beobachterin als *sehr oft*. Die genau gleichen Einschätzungen lie-

gen bei Item 9 vor, in dem es darum geht, dass die Therapeutin auch dann zu Daniel steht, wenn er etwas tut, was sie nicht gutheißt. Auch die Bewertungen der Übereinstimmung und Zusammenarbeit Daniels und seiner Therapeutin in der Dimension **Therapieaufgaben** fallen sehr unterschiedlich aus. Daniel erachtet sie als *manchmal* bis *öfters*, seine Therapeutin als *öfters* bis *sehr oft* und die Beobachterin als tendenziell *manchmal* gegeben. Daniel gibt an, dass das, was er in der Therapie macht, ihm nur *selten* neue Sichtweisen auf sein Problem eröffnet, während seine Therapeutin glaubt, dass dies *öfters* der Fall sei. Nach Einschätzung der Beobachterin glaubt Daniel nur *selten*, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Daniel und sein Therapeutin vertreten die Ansicht, dass Daniel das *öfters* glaubt. In der Dimension **Therapieziele** bewertet Daniel Übereinstimmung und Zusammenarbeit als *manchmal* bis *öfters* gegeben. Seine Therapeutin empfindet sie als *öfters*, die Beobachterin als tendenziell *manchmal* gegeben. Auf Item-Ebene gibt Daniel an, dass er und seine Therapeutin nur *selten* auf Ziele hinarbeiten über die sie sich einig sind. Seine Therapeutin meint, dies sei *öfters* der Fall. Sowohl Daniel als auch die Beobachterin gehen davon aus, dass Daniel und seine Therapeutin sich nur *manchmal* darüber im Klaren sind, welche Veränderungen gut für Daniel wären. Daniels Therapeutin vertritt die Ansicht, dass das *sehr oft* der Fall ist.

Tabelle 20: Daniel - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Daniel	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	1.8	4.8	-	4.0
Therapieaufgaben	2.5	3.5	-	1.8
Therapieziele	2.5	3.0	-	2.3
Therapeutische Arbeitsallianz	2.3	3.8	-	2.7

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Da Daniels Mutter keine Bewertung ihrer therapeutischen Arbeitsallianz mit Daniels Therapeutin abgegeben hat, kann kein Vergleich der Einschätzungen erfolgen. Nachstehend wird die Einzelbewertung der Therapeutin beschrieben.

Die **therapeutische Allianz** zwischen Daniels Mutter und ihr empfindet die Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gut. Dabei erachtet sie die **therapeutische Bindung** als *sehr oft* bis *immer* gut und bewertet sie am besten von den drei Allianz-Dimensionen. Am schlechtesten von allen Allianz-Dimensionen bewertet sie jene der **Therapieaufgaben**. Hier sieht sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Daniels Mutter nur tendenziell *öfters* als

gegeben. In Bezug auf die **Therapieziele** ist sie der Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Daniels Mutter *sehr oft* gegeben sind.

Tabelle 21: Daniel - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	-	4.5
Therapieaufgaben	-	3.3
Therapieziele	-	4.0
Therapeutische Arbeitsallianz	-	3.9

Falldarstellung Erik

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Im Vergleich der verschiedenen Einschätzungen fällt zunächst auf, dass Erik lediglich zwei Items des gesamten Fragebogens bewertet hat. Des Weiteren fällt auf, dass die Einschätzungen der **therapeutischen Arbeitsallianz** durch die Therapeutin und die Beobachterin nahezu identisch sind – ihre Bewertungen in den Dimensionen Therapieaufgaben und –ziele sind genau gleich. Beide bewerten die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut. Die Mutter erachtet die therapeutische Arbeitsallianz lediglich als tendenziell *öfters* gut. Im Vergleich der drei Dimensionen wird auch sichtbar, dass die Einschätzungen aller Erwachsenen darin übereinstimmen, dass die Qualität der Dimension **therapeutische Bindung** jeweils mit Abstand am besten eingeschätzt wird. Bezüglich der Dimension **Therapieaufgaben** sieht die Mutter die Übereinstimmung und Zusammenarbeit tendenziell nur *manchmal* als gegeben, Eriks Therapeutin und die Beobachterin in völliger Übereinstimmung als tendenziell *öfters*. Die Mutter ist der Ansicht, dass Erik zwar nur *selten* neue Sichtweisen auf seine Probleme erlangt, dass er aber gleichzeitig *sehr oft* glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Auch Erik selbst vertritt die Ansicht, dass es *immer* richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird, wohingegen die Therapeutin meint, dass diese Richtigkeit für Erik nur *öfters* gegeben ist. In der **Therapieziele**-Dimension zeigt sich ein vergleichbares Bild. Die Therapeutin und die Beobachterin erachten die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in genauer Übereinstimmung als tendenziell *öfters*, die Mutter nur als *manchmal* bis *öfters* gegeben.

Tabelle 22: Erik - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Erik	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	4.0	4.8	4.8	4.5
Therapieaufgaben	5.0	3.3	2.3	3.3
Therapieziele	-	3.3	2.5	3.3
Therapeutische Arbeitsallianz	4.5	3.8	3.2	3.7

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Vergleicht man die Einschätzungen von Eriks Mutter und seiner Therapeutin fällt auf, dass Eriks Mutter die **therapeutische Arbeitsallianz** merklich besser bewertet als die Therapeutin. Beide beurteilen die Qualität der Dimension **therapeutische Bindung** am höchsten. Sie erachten sie als (tendenziell) *immer* gut. Ebenso sind sich darüber einig, dass in der **Therapieaufgaben**-Dimension am wenigsten Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen ihnen besteht. Die Therapeutin erachtet sie als tendenziell *öfters*, Eriks Mutter als tendenziell *sehr oft* gegeben. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension **Therapieziele** bewerten Eriks Mutter und die Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gegeben. Dabei fällt auf, dass die Bewertung der Mutter wiederum merklich besser ausfällt, als jene der Therapeutin.

Tabelle 23: Erik - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	5.0	4.8
Therapieaufgaben	3.8	3.3
Therapieziele	4.3	3.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.3	3.9

Falldarstellung Finn

Vergleich der Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

In Bezug auf die **therapeutische Arbeitsallianz** lässt sich feststellen, dass die Mutter sie am höchsten einschätzt. Sie erachtet sie als tendenziell *sehr oft* gut. Etwas niedriger schätzt die Beobachterin die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz ein. Aus ihrer Sicht ist sie *öfters* bis *sehr oft* gut. Beinahe identisch fallen die Beurteilungen Finns und seiner Therapeutin aus. Ihres Erachtens ist die therapeutische Arbeitsallianz tendenziell *öfters* gut. Finns Bewertung fällt dabei besser aus als jene seiner Therapeutin. Aus allen Perspektiven erfährt die Qualität der **therapeutischen Bindung** von allen Dimensionen mit Abstand die höchste Bewertung. Finn erachtet sie *immer* als gut, Finns Mutter und seine Therapeutin als tendenziell *immer* und die Beobachterin als *sehr oft* gut. Es fällt auf, dass die Therapeutin die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Finn und ihr in der **Therapieaufgaben**-Dimension von allen Bewertenden am niedrigsten einschätzt. Sie sieht sie als *manchmal* bis *öfters* als gegeben. Auf Item-Ebene vertritt sie die Ansicht, dass Finn nur *selten* Klarheit in Bezug auf Veränderungsmöglichkeiten erlangt und dass die Therapie ihm nur *manchmal* neue Sichtweisen auf sein Problem eröffnet. Finns Bewertungen stimmen hier nahezu mit jenen seiner Therapeutin überein, wohingegen seine Mutter die Ansicht vertritt, dass Finn in der Therapie *sehr oft* Klarheit über Veränderungsmöglichkeiten sowie neue Sichtweisen auf sein Problem erlangt. Während Finn und die Beobachterin meinen, dass Finn *immer* glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird, glaubt die Therapeutin, dass Finn das nur *öfters* glaubt. Sehr auffällig ist die übereinstimmende Bewertung Finns und seiner Therapeutin in der **Therapieziele**-Dimension. Beide bewerten sie mit *selten* bis *manchmal* gegeben als extrem niedrig. Auch hier fällt auf, dass die Beurteilung der Beobachterin besser und jene von Finns Mutter wesentlich besser ausfällt. Finns Mutter ist der Meinung, dass Zusammenarbeit und Übereinstimmung tendenziell *sehr oft* gegeben sind, die Beobachterin erachtet sie als tendenziell *öfters* gegeben.

Tabelle 24: Finn - Einschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Kind-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte			
	Finn	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
Therapeutische Bindung	5.0	4.8	4.8	4.0
Therapieaufgaben	3.0	2.5	3.8	3.5
Therapieziele	1.5	1.5	4.3	3.3
Therapeutische Arbeitsallianz	3.2	2.9	4.3	3.6

Vergleich der Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Finns Mutter und seine Therapeutin schätzen ihre **therapeutische Arbeitsallianz** als tendenziell *sehr oft* gut ein. Dabei fällt auf, dass die Bewertung der Therapeutin merklich schlechter ausfällt. Beide beurteilen ihre **therapeutische Bindung** als *sehr oft* gut. Die Therapeutin erachtet ihre Qualität sogar als etwas höher als die Mutter. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der **Therapieaufgaben**-Dimension wird von Finns Mutter tendenziell als *sehr oft* und von seiner Therapeutin als *öfters* bis *sehr oft* gegeben erachtet. Die Therapeutin geht davon aus, dass der Mutter nur *selten* klarer geworden ist, wie sie sich verändern kann, während die Mutter die Ansicht vertritt, dass sie *öfters* Klarheit über Veränderungsmöglichkeiten in Bezug auf ihre Familie erlangt hat. Sehr unterschiedlich fallen die Bewertungen in Bezug auf Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den **Therapiezielen** aus. Die Therapeutin sieht sie nur als tendenziell *öfters* gegeben, Finns Mutter als *sehr oft* bis *immer*. Auf Item-Ebene herrscht vor allem bei Item 4, in dem es um das gemeinsame Arbeiten an Therapiezielen geht, Uneinigkeit. Ebenso in Bezug auf die Klarheit darüber, welche Veränderungen gut für Finn wären.

Tabelle 25: Finn - Einschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Mutter-Therapeutin-Allianz (Einzelfall)	Mittelwerte	
	Mutter	Therapeutin
Therapeutische Bindung	4.3	4.8
Therapieaufgaben	3.8	3.5
Therapieziele	4.5	2.8
Therapeutische Arbeitsallianz	4.2	3.7

3.2.6 Aggregierte Inhaltsanalyse

Zusammenfassende Beschreibung der Therapiestunden

Die zehn Videoaufzeichnungen vermitteln ein heterogenes Bild von Einzeltherapiestunden mit Kindern. Es zeigen sich reine Gesprächstherapiestunden, reine Spieltherapiestunden und Therapiestunden, in denen Gespräch und spielerische Interventionen gemischt werden. In den reinen Spieltherapiestunden wirken die Therapeutinnen – meist nach Anweisung der Kinder – zum Beispiel im Puppen- oder Sandspiel mit. Hier kommentieren die Therapeutinnen das kindliche Spiel in erster Linie und es kommen kaum bis keine problembezogenen Dialoge zustande. In den Stunden, in denen sowohl Gespräche als auch spielerische Interventionen stattfinden, wird Problemverhalten aufgegriffen und während des Spielgeschehens implizit oder explizit bearbeitet. Die spielerischen Interventionen erstrecken sich vom Schach- über ein Pokerspiel bis hin zum Geschichten erfinden. Die Kinder, mit denen reine Gesprächstherapiestunden stattfinden, sind alle über zehn Jahre alt.

Bis auf eine Ausnahme erscheinen alle Kinder kooperativ, wenn auch unterschiedlich stark. Der Grossteil der Kinder vermittelt einen interessierten und aufgeweckten Eindruck. Alle wirken im Umgang mit ihrer Therapeutin vertraut. In drei Fällen zeigt sich das Verhältnis zwischen Therapeutin und Kind trotz Vertrautheit etwas distanzierter. Vier Kinder schwächen ihr von der Therapeutin angesprochenes Problemverhalten zunächst ab, oder negieren es. Die Hälfte der Kinder bringen ihrer Therapeutin gegenüber offen Freude und Spass zum Ausdruck. Fünf der Kinder scheinen die Therapiestunde am Ende nur ungern zu verlassen, drei von ihnen gehen bereitwillig und zwei erscheinen über das Sitzungsende erleichtert zu sein.

Alle Therapeutinnen wirken sehr bemüht um die Kinder, wobei sie sich unterschiedlich verhalten. Vier der Therapeutinnen geben sowohl Inhalt und Verlauf der Sitzung vor, fünf überlassen es dem Kind zu bestimmen, was gemacht werden soll. In einem Fall bestimmen die Therapeutin und das Kind den Sitzungsverlauf gemeinsam. Die Therapeutinnen bedienen sich mehrheitlich offener Fragetechniken und sechs von ihnen insistieren ein bis zweimal, wenn die Kinder auf ihre Fragen nicht eingehen, Probleme verharmlosen oder negieren. In drei Fällen setzen die Therapeutinnen den Kindern klare Verhaltensgrenzen, zwei Therapeutinnen lassen die Kinder auch in Grenzsituationen weiter gewähren. Während drei Therapeutinnen sich gelegentlich ausgelassen und spielerisch geben, ist in drei anderen Sitzungen ein eher formaler und distanzierter Therapiestil zu beobachten.

Zusammenfassung der Einschätzungen der Qualität der therapeutischen Arbeitsallianzen

Nachfolgend werden die Einschätzungen der therapeutischen Arbeitsallianzen (Kind-Therapeutin und Mutter-Therapeutin) aus den verschiedenen Bewertungsperspektiven (Kind, Therapeutin, Mutter, Beobachterin) zusammengefasst. Die hier getroffenen Aussagen beziehen sich, falls nicht anders erwähnt, auf den Mittelwert der Ergebnisse der jeweiligen Perspektive. Die Bereiche zwischen zwei ganzen Wertepunkten werden wie in Kapitel 3.2.5 beschrieben bezeichnet. Zur Verdeutlichung der Ergebnisse erfolgen auch Beschreibungen der Item-Ebene. Die Werte auf Item-Ebene werden jeweils auf die nächste ganze Wertepunktzahl gerundet. Betreffen diese Beschreibungen mehrere Bewertungsperspektiven, wird bei der Kind-Therapeutinnen-Allianz jeweils der Text des Beobachterinnen-Fragebogens in Klammern angeführt, bei der Mutter-Therapeutinnen-Allianz jener des Eltern-Fragebogens.

Kind-Therapeutin-Allianz

Gesamteinschätzungen der therapeutischen Arbeitsallianz

Die Einschätzung aus den verschiedenen Bewertungsperspektiven der Kind-Therapeutin-Allianz über die zehn Einzelfälle hinweg zeigt, dass die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz von den Müttern am höchsten eingeschätzt wird ($M = 4.1$). Ebenfalls als tendenziell *sehr oft* gut ($M = 3.8$) schätzen die Kinder und die Therapeutinnen ihre therapeutische Arbeitsallianz ein. Hier fällt auf, dass die Gesamtmittelwerte völlig identisch ausfallen, auch wenn sich die Bewertungen auf Dimensions-Ebene unterscheiden. Bei den Kindern weicht eine Bewertung – jene von Daniel ($M = 2.3$) – massiv vom Mittelwert ab. Als *öfters* bis *sehr oft* gut ($M = 3.6$) bewertet die Beobachterin die therapeutische Arbeitsallianz über alle Fälle hinweg.

Es fällt auf, dass zwei Kinder nicht alle zwölf Items des Fragebogens bewertet haben. Ein Kind hat nur zwei, das andere acht Items eingeschätzt. Drei Mütter haben keine Einschätzung zur Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen ihrem Kind und dessen Therapeutin abgegeben.

Die Dimension therapeutische Bindung

Von allen Bewertenden schätzen die Mütter die Qualität der therapeutischen Bindung am höchsten ein ($M = 4.8$). Auch die Therapeutinnen erachten die therapeutische Bindung als tendenziell *immer* gut ($M = 4.7$). Die Kinder ($M = 3.9$) und die Beobachterin ($M = 4.2$) beurteilen die Qualität der therapeutischen Bindung etwas niedriger. Sie bezeichnen sie als

tendenziell *sehr oft* gut, wobei die Kinder die schlechteste Beurteilung abgeben.

Es fällt auf, dass aus allen Perspektiven die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen am höchsten eingeschätzt wird. Die Beurteilung durch die Mütter, die Therapeutinnen und die Beobachterin fällt hier sogar mit Abstand besser aus als jene der anderen Allianz-Dimensionen. Bei den Einschätzungen der Kinder ist der Unterschied zu den anderen Allianz-Dimensionen kaum gegeben. Der geringfügig höhere Mittelwert in der Dimension therapeutische Bindung gegenüber den anderen Allianz-Dimensionen entsteht durch lediglich zwei Bewertungen. Finn und Belinda nämlich schätzen die therapeutische Bindung massiv höher ein als die beiden anderen Allianz-Dimensionen. Alle anderen Kinder bewerten die Qualität dieser Dimension nicht am höchsten von den drei Allianz-Dimensionen.

Ein Blick auf die **Item-Ebene** macht deutlich, dass alle Kinder sämtliche Items zur therapeutischen Bindung bewertet und fast ausschliesslich gute Bewertungen (4 und 5 Punkte) abgegeben haben. Zwei Kinder jedoch, Daniel und Cornel, bewerten die Items zur therapeutischen Bindung wesentlich schlechter als die anderen. Sie vergeben Punkte zwischen 1 und 3. Sowohl Daniel als auch Cornel erachten die therapeutische Bindung zwischen ihnen und ihrer jeweiligen Therapeutin nur als tendenziell *manchmal* gut. Dieses Ergebnis wirkt sich auf den Gesamtmittelwert dieser Dimension entsprechend aus.

Weitere Vergleiche auf Item-Ebene zeigen, dass alle Mütter sämtliche Items zur Dimension therapeutische Bindung bewertet und dabei ausschliesslich 4 oder 5 Punkte vergeben haben.

Ähnlich verhält es sich bei den Therapeutinnen. Jene Items, die zur therapeutischen Bindung bewertet wurden, erhielten fast ausschliesslich 4 oder 5 Punkte. Einzig eine Therapeutin vergab einmal 3 Punkte.

Auch die Beobachterin vergibt für die Beziehungs-Items in fast allen Fällen ausschliesslich Bewertungen von 4 und 5 Punkten.

Item 3 ("Die Therapeutin und das Kind mögen einander") wird von den Kindern ($M = 4$), den Therapeutinnen ($M = 4$) und der Beobachterin ($M = 4$) mit tendenziell *sehr oft* bewertet. Die Mütter hingegen vertreten den Standpunkt, dass diese Aussage tendenziell *immer* ($M = 5$) zutrifft.

Item 5 ("Die Therapeutin und das Kind achten einander.") wird von den Therapeutinnen und den Müttern mit tendenziell *immer* ($M = 5$) bewertet. Die Beobachterin ($M = 4$) und die Kinder ($M = 4$) meinen, dass das nicht immer, sondern nur tendenziell *sehr oft* der Fall ist.

In Bezug auf **Item 7** ("Das Kind spürt, dass die Therapeutin es schätzt.") vertreten die Therapeutinnen und die Mütter den Standpunkt, dass das tendenziell *immer* ($M = 5$) so ist. Die Beobachterin ($M = 4$) und die Kinder ($M = 4$) vergeben eine etwas niedrigere Bewertung. Sie meinen, dass diese Aussage tendenziell *sehr oft* zutrifft.

Item 9 ("Das Kind spürt, dass die Therapeutin auch dann zu ihm steht, wenn es etwas tut, was sie nicht gut heisst.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen mit tendenziell *immer* ($M = 5$) bewertet. Die Beobachterin und die Kinder erachten diese Aussage als tendenziell *sehr oft* ($M = 4$) zutreffend.

Die Dimension Therapieaufgaben

Auch die Qualität der **Dimension** Therapieaufgaben wird aus den verschiedenen Perspektiven ähnlich eingeschätzt. Die beste Beurteilung in dieser Dimension vergeben die Kinder und die Mütter. Sie sehen hier die Übereinstimmung und Zusammenarbeit der Kinder mit ihrer Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gegeben, wobei die Bewertung der Kinder ($M = 3.7$) noch etwas besser ausfällt als jene der Mütter ($M = 3.6$). Die Therapeutinnen finden, dass sie in dieser Dimension *oft* bis *sehr oft* mit den Kindern übereinstimmen und zusammenarbeiten ($M = 3.4$) und die Beobachterin ist der Ansicht, dass dies tendenziell *öfters* der Fall ist ($M = 3.3$). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zwei Kinder nur je ein Item in dieser Dimension eingeschätzt haben, muss der Mittelwert leicht relativiert werden. Es ist davon auszugehen, dass er – ohne entsprechende Hochrechnung – unwesentlich niedriger ausfallen würde als der Mittelwert der Dimension Therapieziele.

Auch auf **Item-Ebene** fällt zunächst auf, dass zwei Kinder nur je ein Item zu dieser Dimension bewertet haben. Beide Kinder haben ausschliesslich Item 12 ("Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.") eingeschätzt. Auch bei den Müttern wurden in einem Fall nur zwei Items der Therapieaufgaben-Dimension eingeschätzt. Bei den eingeschätzten Items handelt es sich um Item 10 ("Mein Kind spürt, dass das, was es in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen.") und Item 12 ("Mein Kind glaubt, dass es richtig ist, wie es mit seiner Therapeutin an seinem Problem arbeitet.").

Im Gegensatz zur Dimension therapeutische Bindung, in welcher fast alle Bewertenden ausschliesslich gute Einzeleinschätzungen abgegeben haben, zeigt sich in der Dimension Therapieaufgaben ein heterogenes Bild. Sowohl die Kinder, als auch die Therapeutinnen, die Mütter und die Beobachterin bedienten sich bei der Beurteilung der Items aller fünf möglichen Bewertungsstufen.

Item 1 ("Durch die Therapiestunden ist es dem Kind klarer geworden, wie es sich verändern kann.") wird aus allen vier Bewertungsperspektiven mit (tendenziell) *öfters* ($M = 3$) beurteilt. Bei den Kindern fällt auf, dass die Einzelbeurteilungen völlig unterschiedlich ausfallen. Zwei der acht abgegebenen Bewertungen weichen stark positiv ($M = 5$) und eine

stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert ab. Bei den Therapeutinnen ($M = 3$) weicht eine Einzelbeurteilung ($M = 1$) von zehn erheblich vom Mittelwert ab.

Item 2 ("Was das Kind in der Therapie macht, eröffnet ihm neue Sichtweisen auf sein Problem.") wird ebenfalls aus allen Perspektiven mit (tendenziell) *öfters* ($M = 3$) beurteilt. Sowohl die Einzelbewertungen der Kinder als auch der Mütter fallen jedoch völlig unterschiedlich aus. Bei den Kindern weichen drei Bewertungen stark positiv ($M = 5$) und drei stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert ab. Auch bei den Müttern weicht eine Bewertung stark positiv ($M = 5$) und eine stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert ab.

Item 10 ("Die Therapeutin und das Kind stimmen darin überein, dass das, was das Kind in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen.") wird aus der Perspektive der Kinder, der Therapeutinnen und der Mütter beinahe identisch eingeschätzt ($M = 4$). Aus allen Perspektiven trifft diese Aussage (tendenziell) *sehr oft* zu. Bei den Kindern weicht eine von acht, bei den Müttern eine von sieben und bei den Therapeutinnen eine von zehn Einzelbewertungen stark negativ ($M = 2$) vom Mittelwert ab. Die Einschätzung der Beobachterin fällt deutlich schlechter aus. Sie vertritt die Ansicht, dass diese Aussage nur *öfters* ($M = 3$) zutrifft.

Die Aussage von **Item 12** ("Das Kind glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.") trifft aus Sicht der Kinder, der Mütter und der Beobachterin (tendenziell) *sehr oft* zu. Zwei der zehn Einzelbewertungen der Beobachterin weichen stark negativ vom Mittelwert ab ($M = 2 / M = 1$), eine der zehn Einzelbewertungen der Kinder ebenfalls ($M = 2$). Deutlich schlechter wird dieses Item von den Therapeutinnen bewertet. Sie erachten diese Aussage nur als tendenziell *öfters* ($M = 3$) zutreffend.

Die Dimension Therapieziele

Die **Dimension Therapieziele** wird aus der Perspektive der Mütter und der Kinder identisch bewertet. Sie erachten die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen den Kindern und ihren Therapeutinnen als tendenziell *sehr oft* ($M = 3.7$) gegeben. Als etwas geringer erachten die Therapeutinnen und die Beobachterin die Übereinstimmung und Zusammenarbeit. Die Therapeutinnen ($M = 3.4$) sehen sie als *öfters* bis *sehr oft* gegeben, die Beobachterin ($M = 3.3$) als tendenziell *öfters*.

Auf **Item-Ebene** fällt auf, dass ein Kind keines der Therapieziel-Items bewertet hat. Auch hier zeigen die Einzelbewertungen aller Perspektiven ein heterogenes Bild. Die Bewerter bedienten sich bei der Beurteilung der Items aller fünf Stufen der Likert-Skala.

Bei der Bewertung von **Item 4** ("Die Therapeutin und das Kind arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.") zeigen sich zwei Tendenzen: Die Mütter und Kinder schätzen dieses Item höher ein, als die Therapeutinnen und die Beobachterin. Sie erachten diese Aussage als (tendenziell) *sehr oft* ($M = 4$) zutreffend. Bei einem von neun Kindern weicht die Einzelbewertung stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert ab, ebenso bei einer von sechs

Müttern ($M = 2$). Im Gegensatz zu den Kinder und Müttern erachten die Therapeutinnen und die Beobachterin diese Aussage nur als tendenziell *öfters* ($M = 3$) zutreffend, wobei eine Einzelbewertung von zehn bei den Therapeutinnen stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert abweicht.

Item 6 ("Die Therapeutin und das Kind arbeiten auf Ziele hin, über die sie sich einig sind.") wird von den Müttern, der Beobachterin und den Therapeutinnen besser bewertet als von den Kindern. Die Mütter und die Beobachterin finden diese Aussage tendenziell *sehr oft* zutreffend ($M = 4$). Bei den Einzelbewertungen durch die Beobachterin weicht eine von zehn Bewertungen stark negativ ($M = 2$) vom Mittelwert ab, bei jenen der Therapeutinnen eine ($M = 1$). Die Kinder vertreten die Ansicht, dass die Aussage von Item 6 tendenziell *öfters* zutrifft ($M = 3$). Sehr auffallend ist, dass 3 Einzelbewertungen stark positiv ($M = 5$) und zwei stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert abweichen.

Item 8 ("Die Therapeutin und das Kind stimmen darin überein, woran es für das Kind wichtig ist zu arbeiten.") wird von den Therapeutinnen, den Müttern und den Kindern mit tendenziell *sehr oft* ($M = 4$) zutreffend bewertet. Bei den Kindern weichen zwei von neun Bewertungen stark negativ ($M = 2$) vom Mittelwert ab, bei den Therapeutinnen eine von neun ($M = 1$). Weniger gut fällt die Bewertung der Beobachterin aus. Sie erachtet die Aussage von Item 8 als tendenziell *öfters* ($M = 3$) zutreffend, wobei ein Wert stark positiv ($M = 5$) vom Mittelwert abweicht.

Item 11 ("Die Therapeutin und das Kind sind sich im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für das Kind wären.") wird aus der Perspektive der Therapeutinnen, der Mütter und der Kinder mit tendenziell *sehr oft* ($M = 4$) eingeschätzt. Bei den Kindern weichen drei der neun Bewertungen stark negativ ($M = 2$) vom Mittelwert ab, bei den Müttern zwei ($M = 2$) von sechs und bei den Therapeutinnen eine ($M = 2$) von zehn. Die Beobachterin beurteilt das Item als tendenziell *öfters* zutreffend ($M = 3$).

Mutter-Therapeutin-Allianz

Gesamteinschätzungen der therapeutischen Arbeitsallianz

Die Einschätzung aus den beiden Bewertungsperspektiven der Mutter-Therapeutin-Allianz über alle Fälle hinweg zeigt, dass die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz von den Müttern und den Therapeutinnen ähnlich eingeschätzt wird. Aus beiden Perspektiven wird die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut bewertet. Die Mütter ($M = 4.2$) bewerten sie sogar noch etwas besser als die Therapeutinnen ($M = 3.8$). Es fällt auf, dass die Mutter von Belinda und Daniel keine Einschätzung ihrer therapeutischen Allianz mit der Therapeutin ihres Kindes abgegeben haben und dass die Mutter von Cornel nur drei Items des gesamten Fragebogens bewertet hat. Eines zur Dimension Therapieaufgaben und zwei zur Therapieziel-Dimension.

Die Dimension therapeutische Bindung

Die Mütter bewerten diese Dimension besser als die Therapeutinnen. Erstere sind der Ansicht, dass die therapeutische Bindung zwischen ihnen und der Therapeutin ihres Kindes tendenziell *immer* gut ist ($M = 4.7$). Die Therapeutinnen vertreten die Ansicht, dass die therapeutische Bindung tendenziell *sehr oft* gut ist ($M = 4.3$).

Es fällt auf, dass – ebenso wie bei der Bewertung der Kind-Therapeutin-Allianz – auch bei der Bewertung der Mutter-Therapeutin-Allianz die Dimension Bindung aus allen Bewertungsperspektiven mit Abstand besser eingeschätzt wird als die beiden anderen Allianz-Dimensionen.

Auf **Item-Ebene** fällt zunächst auf, dass Cornels Mutter keines der Bindungs-Items bewertet hat. Weiters haben eine Therapeutin und eine andere Mutter je eine Frage zu dieser Dimension nicht eingeschätzt. Die Auslassung erfolgte in beiden Fällen bei Item 7 ("Ich spüre, dass die Therapeutin meine Familie schätzt."). Weiters fällt auf, dass die Mütter bei fast allen Items nur Bewertungen von 4 und 5 Punkten abgegeben haben. Nur eine Mutter bewertete ein Item mit 3 Punkten. Die Therapeutinnen hingegen bedienten sich der Wertepunkte von 2 bis 5.

Item 3 ("Ich glaube, dass die Therapeutin ["Elternperson" im Falle des Therapeutinnen-Bogens] mich mag.") wird von den Müttern ($M = 5$) mit tendenziell *immer* beurteilt. Die Therapeutinnen vertreten die Ansicht, dass diese Aussage nur tendenziell *sehr oft* ($M = 4$) zutrifft. Eine Therapeutin lässt dieses Item unbeantwortet.

Item 5 ("Die Therapeutin und ich achten einander.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen als *immer* zutreffend eingeschätzt. Bei den Einzelbewertungen der Therapeu-

tinnen weicht eine von zehn Bewertungen stark negativ ($M = 2$) von diesem Mittelwert ab. Auch **Item 7** ("Ich spüre, dass die Therapeutin meine Familie schätzt.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen mit tendenziell *immer* ($M = 5$) bewertet.

Item 9 ("Ich spüre, dass die Therapeutin auch dann zu meiner Familie steht, wenn ich etwas tue, was sie nicht gutheisst.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen identisch eingeschätzt. Sie vertreten die Ansicht, dass diese Aussage tendenziell *sehr oft* ($M = 4.4$) zutrifft.

Die Dimension Therapieaufgaben

Die Qualität der Dimension Therapieaufgaben wird aus den beiden Bewertungsperspektiven nahezu gleich eingeschätzt. Sowohl die Mütter ($M = 3.6$) als auch die Therapeutinnen ($M = 3.5$) sind der Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit bei den Therapieaufgaben *öfters* bis *sehr oft* gegeben sind.

Auf **Item-Ebene** wird deutlich, dass Cornels Mutter nur ein Item dieser Dimension bewertet hat. Es handelt sich dabei um Item 12 ("Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir am Problem meines Kindes arbeiten."). Des Weiteren wird ersichtlich, dass sich die Bewertenden bei der Beurteilung dieser Dimension aller fünf Stufen der Likert-Skala bedienen.

Item 1 ("Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich unsere Familie verändern kann.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen als tendenziell *öfters* zutreffend ($M = 3$) bezeichnet. Eine der zehn Einzelbewertungen der Therapeutinnen weicht stark negativ vom Mittelwert ($M = 1$) ab.

Item 2 ("Diese Therapie eröffnet mir neue Sichtweisen auf die Probleme in meiner Familie.") / ("Die Elternperson und ich glauben an den Nutzen der Aktivitäten, die in der Therapie stattfinden.") wird von den Therapeutinnen als einziges Item dieser Dimension besser bewertet als von den Müttern. Die Therapeutinnen ($M = 4$) meinen, dass die Aussage des Items 2 tendenziell *sehr oft* zutrifft, während die Mütter ($M = 3$) finden, dass das nur *öfters* der Fall ist.

Item 10 ("Ich spüre, dass das, was in der Therapie getan wird, helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.") wird von den Müttern und den Therapeutinnen mit tendenziell *sehr oft* beurteilt ($M = 4$).

Auch **Item 12** ("Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir am Problem meines Kindes arbeiten.") wird aus beiden Perspektiven mit tendenziell *sehr oft* ($M = 4$) bewertet.

Die Dimension Therapieziele

Die Mütter bewerten die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieziele etwas besser als die Therapeutinnen. Sie erachten sie als tendenziell *sehr oft* gegeben ($M = 4.3$). Die Therapeutinnen vertreten die Meinung, dass die Übereinstimmung und Zusammenarbeit *öfters* bis *sehr oft* gegeben sind ($M = 3.6$).

Beim Blick auf die **Item-Ebene** fällt auf, dass Cornels Mutter nur zwei der vier Therapieziele-Items bewertet hat. Bei den bewerteten Items handelt sich um Item 8 ("Wir [die Therapeutin und die Mutter] stimmen darin überein, woran in der Therapie gearbeitet werden soll.") und Item 11 ("Wir [die Therapeutin und die Mutter] sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mein Kind wären."). Weiters wird ersichtlich, dass die Mütter bei der Beurteilung dieser Dimension ausschliesslich Punkte von 3 bis 5 vergeben, während die Therapeutinnen sich dazu aller Werte der Likert-Skala bedient haben.

Item 4 ("Die Therapeutin und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.") wird aus den zwei Bewertungsperspektiven unterschiedlich bewertet. Während die Mütter glauben, dass diese Aussage tendenziell sehr oft zutrifft ($M = 4$) sind die Therapeutinnen der Ansicht, dass das nur tendenziell öfters der Fall ist ($M = 3$). Die Einzelbewertungen der Therapeutinnen zeigen, dass vier von zehn Beurteilungen stark vom Mittelwert abweichen, zwei positiv ($M = 5$) und zwei negativ ($M = 1$).

Item 6 ("Die Therapeutin und ich arbeiten auf Ziele hin, über die wir uns einig sind.") wird aus beiden Bewertungsperspektiven mit (tendenziell) *sehr oft* zutreffend ($M = 4$) eingeschätzt.

Item 8 ("Wir [die Therapeutin und die Mutter] stimmen darin überein, woran in der Therapie gearbeitet werden soll.") wird, ähnlich wie Item 4, aus den beiden Bewertungsperspektiven stark unterschiedlich eingeschätzt. Wiederum fällt die Bewertung der Mütter ($M = 4$) besser aus, als jene der Therapeutinnen ($M = 3$). Die Mütter meinen, diese Aussage sei tendenziell *sehr oft* zutreffend, die Therapeutinnen finden sie tendenziell *öfters* zutreffend. Bei den Einzelbewertungen der Therapeutinnen weicht eine von zehn Beurteilungen stark positiv ($M = 5$) vom Mittelwert ab.

Item 11 ("Wir [die Therapeutin und die Mutter] sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mein Kind wären."), wird von den Müttern und den Therapeutinnen mit tendenziell *sehr oft* gegeben ($M = 4$) bewertet. Bei den Therapeutinnen weicht eine Einzelbewertung von zehn stark negativ ($M = 2$) vom Mittelwert ab.

Bewertungsmuster der Kind-Therapeutin-Allianz

Die Untersuchung der therapeutischen Arbeitsallianzen zeigt, dass die Kind-Therapeutin-Allianz aus den verschiedenen Bewertungsperspektiven eher unterschiedlich eingeschätzt wird, während jene der Mutter-Therapeutin-Allianz sehr oft identisch ausfällt. Nachfolgend werden die Bewertungsmuster der Kind-Therapeutin-Allianz detailliert dargestellt.

Kind-Therapeutin-Allianz

Der Vergleich der zehn Einzelfälle macht deutlich, dass die Einschätzung der Kind-Therapeutin-Allianz aus den verschiedenen Perspektiven in der Mehrheit der Fälle unterschiedlich ausfällt. Nur in zwei Fällen – Albin und Belinda – erfolgen identische Einschätzungen, wobei in Belindas Fall die Beurteilung der Mutter fehlt. In den meisten Fällen werden zwei Lager erkennbar, deren Beurteilungen sich jeweils durch einen Wertepunkt unterscheiden. Zu drei unterschiedlichen Bewertungen von ein und derselben therapeutischen Arbeitsallianz kommt es in den Fällen Daniel und Erik. Es zeigt sich, dass bis auf den Fall Chiara, ausschliesslich Mütter und Kinder die therapeutische Arbeitsallianz als auffallend positiv bewerten.

Tabelle 26: Kind-Therapeutin-Allianz - Gesamte therapeutische Arbeitsallianz

Kind-Therapeutin-Allianz				
gute therapeutische Arbeitsallianz	Perspektive			
	Kind	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
(tend.) immer	Aline, Dana, Erik	Chiara	Chiara, Dana	
(tend.) sehr oft	Albin, Belinda, Bruno, Chiara	Aline, Albin, Belinda, Cornel, Dana, Daniel, Erik	Aline, Albin, Finn	Aline, Albin, Belinda, Chiara, Cornel, Dana, Erik, Finn
(tend.) öfters	Cornel, Finn	Bruno, Finn	Bruno, Erik	Bruno, Daniel
(tend.) manchmal	Daniel			
(tend.) selten				

Die nachstehenden Tabellen zeigen die Bewertungsmuster der Kind-Therapeutin-Allianz auf Basis der Einzeldimensionen. Es wird deutlich, dass auch in jenen Fällen, in denen die Gesamtallianz aus den verschiedenen Perspektiven gleich beurteilt wurde, die Einschätzungen auf Dimensionsebene unterschiedlich sind.

Tabelle 27: Kind-Therapeutin-Allianz - Bewertungsmuster therapeutische Bindung

Kind-Therapeutin-Allianz – Dimension therapeutische Bindung				
gute therapeutische Bindung	Perspektive			
	Kind	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
(tend.) immer	Bruno, Dana, Finn	Aline, Belinda, Bruno, Chiara, Cornel, Dana, Daniel, Erik, Finn	Aline, Albin, Bruno, Chiara, Dana, Erik, Finn	Albin, Belinda, Chiara, Dana, Erik
(tend.) sehr oft	Aline, Albin, Belinda, Chiara, Erik	Albin		Aline, Bruno, Cornel, Daniel, Finn
(tend.) öfters				
(tend.) manchmal	Cornel, Daniel			
(tend.) selten				

In der Dimension therapeutische Bindung fallen die Einschätzungen insofern eher einheitlich aus, als dass sie sich in den oberen zwei Bereichen der fünfstufigen Likert-Skala bewegen. Daniel und Cornel bewerten diese Dimension merklich schlechter als die Erwachsenen.

Im Gegensatz zur Dimension therapeutische Bindung kommt es bei den Einschätzungen der Dimension Therapieaufgaben öfters zu unterschiedlichen Bewertungen. Die Bewertungsmuster in den Fällen Cornel, Bruno, Erik und Daniel zeigen jeweils eine Einschätzung im unterdurchschnittlichen Bereich. Im Gegensatz zur Dimension therapeutische Bindung erfolgen hier schlechtere Bewertungen nicht nur ausschliesslich aus der Kinder- sondern auch aus den Erwachsenenperspektiven.

Tabelle 28: Kind-Therapeutin-Allianz - Bewertungsmuster Therapieaufgaben

Kind-Therapeutin-Allianz – Dimension Therapieaufgaben				
Übereinstimmung Therapieaufgaben	Perspektive			
	Kind	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
(tend.) immer	Aline, Bruno, Chiara, Erik		Chiara, Dana	
(tend.) sehr oft	Albin, Dana	Albin, Belinda, Chiara, Dana, Daniel	Aline, Albin, Finn	Aline, Albin, Belinda, Chiara, Dana, Finn
(tend.) öfters	Belinda, Daniel, Finn	Aline, Cornel, Erik, Finn	Bruno	Bruno, Cornel, Erik
(tend.) manchmal	Cornel	Bruno	Erik	Daniel
(tend.) selten				

Ähnlich wie bei der Dimension Therapieaufgaben zeigen sich auch in der Dimension Therapieziele verschiedene Bewertungsmuster. Auch hier erfolgen in den Einzelfällen Daniel und Finn aus verschiedenen Perspektiven Bewertungen im unterdurchschnittlichen Bereich.

Tabelle 29: Kind-Therapeutin-Allianz - Bewertungsmuster Therapieziele

Kind-Therapeutin-Allianz				
Übereinstimmung Therapieziele	Perspektive			
	Kind	Therapeutin	Mutter	Beobachterin
(tend.) immer	Aline, Dana	Chiara	Dana	
(tend.) sehr oft	Albin, Belinda, Bruno, Chiara	Albin, Belinda, Cornel, Dana	Aline, Albin, Finn	Aline, Albin, Chiara, Cornel
(tend.) öfters	Cornel, Daniel	Aline, Bruno, Daniel, Erik	Bruno, Erik	Belinda, Bruno, Dana, Erik, Finn
tend manchmal	Finn	Finn		Daniel
(tend.) selten				

4 DISKUSSION

An dieser Stelle werden zunächst die allgemeinen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert. Im Anschluss daran werden zwei ausgewählte Einzelfälle, die aufgrund ihres Bewertungsmusters als besonders interessant erscheinen, besprochen.

Allgemeine Ergebnisse

Kind-Therapeutin-Allianz

Die Ergebnisse dieser Untersuchung machen deutlich, dass ein und dieselbe therapeutische Arbeitsallianz aus den verschiedenen Bewertungsperspektiven nie völlig identisch eingeschätzt wird. Spätestens auf Dimensionsebene kommt es auch dann zu unterschiedlichen Einschätzungen, wenn die Gesamtallianz gleich beurteilt wird.

In der dieser Arbeit zugrunde liegenden Stichprobe bewerten alle Bewertenden mit Ausnahme von Daniel, Cornel und Finns Therapeutin die jeweilige therapeutische Arbeitsallianz zumindest als durchschnittlich gut, in den meisten Fällen sogar als noch besser. Dass die Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz aus den verschiedenen Perspektiven sich nur selten um mehr als einen Punkt unterscheidet, kann als Hinweis für realistische Einschätzungen gewertet werden. Da alle Beziehungen im Laufe der Zeit sowohl positiven als auch negativen Veränderungen unterworfen sind, ist davon auszugehen, dass jene Einschätzungen, welche die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* oder *öfters* gut bezeichnen, realitätsnaher sind als jene, welche sie als (tendenziell) *immer* gut beurteilen. Ausser in einem Fall – Chiara – in dem neben der Mutter auch die Therapeutin die Auffassung vertritt, dass die therapeutische Arbeitsallianz fast ausnahmslos gut ist, geben vor allem einzelne Kinder und Mütter auffallend gute Einschätzungen ab. Diese Auffälligkeit könnte als Abbild eines starken Veränderungswunsches und eines grossen Vertrauens in die Wirksamkeit der Therapie interpretiert werden. Andererseits könnte sie auch ein Hinweis darauf sein, dass vor allem die Kinder mit einigen Fragen zur therapeutischen Arbeitsallianz überfordert waren und daher Antworten in Richtung soziale Erwünschtheit gegeben haben. Als weiteres Indiz kindlicher Überforderung kann das Ergebnis gewertet werden, dass zwei Kinder mehrere Items des Fragebogens nicht eingeschätzt haben und dass ihre Mütter diese Items entweder unterdurchschnittlich oder ebenfalls nicht eingeschätzt haben.

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass die therapeutische Arbeitsallianz nicht "nur" als Gesamtallianz, sondern immer in ihren Einzeldimensionen betrachtet werden sollte. Es zeigt sich nämlich, dass über die verschiedenen Perspektiven hinweg in der Dimension therapeutische Bindung eine einheitliche Meinung vorherrscht, wohingegen in den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele vor allem aus Kinderperspektive

eher das Gegenteil zutrifft.

Die bis auf zwei Ausnahmen seitens der Kinder überdurchschnittlich guten Bewertungen der Dimension therapeutische Bindung deuten darauf hin, dass sich die Kinder und ihre Therapeutinnen auf emotionaler Basis gut verstehen und sich gegenseitig mögen. Obwohl Bordin (1994) ausführt, dass die verschiedenen Therapierichtungen unterschiedliche Ansprüche an die drei Allianz-Dimensionen stellen, ist davon auszugehen, dass in der Psychotherapie mit Kindern eine gute therapeutische Bindung in jeder Therapierichtung die Grundlage für den Erfolg in den zwei anderen Dimensionen darstellt. In Bezug auf Therapieaufgaben und -ziele müssen sich Kinder, anders als Erwachsene, aufgrund ihrer sich noch entwickelnden kognitiven Fähigkeiten vermehrt ihrer Therapeutin einfach anvertrauen. Um dazu in der Lage zu sein, bedarf es ihres positiven emotionalen Zugangs zur therapierenden Person.

Die Tatsache, dass die Kinder Item 9 ("Ich spüre, dass meine Therapeutin auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was sie nicht gutheisst.") nicht nur überdurchschnittlich gut, sondern von allen Bindungs-Items am höchsten eingeschätzt haben, weist darauf hin, dass die Kinder ihre jeweilige Therapeutin nicht nur als Spielgefährtin oder nette Erwachsenenperson wahrnehmen, sondern als vertrauenswürdige Allianzpartnerin anerkennen.

Eher unerwartet ist das Ergebnis, dass die Kinder – im Unterschied zu den Erwachsenen – die Dimension therapeutische Bindung in der Regel zwar sehr gut, aber nicht deutlich besser einschätzen als die anderen beiden Allianz-Dimensionen. Die Tatsache, dass sowohl die Therapeutinnen als auch die Mütter und die Beobachterin einen anderen Eindruck gewonnen haben, lässt vermuten, dass einige Kinder mit den Fragen zu den Therapieaufgaben und -zielen überfordert waren und in Richtung soziale Erwünschtheit geantwortet haben. Die Feststellung, dass in Bezug auf die therapeutische Zusammenarbeit zwischen Therapeutin und Kind Fremdeinschätzungen zuverlässiger sind als Selbsteinschätzungen durch die Kinder (Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmundsen & McMakin, 2008; Shirk & Karver, 2006), scheint sich bei dieser Stichprobe im oben beschriebenen Sinn zu bestätigen.

Dass zwei Kinder nicht alle Items zur Bindungs-Dimension bewertet haben, mag an ihrem kognitiven Entwicklungsstand liegen. Beide Kinder gehören der Gruppe der 7 bis 9-jährigen an und die Vermutung liegt nahe, dass sie nicht alle Fragen verstanden haben oder noch nicht dazu in der Lage sind, ihre Gefühle den verschiedenen Items des Fragebogens zuzuordnen. Während die Bewertung von Item 3 ("Ich glaube meine Therapeutin mag mich.") und Item 9 ("Ich spüre, dass meine Therapeutin auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was sie nicht gutheisst.") als eher unproblematisch erscheint, setzt die Beurteilung von Item 5 ("Meine Therapeutin und ich achten einander.") und Item 7 ("Ich spüre, dass meine Therapeutin mich schätzt.") konkrete Vorstellungen der Kinder voraus, an welchen Verhaltensweisen sich gegenseitige Achtung und Wertschätzung erkennen lassen.

Die fast ausnahmslos guten Bewertungen der Bindungs-Dimension aus allen Perspektiven weisen darauf hin, dass die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendige Passung bei der vorliegenden Stichprobe gegeben ist. Die guten Bewertungen aus Therapeutinnensicht wurden erwartet, da andernfalls – aus ethischen Gründen – ein Therapeutinnenwechsel oder Therapieabbruch – unabhängig von dieser Studie – bereits zu einem früheren Zeitpunkt indiziert gewesen wäre.

Die Ergebnisse zu den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele weisen über alle Perspektiven hinweg grosse Ähnlichkeiten auf. Das lässt sich mit der Tatsache begründen, dass diese beiden Dimensionen eng zusammenhängen und sich auf die Zusammenarbeit und Übereinstimmung zwischen Kind und Therapeutin beziehen. In beiden Dimensionen fallen die Gesamtmittelwerte der Kinder und der Mütter leicht besser aus als jene der Therapeutinnen und der Beobachterin. Ebenfalls weisen beide Dimensionen je zwei Items auf, die vor allem aus der Kinderperspektive auffallend heterogen bewertet werden und öfters zu grossen Abweichungen vom Mittelwert führen. In der Dimension Therapieaufgaben handelt es sich um Item 1 ("Durch die Therapiestunden ist es dem Kind klarer geworden, wie es sich verändern kann.") und 2 ("Was das Kind in der Therapie macht, eröffnet ihm neue Sichtweisen auf sein Problem."). Bei der Therapieziele-Dimension sind Item 6 ("Die Therapeutin und das Kind arbeiten auf Ziele hin, über die sie sich einig sind.") und Item 11 ("Die Therapeutin und das Kind sind sich im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für das Kind wären.") betroffen. Diese heterogenen Bewertungen aus Kindersicht erscheinen insofern interessant, als dass es zwar auch aus den Erwachsenenperspektiven zu grossen Abweichungen kommt, jedoch nur selten. Ein Vergleich der Abweichungen aus Sicht der verschiedenen Perspektiven zeigt, dass die abweichenden Bewertungen in einem Fall bei Kind und Therapeutin übereinstimmen, in zwei Fällen beim Kind und der Beobachterin und in einem Fall zwischen dem Kind und seiner Mutter. Es erscheint vernünftig davon auszugehen, dass die Negativbeurteilungen der Kinder eher realistisch sind als die auffallend stark positiven Beurteilungen. Es kann kaum davon ausgegangen werden kann, dass ein Kind – im Unterschied zu seiner Therapeutin – (tendenziell) *immer* Klarheit über seine Veränderung erlangt, dass es (tendenziell) *immer* neue Sichtweisen auf sein Problem gewinnt oder dass es sich (tendenziell) *immer* mit seiner Therapeutin im Klaren darüber ist, welche Veränderungen gut für es wären. Die Negativbeurteilungen lassen einerseits den Schluss zu, dass die Kinder sich zwar auf die Therapieaufgaben einlassen, jedoch – im Gegensatz zu den Erwachsenen – nicht in der Lage sind, sie direkt mit ihrem Problem oder dem Therapieziel zu verknüpfen. Andererseits könnte daraus gefolgert werden, dass es in der Psychotherapie mit Kindern, anders als von Bordin (1994) vorgesehen, nur in einer geringen Anzahl von Fällen wirklich zu einem expliziten gemeinsamen Aushandeln von Therapieaufgaben und –zielen kommt, auch dann, wenn die Kinder grundsätzlich dazu in

der Lage wären. Sowohl die positiven als auch die negativen Extrembewertungen in der vorliegenden Stichprobe sind altersunabhängig zu beobachten. Es wird daher vorgeschlagen, beim Einfluss der drei Allianz-Dimensionen auf die Gesamtallianz, nicht wie von Di-Giuseppe et al. (1996) ausgeführt, zwischen Vorschul- und Grundschulkindern zu unterscheiden, sondern nach dem jeweiligen emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand des Kindes.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine weitere Auffälligkeit in den Dimensionen Therapieaufgaben und -ziele. In Bezug auf die Therapieaufgaben bilden sich bei Item 10 ("Die Therapeutin und das Kind stimmen darin überein, dass das, was das Kind in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen.") und bei Item 12 ("Das Kind glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.") bezüglich der Einschätzungen jeweils zwei perspektivische Tendenzen, wobei sich die unterschiedlichen Bewertungen jeweils um einen Wertepunkt voneinander unterscheiden. Dasselbe trifft für Item 4 ("Die Therapeutin und das Kind arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.") und Item 8 ("Die Therapeutin und das Kind stimmen darin überein, woran es für das Kind wichtig ist zu arbeiten.") der Dimension Therapieziele zu. Dadurch ergibt sich bei den oben erwähnten vier Items aus allen Perspektiven ein homogenes Bild. Item 10 (Übereinstimmung, dass Therapieaufgaben helfen, Veränderungen zu erreichen) und Item 8 (Übereinstimmung, woran es wichtig ist zu arbeiten) werden jeweils von den Kindern, den Therapeutinnen und den Müttern überdurchschnittlich gut, von der Beobachterin jedoch nur durchschnittlich gut bewertet. Bei Item 12 (Glauben des Kindes an die Richtigkeit der Problembearbeitung) stimmen die Kinder, die Mütter und die Beobachterin darin überein, dass die Aussage tendenziell *sehr oft* zutrifft. Hingegen vertreten die Therapeutinnen die Ansicht, dass das nur *öfters* der Fall ist. Bei Item 4 (gemeinsames Arbeiten an Therapiezielen) besteht Einigkeit zwischen den Kindern und Müttern, die es überdurchschnittlich gut bewerten und zwischen den Therapeutinnen und der Beobachterin, die es als durchschnittlich gut beurteilen. Die Tatsache, dass sowohl die Kinder als auch die Mütter alle vier Items gut bewerten, kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass sie sich bewusst auf die Therapie eingelassen haben und an ihren Nutzen glauben (wollen). Die gute Bewertung kann weiters als Indiz dafür gelten, dass die Kinder und die Mütter mit ihrer Situation überfordert sind und die Lösung ihrer Probleme, oder zumindest einen Teil der Lösung, vertrauensvoll in die Verantwortung der Therapeutin übergeben möchten. In dieser Hinsicht könnte diesen guten Beurteilungen aus Kinder- und Müttersicht der Charakter von sich selbsterfüllenden Prophezeiungen zugeschrieben werden. Dass auch die Therapeutinnen Item 10 und Item 8 besser als nur durchschnittlich bewertet haben, vermag nicht zu erstaunen, da diese sich ja bewusst für gewisse Interventionen entschieden haben, die das Erreichen bestimmter Ziele gewährleisten sollen. Die etwas niedrigere Bewertung der Beobachterin ist darin begründet, dass das explizite gemeinsame Aushandeln von Aufgaben

und Zielen nur selten beobachtbar war. Es erscheint als wahrscheinlich, dass in die Beurteilungen der anderen Bewertenden auch implizite, also unausgesprochene Vereinbarungen eingeflossen sind. An dieser Stichprobe scheint sich zu bestätigen, dass unterschiedliche Einschätzungen ein und derselben Beziehung auf unterschiedliche Beobachtungskriterien der Einschätzenden zurückzuführen sind (Hermer & Röhrle, 2008).

Die Rolle der Mütter

Die vorliegenden Ergebnisse lassen auch Annahmen über die Rolle der Mütter in der Psychotherapie ihrer Kinder zu. In dieser Studie waren die Mütter aufgefordert, sowohl die Kind-Therapeutin-Allianz als auch die Mutter-Therapeutin-Allianz einzuschätzen.

Obwohl die Mütter im Vorfeld zugesagt hatten, die entsprechenden Einschätzungen abzugeben, haben drei Mütter die Kind-Therapeutin-Allianz nicht beurteilt. Den soziodemographischen Daten ist zu entnehmen, dass diese drei Mütter Familien einer sozialen Unterschicht angehören. Das Verhalten der zwei Mütter, die keine Allianzeinschätzungen abgegeben haben, kann als Hinweis auf Unzuverlässigkeit gedeutet werden, als Hinweis auf kognitive Überforderung, auf Desinteresse oder auf einen Unwillen, sich mit der kindlichen Situation und der eigenen Rolle in diesem Zusammenhang auseinanderzusetzen. Die Tatsache, dass eine Mutter keine Einschätzung der Kind-Therapeutin-Allianz abgegeben aber drei Items zur Mutter-Therapeutin-Allianz eingeschätzt hat, lässt in speziell diesem Fall auf Überforderung aufgrund kognitiver Ungeübtheit schließen. Seitens der Therapeutinnen erfolgt in Bezug auf die Mutter-Therapeutin-Allianz in einem dieser drei Fälle eine unterdurchschnittliche Allianzbewertung, im zweiten eine durchschnittliche und im dritten eine überdurchschnittliche Allianzbewertung. Allianzbewertungen seitens der Therapeutinnen, in denen die Dimension therapeutische Bindung unterdurchschnittlich bewertet wird, können ein Indiz dafür sein, dass die Mütter aus Therapeutinnensicht als unzuverlässig, desinteressiert oder unwillig eingeschätzt werden, sich genauer mit der kindlichen Situation auseinanderzusetzen.

Es fällt auf, dass zwei der Kinder, deren Mütter keine Bewertung zur Kind-Therapeutin-Allianz und keine oder keine vollständige Bewertung zur Mutter-Therapeutin-Allianz abgegeben haben, ihre eigene therapeutische Arbeitsallianz als unterdurchschnittlich bewerten. Konkret geben sie die schlechtesten Bewertungen der gesamten Stichprobe ab. Dieses Phänomen lässt den Schluss zu, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung der eigenen therapeutischen Arbeitsallianz durch die Kinder durch eine gleichgültige oder negative Haltung der Bezugsperson negativ beeinflusst werden, da "im therapeutischen Gesamtbündnis" eine Allianzpartnerin fehlt. Diese Beobachtung stützt die Feststellung, dass die verschiedenen Allianzen durch die intrafamiliäre Dynamik beeinflusst werden (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

Die Beurteilungen der Mutter-Therapeutin-Allianz in den weiteren Fällen zeigen sich aus den verschiedenen Perspektiven auf Dimensionsebene nie völlig identisch. Wie bei den Beurteilungen der Kind-Therapeutin-Allianz bewegen sich auch hier die Einschätzungen bis auf eine einzige Ausnahme im durchschnittlichen, meist jedoch überdurchschnittlichen Bereich. Ein Grund für die guten Bewertungen seitens der Mütter kann darin liegen, dass diese den Therapeutinnen allein schon deshalb positiv gegenüber stehen, weil sie sie als kompetente Hilfsquelle in Bezug auf die Probleme ihrer Kinder wahrnehmen. Je mehr eine Bezugsperson an die Kompetenz der Therapeutin glaubt, umso beruhigter kann sie ihr Kind in die Therapie "entlassen". Die Tatsache, dass sich die Bewertungen nicht im extrem positiven Bereich bewegen und sich aus den verschiedenen Perspektiven nie um mehr als einen Wertepunkt unterscheiden, kann als Hinweis auf Realitätsnähe gewertet werden.

Die Einschätzung der Dimension therapeutische Bindung fällt aus beiden Perspektiven auffallend gut und merklich besser aus als jene der beiden anderen Allianz-Dimensionen. Aufgrund dieser Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Erwachsenen sich in den meisten Fällen auf emotional positive und wohlwollende Art begegnen.

Während die drei anderen Items der Dimension Therapieaufgaben von den Müttern und den Therapeutinnen sehr ähnlich eingeschätzt werden, wird Item 2 ("Diese Therapie eröffnet mir neue Sichtweisen auf die Probleme in meiner Familie.") als einziges Item des gesamten Fragebogens durch die Therapeutinnen besser eingeschätzt als durch die Mütter. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Mütter die Notwendigkeit, neue Sichtweisen auf die Probleme in der Familie zu erlangen, eher bei ihren psychisch beeinträchtigten Kindern sehen als bei sich selber. Die Therapeutinnen hingegen erkennen nicht nur diese Notwendigkeit und Möglichkeit bei den Müttern, sondern gehen davon aus, dass diesbezüglich tatsächlich Veränderungen stattfinden.

Die Beurteilungen der Dimension Therapieziele auf Item-Ebene fallen etwas unterschiedlicher aus als in der Aufgaben-Dimension. Als kritisch aus Therapeutinnensicht erweist sich Item 4 ("Die Therapeutin und ich arbeiten gemeinsam daran Therapieziele zu setzen."). Im Gegensatz zu den Müttern, die dieses Item überdurchschnittlich gut bewerten, vergeben die Therapeutinnen hier eine durchschnittliche Bewertung. Zwei Einzelbewertungen weichen stark positiv ($M = 5$) und zwei andere stark negativ ($M = 1$) vom Mittelwert ab. Das legt die Vermutung nahe, dass sich das gemeinsame Erarbeiten von Zielen unterschiedlich anspruchsvoll gestaltet, abhängig von der Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Bezugsperson. Es muss damit gerechnet werden, dass nicht alle Bezugspersonen gleichermaßen daran interessiert sind, sich eingehend mit der Psychotherapie ihres Kindes zu beschäftigen und ein "Auslagern" des Problems vorziehen. Denkbar ist auch, dass Bezugspersonen möglicherweise in Bezug auf die Therapieziele keinen Diskussionsbedarf erkennen, da sie das Ziel jeglicher Psychotherapie in der Symptom-Minimierung sehen. Dies, weil sie davon ausgehen, dass mit dem Verschwinden der Symptome auch das kindliche Problem ge-

löst ist. Eine Erklärung der unterschiedlichen Bewertungen aus Sicht der Mütter und der Therapierenden in Bezug auf Item 8 ("Wir [die Therapeutin und die Mutter] stimmen darin überein woran in der Therapie gearbeitet werden soll.") könnte darin liegen, dass es aus Sicht der Mütter in erster Linie den fachlich geschulten Therapeutinnen obliegt festzustellen, woran genau gearbeitet werden soll.

Einzelfallbesprechung

Auch die Bewertungsmuster zu den Einzelfällen zeigen, dass es sich lohnt, sich via Dimensionsebene ein Bild über die Gesamtallianz zu verschaffen. So ist ein Ergebnis dieser Stichprobe, dass ausschliesslich Buben sowohl bei der Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz als auch bei der Bewertung der einzelnen Ebenen unterdurchschnittliche Beurteilungen abgeben. Dabei können die Einschätzungen aus den anderen Perspektiven von durchschnittlich bis auffällig gut ausfallen. Kinder im Alter von sieben bis zwölf Jahren orientieren sich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung bereits auch an extrafamiliären Vorbildern. Da sie zusätzlich einem starken Medieneinfluss ausgesetzt sind, liegt die Vermutung nahe, dass Buben sich im Spiegel der Gesellschaft etwas aggressiver entwickeln als Mädchen. Es ist denkbar, dass sich der Aufbau einer therapeutischen Arbeitsallianz mit Buben daher etwas herausfordernder gestaltet, da mit grösserem Widerstand und stärkerer Renitenz gerechnet werden muss.

Die Einzelfälle Cornel und Finn erscheinen aufgrund ihres heterogenen Bewertungsmusters besonders interessant. Sie werden nachfolgend besprochen. Bei beiden Buben handelt es sich um Kinder der Gruppe der 10 bis 12-jährigen.

Cornel

Cornel beurteilt die therapeutische Arbeitsallianz mit seiner Therapeutin als bestenfalls durchschnittlich gut und damit bedeutend schlechter als seine Therapeutin und die Beobachterin. Cornels Mutter bewertet nur ihre eigene Allianz mit der Therapeutin als durchschnittlich gut, Cornels schätzt sie nicht ein. Die Therapeutin ist der Ansicht, eine durchschnittlich bis gute therapeutische Allianz mit Cornels Mutter zu haben.

Bei der Videobewertung von Cornels Therapiestunde zeigt sich ein Kind, das sich bereitwillig, wenn auch nicht enthusiastisch, auf die therapeutischen Interventionen einzulassen scheint. Obwohl die Zusammenarbeit zwischen Cornel und seiner Therapeutin gut zu sein scheint und die Therapeutin sich interessiert und wohlwollend zeigt, wirkt das emotionale Verhältnis der beiden etwas distanziert. Die Sitzung vermittelt, im Vergleich zu den anderen analysierten Therapiesitzungen, verstärkt den Eindruck einer Arbeitssitzung. Es scheint klar auf ein bestimmtes Ziel hingearbeitet zu werden, auch wenn Cornel sein problemati-

sches Verhalten einmal abzuschwächen versucht. Cornel scheint durch die Sitzung gefordert, jedoch nicht überfordert.

Die unterdurchschnittliche Bewertung der Dimension therapeutische Bindung durch Cornel kann als Hinweis dafür genommen werden, dass Cornel emotional bedürftiger ist, als er es nach aussen hin zu erkennen gibt und eine verstärkte emotionale Zuwendung bräuchte, um diese Dimension ausreichend gut beurteilen zu können. Auch die Tatsache, dass seine Mutter keine Einschätzung der Kind-Therapeutin-Allianz abgegeben hat, weist darauf hin, dass Erwachsene sich vermutlich eher weniger mit Cornels Bedürfnissen auseinandersetzen. Die Mutter schätzt ihre eigene Allianz zur Therapeutin mittels drei von zwölf Items ein und übergeht sämtliche Fragen zur therapeutischen Bindung. Das könnte dafür sprechen, dass sie nicht gut in der Lage ist, ihre emotionalen und kognitiven Wahrnehmungen zu benennen. Auch Cornel könnte, mangels positiver Verhaltensmodelle, unter dieser Schwäche leiden. Sein vielmehr bereitwilliges als enthusiastisches Mitarbeiten in der Sitzung legt die Vermutung nahe, dass Cornel sich lieber allein mit sich selbst beschäftigt hätte, als an seinem Verhalten zu arbeiten. Die unterdurchschnittliche Bewertung der Therapieaufgaben-Dimension könnte auf diese Weise erklärt werden. Auch der Versuch, sein Problemverhalten abgeschwächt darzustellen, kann ein Indiz dafür sein, dass er selbst mit seinem Verhalten eigentlich ganz zufrieden ist und die Notwendigkeit dieser Therapiesitzung in Frage stellt. Überhaupt erscheint Cornel persönlichkeitsbedingt eher gemächlich als lebhaft zu sein, was sich auf sein Arbeitsverhalten auswirken kann. Die Therapieziele, die von der Therapeutin während der Sitzung genannt werden, scheint Cornel zwar grundsätzlich anzuerkennen, aber weniger für seinen speziellen Fall. Diese Vermutung lässt sich durch seine durchschnittliche Bewertung der Zieldimension untermauern.

Die wesentlich besseren Bewertungen der Dimension therapeutische Bindung aus Sicht der Erwachsenen könnte darin begründet sein, dass Cornels Verhalten in der Therapiestunde keine Hinweise für eine unterdurchschnittliche therapeutische Bindung liefert. Die Annahme erscheint gerechtfertigt, dass die Therapeutin, aus Mangel an Hinweisen auf das Gegenteil, bei der Bewertung dieser Dimension ihre eigene positive emotionale Haltung auf Cornel übertragen hat. Die Einschätzung der Beobachterin, die sich beinahe mittig zwischen Cornels Bewertung und jener der Therapeutin einpendelt, erscheint realitätsnaher, da die Beobachterin kein Teil des Systems ist. Dass die Therapeutin und die Beobachterin die beiden anderen Allianz-Dimensionen in Cornels Fall beinahe identisch bewerten, mag darauf gründen, dass es sich bei beiden Personen um Fachleute handelt, die ähnliche Bewertungskriterien anwenden. Beide gehen davon aus, dass die Auswahl der Therapieaufgaben noch optimiert werden könnte, was zum Beispiel das Ergebnis gemeinsamer Verhandlungen zwischen Cornel und der Therapeutin sein könnte. Die übereinstimmend überdurchschnittliche Einschätzung der Ziel-Dimension rührt vermutlich daher, dass die Therapieziele

le seitens der Therapeutin ausgesprochen und von Cornel scheinbar akzeptiert wurden – ein eindeutiges Zeichen für die Wichtigkeit des *gemeinsamen* Erarbeitens von Aufgaben und Zielen.

Finn

Finn bewertet die therapeutische Arbeitsallianz mit seiner Therapeutin als durchschnittlich gut. Die Bewertung seiner Therapeutin fällt ebenfalls durchschnittlich und gleichzeitig am schlechtesten von allen Allianzeinschätzungen seitens der Therapeutinnen aus. Finns Mutter und die Beobachterin erachten diese therapeutische Arbeitsallianz als überdurchschnittlich gut. Die Mutter-Therapeutin-Allianz hingegen wird aus beiden Bewertungsperspektiven als überdurchschnittlich gut eingeschätzt.

Die analysierte Therapiestunde zeigt einen lebhaften und aufmerksamen Finn und seine Therapeutin bei einer spielerischen Intervention. Die beiden machen einen vertrauten Eindruck. Es scheint Finn wichtig zu sein, die Therapeutin in sein Spiel einzubeziehen, was diese auch zulässt. Dabei kommentiert sie Inhalt und Form des Spielgeschehens verbal. Nebeneinander und Miteinander im Spiel wechseln sich ab. Dieses verläuft einmal ruhig und langsam, ein anderes Mal wild und laut. Die Therapeutin macht mit und passt sich Finns Vorstellungen des Spielgeschehens an. Trotz des gemeinsamen Spiels und der Vertrautheit wirkt Finn etwas isoliert. Problembezogene Dialoge finden nicht statt.

Aus allen Perspektiven wird die Dimension therapeutische Bindung entweder als hervorragend oder überdurchschnittlich gut eingeschätzt. Finn selbst bewertet sie mit der höchstmöglichen Punktzahl, was als eindeutiges Zeichen dafür gewertet werden kann, dass er gerne in die Therapiestunde kommt und ein ausgezeichnetes Verhältnis zu seiner Therapeutin hat. Auch Finns Therapeutin und seine Mutter teilen diese Ansicht. Die Tatsache, dass die Beobachterin diese Dimension ebenfalls als überdurchschnittlich, jedoch nicht uneingeschränkt gut einschätzt, liegt darin, dass Finn den Eindruck einer leichten Isoliertheit hinterlässt – welche die Beobachterin als Teil seines Krankheitsbildes einschätzt.

Die leicht unterdurchschnittliche Bewertung der Therapieaufgaben-Dimension seitens Finns Therapeutin und die durchschnittliche Bewertung durch Finn entstehen in beiden Fällen durch die schlechten Bewertungen von Item 1 ("Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.") und Item 2 ("Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem."). Diese eindeutige Übereinstimmung zwischen Finn und seiner Therapeutin könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich diese therapeutische Arbeitsallianz noch in der Aufbauphase befindet und der Schwerpunkt dadurch vorerst in der Festigung der therapeutischen Bindung liegt. Die überdurchschnittlich gute Bewertung dieser Dimension durch die Mutter könnte durch Finns Erzählungen beeinflusst sein oder durch spürbar verändertes Verhalten Finns seit Therapiebeginn. Da während der ganzen Therapiestunde im oben beschriebenen Sinn gespielt wurde, war sei-

tens der Beobachterin das meiste im Fragebogen erfragte Verhalten nicht beobachtbar. Zur Vermeidung von Deckeneffekten erfolgte deshalb eine durchschnittliche Bewertung (siehe Kapitel 3.2.3).

Die Tatsache, dass Finn und die Therapeutin die Items der gesamten Zieldimension völlig übereinstimmend und massiv unterdurchschnittlich eingeschätzt haben, weist darauf hin, dass bisher keine gemeinsam vereinbarten Ziele für Finns Therapie vorliegen. Verblüffend ist die überdurchschnittlich gute Einschätzung durch Finns Mutter. Diese Beurteilung lässt darauf schliessen, dass Finns Mutter in Bezug auf Finns Therapie klare Ziele vor Augen hat und davon ausgeht, dass das auch bei Finn und der Therapeutin der Fall ist. Die Bewertung des entsprechenden Items bei der Mutter-Therapeutin-Allianz durch die Therapeutin zeigt indessen, dass dem nicht so ist. Die Therapeutin vertritt dort die Ansicht, dass sie nur *selten* mit der Mutter gemeinsame Therapieziele setzt oder daran arbeitet. Die Mutter hingegen meint, dass das *sehr oft* der Fall ist. Die Feststellung Hawleys und Weisz' (2003), dass einer Vielzahl von Kinderpsychotherapien in der Kind-Eltern-Therapeutin-Triade keine einheitlichen Zielvorstellungen zugrunde liegen, scheint sich in diesem Fall zu bewahrheiten.

Die Bewertung der Beobachterin erfolgte analog jener der Therapieaufgaben und fiel daher durchschnittlich aus.

4.1 HYPOTHESEN

Kind-Therapeutin-Allianz

1. In welchem Ausmass das Allianzkonzept Bordins in der Psychotherapie mit Kindern zum Tragen kommen kann, richtet sich eher nach der emotionalen und kognitiven kindlichen Entwicklung als nach Alter oder Schulstatus des Kindes.
2. In der Psychotherapie mit Kindern kommt es eher selten zu einem expliziten gemeinsamen Aushandeln von Therapieaufgaben und -zielen.
3. In der Psychotherapie mit Kindern bildet eine gute therapeutische Bindung die Grundlage für den Erfolg in den Allianzdimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele.
4. In der Psychotherapie mit Kindern übernehmen in den meisten Fällen die Therapeuten die Gesamtverantwortung für die Therapiegestaltung.
5. Kinder lassen sich auf ihnen entsprechende Therapieaufgaben auch dann ein, wenn sie den Zusammenhang mit dem Therapieziel nicht erkennen können.

6. Ein passives Akzeptieren von Therapiezielen und –aufgaben seitens der Kinder kann einem gemeinsamen Aushandeln und Zustimmung nicht gleichgesetzt werden.
7. Der Enthusiasmus der Kinder, mit dem sie sich auf Therapieaufgaben einlassen, stellt einen Gradmesser für deren Veränderungswunsch dar.
8. Auffallend gute Bewertungen der therapeutischen Arbeitsallianz seitens der Kinder können ein Hinweis auf deren grossen Veränderungswunsch und ein starkes Vertrauen in die Therapie sein.
9. Auffallend gute Bewertungen der therapeutischen Arbeitsallianz durch die Kinder können eine Folge kognitiver Überforderung bezüglich Inhalt und Fragestellung zur Einschätzung der Allianz sein.
10. Die vorherrschende psychische Störung des Kindes sowie seine Persönlichkeit beeinflusst den Aufbau und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Arbeitsallianz massgeblich.
11. Der Allianzaufbau mit Buben gestaltet sich schwieriger als jener mit Mädchen.
12. Kinder, die davon ausgehen, dass ihre Therapeutin auch dann zu ihnen steht, wenn sie etwas tun, was diese nicht gut heisst, anerkennen ihre Therapeutin als Allianzpartnerin.

Mutter-Therapeutin-Allianz

13. Geben Eltern oder Bezugspersonen ihre Kinder in Psychotherapie, begegnen sie den Therapierenden in den meisten Fällen emotional positiv.
14. Eine negative oder gleichgültige Haltung der Bezugsperson gegenüber der kindlichen Psychotherapie erschwert den Aufbau und die Aufrechterhaltung der positiven Kind-Therapeutin-Allianz und stellt den Therapieerfolg insgesamt in Frage.
15. Bezugspersonen, die mit den Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder überfordert sind, wünschen sich, die Lösung ihrer Probleme oder zumindest einen Teil der Lösung in die Verantwortung der Therapeutin oder des Therapeuten zu übergeben.
16. Bezugspersonen, die einer sozialen Unterschicht angehören, sind aufgrund kognitiver Ungeübtheit im Aufbau und der Aufrechterhaltung einer positiven therapeutischen Arbeitsallianz zur Therapeutin ihres Kindes stärker herausgefordert als Bezugspersonen aus höheren Schichten.
17. Nicht alle Bezugspersonen wollen sich mit der kindlichen Psychotherapie-Situation und der eigenen Rolle in diesem Zusammenhang auseinandersetzen.

18. Ein Unvermögen der Bezugsperson zum Aufbau einer positiven therapeutischen Arbeitsallianz mit der Therapeutin wirkt sich negativ auf die Fähigkeit des Kindes aus, selbst eine gute therapeutische Arbeitsallianz mit der Therapeutin aufzubauen und aufrecht zu erhalten.
19. Die Bezugsperson des Kindes sieht die Erfordernis, neue Sichtweisen auf die Probleme in der Familie zu erlangen kaum bei sich selbst, sondern vielmehr beim sich in Behandlung befindlichen Kind.
20. Viele Bezugspersonen gehen stillschweigend davon aus, dass das Ziel jeglicher Psychotherapie aus Sicht aller in den Prozess eingebundenen Beteiligten eine Symptomverringerung ist.
21. Viele Bezugspersonen erachten es nicht als ihre Aufgabe festzustellen, woran in der Therapie mit dem Kind genau gearbeitet werden soll.

4.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für die Praxis ableiten.

In der Zusammenarbeit mit Kindern empfiehlt es sich für Therapeuten und Therapeutinnen:

- in der ersten Therapiephase sorgfältig abzuschätzen, ob das Kind grundsätzlich in der Lage ist, Verantwortung für die Therapieaufgaben und Therapieziele zu übernehmen;
- dem Kind, falls möglich, einen Teil der Verantwortung für den Therapieerfolg zu übergeben. In diesem Fall sollen Therapieaufgaben und –ziele sowie deren Zusammenhang Gegenstand expliziter Erklärungen und Verhandlungen sein;
- falls das Kind nicht in der Lage ist, (Mit)Verantwortung für die Psychotherapie zu übernehmen, diese gänzlich zu übernehmen und den Fokus auf Therapieaufgaben zu setzen, die zum Kind und Therapieziel passen;
- in jenen Fällen, in denen das Kind (noch) keine Mitverantwortung an der Therapie tragen kann, regelmässig zu überprüfen, ob sich daran etwas geändert hat;
- die therapeutische Arbeitsallianz zwischen ihnen und dem Kind regelmässig zu hinterfragen und auf Brüche hin zu untersuchen;

- sich der Attribute bewusst zu sein, welche Kinder "guten" Therapeuten und Therapeutinnen zuschreiben. Therapeutisches Verhalten sollte, wo möglich und sinnvoll, diesen Erwartungen angepasst werden;
- in der Lage zu sein, allianzaufbauendes und allianzvertiefendes Verhalten bewusst einzusetzen;
- sich zur gemeinsamen Entspannung und Festigung der therapeutischen Bindung dem Kind gegenüber gelegentlich spielerisch und ausgelassen zu zeigen.

In der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen der Kinder empfiehlt es sich für Therapeutin und Therapeutinnen:

- die Bezugspersonen der Kinder in die expliziten Verhandlungen von Therapieaufgaben und -zielen einzubeziehen, um auch sie – im Sinne eines therapeutischen Gesamtbündnisses – ebenfalls als Allianzpartner und -partnerinnen zu gewinnen;
- die Bezugspersonen regelmässig in den Therapieverlauf einzubinden, um gemeinsam mit den Kindern bisherige Therapieziele zu prüfen und, falls angezeigt, neue zu setzen;
- mit den Bezugspersonen psychoedukatorische Gespräche zu führen, um deren Bewusstsein ihres Einflusses auf den Erfolg der Psychotherapie des Kindes zu wecken oder zu stärken;
- auch diese therapeutische Arbeitsallianz regelmässig zu hinterfragen und auf Brüche hin zu untersuchen.

4.3 METHODENKRITIK

Zur Ermittlung der Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz wurde in dieser Untersuchung das Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR-P) eingesetzt. Dabei handelt es sich um einen standardisierten und validierten Fragebogen, der sichere und aussagekräftige Daten liefert. Es wurde die Kurzform verwendet, da auch Kinder den Fragebogen zu bearbeiten hatten. Die Qualität der therapeutischen Arbeitsallianzen (Kind-Therapeutin / Mutter-Therapeutin) wurde teilweise im Selbsteinschätzungsverfahren beurteilt. Das WAI-SR-P setzt bei den Betroffenen die Fähigkeit voraus, die Nuancen in der Fragestellung richtig wahrzunehmen und ihr Erleben und Empfinden den richtigen Items zuzuordnen. Vor allem die Bewertungen der Kinder sind daher mit Vorbehalt zu betrachten. Auch die Tatsache, dass die Formulierung der Items der einschätzenden Person eine gewisse Abstraktionsfähigkeit abverlangt, spricht für eine kritische Betrachtung dieser Daten. Wie bei allen Selbstbeurteilungsinstrumenten besteht auch beim WAI-SR-P die Gefahr,

dass die Antworten in Richtung soziale Erwünschtheit tendieren.

Die zwei Fremdeinschätzungen der Kind-Therapeutinnen-Allianz (Mutter, Beobachterin) können dazu dienen, die Ergebnisse der Selbstbeurteilungen zu bestärken oder zu relativieren. Ihr Einsatz ist daher sinnvoll und gerechtfertigt. Trotzdem müssen auch diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. So liegt der Einschätzung der Beobachterin eine einzige Therapiestunde zu Grunde, die als repräsentativ für die therapeutische Arbeitsallianz gilt. Dabei ist zu beachten, dass in der Therapiestunde nicht beobachtbares, im Fragebogen jedoch zu beurteilendes Verhalten jeweils eine durchschnittliche Bewertung erfuhr. Nur so konnten unerwünschte Deckeneffekte vermieden werden.

Weiters ist zu beachten, dass der Einschätzung der Kind-Therapeutin-Allianz durch die Eltern oder Bezugsperson des Kindes keine direkten Beobachtungen zugrunde liegen. Das Urteil der Eltern basiert vielmehr auf den laufenden Äusserungen und dem Verhalten des Kindes in Bezug auf die Therapie und dem Gefühl, das den Eltern dadurch vermittelt wird. Zusätzliche Interviews hätten einige dieser Mängel relativieren können. Allerdings hätte dies eine beträchtliche zusätzliche Anstrengung für die in die Studie involvierten Personen bedeutet und sich vermutlich auf deren Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, nachteilig ausgewirkt.

4.4 AUSBLICK

Es ist zu vermuten, dass die Erkenntnisse betreffend den Stellenwert der therapeutischen Arbeitsallianz in der Psychotherapie mit Kindern unter den Forschenden wesentlich verbreiteter sind als unter den Therapierenden. In Anbetracht des unumstrittenen Einflusses der therapeutischen Arbeitsallianz auf den Therapieerfolg wäre daher zunächst eine entsprechende Sensibilisierung der Praktiker und Praktikerinnen wünschenswert. Diese könnte in Form einschlägiger Literatur oder idealerweise mittels konkreter Weiterbildungsangebote erfolgen.

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass in die Studien, die derzeit zur therapeutischen Allianz mit Kindern vorliegen, entweder die Erfahrungen von Forschenden und Therapierenden oder jene von Kindern eingeflossen sind. Die Verbindung und Weiterentwicklung dieser Ergebnisse mit dem Ziel, eine praktische Grundlage, etwa in Form von Literatur oder Schulungsunterlagen für Therapierende zu schaffen, wäre empfehlenswert. Es liegt auf der Hand, dass nicht alle Faktoren, die sich auf die Qualität der therapeutischen Allianz auswirken, einfach antrainiert werden können. Vor allem im Bereich der therapeutischen Bindung, in dem es vor allem um Sympathie, Vertrauen und Wertschätzung geht, wird man mit Trainings an Grenzen stossen. Trotzdem aber können Verhaltensweisen erlernt und trainiert werden, die diese Faktoren unterstützen. In den Bereichen Therapieaufgaben und Therapieziele würden sich Handbücher und entsprechende Schulungen voraussichtlich gut

bewähren. So könnten zum Beispiel Wege aufgezeigt werden, wie Kindern verschiedenen Alters erfolgreich der Zusammenhang zwischen Therapieaufgaben und –zielen vermittelt werden kann. Eine weitere Möglichkeit bestünde im Aufzeigen von Interventionen, die sich in der Therapie mit Kindern bis anhin besonders bewährt haben. Es könnte beschrieben werden, welche Interventionen von Kindern bestimmter Altersgruppen oder bestimmten Entwicklungsstandes besonders gut angenommen und mit dem Therapieziel verknüpft werden können.

Auch eine Sensibilisierung der Praktiker und Praktikerinnen in Bezug auf die Auswirkungen ihrer therapeutischen Allianz zu den Eltern oder Bezugspersonen der sich in Therapie befindlichen Kindern wäre erstrebenswert. Mit dem entsprechenden Bewusstsein könnten Therapierende Sitzungen (Gespräche, Psychoedukation) mit den Eltern oder Bezugspersonen gezielt in den Therapieplan einbauen, um so ein höchstmögliches zielgerichtetes Zusammenwirken aller sicherzustellen.

5 ABSTRACT

Diese qualitative Untersuchung befasst sich mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie mit Kindern. Mittels Video-Bewertungen von Therapiestunden und Fragebogenerhebungen (WAI-SR) wird die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Arbeitsallianz (Bordin, 1994) aus verschiedenen Perspektiven (Kind, Therapeutin, Bezugsperson, Beobachterin) verglichen. Auch die Allianz zwischen der kindlichen Bezugsperson und der Therapeutin wird eingeschätzt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesamtallianz aus allen Perspektiven meistens als mindestens durchschnittlich gut bewertet wird. In den Allianz-Dimensionen Therapieaufgaben und –ziele kommt es dabei zu wesentlich weniger Übereinstimmungen als in der Dimension therapeutische Bindung. Aus den Ergebnissen werden verschiedenste Hypothesen sowie Empfehlungen für die Praxis abgeleitet. Unter anderem die Annahmen, dass das Ausmass, in dem Bordins Allianzkonzept bei Kindern zum Tragen kommt, massgeblich vom kindlichen emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand abhängt; dass es in der Psychotherapie mit Kindern kaum zu einem expliziten gemeinsamen Aushandeln von Therapieaufgaben und –zielen kommt, auch wenn das grundsätzlich möglich wäre, und dass die Haltung der Eltern/Bezugsperson des Kindes gegenüber der Psychotherapie den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer positiven Kind-Therapeutin-Allianz entscheidend beeinflussen kann.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L. & O'Conner, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development*, 65, 179-194.
- Asay, T. P. & Lambert, 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* (S. 41-81). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Baylis, P. J., Collins, D. & Coleman H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 79-95.
- Beck, M., Friedlander, M. L. & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (3), 355-368
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Consulting Psychology*, 53 (1), 26-35.
- Berk, E. A., Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2010). Unpublished Manual for the Segmented Working Alliance Inventory Observer-Based Measure (S-WAI-O). New York: Author. Retrieved from: http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/segment_working_alliance_inventory_manual_2010.doc
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1980). *Of human bonds that bind or free*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 109-130). New York: Wiley.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bowen, M. (1976) Theory in the practice of psychotherapy. In P. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-91). New York: Gardner.
- Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2005). Therapist Alliance-Building Behaviour Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 498-505.
- DeVet, K. A., Kim, Y. J., Charlot-Swilley, D. & Ireys, H. T. (2003). The Therapeutic Relationship in Child Therapy: Perspectives of Children and Mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (2), 277-283.
- Diamond, G. M., Hogue, A., Liddle, H. A. & Dakof, G. A. (1999). Alliance-Building Interventions with Adolescents in Family Therapy A Process Study. *Psychotherapy*, 36 (4), 355-368.

- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H. & Tims, F. (2006). Early Therapeutic Alliance as a Predictor of Treatment Outcome for Adolescent Cannabis Users in Outpatient Treatment. *The American Journal of Addictions*, 15, 26-33.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Freud, S. (1975). *Zur Einleitung der Behandlung. Studienausgabe, Ergänzungsband; Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 181-203). Frankfurt am Main: Fischer. (Original erschienen 1961).
- Friedlander, M. L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy*. Washington, DC:APA Press.
- Garcia, J. A. & Weisz, J. R. (2002). When Youth Mental Health Care Stops: Therapeutic Relationship Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 439-443.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Harwood, M. D. & Eyberg, S. M. (2004). Therapist Verbal Behavior Early in Treatment: Relation to Successful Completion of Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (3), 601-612.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J. & Gutfreund, M. J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Psychoanalysis Quarterly*, 63, 636-643.
- Hawley, K. & Weisz, J. (2003). Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 71, 62-70.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 15-105). Tübingen: dgvt.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome*. Unpublished doctoral dissertation thesis. Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 279-341). Tübingen: dgvt.
- Horvath, A. O., Re, D., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapie. *Psychotherapie*, 48 (1), 9-16.
- Jung, C. G. (2001). *Modern Man in Search of a Soul*. London, New York: Routledge. (Original erschienen 1933).
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A Theoretical Model of Common Process Factors in Youth and Family Therapy. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 35-51.

- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 15-28.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. & Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy. *Professional Psychology*, 21, 189-198.
- Kazdin, A. E., Whitley, M. K. & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (5), 436-445.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 5, 434-480.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Martin, D. J., Garske, F. P. & Davis, M. K. (2000). Relationship of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603-616.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research; Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Russell, R. L. & Shirk, S. R. (1998). Child psychotherapy process research. *Advances in Clinical Child Psychology*, 20, 93-124.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S. & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 689-698.
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 452-464.
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 465-491). New York: Guilford Press.

- Shirk, S. R., Karver, M. & Brown R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy, 18, (1)*, 17-24.
- Shirk, S. R. & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology, 4*, 713-728.
- Tichenor, V. & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 26*, 195-199.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1994). The Alliance in Experiential Therapy: Enacting the Relationship Conditions. In: A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 153-172). New York: Wiley.
- Weisz, J. R., Huey, S. J. & Weersing, V. R. (1998). Psychotherapy Outcome Research with Children and Adolescents. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology, 20* (pp. 49-91). New York: Plenum Press.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*, 343-358.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G. & Boswell, J. F. (2007). Youth Working Alliance: A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*, 278-288.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-376.

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: WIRKFAKTOREN IN DER PSYCHOTHERAPIE (ASAY & LAMBERT, 2001).....	9
ABBILDUNG 2: MODELL ALLGEMEINER PROZESSFAKTOREN (KARVER ET AL., 2005).....	19
ABBILDUNG 3: DIE KIND-ALLIANZ-PROZESS-THEORIE (BAYLIS ET AL., 2011).....	25

8 TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN THERAPEUTISCHER UND FREUNDSCHAFTSBEZIEHUNG (HERMER & RÖHRLE, 2008). EIGENE DARSTELLUNG.....	5
TABELLE 2: THERAPEUTEN- / THERAPEUTINNENVERHALTENSWEISEN UND ERLÄUTERUNGEN (CREED & KENDALL, 2005). EIGENE DARSTELLUNG.....	14
TABELLE 3: MODERATOREN DES ALLIANZ-ERFOLG-ZUSAMMENHANGS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN (MCLEOD, 2011). EIGENE DARSTELLUNG.....	17
TABELLE 4: ITEMS DES WAI-SR-P; ZUTEILUNG ZU DEN DIMENSIONEN NACH F. WILMERS (PERSÖNLICHE MITTEILUNG, 07. FEBRUAR 2012). EIGENE DARSTELLUNG.....	31
TABELLE 5: ERHOBENE DATEN MITTELS CASE REPORT FORM.....	32
TABELLE 6: ALINE - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	36
TABELLE 7: ALINE - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	38
TABELLE 8: ALBIN - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	39

TABELLE 9: ALBIN - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	40
TABELLE 10: BELINDA - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	41
TABELLE 11: BELINDA - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	41
TABELLE 12: BRUNO - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	43
TABELLE 13: BRUNO - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	43
TABELLE 14: CHIARA - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	44
TABELLE 15: CHIARA - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	45
TABELLE 16: CORNEL - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	46
TABELLE 17: CORNEL - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	47
TABELLE 18: DANA - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	48
TABELLE 19: DANA - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	49
TABELLE 20: DANIEL - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	50
TABELLE 21: DANIEL - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	51
TABELLE 22: ERIK - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	52
TABELLE 23: ERIK - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	52
TABELLE 24: FINN - EINSCHÄTZUNGEN DER KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	54
TABELLE 25: FINN - EINSCHÄTZUNGEN DER MUTTER-THERAPEUTIN-ALLIANZ.....	54
TABELLE 26: KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ - GESAMTE THERAPEUTISCHE ARBEITSALLIANZ.....	64
TABELLE 27: KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ - BEWERTUNGSMUSTER THERAPEUTISCHE BINDUNG.....	65
TABELLE 28: KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ - BEWERTUNGSMUSTER THERAPIEAUFGABEN.....	66
TABELLE 29: KIND-THERAPEUTIN-ALLIANZ - BEWERTUNGSMUSTER THERAPIEZIELE.....	66

9 ANHANG

- A Einzeleinschätzungen der Fälle
- B Einverständniserklärung
- C Case Report Form
- D Messinstrumente

Anhang A Einzeleinschätzungen der Fälle

Falldarstellung Albin

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Albin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.1)

Albins Bewertungen der drei Allianz-Dimensionen liegen nahe beieinander. Trotzdem beurteilt er jene der Therapieziele etwas höher als die beiden anderen. Er erachtet Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Therapiezielen als tendenziell *sehr oft* gegeben. Auf Item-Ebene fällt auf, dass er trotzdem angibt, nur *manchmal* mit seiner Therapeutin überein zu stimmen, woran es für ihn wichtig ist zu arbeiten. Die beiden Dimensionen therapeutische Bindung und Therapieaufgaben bewertet er gleich hoch. Er empfindet die therapeutische Bindung als *sehr oft* gut und auch die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit seiner Therapeutin bei den Therapieaufgaben erachtet er als *sehr oft* gegeben, auch wenn er in Bezug auf die Therapieaufgaben nur manchmal glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *öfters bis sehr oft* gut (M = 3.6)

Die Bewertungen der drei Allianz-Dimensionen durch die Therapeutin liegen nahe beieinander. Trotzdem beurteilt sie die Qualität der Dimension Therapieziele am höchsten. Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Albin sieht sie hier als tendenziell *sehr oft* gegeben. Die therapeutische Bindung empfindet sie nur als *öfters bis sehr oft* gut und auch die Übereinstimmung und Zusammenarbeit bei den Therapieaufgaben erachtet sie nur als *öfters bis sehr oft* gegeben.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.2)

Albins Mutter erachtet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung als mit Abstand am besten. Sie empfindet die therapeutische Bindung tendenziell *immer* als gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Albin und seiner Therapeutin bei den Therapieaufgaben schätzt sie als tendenziell *sehr oft* gegeben ein, wobei Item 1 ("Durch die Therapiestunden ist meinem Kind klarer geworden, wie es sich verändern kann) mit *öfters* gegeben die schlechteste Bewertung erfährt. Etwas besser fällt ihre Beurteilung bei den Therapiezielen aus. Hier geht sie davon aus, dass *sehr oft* Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Albin und der Therapeutin herrschen.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.9)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen mit Abstand am höchsten. Sie beurteilt die therapeutische Bindung als *sehr oft* bis *immer* gut. In der Therapieaufgaben-Dimension erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Albin und seiner Therapeutin als *öfters bis sehr oft* gut während sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit in Bezug auf die Therapieziele als tendenziell *sehr oft* gegeben sieht.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* gut (M = 4.0)

Von den drei Allianz-Dimensionen bewertet die Mutter jene der therapeutischen Bindung am höchsten. Sie empfindet die therapeutische Bindung zwischen Albins Therapeutin und sich *sehr oft* bis *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit der Therapeutin bei den Therapieaufgaben beurteilt sie mit *öfters* gegeben mit Abstand am schlechtesten von den drei Allianz-Dimensionen. Sie gibt an, dass ihr durch die Therapiestunden nur *manchmal* klarer geworden ist, wie sie ihre Familie verändern kann und dass ihr die Therapie nur *öfters* neue Sichtweisen auf die Probleme in ihrer Familie eröffnet. In der Therapieziele-Dimension erachtet sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Albins Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gegeben, auch wenn sie meint, dass nur *öfters* gemeinsam daran gearbeitet werde, Therapieziele zu setzen.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* bis *immer* gut (M = 4.6)

Aus Sicht der Therapeutin ist sowohl die therapeutische Bindung zwischen Albins Mutter und ihr tendenziell *immer* gut. Auch ihre Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieziele erachtet sie als tendenziell *immer* gegeben. Etwas niedriger bewertet sie die Qualität der Therapieaufgaben-Dimension, wobei sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Albins Mutter hier als *sehr oft* bis *immer* gegeben einschätzt.

Falldarstellung Belinda

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Belinda bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.8)

Aus Belindas Sicht ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten von allen Allianz-Dimensionen. Sie erachtet die therapeutische Bindung zwischen ihr und ihrer Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gut. Etwas niedriger, aber ebenfalls noch als tendenziell *sehr oft* gegeben erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit ihrer Therapeutin in der Dimension Therapieziele. Als tendenziell nur *öfters* gegeben beurteilt sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Therapieaufgaben-Dimension. Vor allem meint sie, dass das, was sie in der Therapie macht, ihr nur *manchmal* neue Sichtweisen auf ihr Problem eröffnet. Trotzdem spürt sie *sehr oft*, dass das, was sie in der Therapie tut, ihr helfen wird, die von ihr gewünschten Veränderungen zu erreichen und ebenso glaubt sie *sehr oft*, dass es richtig ist, wie an ihrem Problem gearbeitet wird.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.3)

Von allen Allianz-Dimensionen beurteilt Belindas Therapeutin die Qualität der Dimension therapeutische Bindung mit Abstand am höchsten. Sie erachtet die therapeutische Bindung zwischen ihr und Belinda *immer* als gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Therapieaufgaben-Dimension sieht sie als *sehr oft*, jene in der Dimension Therapieziele als tendenziell *sehr oft* gegeben. Belindas Therapeutin ist der Ansicht, dass sie und Belinda *immer* auf Ziele hinarbeiten, über die sie sich einig sind.

Die Mutter gibt keine Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen Belinda und ihrer Therapeutin ab.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.1)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen am höchsten. Sie bewertet sie als tendenziell *immer* gut. Als tendenziell *sehr oft* gegeben erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Therapieaufgaben-Dimension. Sie geht hier davon aus, dass Belinda *immer* glaubt, dass es richtig ist, wie an ihrem Problem gearbeitet wird. Mit Abstand geringer sieht sie die Qualität in der Dimension Therapieziele. Sie beurteilt die Übereinstimmung und Zusammenarbeit hier als tendenziell *öfters* gegeben.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter gibt keine Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen Belinda und ihrer Therapeutin ab.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut (M = 2.8)

Aus Sicht der Therapeutin ist die Qualität in der Dimension Therapieaufgaben von allen Allianz-Dimensionen am besten. Sie erachtet hier die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Belindas Mutter als *öfters* gegeben. Etwas weniger Übereinstimmung und Zusammenarbeit sieht sie bei der Dimension Therapieziele, wobei sie auch hier der Ansicht ist, dass sie tendenziell *öfters* gegeben sind. Am schlechtesten beurteilt sie die Dimension therapeutische Bindung. Die therapeutische Bindung zwischen ihr und Belindas Mutter erachtet sie nur als tendenziell *öfters* gut.

Falldarstellung Bruno

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Bruno bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* bis *immer* gut (M = 4.4)

Die Qualität der Dimension therapeutische Bindung erachtet Bruno als *sehr oft* bis *immer* gut. Am besten von allen Allianz-Dimensionen bewertet er jene der Therapieaufgaben. Hier sind aus seiner Sicht Übereinstimmung und Zusammenarbeit nahezu *immer* gegeben. Die niedrigste Bewertung erfährt die Dimension Therapieziele, wobei Bruno Übereinstimmung und Zusammenarbeit als *sehr oft* gegeben erachtet. Einerseits gibt er an, dass er und seine Therapeutin *immer* gemeinsam daran arbeiten, Therapieziele zu setzen, andererseits vertritt er aber auch die Ansicht, dass er und seine Therapeutin nur *öfters* auf Ziele hinarbeiten, über die sie sich einig sind.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell öfters gut (M = 3.3)

Brunos Therapeutin bewertet von den drei Allianz-Dimensionen die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten. Sie geht davon aus, dass die therapeutische Bindung nahezu *immer* gut ist. Die Therapieaufgaben-Dimension erhält eine äusserst niedrige Bewertung. Hier erachtet sie die Übereinstimmung mit Bruno tendenziell nur als *manchmal* gegeben. Trotzdem glaubt sie, dass Bruno öfters denkt, dass es richtig ist, wie sie an seinem Problem arbeiten. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieziele erachtet sie als tendenziell *öfters* gegeben. Es fällt auf, dass sie die therapeutische Bindung als enorm viel besser einschätzt als die Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell öfters gut (M = 3.3)

Die Mutter bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von den drei Allianz-Dimensionen am höchsten. Ihres Erachtens ist die therapeutische Bindung zwischen Bruno und seiner Therapeutin *sehr oft* bis *immer* gut. Von den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele denkt sie, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur tendenziell *öfters* gegeben sind. Die Mutter bewertet die therapeutische Bindung mit Abstand besser als die Aufgaben- und Zieldimension.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell öfters gut (M = 3.3)

Die Beobachterin schätzt die Qualität der therapeutischen Bindung von allen drei Allianz-Dimensionen deutlich am höchsten ein. Sie geht davon aus, dass die Bindung *sehr oft* gut ist. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Bruno und seiner Therapeutin in den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele bewertet sie nur als *öfters* gegeben. Sie vertritt die Ansicht, dass Bruno nur *manchmal* glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell sehr oft gut (M = 3.8)

Brunos Mutter bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von den drei Allianz-Dimensionen am höchsten. Sie vertritt die Ansicht, dass die therapeutische Bindung zwischen ihr und Brunos Therapeutin tendenziell *sehr oft* gut ist. Auf Item-Ebene bewertet sie ihr Spüren, dass die Therapeutin auch dann zur Familie steht, wenn sie, die Mutter, etwas macht, was die Therapeutin nicht gut heisst nur *öfters* als gegeben und damit am niedrigsten. Auch die Übereinstimmung in der Dimension Therapieaufgaben erachtet sie tendenziell nur *öfters* als gegeben. Als *sehr oft* gegeben empfindet sie hingegen die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit der Therapeutin in der Dimension Therapieziele.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell sehr oft gut (M = 3.8)

Aus Sicht der Therapeutin ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen am höchsten. Sie findet, dass die therapeutische Bindung zwischen ihr und Brunos Mutter tendenziell *sehr oft* gut ist. Der Therapieaufgaben-Dimension teilt sie die wenigsten Punkte zu. Dort bewertet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als tendenziell *öfters* gegeben. Vor allem meint sie, Brunos Mutter sei nur *manchmal* klarer geworden, wie sie sich verändern kann. Bezüglich der Dimension Therapieziele sieht sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit der Therapeutin tendenziell als *sehr oft* gegeben.

Falldarstellung Chiara

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Chiara bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft bis immer gut* (M = 4.4)
Chiara schätzt die Qualität der Dimensionen therapeutische Bindung und Therapieziele als tendenziell *sehr oft* gut ein. In der Aufgaben-Dimension bewertet sie lediglich Item 12 ("Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten") und zwar mit der höchstmöglichen Punktzahl.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft bis immer gut* (M = 4.5)

Die Dimension therapeutische Bindung wird von Chiaras Therapeutin als *immer* gut eingeschätzt. Aus ihrer Sicht sind Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieaufgaben tendenziell *sehr oft* gegeben. In der Therapieziel-Dimension erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit als *sehr oft bis immer* gegeben.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz *immer* als gut (M = 5.0)

Aus Sicht der Mutter ist die therapeutische Bindung zwischen Chiara und ihrer Therapeutin *immer* gut. Von den insgesamt 8 Items der Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele schätzt sie nur 2 Items der Dimension Therapieaufgaben ein, wobei sie für jedes Item die höchstmögliche Punktzahl vergibt.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft gut* (M = 3.8)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der therapeutischen Bindung *sehr oft bis immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Therapieaufgaben und Therapiezielen schätzt sie als *öfters bis sehr oft* gegeben ein. Bezüglich der Aufgaben meint sie, dass Chiara *immer* der Überzeugung ist, dass die Art, wie an ihrem Problem gearbeitet wird, richtig ist. In Bezug auf die Ziel-Dimension erachtet sie Chiaras Klarheit darüber, wo und wie sie sich verändern könnte, nur *öfters* als gegeben. Dasselbe gilt für die Eröffnung neuer Sichtweisen Chiaras auf ihr Problem.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft gut* (M = 4.3)

Die Mutter bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten von allen Allianz-Dimensionen. Sie empfindet sie *immer* als gut. Bezüglich der Therapieziele vertritt sie die Ansicht, dass *sehr oft bis immer* Übereinstimmung und Zusammenarbeit gegeben sind. Am schlechtesten bewertet sie die Dimension Therapieaufgaben. So meint sie, nur *öfters* neue Sichtweisen auf die Probleme in ihrer Familie zu erlangen und auch nur *öfters* zu spüren, dass das, was in der Therapie getan wird, helfen wird, die von ihr gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft bis immer gut* (M = 4.6)

Als *immer* gut – und damit am höchsten aller Allianz-Dimensionen – schätzt die Therapeutin die Qualität der therapeutischen Bindung ein. Auch die Übereinstimmung mit Chiaras Mutter in der Dimension Therapieziele sieht sie tendenziell *immer* und jene in der Dimension Therapieaufgaben tendenziell *als sehr oft* gegeben.

Falldarstellung Cornel

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Cornel bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *manchmal bis öfters* gut (M = 2.6)

Aus Cornels Sicht ist die Qualität der Dimension Therapieziele am höchsten. Hier sieht er die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit seiner Therapeutin als tendenziell *öfters* gegeben. Einerseits gibt er an, dass er und seine Therapeutin *immer* darin übereinstimmen, woran es für Cornel wichtig ist zu arbeiten, andererseits vertritt er die Ansicht, dass er und seine Therapeutin sich nur *manchmal* im Klaren darüber sind, welche Veränderungen gut für ihn wären. Die Qualität der Dimensionen therapeutische Bindung und Therapieaufgaben bewertet er merklich schlechter. So vertritt er die Ansicht, dass die therapeutische Bindung nur tendenziell *manchmal* gut ist. Auch die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Therapieaufgaben erachtet er nur tendenziell als *manchmal* gegeben. Cornel gibt an, dass das, was er in der Therapie macht, ihm nur *selten* neue Sichtweisen auf sein Problem eröffnet. Gleichzeitig glaubt er *sehr oft*, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* gut (M = 4.0)

Cornels Therapeutin empfindet die Qualität der therapeutischen Bindung von allen Allianz-Dimensionen mit Abstand am besten. Sie erachtet die therapeutische Bindung zwischen Cornel und ihr als tendenziell *immer* gut. Als tendenziell *sehr oft* gegeben schätzt sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Therapiezielen ein. Hierzu meint sie, dass Cornel und sie sich nur *öfters* im Klaren darüber sind, welche Veränderungen gut für Cornel wären, wohingegen sie *immer* auf Ziele hinarbeiten, über die sie sich einig sind und *immer* darin übereinstimmen, woran es für Cornel wichtig ist zu arbeiten. In der Dimension Therapieaufgaben erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Cornel nur als *öfters* gegeben.

Die Mutter hat keine Bewertung zur therapeutischen Arbeitsallianz abgegeben.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.7)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der Dimension Therapieziele mit Abstand am besten von den drei Allianz-Dimensionen. Sie erachtet hier die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Cornel und seiner Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gegeben. Sie meint zwar, dass Cornels Therapeutin und Cornel nur *öfters* gemeinsam daran arbeiten, Therapieziele zu setzen, vertritt aber trotzdem die Ansicht, dass sie *immer* auf Ziele hinarbeiten, über die sie sich einig sind und auch *immer* darin übereinstimmen, woran es für Cornel wichtig ist zu arbeiten. Die therapeutische Bindung zwischen Cornel und seiner Therapeutin erachtet sie als *öfters* bis *sehr oft* gut und die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieaufgaben als tendenziell *öfters* gegeben.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter schätzt die therapeutische Arbeitsallianz als *öfters bis sehr oft* gut ein (M = 3.5)

Bei der Auswertung der Fragebogen fällt auf, dass Cornels Mutter lediglich drei Items – 2 in der Therapieziel-Dimension und eines in der Therapieaufgaben-Dimension – bewertet hat. In Bezug auf die Therapieziele erachtet sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Cornels Therapeutin und ihr als *öfters* bis *sehr oft* gegeben. Bei den Therapieauf-

gaben glaubt sie lediglich *öfters*, dass es richtig ist, wie an Cornels Problem gearbeitet wird. Zur therapeutischen Bindung zwischen Cornels Therapeutin und ihr gibt sie keine Bewertungen ab.

Die Therapeutin schätzt die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut ein (M = 3.2)

Cornels Therapeutin erachtet die therapeutische Bindung zwischen ihr und Cornels Mutter als *sehr oft* gut. Deutlich geringer schätzt sie die Qualität der Allianz-Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele ein. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieaufgaben werden mit *manchmal* bis *öfters* gegeben am schlechtesten von allen Dimensionen bewertet. Bei den Therapiezielen vertritt sie die Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit *öfters* vorliegen. Einerseits meint sie, dass sie nur *manchmal* gemeinsam mit Cornels Mutter daran arbeitet, Therapieziele zu setzen, andererseits ist sie der Auffassung, dass sie mit ihr *sehr oft* auf Ziele hinarbeitet, über die sie sich einig sind.

Falldarstellung Dana

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Dana bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *immer* gut (M = 4.8)

Aus Danas Sicht ist die therapeutische Bindung zwischen ihr und ihrer Therapeutin *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension Therapieaufgaben bewertet sie als tendenziell *sehr oft* gegeben. Auf Item-Ebene gibt sie an, nur *öfters* Klarheit in ihrer Veränderungsmöglichkeit zu erlangen. Sie ist ausserdem der Ansicht, dass es *immer* richtig ist, wie an ihrem Problem gearbeitet wird. In der Therapieziel-Dimension sieht sie sowohl Übereinstimmung als auch Zusammenarbeit *immer* als gegeben und vergibt die höchstmögliche Punktzahl.

Danas Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.3)

Die Therapeutin bewertet die Qualität der therapeutischen Bindung als tendenziell *immer* gut und damit am besten von allen Allianz-Dimensionen. Auch in der Therapieaufgaben- und Therapieziele-Dimension vertritt sie die Ansicht, dass Dana und sie *sehr oft* bis *immer* übereinstimmen und zusammenarbeiten, wobei sie die Aufgaben-Dimension leicht besser bewertet als die Ziele-Dimension.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *immer* gut (M = 4.8)

Die Mutter bewertet die Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen am höchsten. Aus ihrer Sicht ist die therapeutische Bindung zwischen Dana und ihrer Therapeutin *immer* gut. Auch die Zusammenarbeit und Übereinstimmung in der Therapieaufgaben- und Therapieziele-Dimension erachtet sie *sehr oft* bis *immer* (Ziele) und tendenziell *immer* (Aufgaben) als gegeben.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.8)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen mit Abstand am höchsten. Sie bewertet die therapeutische Bindung als tendenziell *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele bewertet sie lediglich als *öfters* gegeben, wobei sie die Aufgaben-Dimension leicht besser beurteilt.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Danas Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.3)

Die Mutter bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung von allen Allianz-Dimensionen am höchsten. Sie erachtet die therapeutische Bindung als *immer* gut. Weniger gut bewertet sie die Übereinstimmung in der Therapieaufgaben-Dimension. Diese sieht sie *öfters* bis *sehr oft* als gegeben. Auf Item-Ebene vertritt sie die Ansicht, dass sie nur *manchmal* mehr Klarheit darüber erlangt, wie sie ihre Familie verändern kann. Sie glaubt aber *immer*, dass es richtig ist, wie an Danas Problem gearbeitet wird. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Dimension *Therapieziele* erachtet sie als tendenziell *sehr oft* gegeben.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *öfters* bis *sehr oft* gut (M = 3.6)

Aus Sicht der Therapeutin ist von allen Allianz-Dimensionen die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten. Sie erachtet die therapeutische Bindung sehr oft als gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Dimensionen Therapieaufgaben sieht sie *öfters* bis *sehr oft*, jene in der Dimension Therapiezielen als tendenziell *öfters* gegeben.

Falldarstellung Daniel

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Daniel bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *manchmal* gut (M = 2.3)

Daniel bewertet von den drei Allianz-Dimensionen jene der therapeutischen Bindung merklich am schlechtesten. Er bezeichnet die therapeutische Bindung als tendenziell *manchmal* gut. So gibt er an, einerseits *öfters* zu spüren, dass seine Therapeutin ihn schätzt, andererseits glaubt er aber nur *manchmal*, dass sie ihn mag und nur *selten*, dass sie ihn achtet oder auch dann zu ihm steht, wenn er etwas tut, was sie nicht gutheisst. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit seiner Therapeutin in den beiden Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele erachtet er als *manchmal* bis *öfters* gegeben. Im Bereich der Therapieaufgaben vertritt er die Ansicht, dass das, was er in der Therapie macht, ihm nur *selten* neue Sichtweisen auf sein Problem eröffnet. Trotzdem ist ihm durch die Stunden *öfters* klarer geworden, wie er sich verändern kann. Er spürt *öfters*, dass das, was er in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen und glaubt *öfters*, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. In Bezug auf die Therapieziele gibt er an, *sehr oft* mit seiner Therapeutin überein zu stimmen, woran es wichtig für ihn ist zu arbeiten, sagt aber gleichzeitig, dass er und die Therapeutin nur *selten* auf Ziele hin arbeiten, über die sie sich einig sind.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.8)

Daniels Therapeutin erachtet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung mit Abstand am höchsten. Sie empfindet die therapeutische Bindung zwischen Daniel und ihr als tendenziell *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Daniel und ihr in Bezug auf die Therapieaufgaben erachtet sie als *öfters* bis *sehr oft*, jene in Bezug auf

die Therapieziele als *öfters* gegeben. Die Therapeutin vertritt die Ansicht, dass Daniel und sie nur *manchmal* gemeinsam daran arbeiten, Therapieziele zu setzen.

Die Mutter gibt keine Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen Daniel und seiner Therapeutin ab.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut (M = 2.7)

Aus Sicht der Beobachterin ist die Qualität der Dimension therapeutische Bindung mit Abstand am höchsten. Sie erachtet die therapeutische Bindung als *sehr oft* gut. Deutlich weniger hoch, schätzt sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit Daniels und seiner Therapeutin ein, wenn es um die Therapieziele und –aufgaben geht. Diese bewertet sie mit tendenziell *manchmal* gegeben, wobei sie die Dimension Therapieziele besser einschätzt, als jene der Therapieaufgaben. So geht sie einerseits davon aus, dass Daniel und seine Therapeutin *öfters* gemeinsam daran arbeiten, Therapieziele zu setzen, meint andererseits aber auch, dass Daniel nur *selten* glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter gibt keine Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen Daniels Therapeutin und ihr ab.

Die Therapeutin schätzt die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut ein (M = 3.9)

Daniels Therapeutin erachtet die therapeutische Bindung zwischen Daniels Mutter und ihr als *sehr oft* bis *immer* gut. Am schlechtesten von den drei Allianz-Dimensionen bewertet sie jene der Therapieaufgaben. Hier sieht sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Daniels Mutter nur tendenziell *öfters* als gegeben. In Bezug auf die Therapieziele ist sie der Ansicht, dass Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Daniels Mutter *sehr oft* gegeben sind.

Falldarstellung Erik

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Erik bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *sehr oft* bis *immer* gut (M = 4.5)

Erik hat insgesamt nur zwei Items des Fragebogens bewertet. Er glaubt *sehr oft*, dass seine Therapeutin ihn mag und *immer*, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Mit je einer Antwort bewertet Erik somit die Dimensionen therapeutische Bindung als *sehr oft* gut und die Übereinstimmung in der Dimension Therapieaufgaben als *immer* gegeben. Zur Dimension Therapieziele beantwortet Erik kein Item.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.8)

Eriks Therapeutin bewertet von allen Allianz-Dimensionen die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten. Sie erachtet sie als tendenziell *immer* gut. Als wesentlich geringer beurteilt sie die Qualität der Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele. Hier sieht sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit Erik als tendenziell als

öfters gegeben. Vor allem die Zusammenarbeit im Setzen von Therapiezielen findet ihrer Meinung nach nur *manchmal* statt.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell öfters gut (M = 3.2)

Aus Sicht von Eriks Mutter ist Eriks therapeutische Bindung zur Therapeutin tendenziell *immer* gut. Sie erhält die höchste Bewertung aller Allianz-Dimensionen. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den beiden anderen Dimensionen erachtet Eriks Mutter als wesentlich geringer und nur *manchmal* als gegeben. Als *selten* bezeichnet sie auf Item-Ebene Eriks Erlangen neuer Sichtweisen auf sein Problem und als *sehr oft* gegeben erachtet sie seinen Glauben an die Richtigkeit, wie an seinem Problem gearbeitet wird.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell sehr oft gut (M = 3.7)

Aus Sicht der Beobachterin ist von allen Allianz-Dimensionen die Qualität der Dimension therapeutische Bindung mit Abstand am höchsten. Ihrer Meinung nach ist die therapeutische Bindung *sehr oft* bis fast *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in den Dimensionen Therapieaufgaben und Therapieziele bewertet sie wesentlich schlechter. Sie erachtet sie als tendenziell *öfters* gegeben.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell sehr oft gut (M = 4.3)

Aus Sicht der Mutter ist die therapeutische Bindung zwischen ihr und Eriks Therapeutin *immer* gut. Die Übereinstimmung in der Dimension Therapieaufgaben und Therapiezielen sieht sie als tendenziell *sehr oft* gegeben, wobei sie die Therapieziel-Dimension höher bewertet als die Therapieaufgaben-Dimension.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell sehr oft gut (M = 3.9)

Die Therapeutin erachtet die therapeutische Bindung als tendenziell *immer* gut. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Therapieaufgaben-Dimension beurteilt sie als tendenziell *öfters*, jene in der Dimension Therapieziele als tendenziell *sehr oft* gut.

Falldarstellung Finn

Einzeleinschätzungen der Kind-Therapeutin-Allianz

Finn bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell öfters gut (M = 3.2)

Finn bewertet die Qualität der Dimension therapeutische Bindung am höchsten von allen drei Allianz-Dimensionen. Er geht davon aus, dass die therapeutische Beziehung *immer* gut ist. Die Übereinstimmung mit seiner Therapeutin in Bezug auf die Therapieaufgaben erachtet er als *öfters* gegeben. Er erlangt zwar nur *selten* Klarheit über seine Veränderungsmöglichkeiten und auch nur *selten* neue Sichtweisen auf sein Problem, spürt aber *immer*, dass die Therapie ihm helfen wird, sich in die gewünschte Richtung zu verändern. Ebenso erachtet er es *immer* als richtig, wie an seinem Problem gearbeitet wird. Die Therapieziel-Dimension bewertet er am schlechtesten. Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit seiner Therapeutin sind hier aus seiner Sicht nur *selten* bis *manchmal* gegeben.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut (M = 2.9)

Finns Therapeutin ist der Ansicht, dass die therapeutische Bindung zwischen Finn und ihr tendenziell *immer* gut ist. Die Qualität der Dimension Therapieaufgaben bewertet sie als wesentlich geringer. Hier sieht sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur als *manchmal* bis *öfters* gegeben. So meint sie, dass Finn nur *selten* Klarheit über seine Veränderungsmöglichkeiten und nur *manchmal* neue Sichtweisen auf sein Problem erlangt. Trotzdem ist sie *öfters* der Ansicht, dass die Therapie helfen wird, Finns gewünschte Veränderungen zu erreichen. Die Übereinstimmung und Zusammenarbeit in der Therapieziel-Dimension erachtet sie als *selten* bis *manchmal* gegeben.

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *öfters* gut (M = 3.2)

Aus Sicht der Mutter ist die therapeutische Bindung zwischen Finn und seiner Therapeutin tendenziell *immer* gut. Die Qualität der Dimension *Therapieaufgaben* bewertet sie von allen Dimensionen am geringsten, wobei sie Übereinstimmung und Zusammenarbeit als tendenziell *sehr oft* gegeben erachtet. In der Therapieziele-Dimension erachtet sie sie ebenfalls als *sehr oft* gegeben.

Die Beobachterin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als *öfters* bis *sehr oft* gut (M = 3.6)

Die Beobachterin beurteilt die Qualität der Dimension *therapeutische Bindung* als sehr oft gut. Die Dimensionen *Therapieaufgaben* und *Therapieziele* bewertet sie etwas schlechter. Hier sieht sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit zwischen Finn und seiner Therapeutin als *öfters* bis *sehr oft* (Therapieaufgaben) und als tendenziell *öfters* (Therapieziele) gegeben. Auf jeden Fall glaubt sie *immer*, dass es richtig ist, wie an Finns Problem gearbeitet wird.

Einzeleinschätzungen der Mutter-Therapeutin-Allianz

Die Mutter bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 4.2)

Die Mutter erachtet die Qualität der therapeutischen Bindung zwischen ihr und Finns Therapeutin als tendenziell *sehr oft* gut. Jene der Dimension Therapieaufgaben bewertet sie am niedrigsten von allen Allianz-Dimensionen. Sie schätzt die Übereinstimmung und Zusammenarbeit als tendenziell *sehr oft* gegeben ein, wobei sie *immer* der Ansicht ist, dass es richtig ist, wie an Finns Problem gearbeitet wird. Die beste Bewertung vergibt sie in der Dimension Therapieziele. Hier beurteilt sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit mit der Therapeutin als *sehr oft* bis *immer* gegeben.

Die Therapeutin bewertet die therapeutische Arbeitsallianz als tendenziell *sehr oft* gut (M = 3.7)

Aus Sicht der Therapeutin ist die therapeutische Bindung zu Finns Mutter tendenziell *immer* gut. Die Übereinstimmung in Bezug auf die Dimension Therapieaufgaben erachtet sie als *öfters* bis *sehr oft* gegeben, wobei sie die Ansicht vertritt, dass Finns Mutter nur *selten* klarer geworden ist, wie sie sich verändern kann. Trotzdem geht sie davon aus, dass Finns Mutter *immer* glaubt, dass die Art, wie an Finns Problem gearbeitet wird, richtig ist. Die niedrigste Bewertung vergibt sie in der Dimension Therapieziele. Hier sieht sie die Übereinstimmung und Zusammenarbeit nur tendenziell als *öfters* gegeben. Insbesondere das gemeinsame Arbeiten am Setzen von Therapiezielen erachtet sie als *selten*.

Anhang B Einverständniserklärung

**Schriftliche Einverständniserklärung der Eltern
zur Teilnahme ihres Kindes an einer klinischen Studie**

→ Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.

→ Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

Nummer der Studie

Titel der Studie

Zur therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie mit Kindern: Eine qualitative Analyse

Sponsor

KJPD St. Gallen, Brühlgasse 35/37, 9004 St. Gallen

Ort der Studie

St. Gallen

Prüferin

Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

Patientin / Patient

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

männlich

weiblich

- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Elterninformation vom 16. November 2011 gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Elterninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich weiss, dass die persönlichen Daten meines Kindes nur in anonymisierter Form an aussenstehende Institutionen zu Forschungszwecken weitergegeben werden. Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken in die Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- Die Teilnahme meines Kindes an dieser Studie ist freiwillig. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass deswegen Nachteile für mein Kind bei der weiteren medizinischen oder psychologischen Betreuung entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

Bestätigung der zuständigen Ärztin / der zuständigen Psychologin: Hiermit bestätige ich, dass ich den Eltern Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft der Patientin/des Patienten zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich sie/ihn umgehend darüber informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / der Psychologin

Anhang C Case Report Form



CASE REPORT FORM

Kind-ID: _____

Heutiges Datum: _____

(wird vom Untersuchungsteam ausgefüllt)

Geburtsdatum des Kind:	Erfassungsdatum:
Geburtsdatum des Vaters:	Geburtsdatum der Mutter:
Berufsausbildung des Vaters:	Berufsausbildung der Mutter:
Geschwister (+ Geburtsdatum):	Sprache des Kindes (bitte markieren) Dialekt: flüssig – stockend Schriftdeutsch: flüssig – stockend Fremdsprache: flüssig - stockend
Nationalität des Kindes:	Schulstatus des Kindes:
ICD-Diagnose:	Diagnose seit:
in Therapie bei dieser Therapeutin/ diesem Therapeuten seit:	Therapiemanual: (bitte markieren) nein – ja, aber keine strikte Einhaltung – ja, mit strikter Einhaltung
Geschlecht der therapierenden Person:	Alter der therapierenden Person:
mit Kindern praktizierend seit:	Therapiesprache (bitte markieren): Dialekt, Schriftdeutsch, Fremdsprache

Anhang D Messinstrumente

Pat.-ID _____ Name Therapeut/in _____ Datum _____

Kind – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform – P (Kind) (Wilmers et al., 2008)

Anleitung: Im folgenden findest Du eine Reihe von Aussagen, die sich auf Erfahrungen beziehen, die Menschen in ihrer Therapie oder mit ihrer/ihrem Therapeut/in machen können.

Bitte entscheide bei jeder Aussage, inwieweit sie auf Deine Therapie zur Zeit zutrifft. Beurteile dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte mache nur ein Kreuz pro Zeile.

		selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.	1	2	3	4	5
3.	Ich glaube mein/e Therapeut/in mag mich.	1	2	3	4	5
4.	Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Meine/e Therapeut/in und ich arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in mich schätzt.	1	2	3	4	5
8.	Mein/e Therapeut/in und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9.	Ich spüre, dass mein/e Therapeutin auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheißt.	1	2	3	4	5
10.	Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.	1	2	3	4	5
12.	Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.	1	2	3	4	5

Kind – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory - revidierte Kurzform (Eltern)

Anleitung: Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen darüber, wie Ihr Kind in Bezug auf seinen Therapeuten / seine Therapeutin fühlen kann. Wir sind an ihrem ersten Gefühl interessiert, das sie beim Lesen jeder Aussage haben.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf die Therapie Ihres Kindes zur Zeit zutrifft. Ihr erster Eindruck zählt. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile und lassen Sie keine Frage aus.

Bitte ankreuzen: Beurteilung erfolgte durch die Mutter den Vater

		selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist meinem Kind klarer geworden, wie es sich verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Was mein Kind in der Therapie macht, eröffnet ihm neue Sichtweisen auf sein Problem.	1	2	3	4	5
3.	Mein Kind und die Therapeutin / der Therapeut mögen sich.	1	2	3	4	5
4.	Die Therapeutin / der Therapeut und mein Kind arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	Mein Kind und die therapierende Person achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Mein Kind und die Therapeutin / der Therapeut arbeiten auf Ziele hin über die sie sich einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Mein Kind spürt, dass die Therapeutin / der Therapeut es schätzt.	1	2	3	4	5
8.	Die Therapeutin / der Therapeut und mein Kind stimmen darin überein, woran es für mein Kind wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9.	Mein Kind spürt, dass die Therapeutin / der Therapeut auch dann zu ihm steht, wenn es etwas tut, was sie / er nicht gutheißt.	1	2	3	4	5
10.	Mein Kind spürt, dass das, was es in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Mein Kind und die Therapeutin sind sich im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mein Kind wären.	1	2	3	4	5
12.	Mein Kind glaubt, dass es richtig ist, wie es mit seiner Therapeutin / seinem Therapeuten an seinem Problem arbeiten.	1	2	3	4	5

Pat.-ID _____ Name Therapeut/in _____ Datum _____

Kind – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform (Therapeut/in)

Anleitung: Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen darüber, wie eine Person über ihre Klientin / ihren Klienten denken kann. Beim Lesen der Sätze stellen Sie sich bitte den Namen des Kindes auf der durchgezogenen Linie vor.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf Ihre Klientin / Ihren Klienten zutrifft. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile und lassen Sie keine Frage aus.

		selten	manch- mal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist es _____ klarer geworden, wie er / sie sich verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Was _____ in der Therapie macht, eröffnet ihm / ihr neue Sichtweisen auf sein Problem.	1	2	3	4	5
3.	Ich glaube _____ mag mich.	1	2	3	4	5
4.	_____ und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	_____ und ich achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Wir arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Ich schätze _____.	1	2	3	4	5
8.	Wir stimmen darin überein, woran es für _____ wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9.	Ich stehe auch dann zu _____, wenn er / sie etwas tut, was ich nicht gutheisse.	1	2	3	4	5
10.	Ich spüre, dass das, was wir in der Therapie tun, _____ helfen wird, die von ihm / ihr gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Wir sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für _____ wären.	1	2	3	4	5
12.	_____ glaubt, dass es richtig ist, wie wir an seinem / ihrem Problem arbeiten.	1	2	3	4	5

WAI-SR (Therapeut/in), analog dem WAI-SR-P (Wilmers et al., 2008) übersetzte Kurzversion (Jäger, 2011).

Pat.-ID _____ Name Therapeut/in _____ Datum _____

Kind – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform (Observer/in)

Anleitung: Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen darüber, wie eine Therapeutin / ein Therapeut und sein Klient / seine Klientin in der Therapie interagieren können.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie Ihres Erachtens zutrifft. Bitte arbeiten Sie rasch, ihr erster Eindruck ist für uns von Interesse. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile und lassen Sie keine Frage aus.

		selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist es dem Kind klarer geworden, wie es sich verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Was das Kind in der Therapie macht, eröffnet ihm neue Sichtweisen auf sein Problem.	1	2	3	4	5
3.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind mögen einander.	1	2	3	4	5
4.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind arbeiten auf Ziele hin über die sie sich einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Das Kind spürt, dass die Therapeutin / der Therapeut es schätzt.	1	2	3	4	5
8.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind stimmen überein, woran es für das Kind wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9.	Das Kind spürt, dass die Therapeutin / der Therapeut auch dann zu ihm steht, wenn es etwas tut, was sie / er nicht gut heisst.	1	2	3	4	5
10.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind stimmen darin überein, dass das, was das Kind in der Therapie tut, ihm helfen wird, die von ihm gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Die Therapeutin / der Therapeut und das Kind sind sich im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für das Kind wären.	1	2	3	4	5
12.	Das Kind glaubt, dass es richtig ist, wie an seinem Problem gearbeitet wird.	1	2	3	4	5

Eltern – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform (Eltern)

Anleitung: Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen darüber, wie Eltern über die Arbeit des Therapeuten / der Therapeutin mit ihrer Familie denken können.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf die Therapeutin / den Therapeuten Ihres Kindes zutrifft. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile und lassen Sie keine Frage aus.

Bitte kreuzen Sie an, durch wen diese Bewertung erfolgt: Mutter / Vater

		selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich unsere Familie verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Diese Therapie eröffnet mir neue Sichtweisen auf die Probleme in meiner Familie.	1	2	3	4	5
3.	Ich glaube, dass die Therapeutin / der Therapeut mich mag.	1	2	3	4	5
4.	Die Therapeutin / der Therapeut und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	Die Therapeutin / der Therapeut und ich achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Die Therapeutin / der Therapeut und ich arbeiten auf Ziele hin, über die wir uns einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Ich spüre, dass der Therapeut / die Therapeutin meine Familie schätzt.	1	2	3	4	5
8.	Wir stimmen darin überein, woran in der Therapie gearbeitet werden soll.	1	2	3	4	5
9.	Ich spüre, dass die Therapeutin / der Therapeut auch dann zu meiner Familie steht, wenn ich etwas tue, was sie / er nicht gutheißt.	1	2	3	4	5
10.	Ich spüre, dass das, was in der Therapie getan wird, helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Wir sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mein Kind wären.	1	2	3	4	5
12.	Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir am Problem meines Kindes arbeiten.	1	2	3	4	5

Eltern – Therapeuten / Therapeutinnen-Beziehung - Working Alliance Inventory – revidierte Kurzform (Therapeut/in)

Anleitung: Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen darüber, wie jemand über seinen Klienten / seine Klientin denken kann. Als Klient / Klientin wird in diesem Fragebogen die wichtigste elterliche Bezugsperson des Kindes, das sich in Therapie befindet, bezeichnet - unabhängig davon, ob dieser Elternteil direkt eine Behandlung erfährt oder nicht.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, wie zutreffend sie für diesen Elternteil ist. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = "selten" bis 5 = "immer". Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile und lassen Sie keine Frage aus.

Bitte kreuzen Sie an, um welchen Elternteil es sich handelt: Mutter / Vater

		selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1.	Durch die Therapiestunden ist der Elternperson klarer geworden, wie sie sich verändern kann.	1	2	3	4	5
2.	Die Elternperson und ich glauben an den Nutzen der Aktivitäten, die in der Therapie stattfinden.	1	2	3	4	5
3.	Ich glaube, dass die Elternperson mich mag.	1	2	3	4	5
4.	Die Elternperson und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	1	2	3	4	5
5.	Die Elternperson und ich achten einander.	1	2	3	4	5
6.	Wir arbeiten auf Ziele hin, über die wir uns einig sind.	1	2	3	4	5
7.	Ich schätze die Elternperson.	1	2	3	4	5
8.	Wir stimmen darin überein, woran es für die Elternperson wichtig ist zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9.	Ich respektiere die Elternperson auch dann, wenn sie etwas tut, was ich nicht gutheisse.	1	2	3	4	5
10.	Ich spüre, dass das, was in der Therapie getan wird, der Elternperson helfen wird, die von ihr gewünschten Veränderungen zu erreichen.	1	2	3	4	5
11.	Wir sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für die Familie wären.	1	2	3	4	5
12.	Die Elternperson glaubt, dass es richtig ist, wie wir am Problem ihres Kindes arbeiten.	1	2	3	4	5

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

Unterschrift: