

## Der Einfluss existentieller, spiritueller und religiöser Patientenmerkmale auf die Qualität der therapeutischen Beziehung

Hefti René<sup>ab</sup>, Hirsiger Gabriela<sup>c</sup>, Wartenweiler Thomas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medizinische Fakultät, Universität Bern, Bern, Switzerland

<sup>b</sup> Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit FISG, Langenthal, Switzerland

<sup>c</sup> Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Switzerland

### Summary

Impact of existential, spiritual and religious patient characteristics on the quality of the therapeutic relationship

The quality of the therapeutic relationship is one of the strongest predictors of treatment outcome. However, the mediating factors have been investigated variously. This study assessed the impact of the patient characteristics «existential competence», «spirituality» and «religiousness» on the quality of the therapeutic relationship, from the perspective of both the patient and the therapist. Discharge data of patients (n = 579) from the Clinic SGM Langenthal were retrospectively evaluated. The results showed that from the patient's perspective, existential and spiritual characteristics do have an impact on the quality of the therapeutic relationship. From the therapists' perspective, however, patient characteristics do not significantly influence the quality of the therapeutic relationship.

**Keywords:** patient characteristics, therapeutic relationship, spirituality, religiousness

### Einleitung/Hintergrund

Die Einflussfaktoren auf den therapeutischen Prozess werden im Rahmen der Psychotherapieforschung schon seit Jahrzehnten untersucht. Die Literatur zeigt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der stärksten Prädiktoren für das Therapieergebnis ist [1]. Die vermittelnden Faktoren sind unterschiedlich erforscht. Für den Einfluss der Patientenmerkmale [2] gibt es noch wenige Studien mit uneinheitlichen Ergebnissen.

### Die therapeutische Beziehung

Ob und wie sich eine tragfähige therapeutische Beziehung entwickelt, ist von vielen Einflüssen abhängig und wurde bereits von Freud [3] untersucht. Freud fand, dass eine gute Arbeitsbeziehung für eine erfolgreiche Analyse entscheidend ist. Der Begriff therapeutische Beziehung wurde erstmals durch Zetzel [4] gebraucht. Sie sah darin eine wichtige Voraussetzung für therapeutische Interventionen und deren Effizienz. Trotz einer langen Forschungs-

geschichte zum Konzept der therapeutischen Beziehung existiert bis heute keine konsensfähige Begriffsdefinition.

Verschiedene Metanalysen ermitteln einen konsistenten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis. Horvath und Symonds [5] begutachteten 24 Studien und fanden einen mittleren Effekt von  $r = .26$ . Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Martin, Garske und Davis [1] anhand von 79 Studien. Sie fanden einen mittleren Effekt von  $r = .22$ . Eine neuere Metanalyse von Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds und Horvath [6] schloss 190 Stichproben ein und ermittelte einen mittleren Effekt von  $r = .29$  sowie eine signifikante Heterogenität zwischen den einzelnen Effektgrößen der Studien. Dabei ist zu beachten, dass die patientenseitige Einschätzung und das effektive Ergebnis der Psychotherapie höher korrelieren als die Einschätzung durch die Therapeuten [1, 5]. Zudem zeigen die genannten Übersichtsarbeiten, dass der Einfluss auf das Therapieergebnis unabhängig ist von den angewandten Therapiemethoden und dem Studiendesign [6].

### Patientenmerkmale

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte Rosenzweig [7] die These, dass nebst spezifischen Therapiemethoden implizite therapeutische Faktoren wirksam sind. Zu diesen allgemeinen Wirkfaktoren gehören gemäss Grenavage und Norcross [8] auch die Patientenmerkmale. Sie beinhalten die Eigenschaften und Verhaltensweisen von Patienten. Clarkin und Levy [9] unterscheiden vier Gruppen von Patientenvariablen: (a) soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und die ethnische Zugehörigkeit, (b) Persönlichkeitsfaktoren, (c) Art und Schwere der Krankheit sowie funktionelle Einschränkungen und (d) interpersonelle Probleme. Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung deuten darauf hin, dass ein grosser Anteil der Varianzaufklärung auf diese Patientenmerkmale zurückzuführen ist und ihnen nahezu 40% des Therapiefortschritts zugeschrieben werden kann. Inwiefern diese Patientenvariablen jedoch die therapeutische Beziehung als solche bee-

**Correspondence:**  
Dr. med. René Hefti,  
Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit  
FISG, Weissensteinstrasse  
22, 4900 Langenthal,  
rene.hefti[at]rsh.ch

influssen, ist wenig untersucht [10, 11] und führte zu uneinheitlichen Ergebnissen.

In der vorliegenden Studie wird der Einfluss der Patientenmerkmale «Existenzielle Kompetenz», «Spiritualität» und «Religiosität» auf die Qualität der therapeutischen Beziehung untersucht. Im Hinblick auf die Einteilung von Clarkin und Levy sind diese Patientenmerkmale am ehesten den Persönlichkeitsfaktoren zuzurechnen. Zum Einfluss dieser Patientenmerkmale auf die therapeutische Beziehung gibt es bisher keine Studienergebnisse [12]. Untersucht wurde jedoch die Bedeutung spiritueller sowie religiöser Merkmale auf die psychische Gesundheit [13–15]. Diese Ergebnisse legen nahe, dass diese Merkmale potentielle Ressourcen für die Therapie darstellen. Damit postulieren wir einen positiven Einfluss von «Existenzieller Kompetenz», «Spiritualität» und «Religiosität» auf die therapeutische Beziehung. Im klinischen Kontext könnte ein besseres Verständnis der Patientenmerkmale und ihres Einflusses auf die Qualität der therapeutischen Beziehung dazu beitragen, diese in der therapeutischen Arbeit spezifischer wahrzunehmen und zu gewichten. (Zur erleichterten Lesbarkeit werden die Begriffe Patient und Therapeut geschlechtsneutral verwendet, es sind dabei immer beide Geschlechter gemeint.)

## Methodik

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung eines psychiatrischen Patientenkollektives, welches im Zeitraum von 2012-2015 in der Klinik SGM (Stiftung für ganzheitliche Medizin) Langenthal stationär behandelt wurde. Die Daten wurden im Rahmen der regulären Ein- und Austrittsdiagnostik erhoben, wobei für die Studie nur die Austrittsdaten verwendet wurden, da die Eintrittsbeurteilung der therapeutischen Beziehung nach dem ersten Patient-Therapeuten-Kontakt wenig valide ist. Die Ein- und Austrittsdiagnostik findet bei allen Patienten statt, sofern dies der Gesundheitszustand zulässt und die Patienten mit der Erhebung einverstanden sind. Die Erfassungsquote liegt bei durchschnittlich 85% der behandelten Patienten. Nicht erfasst werden Patienten mit kritischer Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes (Schwere Depressionen, Angst- und Erschöpfungszustände, dissoziative Zustände bei PTSD). Auch nicht erfasst werden Patienten mit ungeplantem, kurzfristigem Austritt oder Behandlungsabbruch. In die vorliegende Studie wurden alle im Untersuchungszeitraum erfassten Patienten eingeschlossen, die einen vollständigen Datensatz hatten. Andere Ein- und Ausschlusskriterien bestanden nicht.

## Stichprobe

Die Stichprobe umfasst insgesamt 579 Patienten. Für alle Patienten lag ein vollständiger Datensatz vor. Das Durchschnittsalter beträgt 41.5 Jahre, 68.2% der Stichprobe sind weiblich, 31.8% männlich. 2.2% haben keine abgeschlossene Ausbildung, 24.7% verfügen über einen Abschluss der Sekundarstufe I, 49.9% haben die Sekundarstufe II abgeschlossen und 23.1% haben einen Tertiärabschluss. **Tabelle 1** zeigt nebst Altersgruppen und Geschlecht auch die Ausprägung der Religiosität, welche mit dem Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T) von Huber erfasst und kategorisiert wurde [16].

Die Altersgruppen zeigen eine gleichmässige Verteilung der Patienten über die Altersspanne von 17-64 Jahre mit einem Schwerpunkt im Alterssegment von 45-54 Jahren. Im Bereich der Alterspsychiatrie ab 65 Jahren finden sich nur noch wenige Patienten, da dieses Segment nicht mehr dem Leistungsauftrag der Klinik SGM entspricht. Die Geschlechtsverteilung mit 2/3 weiblichen Patienten entspricht dem Behandlungssegment mit Schwerpunkt affektive Störungen. Die Diagnosegruppen gliedern sich wie folgt: 38% rezidivierende Depressionen, 19% erstmalige depressive Episoden, 10% Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, 9% Belastungsstörungen (inkl. PTSD), 6% Persönlichkeitsstörungen (hauptsächlich Borderline), 6% somatoforme Störungen, 5% Angst- und Zwangserkrankungen, 4% somatische Erkrankungen mit psychischer Dekompensation und 3% Essstörungen.

Hinsichtlich Religiosität besteht ein überdurchschnittlich religiöses Patientenkollektiv. Dies entspricht dem ganzheitlichen Behandlungskonzept der Klinik SGM Langenthal, welches spezifische Angebote für religiöse Patienten beinhaltet.

## Erhebungsinstrumente

Die Patientendaten wurden durch verschiedene Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebogen erhoben. Im Folgenden werden die für diese Arbeit verwendeten Instrumente erläutert.

### Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung (FTB)

Der FTB basiert auf dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ). Der HAQ erfasst die Qualität der therapeutischen Beziehung mit 12 Items auf einer 6-stufigen Likert-Skala [17]. Bassler, Potratz und Krauthauser [18] haben den Fragebogen auf Deutsch übersetzt und die patientenseitige Einschätzung (FTB-P) durch eine Einschätzung der Therapeuten (FTB-Th) ergänzt. Nebst der Summenskala aller Items kann der HAQ in zwei Subskalen eingeteilt werden. Die erste Subskala (HAQ1) erfasst die affektive Beziehungszufriedenheit vom Patienten zum Therapeuten

**Tabelle 1:** Prozentuale Verteilung von Altersgruppen, Geschlecht und Religiosität (Zentralität)

Alter			Geschlecht			Religiosität (R-S-T)		
	N	%		N	%		N	%
17-24 Jahre	101	17.4	männlich	184	31.8	Nicht religiös	30	5.2
25-34 Jahre	102	17.6	weiblich	395	68.2	religiös	271	46.8
35-44 Jahre	113	19.5				Hoch religiös	278	48.0
45-54 Jahre	170	29.4						
55-64 Jahre	68	11.7						
65-78 Jahre	25	4.3						

Anmerkung. Der Religiositäts-Struktur-Test teilt die Patienten in nicht-religiös, religiös und hochreligiös ein.

anhand 6 der 12 Items, die zweite Subskala (HAQ2) ermittelt die Erfolgsg Zufriedenheit, also die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg anhand 4 der 12 Items [18, 19]. Diese Differenzierung wurde für diese Arbeit nicht verwendet. Die interne Konsistenz der Reliabilität liegt bei allen Items bei einem guten Cronbachs Alpha von  $\alpha = .89$  (HAQ1 mit  $\alpha = .89$ ; HAQ2 mit  $\alpha = .84$ ) [19].

#### **Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D)**

Der HoNOS-D ist ein diagnostisches Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer psychischen Erkrankung. Das Verfahren wurde in Grossbritannien entwickelt, um einerseits differenziert den Schweregrad sowie die soziale Funktionsfähigkeit zu messen und andererseits im Routineeinsatz den Therapieerfolg überprüfen zu können [20]. Das Instrument besteht aus 12 Items, welche je einen spezifischen Problembereich erfassen, dessen Ausprägung auf einer 5-stufigen Likert-Skala vom Rater beurteilt wird. Die Items werden in vier Funktionsbereiche eingeteilt: Verhaltensprobleme, Symptomatik, kognitive und körperliche Beeinträchtigungen sowie soziale Probleme. Die Reliabilität liegt für alle Items zwischen  $\alpha = .72$  und  $\alpha = .91$  [20].

#### **Brief Symptom Checklist (BSCL, vormals BSI)**

Der BSCL ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, mit dem die subjektive Beeinträchtigung durch physische und psychische Symptome erfasst wird. Der BSCL wurde aus der Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis [21] entwickelt. Er besteht aus 53 Items auf einer 4-stufigen Likert-Skala, auf welcher die Ausprägung der Symptome mit einem zeitlichen Bezug auf die letzten sieben Tage angegeben wird. Die Items bilden neun syndromale Subskalen, welche zum Global Severity Index GSI aufsummiert werden. Der GSI widerspiegelt die generelle psychische Belastung [21]. Die internen Konsistenzen für den GSI liegen zwischen  $\alpha = .92$  und  $\alpha = .96$  [21]. In der vorliegenden Arbeit wird ausschliesslich der Globalwert GSI verwendet.

#### **Beck Depressions-Inventar (BDI)**

Der Selbstbeurteilungsfragebogen BDI dient der Erfassung depressiver Symptome. Der BDI verpflichtet sich keiner ätiologischen Depressionstheorie. Anhand einer 4-stufigen Likert-Skala werden 21 Items erfragt, die sich je auf einen Bereich depressiver Symptomatik und deren Schweregrad beziehen. Die daraus ermittelten Werte geben als Summenwert den Schweregrad der Depression an. Das Verfahren besitzt eine gute interne Konsistenz von  $\alpha = .88$  [22].

#### **Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)**

Der IIP ist ein Persönlichkeitsfragebogen zur Selbsteinschätzung von Problemen im Umgang mit anderen Personen und wird vor allem im klinischen Kontext angewandt. Theoretisch basiert das Diagnostik-Instrument auf dem Modell des interpersonalen Circumplex von Leary [23]. Den IIP-D gibt es als Kurz- und Langversion mit 64 respektive 127 Items. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala werden Verhaltensdefizite im Sinne von Handlungen, die dem Probanden schwerfallen, sowie Verhaltensexzesse, also Verhaltensweisen, die der Proband übermässig zeigt, erfragt. Die Items werden zu den Skalen autokratisch, stre-

itsüchtig, abweisend, introvertiert, selbstunsicher, ausnutzbar, fürsorglich und expressiv zusammengefasst. Zusätzlich ist aus allen Items ein Gesamtwert ermittelbar. Die Reliabilität liegt bei den einzelnen Skalen mit einem Cronbachs Alpha zwischen  $\alpha = .81$  und  $\alpha = .91$  [23]. In der vorliegenden Arbeit wird die Kurzversion des Tests verwendet.

#### **Existenzskala (ESK)**

Die ESK misst als Selbsteinschätzungsfragebogen eigene personale und existenzielle Kompetenzen. Darunter sind die Fähigkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung zu verstehen. Die ESK wurde theoriegeleitet aus der existenzanalytischen Anthropologie entwickelt. Sie erfasst auf einer 6-stufigen Likert-Skala anhand von 64 Items bei der Lang-Version, respektive mittels 8 Items bei der Kurzversion die vier Subskalen Selbst-Distanzierung (SD), Selbst-Transzendenz (ST), Freiheit (F) und Verantwortung (V). Die Subskalen SD und ST bilden das P-Mass (Personen-Faktor), die Subskalen F und V das E-Mass (Existenz-Faktor). Die beiden Faktoren zusammen bilden das Globalmass, das den Grad an innerer Erfüllung darstellt [24]. In der vorliegenden Arbeit wird die Kurzversion ESK-8 verwendet. Sie verfügt über eine sehr gute interne Konsistenz des Globalmasses mit einem Cronbachs Alpha von  $\alpha = .92$ .

#### **World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL)**

WHOQOL ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und erfasst auf einer 5-stufigen Likert-Skala die individuelle Lebensqualität Erwachsener. Der Fragebogen wurde von der World Health Organisation WHO zur gesundheitsbezogenen Erfassung der Lebensqualität entwickelt. WHOQOL-100 beinhaltet 100 Items in den 6 Domänen (a) physisches Wohlbefinden, (b) psychisches Wohlbefinden, (c) Unabhängigkeit, (d) soziale Beziehungen, (e) Umwelt sowie (f) Spiritualität. Für die vorliegende Arbeit wird ausschliesslich die Dimension Spiritualität verwendet, mit deren Items religionsübergreifend Sinnhaftigkeit abgefragt wird. Die Skala Spiritualität erreicht eine sehr gute interne Konsistenz von  $\alpha = .86$  bis  $\alpha = .91$  [25].

#### **Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T)**

Der R-S-T dient der differenzierten Erfassung religiösen Erlebens und Verhaltens und baut theoretisch auf ein allgemeines Modell zur Messung von Religiosität auf [26]. Der R-S-T besteht aus den 5 Kerndimensionen: Intellekt, Ideologie, öffentliche Praxis, private Praxis und Erfahrung, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala erfragt werden. Aus den fünf Kerndimensionen wird mit Gewichtung zu gleichen Teilen die Zentralität gebildet, welche die Hauptachse des R-S-T darstellt. Inhaltlich bildet die Zentralität das religiöse und spirituelle Selbstkonzept ab. Dazu werden drei Idealtypen formuliert: hochreligiöse, religiöse und nicht religiöse Personen. Die interne Konsistenz des R-S-T zeigt gute Werte mit einem Cronbachs Alpha zwischen  $\alpha = .85$  bis  $\alpha = 0.93$  [16].

#### **Religiöses Coping (RCOPE)**

Der RCOPE ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und dient der differenzierten Erfassung religiöser Bewältigungsstrategien. Aufgrund theoretischer Überlegungen haben die Autoren fünf Schlüsselfunktionen differenziert: Sinnsuche, Kontrollgefühl, Trost, Vertrautheit und Trans-

formationen. In Bezug auf diese Schlüsselfunktionen wurden 17 Dimensionen religiöser Bewältigungsstrategien entwickelt, die mit je 5 Items anhand einer 4-stufigen Likert-Skala erfragt werden [27]. In dieser Arbeit wird der Brief RCOPE in deutscher Übersetzung von Lehr, Fehlberg, Hess und Fix [28] verwendet. Der Brief RCOPE wurde aus den RCOPE-Skalen entwickelt und dient der Erfassung von positiven und negativen religiösen Coping-Mustern [29]. Die beiden Dimensionen des Brief RCOPE weisen mit einem Cronbachs Alpha von  $\alpha = .79$  (negatives religiöses Coping) sowie  $\alpha = .91$  (positives religiöses Coping) zufriedenstellende bis hohe innere Konsistenzen auf.

### Statistische Auswertung

Die Berechnungen wurden mit IBM SPSS Version 18 gemacht. In einem ersten Schritt wurden deskriptive Analysen durchgeführt, in einem zweiten Schritt der Zusammenhang zwischen den folgenden Variablen mittels zweiseitiger Pearson-Korrelation ermittelt: Therapeutische Beziehung (Patienten- und Therapeutesicht), soziodemografische Daten, Krankheitsschwere und Patientenmerkmale (existenzielle Kompetenzen, Spiritualität und Religiosität). Gemäss Cohen (1992) gelten dabei Effektstärken mit  $r = .10$  als klein,  $r = .30$  als mittel und  $r = .50$  als grosse Zusammenhänge.

In einem dritten Schritt wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Als abhängige Variable wurde die therapeutische Beziehung aus Sicht des Patienten sowie aus Sicht des Therapeuten gewählt, als Prädiktoren diejenigen

Variablen, die in der Korrelationsanalyse signifikante Effekte aufwiesen. Aufgrund der Fragestellung, die bereits eine Gruppierung der Merkmale vorwegnimmt, wurden die unabhängigen Variablen blockweise in das Regressionsmodell eingegeben. Die Grundvoraussetzungen für die Berechnungen (Modellprämissen) wurden überprüft und eine post-hoc Korrektur nach Bonferroni durchgeführt. Dabei wurden die Religionsmasse (R-S-T und RCOPE) als eine Variable zusammengefasst.

### Ergebnisse

#### Deskriptive Masse und korrelative Zusammenhänge

Tabellen 2 und 3 zeigen die deskriptive Masse aller verwendeten Fragebogeninstrumente sowie die Korrelationen zwischen sämtlichen Patientenmerkmalen und der therapeutischen Beziehung aus Patienten- und Therapeutesicht.

Die soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht und Ausbildung) korrelieren nicht mit der Qualität der therapeutischen Beziehung, weder aus Patienten- noch aus Therapeutesicht. Die Krankheitsschwere (HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI) hat auch in der vorliegenden Untersuchung einen signifikanten Einfluss. Für die Symptom Checklist wie auch für den BDI liegen hinsichtlich Patientensicht mittlere Effektstärken vor, für den HoNOS besteht ein mittlerer Effekt auf die Therapeutesicht. Der interpersonelle Bereich erfasst durch das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) zeigt einen signifikanten Einfluss auf die

**Tabelle 2:** Deskriptive Masse der verwendeten Fragebogeninstrumente (Austritt)

	Mean	SD	Range	Minimum	Maximum	Varianz
FTB-P	54.39	8.63	53	13	66	74.64
FTB-Th	41.23	8.08	43	11	54	65.42
HoNOS-D	7.11	4.59	23	0	23	21.10
BSCL/BSI-GSI	38.58	30.40	158	0	158	924.62
BDI	11.92	9.10	51	0	51	82.84
IIP-D	10.08	5.02	25	0	25	25.25
ESK-8	34.72	7.57	38	10	48	57.45
WHOQOL Spiritualität	15.01	3.64	16	4	20	13.26
RST Zentralität	27.45	8.33	40	0	40	69.54
RCOPE positiv	19.78	3.95	21	7	28	15.65
RCOPE negativ	13.67	4.13	19	7	26	17.09

Anmerkung. FTB-P = Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht, FTB-Th = Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung aus Therapeutesicht, HoNOS-D = Health of the Nation Outcome Scales, BSCL/BSI-GSI = Brief Symptom Checklist, BDI = Beck Depressions-Inventar, IIP-D = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, ESK-8 = Existenzskala, WHOQOL Spiritualität = World Health Organisation Quality of Life – Subskala Spiritualität, RST Zentralität = Zentralitätsskala des Religiositäts-Struktur-Tests, RCOPE positiv = positives religiöses Coping, RCOPE negativ = negatives religiöses Coping.

**Tabelle 3:** Korrelationen zwischen Patientenmerkmalen und therapeutischer Beziehung

Patientenmerkmale	Therapeutische Beziehung aus Patientensicht (FTB-P)	Therapeutische Beziehung aus Therapeutesicht (FTB-Th)
Alter	-.007	w
Geschlecht <sup>a</sup>	-.038	.058
Ausbildung	.024	.063
HoNOS-D	-.263**	-.360**
BSCL/BSI-GSI	-.438**	-.167**
BDI	-.454**	-.180**
IIP-D	-.281**	-.072
ESK-8	.452**	.165**
WHOQOL Spiritualität	.416**	.148**
R-S-T Zentralität	.189**	.062
RCOPE positiv	.156**	.065
RCOPE negativ	-.238**	-.043

Anmerkung. \*\*p < .001, \* p < .005, 2-seitig, angepasst nach Bonferroni, <sup>a</sup> männlich = 0, weiblich = 1

wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung für die Patienten. Gleiches gilt für alle existentiellen, spirituellen und religiösen Patientenmerkmale (ESK-8, WHOQOL Spiritualität, R-S-T und RCOPE). Für die existenzielle Kompetenz (ESK-8  $r = .452$ ,  $p < 0.01$ ) und die Spiritualität (WHOQOL Spiritualität  $r = .416$ ,  $p > 0.01$ ) bestehen mittlere Effektstärken. Für die Religiosität sowie positives und negatives religiöses Coping finden sich geringere aber ebenfalls signifikante Korrelationskoeffizienten (Zentralität  $r = .189$ ,  $p < 0.01$ ; RCOPE positiv  $r = .156$ ,  $p < 0.01$ ; RCOPE negative  $r = -.238$ ,  $p < 0.01$ ).

Auch für die Therapeuten bestehen hinsichtlich der existentiellen und spirituellen Patientenmerkmale signifikante Korrelationen zur wahrgenommenen Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese sind jedoch in ihrer Effektstärke deutlich geringer (ESK-8  $r = .165$ ,  $p < 0.01$ ; WHOQOL Spiritualität  $r = .148$ ,  $p < 0.01$ ). Keine signifikanten Zusammenhänge finden sich mit der Religiosität (der Patienten) und dem religiösen Coping.

### Regressionsanalysen

Zur Überprüfung der Richtung des Einflusses existentieller, spiritueller und religiöser Patientenmerkmale auf die Qualität der therapeutischen Beziehung wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Die Qualität der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht (FTB-P/Th) wurde als abhängige Variable festgelegt.

Zudem wurden alle weiteren Patientenmerkmale mit signifikantem Einfluss auf die therapeutische Beziehung (Tabelle 3) in die Regressionsanalyse aufgenommen: die Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS-D), die Brief Symptom Checklist (BSCL), das Beck Depressions-Inventar (BDI) und das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP). Bei der Regressionsanalyse aus Patientensicht (Tabelle 4) finden sich in Modell 1 für die krankheitsbezogenen Merkmale eine Varianzaufklärung von 21,9% ( $R^2_{\text{korr}} = .219$ ,  $F(3, 575) = 55.00$ ,  $p = .000$ ). Modell 2 unter Einschluss der interpersonellen Probleme führt einer Verschlechterung der Vorhersagekraft auf 21,8% ( $R^2_{\text{korr}} = .218$ ,  $F(1, 574) = 0.00$ ,  $p = .984$ ). Modell 3 hingegen führt zu einer Verbesserung der Vorhersage um 3,9% auf 25,7% ( $R^2_{\text{korr}} = .257$ ,  $F(5, 569) = 7.04$ ,  $p = .000$ ). Damit bestätigt sich der signifikante Einfluss der existentiellen, spirituellen und religiösen Merkmale auf die therapeutische Beziehung aus Patientensicht. Aus Therapeutensicht (Tabelle 5) klären die krankheitsbedingten Merkmale in Modell 1 12,6% der Varianz auf ( $R^2_{\text{korr}} = .126$ ,  $F(3, 575) = 28.75$ ,  $p = .000$ ). Modell 2 führt zu keiner weiteren Verbesserung der Vorhersage

( $R^2_{\text{korr}} = .126$ ,  $F(5, 573) = 17.62$ ,  $p = .000$ ). Damit haben die Patientenmerkmale existentielle Kompetenz, Spiritualität und Religiosität für die Therapeuten keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung.

Tabelle 6 zeigt, dass aus Sicht der Patienten im Modell 3 die existenzielle Kompetenz (ESK-8) den grössten Einfluss auf die therapeutische Beziehung hat, gefolgt von der Schwere der depressiven Symptomatik (BDI) und der Spiritualität (WHOQOL). Nach Bonferroni-Korrektur verlieren die beiden letztgenannten ihre Signifikanz. In Modell 1 zeigt die Krankheitsschwere (BSCL/BSI-GSI und BDI) einen signifikanten Einfluss. In Modell 2 bleibt der signifikante Einfluss der depressiven Symptomatik erhalten, der Gesamtsymptom-Score verliert nach Bonferroni-Korrektur die Signifikanz

Aus Sicht der Therapeuten (Tabelle 7) beeinflusst alleine der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung (HoNOS-D) die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung signifikant. Das gilt für beide Regressionsmodelle (Modell 1 und 2). Existentielle und spirituelle Patientenmerkmale spielen für die Therapeuten keine wesentliche Rolle.

### Diskussion

#### Einfluss existentieller, spiritueller und religiöser Patientenmerkmale

Existentielle und spirituelle Patientenmerkmale (ESK-8 und WHOQOL Spiritualität) zeigen in der vorliegenden Untersuchung aus Patientensicht einen Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, wobei die existentielle Kompetenz («Fähigkeit zur sinnvollen Lebensgestaltung») auch nach Bonferroni-Korrektur signifikant bleibt, die Spiritualität jedoch ihre Signifikanz verliert. Religiöse Merkmale (R-S-T Zentralität, RCOPE) weisen zwar signifikante Korrelationen auf, verlieren aber in der Regressionsanalyse unter Einbezug der weiteren Patientenmerkmale ihren Einfluss. Aus Therapeutensicht findet sich kein signifikanter Effekt der existentiellen und spirituellen Patientenmerkmale auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, wobei in der Korrelationsanalyse die existenziellen Kompetenzen (ESK-8) und die Spiritualität (WHOQOL Spiritualität) einen schwachen aber signifikanten Zusammenhang aufweisen.

Damit besteht eine gewisse Diskrepanz zwischen Patientensicht und Therapeutensicht, die möglicherweise auf eine

**Tabelle 4:** Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
1 <sup>a</sup>	.472	.223	.219
2 <sup>b</sup>	.472	.223	.218
3 <sup>c</sup>	.518	.268	.257

Anmerkung. Das Regressionsmodell ist dreistufig: <sup>a</sup> beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI. <sup>b</sup> beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, IIP. <sup>c</sup> beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, IIP, ESK-8, WHOQOL Spiritualität, R-S-T Zentralität, RCOPE positiv und RCOPE negativ.

**Tabelle 5:** Regressionsmodelle zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutensicht

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>
1 <sup>a</sup>	.361	.130	.126
2 <sup>b</sup>	.365	.133	.126

Anmerkung. Das Regressionsmodell ist zweistufig: <sup>a</sup> beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI. <sup>b</sup> beinhaltet HoNOS-D, BSCL/BSI-GSI, BDI, ESK-8 und WHOQOL Spiritualität.

unterschiedliche Gewichtung der Patientenmerkmale hinweist: Patienten scheinen ihre existentielle und spirituelle Ausrichtung im Kontext der therapeutischen Beziehung stärker zu bewerten. Dies gilt unter Berücksichtigung des hier untersuchten religiösen Patientenkollektives einer ganzheitlich orientierten Klinik.

#### Stärken und Limitationen der Studie

Die von Clarkin und Levy [9] entwickelte Systematik der Patientenmerkmale (sozio-demografische Variablen, Art und Schwere der Krankheit, interpersonelle Probleme und Persönlichkeitsfaktoren) hat sich für die vorliegende Untersuchung bewährt, auch hinsichtlich der verwendeten Erhebungsinstrumente und der statistischen Verfahren.

In Bezug auf die gefundenen Unterschiede zwischen Patienten- und Therapeutesicht muss beachtet werden, dass sich der Fragebogen zur therapeutischen Beziehung aus Sicht des Therapeuten (FTB-Th) hinsichtlich der Struktur der Fragen vom Patientenfragebogen (FTB-P) unterscheidet. Dies könnte zu Differenzen hinsichtlich der Ergebnisse beitragen. Auch muss darauf hingewiesen werden, dass der Fragebogen zur therapeutischen Beziehung (FTB-Th) bisher nicht validiert wurde.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die therapeutische Beziehung überhaupt im Querschnitt untersucht werden kann, oder ob die zeitliche Dynamik und damit die Ther-

apeut-Patienten-Interaktion miterfasst werden müsste. Im untersuchten Patientenkollektiv liegen Daten für einen zweiten Messzeitpunkt vor, doch die Eintrittserhebung zur Qualität der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht scheint uns nach oft erst einem Therapeutenkontakt nicht hinreichend valide.

In der vorliegenden Untersuchung konnten trotz des systematischen Vorgehens (Clarkin und Levy) nicht alle Patientenvariablen erfasst werden. Zum Beispiel blieb die Patientenerwartung unberücksichtigt. Patientenerwartungen könnten aber gerade im Hinblick auf ein religiöses Patientenkollektiv von Bedeutung sein. Weiter gilt, dass die Ergebnisse dieser Studie auf Grund des spezifischen Patientenkollektives nicht ohne Weiteres auf ein allgemeinspsychiatrisches Kollektiv übertragen werden können.

#### Schlussfolgerungen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die erste uns bekannte Untersuchung existentieller, spiritueller und religiöser Patientenmerkmale und ihren Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, die bekanntermaßen ein zentraler Wirk- und Erfolgsfaktor für die Therapie darstellt. Die Hypothese, dass diese Patientenmerkmale einen signifikanten Einfluss auf die therapeutische Beziehung ausüben, liess sich nur teilweise bestätigen. Insbesondere die existentielle Kompetenz, also die «Fähigkeit

**Tabelle 6:** Regressionskoeffizienten zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht.

Prädiktor	B	SE	$\beta$	t	Sign.
<b>Modell 1</b>					
HoNOS-D	-.133	.077	-.071	-1.723	.085
BSCL/BSI-GSI	-.053	.019	-.186	-2.834	.005*
BDI	-.257	.063	-.271	-4.090	.000*
<b>Modell 2</b>					
HoNOS-D	-.133	.077	-.071	-1.722	.086
BSCL/BSI-GSI	-.053	.020	-.185	-2.578	.010 <sup>(*)</sup>
BDI	-.257	.063	-.270	-4.085	.000*
IIP	-.002	.082	-.001	-0.002	.984
<b>Modell 3</b>					
HoNOS-D	-.123	.076	-.065	-1.629	.104
BSCL/BSI-GSI	-.029	.021	-.101	-1.371	.171
BDI	-.154	.065	-.162	-2.369	.018 <sup>(*)</sup>
IIP	.152	.086	.088	1.759	.079
ESK-8	.234	.070	.205	3.320	.001*
WHOQOL Spiritualität	.282	.129	.119	2.194	.029 <sup>(*)</sup>
R-S-T Zentralität	-.059	.059	-.057	-.998	.318
RCOPE positive	.229	.122	.105	1.874	.061
RCOPE negative	-.090	.088	-.043	-1.015	.311

Anmerkung. \*p < .007, 2-seitig, angepasst nach Bonferroni Einflussfaktoren, die nach Bonferroni-Korrektur die Signifikanz verlieren, wurden mit (-) markiert.

**Tabelle 7:** Regressionskoeffizienten zur Vorhersage der therapeutischen Beziehung aus Therapeutesicht

Prädiktor	B	SE	$\beta$	t	Sign.
<b>Modell 1</b>					
HoNOS-D	-.611	.076	-.347	-8.004	.000*
BSCL/BSI-GSI	.002	.018	.006	.090	.928
BDI	-.033	.062	-.037	-.525	.600
<b>Modell 2</b>					
HoNOS-D	-.612	.077	-.348	-7.996	.000*
BSCL/BSI-GSI	.008	.020	.031	.404	.687
BDI	-.003	.066	-.003	-.040	.968
ESK-8	.026	.067	.025	.397	.692
WHOQOL Spiritualität	.130	.122	.059	1.066	.287

Anmerkung: \*p < .01, 2-seitig, angepasst nach Bonferroni.

zur Sinnwahrnehmung», hat aus Patientensicht einen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung. Es sind damit nicht primär die spirituellen und religiösen Merkmale, die als signifikante Einflussfaktoren dokumentiert werden konnten, wenn auch die Sinnfindung ein zentrales Element gerade dieser Dimensionen ist.

Da die patientenseitige Einschätzung der therapeutischen Beziehung auf Grund der Meta-Analysen von Martin et al. [1] sowie Horvath und Symonds [5] für das Therapieergebnis den grösseren prädiktiven Wert hat, scheint uns die weitere Untersuchung «existenzieller Patientenmerkmale» relevant. Dabei wäre wichtig, die zeitliche Dynamik der Therapeuten-Patienten-Interaktion mit zu erfassen, also mehrere Messzeitpunkte zu erheben. Hinsichtlich der Therapeuten-Patienten-Interaktion wäre zudem interessant, Therapeutenmerkmale zu erfassen, dies auch in Bezug auf die Bedeutung «weltanschaulicher» Passungen oder Differenzen.

Konsequenzen für die therapeutische Arbeit lassen sich auf Grund der vorliegenden Studie nicht ableiten. Die Bedeutung existentieller und spiritueller Faktoren für die Patienten könnte aber ein Hinweis dafür sein, solche Fragen vermehrt in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen [30].

#### Funding / potential competing interests:

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

#### References

- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):438–50. doi:https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438. PubMed <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>. PubMed.
- Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients.* Oxford: Oxford University Press; 2002. p.37–69.
- Freud S. Zur Einleitung der Behandlung. In: Freud A, editor. *Gesammelte Werke aus den Jahren 1909–1913.* Band 8. Frankfurt: Fischer; 1999. p. 454–78.
- Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):369–76. PubMed [PubMed](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1956/37(4-5):369-76/).
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1991;38(2):139–49. doi:https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO. How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol.* 2012;59(1):10–7. doi:https://doi.org/10.1037/a0025749. PubMed <http://dx.doi.org/10.1037/a0025749>. PubMed.
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry.* 1936;6(3):412–5. doi:https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>.
- Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pr.* 1990;21(5):372–8. doi:https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>.
- Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley; 2004. p. 194–226.
- Johansson H, Eklund M. Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: the influence of patient factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(2):140–7. doi:https://doi.org/10.1007/s00127-005-0009-z. PubMed <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0009-z>. PubMed.
- Lorenzo-Luaces L, DeRubeis RJ, Webb CA. Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(2):368–73. doi:https://doi.org/10.1037/a0035994. PubMed <http://dx.doi.org/10.1037/a0035994>. PubMed.
- Shumway B, Waldo M. Client's religiosity and expected working alliance with theistic psychotherapists. *Psychol Relig Spiritual.* 2012;4(2):85–92. doi:https://doi.org/10.1037/a0025675. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025675>.
- Bergin AE, Masters KS, Richards PS. Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *J Couns Psychol.* 1987;34(2):197–204. doi:https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.197. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.197>.
- Koenig HG. *Is religion good for your health?* The effects of religion on physical and mental health. New York: Haworth Press; 1997.
- Schumaker JF, ed. *Religion and mental health.* New York: Oxford University Press; 1992.
- Huber S, Huber OW. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions (Basel).* 2012;3(3):710–24. doi:https://doi.org/10.3390/rel3030710. <http://dx.doi.org/10.3390/rel3030710>.
- Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsoff WM, editors. *The psychotherapeutic process: a research handbook.* New York: Guilford; 1986. p. 325–56.
- Bassler M, Potratz B, Der Krauthausen H. "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut.* 1995;4:23–32.
- Brähler E, Schumacher J, Strauß B, eds. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (2. Aufl.).* Göttingen: Hogrefe; 2003.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry.* 1998;172(01):11–8. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11. PubMed <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>. PubMed.
- Franke GH. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (BSI). Kurzform der SCL- 90-R. deutsche Version. Göttingen: Beltz Test; 2000.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. *Beck Depressions-Inventar (BDI).* Bern: Huber; 1995.
- Horowitz LM, Strauss B, Kordy H. *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D).* Deutsche Version. Göttingen: Beltz; 2000.
- Längle A, Orgler C, Kundi M. *Existenzskala (ESK).* Göttingen: Beltz; 2000.
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-10. WHO-QOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- Huber S. Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. In: Gräber W, Charbonnier, L, editors. *Individualisierung – Spiritualität – Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive.* Münster: Lit-Verlag; 2008. p. 137–71.
- Pargament KI, König HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000;200(56):519–43. doi:https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1).
- Lehr D, Fehlberg E, Hess K, Fix C. Wege religiöser Bewältigung – deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie.* 2007;17:1–61.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998;37(4):710–24. doi:https://doi.org/10.2307/1388152. <http://dx.doi.org/10.2307/1388152>.
- Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S. *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen.* Berlin: Springer- Verlag; 2014.